

23. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium

Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung

**Arbeit – Gesundheit – Rehabilitation
vom 10. bis 12. März 2014 in Karlsruhe**

März 2014



Herausgeber:
Deutsche
Rentenversicherung
Bund

23. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung

**Arbeit – Gesundheit – Rehabilitation
vom 10. bis 12. März 2014 in Karlsruhe**

**Deutsche Rentenversicherung Bund
Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg**

in Zusammenarbeit mit

Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)

Wissenschaftliche Leitung

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

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

Programmkomitee

Prof. Dr. H. H. **Bartsch** (Freiburg), Prof. Dr. 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. I. **Ehlebracht-König** (Bad Eilsen), Prof. Dr. Dr. H. **Faller** (Würzburg),
Dr. H.-D. **Girbig** (Karlsruhe), Dr. A. **Günthner** (Speyer), Prof. Dr. G. **Grande** (Bremen),
Prof. Dr. B. **Greitemann** (Bad Rothenfelde), Prof. Dr. C. **Gutenbrunner** (Hannover), Prof. Dr. Dr. M. **Härter** (Hamburg),
Prof. Dr. P. **Hampel** (Flensburg), 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),
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. M. **Niehaus** (Köln), Prof. Dr. F. **Petermann** (Bremen), Prof. Dr. K. **Pfeifer** (Erlangen),
Dr. H. **Pollmann** (Bad Neuenahr), Prof. Dr. M. **Sailer** (Magdeburg), Dr. W. **Schupp** (Herzogenaurach), Prof. Dr. B. **Schwaab** (Timmendorfer Strand),
Prof. Dr. W. **Spijkers** (Aachen), Prof. Dr. H. **Völler** (Rüderdorf), Prof. Dr. U. **Walter** (Hannover), Prof. Dr. J. **Wasem** (Essen), Prof. Dr. K. **Wegscheider** (Hamburg), Dr. S. **Weinbrenner** (Berlin), Prof. Dr. F. **Welti** (Kassel)

Kongresskomitee

Maja **Mrugalla**, Astrid **Rosendahl**, Kerstin **Seidel** (Organisation)
Daniela **Sewöster**, Stefanie **Märtin** (Wissenschaft),
Deutsche Rentenversicherung Bund

Heiko **Rastätter**, Harald **Rihm**, Ulrich **Hartschuh**, Gerd **Markowetz**, Birgit **Fernbacher**,
Patrick **Schweigert**, Anja **Raunser** (Organisation)
Dr. Heinz-Dieter **Girbig** (Wissenschaft),
Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Tagungsband

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

Die Zeitschrift DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG erscheint 4-mal jährlich und ist über die Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Kommunikation, – Vertrieb –, Postanschrift: 10704 Berlin, E-Mail: Abo-Service@drv-bund.de, Telefon: 030 86524536, für 24,00 Euro (Ausland 30,00 Euro) inkl. Versandkosten, jährlich zu beziehen, das Einzelheft 6,50 Euro (Ausland 8,00 Euro) inkl. Versandkosten. Das Abonnement kann nur bis zum 30. September für das folgende Jahr gekündigt werden.

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

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

ISBN 978-3-00-045196-6

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

zum 23. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium in Karlsruhe begrüßen wir Sie herzlich.

Das Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium ist als Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung das wichtigste Forum für praxisrelevante Ergebnisse zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation. Jährlich nehmen etwa 1.500 Expertinnen und Experten aus Forschung und Praxis, Medizin, Psychologie und Therapie sowie Gesundheitsmanagement, Verwaltung und Politik teil. Das 23. Kolloquium 2014 wird veranstaltet durch die Deutsche Rentenversicherung Bund, die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg und die Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften.

Die sich wandelnden Arbeitsbedingungen mit hohen Anforderungen an Produktivität, Flexibilität und Mobilität der Beschäftigten sowie an Kommunikation und Kooperation werden häufig mit der Entstehung von Erkrankungen in Verbindung gebracht. Arbeit stellt aber auch einen wesentlichen Aspekt der gesellschaftlichen Teilhabe dar und kann damit als gesundheitsbezogene Ressource verstanden werden. Berufliche Desintegration ist ein eigenständiger Risikofaktor für die Entstehung von Krankheiten.

Betriebliche Prävention und die Rehabilitation der Rentenversicherung sind beruflich ausgerichtete Leistungen, die mit wirksamen Instrumenten und Verfahren die Erwerbs- und Beschäftigungsfähigkeit von gesundheitlich beeinträchtigten Beschäftigten sichern. Die berufliche Orientierung der medizinischen Rehabilitation hat nicht nur deren Effektivität gestärkt, sondern auch ihre konzeptuelle Eigenständigkeit herausgestellt. Neben der medizinischen Rehabilitation sind die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ein wirksames Instrument zum Erhalt bzw. zur Wiederherstellung der beruflichen Integration.

Das diesjährige Rahmenthema "Arbeit – Gesundheit – Rehabilitation" zielt auf die Wechselwirkungen zwischen diesen Feldern sowie die Bedeutung von Prävention und Rehabilitation für die Vermeidung von beruflicher und gesellschaftlicher Desintegration. Zukünftig muss es darum gehen, Prävention und Rehabilitation noch intensiver miteinander und mit der Arbeitswelt zu vernetzen, um Teilhabe und Inklusion zu stärken.

Der Tagungsband kann auf www.deutsche-rentenversicherung.de heruntergeladen werden.

Dr. Rolf Buschmann-Steinhage

Dr. Hans-Günter Haaf

Prof. Dr. Dr. Uwe Koch

Inhaltsübersicht

Plenarvorträge.....	25
DGRW-Update	27
Reha-System	31
Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation I	43
Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation II	57
Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (Poster)	68
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	77
Bedarfsermittlung und Steuerung in der beruflichen Rehabilitation.....	88
Methodische Implikationen in der Messung von Ergebnis und Nutzen beruflicher Rehabilitation	98
Rückkehr zur Arbeit.....	109
Rückkehr zur Arbeit (Poster).....	120
Beruf und Gesundheit	128
Assessmentinstrumente.....	138
Assessmentinstrumente (Poster)	152
Qualitätssicherung	162
Instrumente der Qualitätssicherung	173
Qualitätssicherung (Poster).....	183
Erfolgreiche Rehabilitation	188
Erfolgreiche Rehabilitation (Poster).....	200
Epidemiologie (Poster).....	202
Zugang zur Rehabilitation	205
Zugang zur Rehabilitation (Poster).....	218
Patientenorientierung und Zielvereinbarung	220
Patientenorientierung und Zielvereinbarung (Poster).....	231
Internetbasierte Gesundheitsinterventionen.....	243
Reha-Nachsorge	256
Internet- und telemedizinisch-basierte Nachsorge	268
Reha-Nachsorge (Poster)	282
Patientenschulung.....	285
Patientenschulung (Poster).....	296
Reha-Team	301
Lehre und Weiterbildung (Poster)	312
Sozialmedizin	315
Rechtswissenschaften	327
Rechtswissenschaften (Poster).....	339
Bewegungstherapie	342
Bewegungstherapie (Poster).....	354
Orthopädische Rehabilitation	358
Neurologische Rehabilitation.....	367
Neurologische Rehabilitation bei Multipler Sklerose	380

Kardiologische Rehabilitation – in Kooperation mit der DGPR.....	391
Kardiologische Rehabilitation (Poster)	402
Onkologische Rehabilitation.....	410
Onkologische Rehabilitation (Poster).....	422
Pneumologische Rehabilitation.....	431
Pneumologische Rehabilitation (Poster)	441
Psychosomatik I.....	446
Psychosomatik II.....	458
Psychosomatik (Poster)	470
Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen I	477
Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen II	486
Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen (Poster).....	496
Rehabilitation bei chronischen Schmerzen	498
Rehabilitation bei chronischen Schmerzen (Poster).....	508
Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen I	510
Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen II	525
Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen (Poster).....	535
Rehabilitation bei Älteren und Pflegebedürftigen	539
Rehabilitation bei Älteren und Pflegebedürftigen (Poster).....	549

Inhaltsverzeichnis

Plenarvorträge	25
Arbeitswelt und Rehabilitation – Zusammenarbeit und Vernetzung <i>Niehaus, M.</i>	25
DGRW-Update	27
DGRW-Update "Onkologische Rehabilitation" <i>Bartsch, H.H.</i>	27
DGRW-Update "Berufliche Rehabilitation" <i>Spijkers, W.</i>	29
Reha-System	31
Fokusgruppen zur Flexibilisierung der medizinischen Rehabilitation: Ideen und Bewertungen beteiligter Akteure <i>Fahrenkrog, S., Brünger, M., Spyra, K.</i>	31
Anschlussrehabilitationen in Leistungsketten <i>Radoschewski, F.M., Lay, W., Mohnberg, I.</i>	33
Die Zufriedenheit mit der medizinischen Rehabilitation bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland – Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung der Deutschen Rentenversicherung <i>Brzoska, P., Sauzet, O., Yilmaz-Aslan, Y., Widera, T., Razum, O.</i>	36
Das Rehabilitationsergebnis aus Sicht des Hausarztes: Ein Beleg für den Nutzen der medizinischen Rehabilitation <i>Kaluscha, R., Jankowiak, S., Krischak, G.</i>	38
Phasen des Rehabilitationsprozesses – Entwicklung einer trägerübergreifenden Terminologie und eines gemeinsamen Verständnisses durch eine Gemeinsame Empfehlung <i>Giraud, B., Schubert, M.</i>	40
Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation I	43
Wie viele berufsbezogene Leistungen bekommen PatientInnen mit besonderen beruflichen Problemlagen? Analyse einer repräsentativen indikationsübergreifenden Stichprobe von Versicherten der Deutschen Rentenversicherung Bund <i>Streibelt, M., Brünger, M.</i>	43
Beruflich orientiertes Reha-Modul für die Neurologie (BoReM-N) Ergebnisse zum Katamnesezeitpunkt 12 Monate nach Reha <i>Menzel-Begemann, A.</i>	45
Veränderung des arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmusters von onkologischen Rehabilitanden vor und nach einer medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) <i>Reuss-Borst, M., Steckelberg, E., Abel, I.</i>	47
Tanzend durch die Rehabilitation – Berufsorientierte multidisziplinäre Strategie in der Rehabilitation im professionellen Sport am Beispiel des Bühnentanzes <i>Wanke, E. M., Exner-Grave, E.</i>	49
Qualitative Erhebung des Forschungsprojekts SoKo – Förderung sozialer Kompetenzen bei Rehabilitanden in besonderen beruflichen Problemlagen <i>Schulz-Behrendt, C., Völler, H.</i>	51
FIEZ-Studie der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz: Berufsbezogene Orientierung der Klinik aus der Perspektive der Mitarbeiter <i>Bürger, W., Nübling, R., Kriz, D., Kretschmer, P., Masius, U., Zucker, A., Rudolph, M., Rüdgel, H., Siefken-Kaletka, H., Stapel, M., Weisenburger, R.</i>	54

Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation II	57
Eignen sich etablierte Kriterien zur Bestimmung einer besonderen beruflichen Problemlage für die Zuweisung neurologischer Rehabilitanden in die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation?	
<i>Neuderth, S., Lukaszczik, M., Schuler, M., Laterveer, H., Weilbach, F., Presl, M., Presl, M., Knörzer, J.</i>	57
MBOR – Indikation und Evaluation anhand des Fragebogens "Indikatoren des Reha-Status (IRES-3)"	
<i>Schlittenhardt, D., Schiel, A., Rossberg, K., Treffler, A., Paul, A., Gerisch, S., Gallmann, B., Heinsohn, M., Pfistner, U., Gerdes, N., Lühr, T.</i>	59
Evaluation unterschiedlicher Modelle medizinisch-beruflich-orientierter Rehabilitation in Baden-Württemberg (Eva-MBOR-BW) – Ergebnisse einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik	
<i>Jankowiak, S., Kaluscha, R., Holstiege, J., Krischak, G.</i>	61
Ergebnisse der Multizentrischen Evaluationsstudie zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation (MEMBER)	
<i>Rollnik, J.D.</i>	64
Besondere berufliche Problemlagen bei Rehabilitanden der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland	
<i>Golla, A., Saal, S., Mau, W.</i>	66
Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (Poster)	68
Diagnostik und Therapieplanung bei arbeits- und berufsbezogenen Problemlagen in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation am Beispiel einer interdisziplinären Team-Visite	
<i>Preßmann, P.F., Philipp, J., Leibbrand, B., Hauck, A., Bachmann, S.</i>	68
Strategien zur Vermittlung von Health Literacy (HL) in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR)	
<i>Diesel, P., Gerlich, C., Wolf, H.D., Lukaszczik, M., Schuler, M., Neuderth, S.</i>	69
Manualisierung arbeits- und berufsbezogener Gruppenangebote in der Sozialen Arbeit	
<i>Hoppe, A., Hain, D., Labahn, M.</i>	71
Der Ergotherapeutische Aktivtag: Ein Beitrag zur sozialmedizinischen Beurteilung von BBPL-Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation	
<i>Schuster, B.</i>	73
Lassen sich junge Tumorpatienten beruflich re-integrieren? – Ergebnisse eines Pilotprojektes zur medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation	
<i>Reuss-Borst, M., Wentrock, S., Pape, C., Malitz, J.</i>	74
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	77
Prävention von Arbeitsplatzverlust durch Technische Hilfen – Entwicklung und Ergebnisse	
<i>Radoschewski, F.M., Lay, W., Mohnberg, I.</i>	77
Die Bedeutsamkeit von Planungskompetenz im Kontext der kaufmännischen Arbeitserprobung	
<i>Arling, V., Spijkers, W.</i>	79
Ist die im Rahmen von Vollqualifizierungen im Praktikumsbetrieb eingeschätzte Belastbarkeit von Rehabilitand/innen ein guter Prädiktor für Erwerbslosigkeit?	
<i>Baumann, R.</i>	81

Teilhabe und Anerkennung als Erfolgskriterien für die berufliche Rehabilitation in Werkstätten für behinderte Menschen – Ein Beitrag zur Teilhabeforschung <i>Schreiner, M.</i>	83
Ressourcenwahrnehmung bei RehabilitandInnen und ArbeitnehmerInnen – Ergebnisse einer Vorstudie zum Projekt Ressourcenentwicklung in der beruflichen Rehabilitation <i>Eichert, H.-C.</i>	85
Bedarfsermittlung und Steuerung in der beruflichen Rehabilitation	88
Verzahnung medizinischer und beruflicher Rehabilitation: Welche Rehabilitanden benötigen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben? <i>Zander, J., Grünbeck, P., Lindow, B., Klosterhuis, H., Jankowiak, S., Kaluscha, R.</i>	88
"Mir ist nichts Menschliches fremd" – Leistungssteuerung in der beruflichen Rehabilitation <i>Mohnberg, I., Lay, W., Radoschewski, F.M.</i>	90
Ergebnisse einer Studie zu den Abbrüchen beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen in der Rehabilitation <i>Meschig, A., Bartel, S., von Kardorff, E., Ohlbrecht, H.</i>	92
Optimierungspotenziale und Entwicklungsperspektiven der Bedarfsermittlung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben <i>Schubert, M., Bade, S., Gleisberg, D., Jonßon, L., Lentz, R., Morfeld, M., Penstorf, C., Robinson, K., Seel, H.</i>	93
Anregungen zur stufenweisen Wiedereingliederung und zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Welche Unterschiede existieren dabei zwischen Rehabilitationseinrichtungen? <i>Schmid, L., Kaluscha, R., Gross, M., Krischak, G.</i>	95
Methodische Implikationen in der Messung von Ergebnis und Nutzen beruflicher Rehabilitation	98
Soziodemografie, Arbeitsmarkt und "return to work" – Mehrebenenanalysen zu Einflussfaktoren nach Qualifizierungsleistungen in Berufsförderungswerken <i>Hetzel, C.</i>	98
Zur Arbeitsmarktabhängigkeit beruflicher Bildungsleistungen <i>Streibelt, M.</i>	100
Maßnahmedauer und Rehabilitationserfolg bei Integrationsmaßnahmen für psychisch erkrankte RehabilitandInnen – Vergleich zweier Maßnahmeformate <i>Eichert, H.-C.</i>	102
Teilnehmerbefragung nach beruflicher Bildung im Zeitverlauf <i>Zander, J., Lindow, B., Klosterhuis, H.</i>	104
Lebensqualität, Erwerbstätigkeit und körperliche Aktivität bei Menschen mit Seh-schädigungen: Eine Befragung ehemaliger Rehabilitanden von Berufsförderungs- und Berufsbildungswerken <i>Schliermann, R., Heydenreich, P., Scheuer, T., Anneken, V.</i>	106
Rückkehr zur Arbeit	109
Bedarf und Inanspruchnahmeverhalten von Stufenweiser Wiedereingliederung nach Medizinischer Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung <i>Bürger, W., Streibelt, M.</i>	109
Mittel- und langfristige Prognose des Verbleibs im Erwerbsleben nach medizinischer Rehabilitation <i>Holstiege, J., Kaluscha, R., Krischak, G.</i>	111

Wegweiser Arbeitsfähigkeit: Ein neues webbasiertes Informationsangebot für Ärzte und Patienten <i>Drambyan, Y., Mau, W.</i>	113
Das Verhältnis von Gesundheit und Arbeitsmarktstatus bei Wiedereingliederung von Rehabilitanden der Bundesagentur für Arbeit <i>Reims, N., Bauer, U.</i>	115
Berufliche Wiedereingliederung von Arbeitnehmern bei Krankheit oder Behinderung: Erfahrungen aus den Niederlanden – Ein Modell für Deutschland? <i>Reese, C., Mittag, O., Weel, A., De Boer, W.</i>	117
Rückkehr zur Arbeit (Poster).....	120
Arbeitsunfähig zu Reha-Beginn – Und dann? <i>Lühr, T., Gerdes, N., Kull, V.</i>	120
Expectation of sickness absence duration: A review of European and North American guidelines <i>Mousavi, S.M., de Boer, W., Kunz, R.</i>	122
Organisationale Gerechtigkeit, berufliche Gratifikationskrisen und Arbeitsfähigkeit: Eine Mediatoranalyse <i>Spanier, K., Radoschewski, F.M., Gutenbrunner, C., Bethge, M.</i>	124
Search for work: Hochqualifizierte Menschen mit Behinderung als Verlierer auf dem Arbeitsmarkt? Teilhabebarrieren und Handlungsbedarfe <i>Bauer, J., Niehaus, M.</i>	126
Beruf und Gesundheit	128
Betriebliches Eingliederungsmanagement und Betriebliches Gesundheitsmanagement – Chancen und Wechselwirkungen <i>Kohte, W.</i>	128
Vernetzung von Arbeitswelt und Sozialversicherung in der Automobilindustrie <i>Hodek, L., Niehaus, M., Sinn-Behrendt, A.</i>	129
Erfahrungen mit einem betriebsnahen Präventionsprogramm der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz: Abschließende Ergebnisse aus dem Modellprojekt KOMPAS und Ausblick <i>Masius, U., Mittag, O., Kampling, H., Weisenburger, R., Jäckel, W.H.</i>	132
FRESH, ein Beitrag zum Erhalt der Gesundheit und der Erwerbsfähigkeit von Pflegenden – Ergebnisse der Evaluation <i>Thoma, J., Feuchtinger, J.</i>	133
Berufsbedingte langjährige körperliche Inaktivität und metabolisches/kardiales Risiko – Eine Querschnittsuntersuchung mit Zahnärzten und Sportlehrern <i>Kemmler, W., Bauer, J., Bebenek, M., von Stengel, S.</i>	136
Assessmentinstrumente.....	138
Medizinisch-berufliche orientierte Rehabilitation aus Patientensicht (MBOR-P) – Entwicklung einer Kurzskaala zur subjektiven Einschätzung der erwerbsbezogenen Schwerpunktsetzung einer Rehabilitationsklinik <i>Nübling, R., Bürger, W., Kaiser, U., Kriz, D., Schmidt, J.</i>	138
Diagnostik von Ressourcen bei Rehabilitanden: Validierung des Fragebogens DiaRes in der medizinischen Rehabilitation <i>Dieckmann, L., Hinrichs, J., Engbrink, S., Fiedler, R., Greitemann, B., Heuft, G.</i>	141
Analyse der multivariaten Zusammenhangsstruktur des computeradaptiven Assessmentinstruments RehaCAT bei Rehabilitanden mit muskuloskelettalen Erkrankungen <i>Scholz, M., Müller, E., Kröhne, U., Böcker, M., Forkmann, T., Wirtz, M.</i>	143

Eignung des DASS (Depression Anxiety Stress Scales) als psychosoziales Screening in der orthopädischen Rehabilitation <i>Küch, D., Stenzel, S., Herbold, D., Hentschel, A., Stiefenhofer, C., Baum, M. Franke G.H.</i>	145
Reliabilität und Validität des Fragebogens zur Erhebung Arbeitsbezogener Verhaltens- und Erlebensmuster bei Krebspatienten in stationärer Rehabilitation <i>Rath, H.M., Steimann, M., Ullrich, A., Rotsch, M., Zurborn, K.-H., Koch, U., Bergelt, C.</i>	148
Validierung der ersten deutschen Version der "COPD Self-Efficacy Scale" <i>Müller, K., Brammer, N., Kotschy-Lang, N., Wagner, P.</i>	150
Assessmentinstrumente (Poster)	152
Entwicklung eines neuen ICF-basierten Mobilitätstests: Ergebnisse einer ersten Pilotstudie <i>Kaczmarek, C., Schwarz, M., Wydra, G.</i>	152
Vereinbarkeit von Erwerbs- und Familienleben: Validierung des Work Family Conflict Questionnaire <i>Bethge, M., Höhne, S., Kasten, Y., Spyra, K., Wallrabe, J.</i>	154
Patientenzufriedenheit im Spiegel von Messwiederholungen – Eine Stabilitätsanalyse mit dem ZUF-8 <i>Schmidt, J., Kriz, D., Kaiser, U., Nübling, R.</i>	156
Vorhersage kritischer beruflicher Ereignisse durch den SIMBO bei Patienten mit Muskel-Skeletterkrankungen – Zur Relevanz einer Schwellenwertdiskussion <i>Streibelt, M.</i>	158
Entwicklung eines Fragebogens zur Sicherung der Ergebnisqualität im ambulanten Durchgangsarztverfahren der Deutschen Unfallversicherung <i>Szczotkowski, D., Nolting, H., Brodowski, H., Haase, T., Kohlmann, T.</i>	160
Qualitätssicherung	162
Aktuelle Ergebnisse der Visitationen im QS-Reha®-Verfahren der gesetzlichen Krankenversicherung <i>Uhlmann, A., Ullrich, A., Grothaus, F.-J., Farin-Glattacker, E., Jäckel, W.H.</i>	162
Einführung von Ergebnismessungen in der medizinischen Rehabilitation im Rahmen der externen Qualitätssicherung in der Schweiz – Auch ein Modell für Deutschland? <i>Köhn, S., Schleicher, S., Schmidt, C., Spyra, K., Vouets, V.</i>	164
Routinemäßige Katamnese in der Rehabilitation im internationalen Raum: Ergebnisse einer systematischen Recherche <i>Reese, C., Mittag, O., Metzler, A., Stapel, M., Jäckel, W.H.</i>	166
Vergleich der Ergebnisse der Qualitätssicherung der ambulanten und stationären medizinischen Rehabilitation – Auswertung aus dem Alltag einer Rehabilitationsklinik <i>Nolting, F., Fleischer, K.</i>	168
Bewertung der Ergebnisqualität in der kardiologischen Rehabilitation mit einem multiplen Ergebniskriterium <i>Röhrig, B., Nosper, M., Linck-Eleftheriadis, S., Freidel, K.</i>	170
Instrumente der Qualitätssicherung	173
Mehrdimensionales Instrument der Deutschen Rentenversicherung Rheinland zur Bewertung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von medizinischen Rehabilitationseinrichtungen <i>Huber, J., Theißen, U.</i>	173

Methodische Eigenschaften der überarbeiteten Checkliste "Somatik" im Peer Review Verfahren der Deutschen Rentenversicherung: Verteilungsmerkmale, Beurteilerübereinstimmung und Bewertung durch die Peers <i>Kohlmann, T., Baumgarten, E., Lindow, B., Klosterhuis, H., Buchholz, I.</i>	175
Vergleichende Betrachtungen der methodischen Eigenschaften der Antwortskalen zur Mängelbeurteilung im Peer Review-Verfahren der Deutschen Rentenversicherung für die Indikationen Somatik und Psychosomatik/Sucht <i>Buchholz, I., Baumgarten, E., Lindow, B., Klosterhuis, H., Kohlmann, T.</i>	177
Entwicklung einer Checkliste als Instrument zur Durchführung einrichtungsvergleichender Qualitätsanalysen bei der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft <i>Ahnert, J., Lukaszczik, M., Neuderth, S., Bahr, K., Riedel, S., Vogel, H., Froese, E.</i>	179
Internetbasierte Befragungen zur Qualitätssicherung – Chancen und Risiken am Beispiel des Ernährungsprogramms metabolic balance® <i>Gerdes, N., Meffert, C.</i>	180
Qualitätssicherung (Poster)	183
Wissenschaftsnetzwerk zur Förderung der Qualitätssicherung: Der Science Circle des NRW-Forschungsverbundes Rehabilitationswissenschaften <i>Menzel-Begemann, A., Exner, A.-K.</i>	183
Psychometrische Analyse einer kontinuierlichen Patientenbefragung in der medizinischen Rehabilitation <i>Kriz, D., Nübling, R., Schmidt, J.</i>	185
Erfolgreiche Rehabilitation	188
Ergebnisqualität medizinischer Rehabilitation – Katamnestiche Ergebnisse der "Reha-QM-Outcome-Studie" des Qualitätsverbundes Gesundheit und der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg <i>Nübling, R., Kaiser, U., Kaluscha, R., Krischak, R., Kriz, D., Müller, G., Martin, H., Renzland, J., Reuss-Borst, M., Schmidt, J., Toepler, E.</i>	188
Zusammenhänge zwischen Patientenselbsteinschätzung und Sozialversicherungsbeiträgen ein Jahr nach Rehabilitation: Ergebnisse aus der "Reha-QM-Outcome-Studie" des Qualitätsverbundes Gesundheit und der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg <i>Kaluscha, R., Nübling, R., Toepler, E., Kaiser, U., Müller, G., Martin, H., Renzland, J., Reuss-Borst, M., Kriz, D., Schmidt, J., Krischak, G.</i>	191
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als Basis des Organisationserfolgs und der Koproduktion von Gesundheit? – Ergebnisse eines Organisations surveys mit 21 stationären Reha-Einrichtungen <i>Kockert, S., Schott, T.</i>	193
Merkmale einer erfolgreichen Rehabilitationseinrichtung – Therapiezielvereinbarung <i>Stamer, M., Zeisberger, M., Kleineke, V., Brandes, I., Meyer, T.</i>	195
Merkmale einer erfolgreichen Rehabilitationseinrichtung – Angebotsgestaltung aus Perspektive von Rehabilitanden/Rehabilitandinnen und Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen <i>Meyer, T., Zeisberger, M., Kleineke, V., Brandes, I., Stamer, M.</i>	197
Erfolgreiche Rehabilitation (Poster)	200
Bedeutung der Zusammensetzung der Gruppe der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden für den Reha-Erfolg – Finden sich Belege für die "Infektionshypothese"? <i>Nowik, D., Zeisberger, M., Meyer, T.</i>	200

Epidemiologie (Poster)	202
Prävalenz psychischer Beeinträchtigungen in der somatischen Rehabilitation <i>Brünger, M., Spyra, K.</i>	202
Zugang zur Rehabilitation	205
Sektorenübergreifende Versorgung im Bereich Psychosomatische Medizin und Abhängigkeitserkrankungen in der Region Südbaden <i>Rapp-Engels, R., Geigges, W., Scheidt, C.E., Ammann, K., Stegner, H.</i>	205
Wege in die psychosomatische Rehabilitation – Differenzielle Indikationsstellung an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und psychosomatischer Rehabilitationsklinik <i>Scheidt, C.E., Hofmeier, M., Kraft, J., Geigges, W., Joos, A., Niemann, R., Stegner, H., Unterbrink, T.</i>	206
Eilverfahren Psychosomatik – Projekt zur Verzahnung zwischen Akutversorgung und Psychosomatischer Rehabilitation <i>Schmitt, G., Karl, E.-L., Geigges, W.</i>	209
Zuweisungsdiagnostik und -steuerung in der psychosomatischen und ortho- pädischen Rehabilitation auf Basis eines Mixed-Method-Designs <i>Gutt, S., Parthier, K., Rennert, D., Mau, W.</i>	211
Barrieren für MigrantInnen beim Zugang in die medizinische Rehabilitation <i>Schwarz, B., Starikow, K., Salman, R., Gutenbrunner, C.</i>	213
Welche Kriterien werden im Alkoholzug für die Weiterverweisung von Patienten herangezogen? <i>Buchholz, A., Friedrichs, A., Bartsch, M., Spies, M., Röhrig, J.</i>	216
Zugang zur Rehabilitation (Poster).....	218
Rehabilitation durch Information bei Menschen mit einer Hörschädigung <i>Weber, A., Weber, U.</i>	218
Patientenorientierung und Zielvereinbarung.....	220
Praxis der Zielorientierung in der medizinischen Rehabilitation: Eine empirische Bestandsaufnahme <i>Quaschnig, K., Bredehorst, M., Dibbelt, S., Glattacker, M.</i>	220
Erhöhung der Patientenzufriedenheit bezüglich der Therapiezielerreichung durch Einführung ICF-basierter Rehabilitationskonzepte <i>Straßer, K., Weigl, M.</i>	222
Partizipative Reha-Zielvereinbarung mit Patienten der Diagnosegruppe chronische Rückenschmerzen: Bedarfs- und Ist-Analyse aus dem Projekt PARZIVAR II <i>Freund, S., Dibbelt, S., Garbrecht, M., Glattacker, M., Greitemann, B.</i>	224
Individualisierte Therapiezielvereinbarung in der Rehabilitation von Unfallverletzten <i>Wenzel, T., Bahr, K., Froese, E., Morfeld, M.</i>	225
Das ZAZO-Gruppentraining: Ergebnisse aus der Implementierungsstudie in der medizinischen Rehabilitation <i>Hinrichs, J., Fiedler, R., Hawener, I., Greitemann, B., Heuft, G.</i>	226
Der Reha-Entlassungsbericht aus Sicht der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden <i>Vogel, H., Braun, C., Escher, C., Reuss-Borst, M., Faller, H.</i>	229
Patientenorientierung und Zielvereinbarung (Poster)	231
Vorbereitung auf die Reha: Auswirkungen leichtverständlicher Informationen <i>Höder, J., Deck, R.</i>	231
Zielvereinbarung und Zielarbeit mit RehabilitandInnen – Strukturdatenanalyse von Konzepten und Materialien aus Reha-Einrichtungen in Deutschland <i>Bredehorst, M., Dibbelt, S., Quaschnig, K., Glattacker, M., Greitemann, B.</i>	233

Intra- versus interindividuelle Veränderung: Verändert sich der subjektive Gesundheitszustand in Abhängigkeit von Selbstmanagementfertigkeiten oder erlebter sozialer Unterstützung?	
<i>Schuler, M., Musekamp, G., Spanier, K., Kittel, J., Fröhlich, S.M., Faller, H.</i>	235
Was leistet die stationäre Rehabilitation im Hinblick auf das Reha-Ziel Schmerzbe- wältigung bei Patienten nach Knie- oder Hüftendoprothesenimplantation?	
<i>Linck-Eleftheriadis, S., Röhrig, B., Freidel, K., Nosper, M.</i>	238
Erwartungen der Patienten an ein Fallmanagement nach einer psychosomatischen Rehabilitation: Ergebnisse einer Bedarfsanalyse	
<i>Piegza, M., Petermann, F., Bassler, M., Kobelt, A.</i>	240
Internetbasierte Gesundheitsinterventionen	243
Internetbasierte Gesundheitsinterventionen: Stand der Forschung und Nutzungs- potenzial für die medizinische Rehabilitation	
<i>Ebert, D.D. Lin, J., Baumeister, H.</i>	243
Der Einfluss von Information auf die Akzeptanz gegenüber internetbasierten Interventionen bei Schmerz- und Diabetespatienten	
<i>Lin, J., Seifferth, H., Nowoczin, L., Ebert, D.D., Baumeister, H.</i>	246
Ein internetbasiertes Problemlösetraining zur Reduktion psychischer Beanspruchung bei belasteten Arbeitnehmern – Ergebnisse einer randomisiert kontrollierten Studie	
<i>Boß, L., Thiart, H., Heber, E., Lehr, D., Berking, M., Riper, H., Cuijpers, P., Ebert, D.D.</i>	247
Log in and breathe out: Effektivität eines Online-Regenerationstrainings für besseren Schlaf bei Arbeitnehmern mit hoher berufsbezogener Beanspruchung	
<i>Thiart, H., Lehr, D., Ebert, D.D., Sieland, B., Berking, M., Riper, H.</i>	250
Strategien der Reichweitensteigerung für internetbasierte Interventionen – Wie wirksam sind Patientenschulung und E-Mail-Reminder?	
<i>Schweier, R., Richter, C., Grande, G.</i>	252
ICD-Forum.de – Ein webbasiertes Programm zur psychosozialen Unterstützung von Patienten nach Implantation eines Implantierbaren Kardioverter Defibrillators	
<i>Schulz, S.M., Zniva, R., Hammer, F., Ritter, O., Bauer, W., Pauli, P.</i>	254
Reha-Nachsorge	256
Entwicklung eines konsentierten Kriterien-Sets zur Bewertung von Reha- Nachsorgeangeboten	
<i>Schramm, S., Himstedt, C., Deck, R.</i>	256
Ein-Jahres-Verlauf nach gestufter bewegungsorientierter Reha und Nachsorge (boRN) bei Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen und chronischem Rückenschmerz	
<i>Mattukat, K., Golla, A., Ehlebracht-König, I., Kluge, K., Mau, W.</i>	258
Intensivierte medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitationsnachsorge: Ergebnisse der randomisiert kontrollierten Multicenter-Studie	
<i>Briest, J., Bethge, M.</i>	260
Flexibilisierte Nachsorge für Rehabilitanden mit unterschiedlichen Belastungsprofilen	
<i>Walther, A.L., Deck, R.</i>	262
Evaluierung der Ergebnisse der Intensivierten Rehabilitationsnachsorge (IRENA) bei Patienten mit Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates	
<i>Erler, K., Janke, D., Heyne, A.</i>	264

Nachhaltigkeit der Rauchfreiheit von Patienten, die im Anschluss an eine kardiologische Rehabilitationsmaßnahme am SeKoNa-Nachsorgeprogramm teilnehmen – Katamnese nach einem Jahr <i>Thönes, P.</i>	265
Internet- und telemedizinisch-basierte Nachsorge	268
Untersuchung der Wirksamkeit der Nachsorgekonzepte IRENA und EvoCare-Teletherapie bei Patienten mit Erkrankungen des Bewegungsapparates in Bezug auf körperliche Parameter <i>Schellenberger, M., Dittrich, M., Eichner, G., Kleist, B., Schupp, W., Beyer, W.F.</i>	268
Kurzfristige Wirksamkeit der internetbasierten Nachsorge "GSA-Online" für beruflich belastete Patienten <i>Zwerenz, R., Gerzymisch, K., Becker, J., Holme, M., Kiwus, U., Knickenberg, R.J., Spoerl-Doench, S., Beutel, M.E.</i>	271
Wirksamkeit Smartphone-gestützter Reha-Nachsorge (eATROS) für Patienten mit affektiven Störungen nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation <i>Bischoff, C., Schmäddeke, S.</i>	273
Kann telefonische Nachsorge die Nachhaltigkeit der medizinischen Rehabilitation verbessern? – Eine Literaturübersicht <i>Sewöster, D., Haaf, H.G., Martin, S.</i>	275
Ergebnisse eines internetbasierten Nachsorgeprogramms bei verhaltensmedizinisch-orthopädischen Patienten im Anschluss an eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme <i>Pfaunder, S., Hoberg, E., Benninghoven, D.</i>	277
Ergebnisqualität einer Web-basierten Tele-Nachsorge nach stationärer medizinischer Rehabilitation Alkoholabhängiger <i>Arens, J., Missel, P., Preßler, A.-L., Kramer, D.</i>	280
Reha-Nachsorge (Poster)	282
Effekte einer intensivierten Einbindung des Hausarztes in die Nachsorge auf die Nachsorgeaktivität <i>Jankowiak, S., Kaluscha, R., Krischak, G.</i>	282
Patientenschulung	285
Effekte von zwei Implementierungsinterventionen auf die Umsetzung einer standardisierten Patientenschulung <i>Meng, K., Schultze, A., Peters, S., Pfeifer, K., Faller, H.</i>	285
Kurzfristige Effektivität des Curriculums Herzinsuffizienz zur Förderung von Selbstmanagementkompetenzen <i>Musekamp, G., Seekatz, B., Glatz, J., Karger, G., Kiwus, U., Knoglinger, G., Schubmann, R., Westphal, R., Faller, H., Meng, K.</i>	287
Verbessertes Wissen über Stressrisiken und Stressbewältigung nach frauenspezifischem Stressbewältigungsprogramm in der orthopädischen Rehabilitation: Ergebnisse einer clusterrandomisierten Studie <i>Wallrabe, J., Höhne, S., Kasten, Y., Spyra, K., Bethge, M.</i>	289
Ergebnisse der formativen Evaluation einer patientenorientierten Schulung zur Förderung der Gesundheitskompetenz bei chronisch Kranken ("Aktiv in der Reha") <i>Ullrich, A., Schöpf, A.C., Nagl, M., Farin-Glattacker, E.</i>	291
Entwicklung einer Checkliste zur Bewertung der didaktischen und methodischen Konzeption von Patientenschulungen <i>Feicke, J., Wirtz, M., Spörhase, U.</i>	293

Patientenschulung (Poster)	296
Dissemination eines evaluierten Schulungsprogramms bei chronischem Rückenschmerz – Kostenanalyse der Programmimplementierung <i>Ivancevic, S., Biermann, J., Meng, K., Faller, H., Wasem, J., Neumann, A.</i>	296
Patientenbewertungen von Schulungen in der orthopädischen Rehabilitation – Ergebnisse einer qualitativen Freitextanalyse <i>Schöpf, A.C., Ullrich, A., Farin-Glattacker, E.</i>	298
Reha-Team	301
Interprofessionelle Teamarbeit zur Behandlung von chronischen Erkrankungen – Ein systematisches Review <i>Körner, M., Bütof, S., Müller, C., Zimmermann, L., Bengel, J.</i>	301
Merkmale einer erfolgreichen Rehabilitationseinrichtung – Interdisziplinäre Zusammenarbeit <i>Kleineke, V., Stamer, M., Zeisberger, M., Brandes, I., Meyer, T.</i>	302
Wie gut gelingt die Wissensintegration in multiprofessionellen Teams der medizinischen Rehabilitation? <i>Körner, M., Rundel, M., Müller, C., Zimmermann, L.</i>	304
Förderfaktoren und Barrieren interprofessioneller Kooperation in Rehabilitationskliniken – Eine Befragung von Führungskräften <i>Müller, C., Zimmermann, L., Rundel, M., Körner, M.</i>	306
Delphi-Befragung zur Erfassung relevanter Dimensionen im Wirkungsgefüge der Therapeuten-Patienten-Interaktion und Übereinstimmung der Beurteilung des therapeutischen Milieus durch Therapeuten und Patienten <i>Waldeck, T., Rüdgel, H., Waldeck, E.</i>	309
Lehre und Weiterbildung (Poster)	312
Entwicklung innovativer E-Learning-Angebote für die rehabilitationsbezogene Lehre am Beispiel einer interaktiven Lernplattform <i>Parthier, K., Mau, W.</i>	312
Sozialmedizin	315
Entwicklung und Evaluation eines Peer-Schulungsprogramms für das trägerübergreifende Qualitätssicherungsverfahren der sozialmedizinischen Begutachtung <i>Strahl, A., Gerlich, C., Müller-Garnn, A., Brüggemann, S., Gehrke, J., Vogel, H.</i>	315
Die Nachvollziehbarkeit von sozialmedizinischen Gutachten bei Anträgen auf Erwerbsminderungsrente: Ergebnisse einer Inhaltsanalyse von Gutachtenmängeln <i>Gehrke, J., Müller-Garnn, A.</i>	317
Reicht es, im Rahmen der Begutachtung von Renten Antragstellern zu warnen, dass die Angaben überprüft werden, um weniger verzerrte Antwortergebnisse zu erhalten? <i>Kobelt, A., Geissler, N., Walter, F., Petermann, F.</i>	319
Körperliche Selbstwahrnehmung und objektive Leistungsfähigkeit bei onkologischen Rehabilitanden – Möglichkeiten der Objektivierung sozialmedizinischer Parameter <i>Müller, C., Zermann, D.-H.</i>	321
Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in der Begutachtung <i>De Boer, W., Kunz, R.</i>	323

Berufliche Leistungsfähigkeit von Prostatakrebspatienten am Ende der Rehabilitation – Ein Vergleich von Arzt- und Patientenurteil und Prädiktoren differenter Einschätzungen <i>Ullrich, A., Rath, H.M., Otto, U., Kerschgens, C., Raida, M., Hagen-Aukamp, C., Koch, U., Bergelt, C.</i>	325
Rechtswissenschaften	327
Trägerübergreifende Koordination bzw. Kooperation nach den §§ 10-12 SGB IX: "Aufgabe" oder "Programmsatz"? <i>Schian, M., Stähler, T.</i>	327
Implementation von Rechtspflichten zur Barrierefreiheit <i>Welti, F., Hlava, D., Rambausek, T., Ramm, D., Wenckebach, J.</i>	329
Mängel bei der Regelung des Rechtsverhältnisses von Rehabilitanden zu Einrichtungen und Diensten nach §§ 35, 38 a SGB IX <i>Wendt, S.</i>	331
Anspruch auf Stufenweise Wiedereingliederung und Schadensersatz bei deren Verwehrung <i>Kalina, D.</i>	333
Sozialrechtliche Behandlung von arbeitgeberseitigen Zuschüssen bei einer stufenweisen Wiedereingliederung <i>Nebe, K., Waldenburger, N.</i>	335
Arbeitsassistenten finanziert durch Ausgleichabgabe – Nicht nur für den ‚early bird‘ <i>Giese, M.</i>	337
Rechtswissenschaften (Poster)	339
Chancen und Herausforderungen für die Schwerbehindertenvertretungen durch die betriebliche Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention Artikel 27 <i>Kohl, S., Niehaus, M., Baumann, A.</i>	339
Bewegungstherapie	342
Einfluss einer verhaltensbezogenen Bewegungstherapie auf die kurzfristige Wirksamkeit einer verhaltensmedizinischen-orthopädischen Rehabilitation bei chronisch nichtspezifischem Rückenschmerz – Eine randomisiert kontrollierte Studie <i>Semrau, J., Hentschke, C., Geidl, W., Herbold, D., Holme, M., Pfeifer, K.</i>	342
"Aber ich beweg' mich doch genug!" – Körperliche Aktivitätsprofile von chronischen Rückenschmerzpatienten zu Beginn einer stationären Rehabilitationsmaßnahme <i>Schaller, A., Frick, F., Kavelaars, B., Froböse, I.</i>	344
Wirkung einer verhaltensorientierten Bewegungsintervention auf physische und psychische Ressourcen bei Patienten mit pneumologischen Berufskrankheiten in der stationären Rehabilitation <i>Müller, K., Kotschy-Lang, N., Wagner, P.</i>	346
Langzeiteffekte der INOP-Intervention auf die Lebensqualität und Funktionsfähigkeit von Brustkrebspatientinnen nach Abschluss einer onkologischen Rehabilitation <i>Kähner, H., Exner, A.-K., Leibbrand, B.</i>	347
Kraftausdauertraining in der Phase II Rehabilitation bei Patienten mit einem intrakorporalen Herzunterstützungssystem der 3. Generation <i>Workowski, A., Bartsch, P., Stuhr, H., Willemsen, D., Bjarnason-Wehrens, B.</i>	349
Bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz – Eine integrative Zielperspektive für die Bewegungstherapie <i>Sudeck, G., Pfeifer, K., Huber, G.</i>	351

Bewegungstherapie (Poster).....	354
Gesundheitsbezogene Lebensqualität in Abhängigkeit von sportlicher Aktivität bei Menschen mit und ohne körperliche Behinderung <i>Fahrland, S., Fröhlich, M., Pieter, A.</i>	354
Einflussfaktoren der Inanspruchnahme von ambulanten Bewegungstherapien bei Patienten mit rheumatoider Arthritis <i>Mattukat, K., Matthes, C., Mau, W.</i>	355
Orthopädische Rehabilitation	358
Soziale Unterstützung und Lebensqualität im Rehabilitationsprozess in der Mitteldeutschen Bandscheibenkohorte <i>Lübner, M., Lupp, M., Konnopka, A., König, H.-H., Günther, L., Meixensberger, J., Meisel, H.J., Stengler, K., Riedel-Heller, S.G.</i>	358
Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nach Becken- und Acetabulumfrakturen <i>Krischak, G., Holstiege, J., Kaluscha, R., Nusser, M.</i>	359
"Man müsste nur einen Ansprechpartner haben..." – Wie major-beinamputierte Menschen ihre rehabilitative Versorgung erleben <i>Michaelis, U., Gaidys, U.</i>	361
Strategien von chronischen Rückenschmerzpatienten im Umgang mit ihrer Erkrankung vor und nach einer Rehabilitation <i>Jakob, T., Heyduck, K., Glattacker, M.</i>	362
Zeitreihenanalyse ausgewählter Ergebnisindikatoren der Reha-Kohorten 2002-2006 mit chronischem Rückenschmerz – Ergebnisse aus dem SUF 2002-2009 <i>Schmidt, C., Bernert, S., Spyra, K.</i>	364
Neurologische Rehabilitation.....	367
Selbstmanagementförderung im Umgang mit langzeittherapeutischen Arzneimitteln im Rahmen der Neuro-Rehabilitation (SimUltAN) <i>Neuhaus, S., Menzel-Begemann, A.</i>	367
MBOR in der Neurologie: Steuerungsalgorithmus und retrospektive Fall-Distribution <i>Claros-Salinas, D., Koch, E., Greitemann, G.</i>	369
Investigating rhythmic stimulation designs for robot-assisted rehabilitation: Evaluation of functional and motivational effects of rhythm applied to the Nine-Hole-Peg-Test <i>Speth, F., Wahl, M.</i>	372
Depressivität und Erkrankungsschwere bei Patienten mit idiopathischem Parkinson-Syndrom im Therapieverlauf: Nutzen einer ergänzenden stationären Maßnahme zur ambulanten Behandlung in Schwerpunktpraxen <i>Kampling, H., Netter, P., Henneberg, A., Csoti, I., Zeiss, T.</i>	374
Forced Exercise – Auswirkungen eines MOTomed-Trainings auf parkinsontypische motorische Dysfunktionen <i>Laupheimer, M., Härtel, S., Schmidt, S., Bös, K.</i>	376
Neurologische Rehabilitation – Phase E als Behandlungs- und Rehabilitationsphase nach Abschluss einer medizinischen Rehabilitation <i>Stähler, T.</i>	377
Neurologische Rehabilitation bei Multipler Sklerose.....	380
Prävalenz von Fatigue bei Multipler Sklerose im Vergleich zum Schlaganfall <i>Lukoschek, C., Claros-Salinas, D., Greitemann, G., Starrost, K., Güttler, R., Dettmers, C.</i>	380
Motorische Fatigue bei Multipler Sklerose: Fatigue Index Kliniken Schmieder (FIKS) <i>Sehle, A., Vieten, M., Mündermann, A., Dettmers, C.</i>	382

Bestimmung kognitiver Fatigue bei Patienten mit Multipler Sklerose mit einem kognitiven Belastungstest	
<i>Neumann, M., Claros-Salinas, D., Gütlér, R., Sterr, A., Dettmers, C.</i>	384
Evaluation der Selbstmanagementschulung "S.MS" für Patienten mit Multipler Sklerose – Eine multizentrische, prospektive, quasi-experimentelle Studie	
<i>Feicke, J., Spörhase, U., Köhler, J., Busch, C., Wirtz, M.</i>	386
Dual-task exergaming improves balance and gait in patients with multiple sclerosis and leads to higher adherence to home-based balance training	
<i>Dettmers, C., Gruber, M., Kramer, A.</i>	387
Patientenadäquate Information bei Multipler Sklerose – Eine systematische Literaturübersicht	
<i>Kuhn, C., Feicke, J., Spörhase, U.</i>	389
Kardiologische Rehabilitation - in Kooperation mit der DGPR	391
Effektivität eines Fahrradergometertrainings nach der Dauermethode im Vergleich zur intensiven Intervallmethode in der kardiologischen Rehabilitation der Phase II	
<i>Hofmann, R., Gogol, C., Karoff, M., Bjarnason-Wehrens, B.</i>	391
Einfluss von Training und Patientencharakteristika auf die körperliche Leistungsfähigkeit bei kardiovaskulären Rehabilitanden	
<i>Salzwedel, A., Reibis, R., Kaminski, S., Buhler, H., Wegscheider, K., Balzer, K., Völler, H.</i>	393
Arbeitsplatzängste und arbeitsbezogene Partizipationsstörungen bei Patienten in der kardiologischen Rehabilitation	
<i>Muschalla, B., Glatz, J., Linden, M.</i>	395
Paralleltest PaSA-cardio – Diagnostik und Veränderungsmessung von Angst bei Patienten in der kardiologischen Rehabilitation	
<i>Abberger, B., Haschke, A., Wirtz, M., Bengel, J., Baumeister, H.</i>	397
Klinische und soziodemographische Determinanten des Erfolges stationärer kardiologischer Rehabilitation bei älteren Patienten	
<i>Salzwedel, A., Wegscheider, K., Herich, L., Strandt, G., Völler, H.</i>	399
Evaluation der Nachhaltigkeit von Viniyoga in der stationären Rehabilitation von Patienten mit arterieller Hypertonie	
<i>Mayer-Berger, W., Moebus, S., Pieper, C., Marr, A., Bräutigam, U., Kettner, C., Michalsen, A.</i>	400
Kardiologische Rehabilitation (Poster)	402
Berufsassoziiertes Risiko – Entwicklung des metabolischen/kardialen Risikos bei angehenden Zahnmedizinern und Sportlehrern innerhalb von 5 Jahren	
<i>von Stengel, S., Bebenek, M., Kemmler, W.</i>	402
Geschlechtsunterschiede in der autonomen kardiovaskulären Regulation: Ein Replikationsversuch	
<i>Mussgay, L., Rüdél, H.</i>	403
Kosteneffektivität eines Langzeit-Sekundärpräventionsprogramms nach kardialer Rehabilitation bei einer Kohorte mit niedriger Schulbildung: Eine randomisierte kontrollierte Studie	
<i>Mayer-Berger, W., Redaelli, M., Simic, D., Kohlmeyer, M., Seiwerth, B.</i>	405
www.herzwegweiser.de – Entwicklung und Umsetzung eines Internetportals für die Nachsorge von kardiologischen Rehabilitanden und deren Behandlern	
<i>Stamm-Balderjahn, S., Bartel, S., Spyra, K.</i>	406

Stratifizierte Analyse des Aktivitätsverhaltens und des Medienkonsums von übergewichtigen Kindern und Jugendlichen in therapeutischer Betreuung unter Einbeziehung von soziodemographischen Variablen <i>Wulff, H., Müller, P., Wagner, P.</i>	408
Onkologische Rehabilitation	410
Überleitung onkologischer Patienten aus der akutstationären Behandlung in die Anschlussrehabilitation: Erste Ergebnisse einer Befragung deutscher Rehabilitationskliniken <i>Schmidt, H., Abraham, J., Landenberger, M., Jahn, P.</i>	410
Bedarfsgerechte psychoonkologische Betreuung in der fachspezifischen onkologischen Rehabilitation – Patientengruppenspezifischer Bedarf und gezielte Zuweisung durch Kombination von Screening und speziellen Anamneseverfahren <i>Hamsch, S., Elter, A., Stark, I., Staudy, N., Zermann, D.-H.</i>	412
Nebenwirkungsorientierte statt entitätsorientierte Behandlungspfade für die bewegungstherapeutische Betreuung von onkologischen Patienten <i>Wiskemann, J., Scharhag-Rosenberger, F.</i>	414
Vorkommen und Therapie des postoperativen Lymphödems bei Brustkrebspatientinnen in der onkologischen Rehabilitation – Analyse von 1.030 Patientenfällen <i>Hass, H.G., Axmann, D., Kunzmann, V., Zabieglinski, T.</i>	416
Psychische Belastung bei Patientinnen mit Brustkrebs in Abhängigkeit der vorliegenden Tumor-Subklassifikation – Haben Patientinnen mit "triple-negativem" Mammakarzinom mehr krankheitsbezogene Ängste? <i>Jäger, M., Lerch, J., Stepien, J., Hass, H.G.</i>	418
Nachsorgeempfehlungen bei Brustkrebspatientinnen <i>Exner, A.-K., Kähnert, H., Leibbrand, B.</i>	420
Onkologische Rehabilitation (Poster)	422
Ziele und Anliegen von Familien mit einem an Krebs erkrankten Kind in der pädiatrisch-onkologischen Rehabilitation – Eine Analyse von ärztlichen Entlassungsberichten <i>Inhestern, L., Beierlein, V., Krauth, K.A., Schulte, T., Berger, D., Koch, U., Bergelt, C.</i>	422
Kardiorespiratorische Fitness bei Brustkrebspatientinnen unter adjuvanter Therapie <i>Klassen, O., Schmidt, M., Scharhag-Rosenberger, F., Ulrich, C., Schneeweiss, A., Potthoff, K., Steindorf, K., Wiskemann, J.</i>	424
Prädizieren Erwartungen die Lebensqualität 3 Monate nach Rehabilitation? Eine Untersuchung bei onkologischen Rehabilitanden <i>Schuler, M., Heiduk, T., Schulte, T.</i>	426
Veränderungen und Einflussgrößen der Subjektiven Erwerbsprognose bei Brustkrebspatientinnen 12 Monate nach Reha-Ende <i>Lamprecht, J., Müller, M., Mau, W.</i>	428
Pneumologische Rehabilitation	431
Unterscheiden sich die Kurzzeitergebnisse der pneumologischen Rehabilitation bei COPD zwischen Heilverfahrens- und AHB-Patienten? <i>Jelusic, D., Wittmann, M., Schuler, M., Schultz, K.</i>	431
Psychische Komorbidität bei COPD-Rehabilitanden: Welche Änderungen lassen sich nach 3 Wochen stationärer Rehabilitation mittels Screeningverfahren finden? <i>Schwaighofer, B., Jelusic, D., Wittmann, M., Schuler, M., Schultz, K.</i>	433

Lebensqualität und Atemnot von COPD-Patienten ¼ Jahr nach pneumologischer Rehabilitation <i>Schultz, K., Wittmann, M., Jelusic, D., Schuler, M.</i>	434
Wie ändert sich der BODE-(Überlebensprognose-)Index bei COPD-Patienten nach stationärer pneumologischer Rehabilitation? <i>Jelusic, D., Wittmann, M., Schuler, M., Schultz, K.</i>	436
Sozialmedizinische Aspekte der Rehabilitation bei Sarkoidose – Ergebnisse der Studie "Prospektive multizentrische Katamnesestudie Sarkoidose in der pneumologischen Rehabilitation" (ProKaSaRe) <i>Buhr-Schinner, H., Braune, R., Quadder, B., Buchbender, W., Heitmann, R., Hummel, S., Tönnemann, U., van der Meyden, J., Schultz, K., Ernst, S., Großhennig, A., Schleaf, T., Lingner, H.</i>	438
Pneumologische Rehabilitation (Poster)	441
Ist ein doppelter 6-Minuten-Gehtest im Rahmen des Routine-Assessments der pneumologischen Reha bei COPD-Patienten erforderlich? <i>Wingart, S., Krämer, B., Huber, V., Fuchs, S., Wittmann, M., Jelusic, D., Schuler, M., Schultz, K.</i>	441
Re-Analysen zur Inhalts- und Konstruktvalidität des "Asthma-Wissenstest" <i>Bäuerle, K., Feicke, J., Miklejewski, S., Spörhase, U., Scherer, W., Wohlfarth, R., Bitzer, E.M.</i>	443
Psychosomatik I.....	446
Fähigkeitsbeeinträchtigungen und Arbeitsplatzprobleme? <i>Muschalla, B., Linden, M.</i>	446
Berufsbezogene psychosomatische Rehabilitation für Pflegeberufe <i>Köllner, V., Eckert-Tag Elsir, C., Freiberg, A., Lipka-Stöhr, G.</i>	448
Welchen Einfluss hat das Laienkonzept "Burnout" auf den Erfolg und die Nachhaltigkeit der medizinischen psychosomatischen Rehabilitation – Ein-Jahres-Katamnese <i>Webendorfer, S., Benoit, D., Bischoff, C., Limbacher, K.</i>	451
Das Spektrum klinischer Verbitterungsvarianten <i>Rotter, M., Linden, M.</i>	453
Der Zusammenhang zwischen subjektiven und objektiven Schlafstörungen <i>Linden, M., Fietze, I.</i>	454
Nachsorge Neues Credo – Transfer in die Psychosomatik <i>Deck, R., Hüppe, A.</i>	456
Psychosomatik II.....	458
Unterscheiden sich Rehabilitanden mit Anpassungsstörungen und depressiven Störungen im Verlauf der psychosomatischen Rehabilitation? <i>Schweiberer, D., Neu, R., Köllner, V.</i>	458
Ist das Typ D-Muster ein hilfreiches Konstrukt für die Psychosomatische Rehabilitation? <i>Neu, R., Müller, P., Roth, P., Grande, G., Köllner, V.</i>	460
Krankheitsbewältigung bei Depression: Strategien, Ziele und Veränderungen im Verlauf der psychosomatischen Rehabilitation <i>Heyduck, K., Jakob, T., Glattacker, M.</i>	462
Unterstützende und belastende Beziehungen zwischen Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation <i>Kastner, S., Linden, M.</i>	464
Nebenwirkungen in verhaltenstherapeutischen Gruppentherapien <i>Muschalla, B., Flöge, B., Linden, M.</i>	466

Selbstwirksamkeitserleben im arbeitsbezogenen Verhalten und Erleben – Prädiktor für nachhaltige stationäre psychosomatische Rehabilitation? <i>Benoit, D., Bischoff, C.</i>	468
Psychosomatik (Poster)	470
Umsetzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in der psychosomatischen Rehabilitation und Suchtrehabilitation <i>Spies, M., Brütt, A.L., Freitag, M., Buchholz, A.</i>	470
Internationale Daten zum Mini-ICF-APP <i>Linden, M.</i>	471
Erfassung von Teilleistungsstörungen im Erwachsenenalter mit der MCD-TLS-Skala <i>Bahri, S., Warnke, M., Otto, J., Linden, M.</i>	473
Eine Überprüfung der Wirksamkeit des Behandlungskonzeptes "MANN!" bei male depression <i>Daube, C., Schneider, D., Dippel, A.</i>	475
Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen I	477
Pathologisches Glücksspielen – Veränderungen in den Glücksspielformen und Konsequenzen für die Behandlung <i>Premper, V., Peters, A., Fischer, T.</i>	477
Herzratenvariabilitäts-gestütztes Biofeedbacktraining reduziert Trinkverlangen und Angst bei alkoholabhängigen Patienten <i>Penzlin, A.I., Siepmann, M.</i>	479
Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation bei Alkohol- und Medikamenten-abhängigkeit: Psychotherapie im Fokus <i>Schuhler, P., Vogelgesang, M., Jung, A., Wagner, A.</i>	480
Die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation in der Suchtrehabilitation – Status Quo und Entwicklungsbedarf aus empirischer Perspektive <i>Egner, U., Vorsatz, N., Grünbeck, P., Klosterhuis, H., Streibelt, M.</i>	482
Evaluation des Modellprojekts "Berufliche Integration nach stationärer Sucht-behandlung" (BISS) <i>Styp von Rekowski, A., Indlekofer, W., Seelig, H., Bengel, J.</i>	484
Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen II	486
Zur Wirksamkeit einer schnittstellenübergreifenden arbeitsbezogenen Fallbegleitung in der suchtt therapeutischen Nachsorge – Erste Ergebnisse einer randomisierten Studie <i>Saal, S., Stopp, J., Forschner, L., Kallert, T., Bolle, M., Schlösser, R., Behrens, J.</i>	486
Entwicklung eines Manuals zur Reha-Fallbegleitung bei Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigen mit erwerbsbezogenen Problemen <i>Jakob, T., Schröder, A., Hoffmann, S., Stapel, M., Glattacker, M.</i>	488
Mit dem Joystick gegen das Suchtgedächtnis: Erste Ergebnisse der Multicenterstudie <i>Lindenmeyer, J., Rinck, M., Becker, E., Hoffmann, S., Becht, N., Wiers, R.</i>	490
Diagnostik und Behandlung im Rahmen medizinisch-beruflich orientierter Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen <i>Missel, P.</i>	491
Können die RMK-Therapieorientierungswerte (RMK-TOW) die Therapieplanung in der stationären Entwöhnungsbehandlung Alkoholabhängiger unterstützen? <i>Spyra, K., Egner, U., Fahrenkrog, S., Köhn, S., Lindenmeyer, J., Missel, P.</i>	493

Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen (Poster).....	496
Psychopharmaka in der Sucht-Rehabilitation – Ein Blick in die Praxis	
<i>Schüppel, R., Bachmeier, R.</i>	<i>496</i>
Rehabilitation bei chronischen Schmerzen	498
Schmerzspezifische Selbstwirksamkeit und schmerzbedingte psychische	
Beeinträchtigung als Prädiktoren der körperlichen und psychischen Lebensqualität	
bei chronischen Rückenschmerzpatienten	
<i>Garbrecht, M., Freund, S., Dibbelt, S., Greitemann, B., Glattacker, M.</i>	<i>498</i>
Die Relevanz von Depressivität für den Zusammenhang von Schmerz,	
Vermeidungsverhalten und Beeinträchtigung bei Rehabilitanden mit chronischen	
Rückenschmerzen	
<i>Seekatz, B., Meng, K., Faller, H.</i>	<i>500</i>
Der vermittelnde Einfluss von Katastrophisieren für den Effekt von Depression auf	
Schmerz und körperliche Funktionsfähigkeit: Eine längsschnittliche Mediatoranalyse	
<i>Briest, J., Bethge, M.</i>	<i>502</i>
Iatrogen induzierter Opiatmissbrauch bei chronischen Schmerzpatienten	
beeinträchtigt das Reha-Ergebnis erheblich	
<i>Egle, U.T., Zentgraf, B.</i>	<i>504</i>
Teilhabebeeinträchtigungen von Patientinnen und Patienten mit	
Fibromyalgiesyndrom: Die Entwicklung eines neuen Fragebogens und deskriptive	
Ergebnisse	
<i>Farin-Glattacker, E., Ullrich, A.</i>	<i>505</i>
Rehabilitation bei chronischen Schmerzen (Poster)	508
Soll man den Clusterkopfschmerz rehabilitieren?	
<i>Berwanger, C.</i>	<i>508</i>
Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen I	510
Constraint-induced movement therapy versus intensive bimanuelle Therapie bei	
Kindern mit armbetonter Hemiparese – Wirksamkeitsvergleich und Einflussfaktoren	
<i>Deppe, W., Thümmler, K., Danzer, J., Berger, C., Meyer, S.</i>	<i>510</i>
Prospektive monozentrische Evaluation einer Rehabilitationsmaßnahme zur	
Entwicklung des Gangbilds, der Alltagsaktivität und der Lebensqualität von Kindern	
und Jugendlichen nach hämatologisch/onkologischer Erkrankung	
<i>Krauth, K.A., Rosenbaum, S., Kelter-Klöpping, A., Mailand, P., Lindkamp, K.,</i>	
<i>Müller, C.</i>	<i>512</i>
Motorische Entwicklungsstörungen im Vorschulalter – Ist eine reine Behandlung der	
motorischen Defizite ausreichend?	
<i>Jaščenoka, J., Korsch, F., Petermann, U., Petermann, F.</i>	<i>515</i>
Das kardio-vaskuläre Risiko übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher	
– Quantifizierung mittels Pulswellenanalyse und aerober Fitness	
<i>Elmenhorst, J., Springer, S., Giegerich, T., Alber, V., Barta, C., Oberhoffer, R.</i>	<i>518</i>
Inanspruchnahme und Durchführung einer telefonischen Reha-Nachsorge für	
Jugendliche mit Adipositas	
<i>Pankatz, M., Böder, J., Tiedjen, U., Hampel, P., Stachow, R.</i>	<i>520</i>
Passivrauchbelastung von chronisch kranken Kindern in der stationären	
Rehabilitation	
<i>Rosenecker, J., Hermann, T., Springer, S., Zellhuber, B., Hoch, B.</i>	<i>523</i>

Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen II	525
Gründe für den Antragsrückgang in der Rehabilitation für Kinder und Jugendliche aus der Sicht unterschiedlicher Prozessbeteiligter	
<i>Berghem, S.</i>	525
Aktuelle Ergebnisse zu den Reha-Therapiestandards Asthma bronchiale und Adipositas, wie unterschiedlich therapieren die Reha-Einrichtungen?	
<i>Baumgarten, E.</i>	526
Aktuelle Befragungsergebnisse in der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation: Zufriedene Kinder? Zufriedene Eltern?	
<i>Widera, T.</i>	528
10 Jahre Patientennachbefragung im Rahmen des Qualitätsmanagements	
<i>Stachow, R., Gentschenfeld, B.</i>	531
Sozialer Status und reha-relevante Parameter in der stationären Kinderrehabilitation – Erste Ergebnisse aus dem rekju-Projekt	
<i>Schumann, N., Günther, S., Fach, E.-M., Richter, M.</i>	533
Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen (Poster).....	535
Autistische Verhaltensmuster in der stationären Rehabilitation von Kindern mit ADHS – Ergebnisse eines Asperger-Screenings	
<i>Dobler, U., Hermann, T.</i>	535
Emotionserkennung, Empathiefähigkeit und soziale Kompetenzen bei verhaltensauffälligen und delinquenten Jugendlichen in der beruflichen Rehabilitation	
<i>Thomas, J., Ferbar, D., Fuchs, K.</i>	537
Rehabilitation bei Älteren und Pflegebedürftigen	539
Geriatrische Früh- und Anschlussrehabilitation: Routinedatenanalysen zu Ausgangsbefunden und Nachhaltigkeit vor dem Hintergrund unterschiedlicher Versorgungsschwerpunkte und -quoten in den Bundesländern	
<i>Meinck, M., Lübke, N., Polak, U.</i>	539
Vorbereitung in der Reha auf die häusliche Versorgung bei Pflegebedürftigkeit: Bedürfnisse aus Sicht von Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen sowie Bedarfe aus Sicht von Pflege-Expert(inn)en – Erste qualitative Ergebnisse aus dem Modellprojekt ProPASS	
<i>Menzel-Begemann, A., Klünder, B., Wippermann, K., Schaeffer, D.</i>	540
Patientenorientierung in der Geriatrischen Rehabilitation – Ist die Erfassung von patientenseitigen Behandlungszielen und Gesundheitsbewertungen bei Menschen mit Demenz möglich?	
<i>Dutzi, I., Schwenk, M., Hauer, K.</i>	542
Trainingskarussell bei Demenzerkrankung – Aktivieren um zu Deaktivieren. Ein Pilotprojekt zur körperlichen Aktivierung in der stationären gerontopsychiatrischen Versorgung	
<i>Fleiner, T., Eichberg, S., Zijlstra, W., Häussermann, P.</i>	544
Effectiveness of an enhanced, dementia-adjusted training program in patients with dementia: Translational model of geriatric rehabilitation	
<i>Hauer, K., Dutzi, I., Schwenk, M.</i>	546
Effekte des kognitiven Status auf das Therapieangebot bei Patienten mit kognitiver Schädigung in der geriatrischen Rehabilitation	
<i>Hauer, K., Dutzi, I., Schwenk, M.</i>	547

Rehabilitation bei Älteren und Pflegebedürftigen (Poster).....	549
Mismatch of objective fall risk and subjective concerns about falling in patients with dementia	
<i>Hauer, K., Schwenk, M., Dutzi, I., Türmer, S., Englert, S.</i>	<i>549</i>
Verbesserung der Lebensqualität von älteren Menschen mit chronischen Erkrankungen durch Förderung der Selbstpflegekompetenzen am Beispiel von Amputationen – Schulung zum Caremanager-Amputationsbegleiter	
<i>Jahnke, M., Vogt-Bolm, A., Michaelis, U., Petersen-Ewert, C., Gaidys, U.</i>	<i>550</i>
Effect of a Home Training on Functional Performance and Physical Activity in Geriatric Patients with Cognitive Impairment	
<i>Hauer, K., Koepp, P., Dutzi, I., Schwenk, M.</i>	<i>552</i>

Arbeitswelt und Rehabilitation – Zusammenarbeit und Vernetzung

Niehaus, M.

Lehrstuhl Arbeit und berufliche Rehabilitation, Universität zu Köln

Aufgrund des demografischen Wandels ergeben sich zukünftig zahlreiche Herausforderungen in der Arbeitswelt und für die Sozialversicherungsträger sowie die Betroffenen. Der Anteil älterer Beschäftigter in Unternehmen wird in den nächsten Jahren steigen – mit Folgen für die Wettbewerbs- und Beschäftigungsfähigkeit. Das Risiko einer Leistungswandlung oder einer Langzeiterkrankung steigt mit dem Alter, so dass eine frühzeitige Erkennung und eine umfassende, an die Bedarfe der Betroffenen angepasste rehabilitative Versorgung grundlegend ist, um Menschen nach einer Erkrankung möglichst schnell wieder ins Arbeitsleben zurückzuführen. Dafür ist eine Zusammenarbeit verschiedener Professionen und Akteure bei der Versorgung notwendig. Für die Betroffenen, Leistungserbringer, Betriebe und Sozialversicherungsträger sollte dies eine gemeinsame Aufgabe darstellen, da die sektorale Gliederung des deutschen Sozial- und Gesundheitssicherungssystems vielfach zu Problemen an deren Schnittstellen führt.

Für die Betroffenen ergeben sich bei der Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen zahlreiche Herausforderungen. Diese treten insbesondere dann auf, wenn Antragstellung und Informationsweitergabe zu lange dauern oder Informationen und Unterstützung gänzlich fehlen. Daher sollten ganzheitliche gesundheitliche Bedarfe der Rehabilitation stärker als bisher in den Mittelpunkt gerückt werden.

Bei der Betrachtung der betrieblichen Aspekte stellt sich die Frage, wie das Arbeitskräftepotential am sinnvollsten ausgeschöpft werden kann. Grundlegend ist dabei die Beschäftigungsfähigkeit. Das Ziel für Beschäftigte, Betrieb und Sozialversicherungsträger sollte es sein, diese Beschäftigungsfähigkeit wiederherzustellen bzw. zu verbessern, indem zum Beispiel das Betriebsumfeld stärker im Rehabilitationsprozess berücksichtigt wird und die vorhandenen Instrumente in den Betrieben besser miteinander koordiniert werden.

Die Komplexität des Versorgungsbereichs Rehabilitation mit den unterschiedlichen Zuständigkeiten und Institutionen hat einige Nachteile. Dadurch ergibt sich die Frage nach erfolgreichen und effektiven Netzwerken sowie deren Voraussetzungen und Wirkungsweisen. Netzwerke sind allgemein als Form organisationsübergreifender Zusammenarbeit von mehreren interagierenden, rechtlich selbständigen Organisationen anzusehen. Dabei stellen Netzwerke in der Rehabilitation eine ganze Reihe besonderer Anforderungen an Struktur und Akteure.

Im Beitrag werden Erkenntnisse zu der Thematik mit konkreten Beispielen bzw. Ergebnissen aus Forschungsprojekten (z. B. PINA-Projekt und POST-REHA Netzwerk) vorgestellt und diskutiert.

Deutlich wird aus diesen Forschungsprojekten, dass Kooperationen und systematische Zusammenarbeit dabei oftmals mühsam sind und dass Anreize fehlen, die zunächst entstehende Mehrarbeit in Kauf zu nehmen. Die Bildung von Netzwerken wird jedoch als Weg zu einem partizipativen Rehabilitationsgesamtprozess gesehen. Durch die verbesserte Zusammenarbeit aller Beteiligten soll es ermöglicht werden, frühzeitig potenzielle Gefährdungen der Beschäftigungsfähigkeit zu erkennen und die berufliche Integration gesundheitlich beeinträchtigter Beschäftigter zu sichern. Gleichzeitig soll dadurch die Wirksamkeit von Rehabilitationsleistungen zur Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit gesteigert und optimiert werden.

DGRW-Update "Onkologische Rehabilitation"

Bartsch, H.H.

Klinik für Tumorbioogie, Freiburg

Die Inzidenz maligner Erkrankungen ist seit vielen Jahren kontinuierlich steigend und stellt mit über 460.000 Neuerkrankungen pro Jahr in Deutschland ein relevantes gesundheitliches Versorgungsproblem dar. Die Zahl geheilter onkologischer Patienten nimmt zwar zu, damit jedoch auch der Anteil Menschen mit chronischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen sowohl nach kurativen wie nach palliativen Tumortherapien. Damit hat die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsleistungen von onkologisch erkrankten Menschen ebenfalls korrespondierend deutlich zugenommen. Umfassende Daten dazu liegen v. a. von der Deutschen Rentenversicherung vor, dem für deutlich über 70 % der medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen in Deutschland zuständigen größten Kosten- und Leistungsträger. Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach §§ 26-31 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) werden für onkologische Patienten dahingehend erweitert, indem in § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI festgelegt ist, dass derartige Rehabilitationsleistungen auch für Bezieher einer Rente und nicht berufstätige Angehörige möglich sind. Damit erweitert sich die sonst für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung primär angestrebte Zielsetzung des Erhalts der Erwerbstätigkeit bei chronischen Erkrankungen bzw. Störungen in Folge gesundheitlich ungünstigem Verhalten, um die Dimension der Verbesserung der funktionalen Gesundheit (Lebensqualität) und letztlich auch der Vorbeugung vorzeitiger Pflegebedürftigkeit.

Vor diesem Hintergrund ist es daher kaum überraschend, dass in den vergangenen 15 Jahren bei der Rentenversicherung die medizinische Rehabilitation onkologisch erkrankter Menschen mit fast 170.000 Maßnahmen (17 % aller Rehabilitationsleistungen) auf Platz 3 der Inanspruchnahme vorgerückt ist.

Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit und Zugangssteuerung

Zunächst sind die direkten Behandler in den Kliniken oder Fachpraxen Ansprechpartner für alle Folgestörungen, die sich aus der Tumortherapie ergeben haben. Daher gehört es zu den Qualitätskriterien der zertifizierten Organtumorzentren und Onkologischen Zentren, dass Patienten bei Abschluss der Primärtherapie, weitergehende Informationen und Hilfestellungen über erforderliche bzw. sinnvolle Anschlussbehandlungskonzepte wie die medizinische Rehabilitation erhalten. Systematische Erhebungen an Brustzentren z. B. in NRW zeigten jedoch, dass es sehr große Unterschiede im Hinblick auf die Umsetzung dieses Qualitätsmerkmals zwischen den Kliniken gibt. Geeignete, leicht einzusetzende Instrumente zum systematischen Screening auch für Nicht-Rehamediziner sind dringend erforderlich. Eine ausschließliche Delegation an die Sozialdienste der Kliniken ist aus mehreren Gründen keine Ideallösung. Auf der anderen Seite erscheinen die im niedergelassenen Versorgungs-

bereich gestellten Anforderungen an die Beurteilung einer Rehabilitationsbedürftigkeit nicht selten als zusätzliche Hürden.

Die Vielfalt der onkologischen Erkrankungen mit jeweils mehr oder weniger spezifischen Krankheits- und Therapiefolgestörungen lassen eine Schwerpunktsetzung der Rehabilitationseinrichtung auf gewisse Zielgruppen sinnvoll erscheinen. Dies hat sich in der Praxis bis zu einem gewissen Grad auch durchgesetzt, obwohl andererseits "belegungstechnische Überlegungen" oftmals regionaler Kostenträger weiterhin eine Rolle spielen.

Rehabilitationskonzepte in der Onkologie und deren Evidenz

Die Grundlagen und damit die inhaltliche Ausrichtung der onkologischen Rehabilitation unterscheiden sich nicht grundsätzlich von anderen Indikationsbereichen; das Muster der Schädigungen und Belastungen ist jedoch wesentlich vielfältiger und wird oft als existentiell bedrohlich wahrgenommen. Somit konzentriert sich die Rehabilitation einerseits auf die Verbesserung funktioneller somatischer Folgestörungen wie auch die Verringerung psychosozialer Belastungen. In deren Vordergrund steht meist eine Rezidiv- oder Progredienzangst, nicht selten mit entsprechenden psychosomatischen Auswirkungen. Daher haben körperorientierte Verfahren mit entsprechend individuell adaptierten Trainingsprogrammen eine ebenso große Bedeutung wie Angebote der psychischen Entlastung durch Einzel- bzw. Gruppentherapien, ggf. einschließlich neurokognitiven Trainings, sowie der Entspannungsverfahren und kunsttherapeutischer Ansätze. Sowohl mit Blick auf die somatischen wie psychosozialen Rehabilitationsstrategien haben sich in den letzten Jahren zahlreiche wissenschaftliche Belege für deren Wirksamkeit gerade bei onkologischen Patienten ergeben. Für Frauen nach Brustkrebserkrankungen wurde auf dieser Basis ein Reha-Therapiestandard entwickelt und in die Versorgungspraxis umgesetzt.

Die Schnittstelle Onkologie und Sozialmedizin

Der teilweise geringeren Traumatisierung durch operative Techniken (minimalinvasiv, organfunktionserhaltend) stehen nicht selten längere und nebenwirkungsreichere adjuvante Strategien gegenüber. Dies ist sehr deutlich an den quantitativ bedeutenden Tumoren der Brust, des Darms und der Lungen festzustellen. Somit können zum Zeitpunkt einer medizinischen Rehabilitation, insbesondere der Anschlussrehabilitation, Umfang und Dauer einer körperlichen oder psychosozialen Folgestörung oft noch nicht definitiv eingeschätzt werden. Ebenso stellen Patienten in palliativen Therapiesituationen eine besondere Herausforderung dar, da durch die heute in einigen onkologischen Bereichen möglichen Langzeittherapien auch wieder die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit möglich wird. In jedem Fall kommt der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung und der ggf. erforderlichen Weichenstellung für die Zeit bis zur Wiedererlangung der vollständigen Leistungsfähigkeit oder einer dem dauerhaft eingeschränkten Leistungsprofil angepasste Tätigkeit eine zentrale Bedeutung zu. Finanzielle Einbußen spielen gerade bei jüngeren Tumorpatienten eine signifikante Rolle.

Einbindung der onkologischen Rehabilitation in die Versorgungsstrukturen

Die Veränderung der akutmedizinischen Vergütungsstrukturen hat zwangsläufig auch Konsequenzen auf die medizinische Rehabilitation onkologischer Patienten. Neben deutlich häufigeren somatischen Problemen insbesondere im Rahmen der Anschlussrehabilitation stehen gerade psychosoziale Belastungen mit erheblichem Informationsdefizit, in der Regel

überhaupt nicht begonnener Krankheitsverarbeitung und massiven emotionalen Störungen im Vordergrund. Die Aufnahme der medizinischen Rehabilitation als Merkmal in zertifizierte onkologische Versorgungsstrukturen incl. der Einbindung in den Nationalen Krebsplan lassen hoffen, dass sich durch eine noch engere Kooperation das Gesamtergebnis der gesundheitlichen Versorgung onkologischer Patienten weiter verbessern lässt. Die Vergütungsstrukturen müssen jedoch den kontinuierlich angestiegenen Anforderungen angepasst werden, ansonsten drohen zwangsläufig Qualitätsverlust und damit die Beschädigung eines essentiellen Versorgungsbereiches für einen signifikanten Anteil onkologischer Patienten.

DGRW-Update "Berufliche Rehabilitation"

Spijkers, W.

Institut für Psychologie, RWTH Aachen University

Die berufliche Rehabilitation zielt auf die Wiederherstellung und die Verbesserung des Beschäftigungspotentials, d. h. die Erhaltung der Erwerbsfähigkeit von Personen mit einer drohenden oder bereits eingetretenen Behinderung. Analoge Ziele verbergen sich hinter Bezeichnungen wie "Wiederherstellung und Erhalt der Teilhabe am Arbeitsleben", "Employability" oder "Return to Work".

Hauptelemente einer jeden beruflichen Rehabilitationsleistung, also einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben, sind das Reha-Assessment, berufliche Bildung und Qualifizierung sowie die (Re-)Integration in das Arbeitsleben. Berufliche Rehabilitation und Arbeit sind somit systemisch zu betrachten. Um zielorientiert und effektiv in diesem System handeln zu können, ist evidenzbasiertes Wissen bzgl. der einzelnen Elemente und deren Wirkungsgefüge notwendig. Das Zusammenbringen von Grundlagenwissen, Methoden, anwendungsorientierter Forschung und die Kommunikation bzw. Reflexion entsprechender Ergebnisse mit den beteiligten Akteuren sind wesentliche Voraussetzungen, um den Ansprüchen, wie sie gegenüber der beruflichen Rehabilitation aktuell vom Gesetzgeber bzw. der Gesellschaft formuliert werden, gerecht zu werden.

In den Beiträgen der rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquien der letzten Jahre bildet sich zwar eine tendenzielle Steigerung der Sessions mit beruflich-rehabilitationsbezogenen *Bezeichnungen* ab, wie z. B. "Arbeit und Rehabilitation" oder "Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben", aber grundsätzlich gilt es hier festzuhalten, dass es bzgl. der beruflichen Rehabilitation wenig Forschung gibt. Wie nachfolgend skizziert lassen sich jedoch für die berufliche Rehabilitation verschiedene wichtige und interessante Forschungsfelder nennen:

- *Rehabilitations-Prozess*: Zugangssteuerung, Selbstbestimmung und Individualisierung, (Betriebliche) (Weiter-)Bildungsmaßnahmen (BFW, BTZ, RPK etc.), Reha-Assessment und Reha-Diagnostik, Reintegrationsfaktoren
- *Integration*: Integrationsmanagement, Betriebliche (Wieder-)Eingliederung (BEM), Disability Management

- *Qualitätsmanagement*: Qualitätssicherung, Objektivität und Standardisierung (z. B. Prozessprofiling- und Monitoringinstrumente), Leistungsklassifikation in der beruflichen Rehabilitation
- *Evaluationsforschung*: Modellprojekte und Evaluationsstudien, Wirkungs- und Wirksamkeitsforschung (z. B. Längsschnittstudien zu Erwerbsbiographien im Zusammenhang mit der Rehabilitation)
- Medizinisch-beruflich Rehabilitation und Übergang zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation.

Erweiterte Fragestellungen könnten sich auf die indikationsspezifische berufliche Rehabilitation beziehen (Schädel-Hirn-Trauma, Onkologie, Psychische Störungen) oder die Rolle der ICF in der beruflichen Rehabilitation.

Seit der Initiative RehaFutur hat sich im Bereich der beruflichen Rehabilitation Vieles getan. Es wurde nicht nur von Experten aus den Gruppen der Leistungsträger, Leistungserbringer und Wissenschaft über Themen wie Förderung der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung, Beruf und Arbeit, Steuerung des Eingliederungsprozesses, Beratung usw. diskutiert, sondern es gab darüber hinaus auch parallel viele neue Forschungsinitiativen. Im Zusammenhang mit der Einführung des Neuen Reha-Modells wurden von der Arbeitsgemeinschaft der Berufsförderungswerke Forschungsprojekte zur Optimierung der Steuerung des Rehabilitationsprozesses initiiert. Zur Verbesserung der Qualität und Breite der Ausbildungsprozesse wurde der Einfluss von nicht-fachlichen Ausbildungsfaktoren auf die Wiedereingliederung in Arbeit untersucht. Und für die Qualitätssicherung wurde im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Bund eine Leistungsklassifikation in der beruflichen Rehabilitation (LBR) entwickelt.

Fokusgruppen zur Flexibilisierung der medizinischen Rehabilitation: Ideen und Bewertungen beteiligter Akteure

Fahrenkrog, S., Brünger, M., Spyra, K.

Institut für Medizinische Soziologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund

Um im Sinne der Patientenorientierung den unterschiedlichen Reha-Bedarfen gerecht zu werden, ist ein flexibles und individualisierendes Rehabilitationskonzept notwendig (DRV Bund, 2010). Allerdings wird diese Forderung aus dem Positionspapier der DRV Bund nach mehr Flexibilisierung noch nicht ausreichend von den aktuellen Rehabilitationsangeboten erfüllt (Wirth et al., 2010).

Während sich internationale Angebotsformen der Rehabilitation vielfach durch einen geringeren Umfang und weniger Komplexität sowie durch mehr Flexibilität bezüglich zeitlicher Aspekte und besserer Vereinbarkeit mit der beruflichen Tätigkeit auszeichnen, ist das derzeitige Konzept ambulanter und stationärer Rehabilitation in Deutschland durch enge Vorgaben relativ starr. Das Potential einer flexibilisierten Rehabilitationsform, wie bessere Vernetzungs- und Transfermöglichkeiten, mehr Bedarfsgerechtigkeit und eventuelle finanzielle Vorteile, wird noch nicht ausreichend genutzt (Koch, Morfeld, 2004).

Im Fokus des von der DRV Bund geförderten Projektes steht die Analyse von Möglichkeiten zur Flexibilisierung der Rehabilitation in Bezug auf Dauer und Form. Bei flexibilisierten Rehabilitationsmaßnahmen bietet sich die Möglichkeit, sowohl durch die Berücksichtigung einer längeren Zeitspanne der Rehabilitation als auch durch die Integration einer systematischen langfristigen Nachsorge die bisher unbefriedigende Nachhaltigkeit der Rehabilitation zu steigern.

Das Projekt zielt darauf ab, auf Basis eines systematischen Reviews flexible Reha-Profile abzuleiten, die in Fokusgruppen mit beteiligten Akteuren diskutiert werden.

Methode

Vorab wurde eine systematische Übersichtsarbeit zu flexibilisierten Reha-Modellen in den Indikationsgruppen Kardiologie und Orthopädie erstellt und hieraus drei modellhafte, flexibilisierte Reha-Profile abgeleitet:

1. Mehrphasige ambulante Rehabilitation (zwei Wochen + intervallartig Refresher von zwei bis fünf Tagen über drei Jahre).
2. 2-phasige stationäre oder ambulante Rehabilitation (zwei Wochen + eine weitere Woche)
3. Stationäre oder ambulante Rehabilitation + manual- und technikgestützte "home-based" Rehabilitation (zwei Wochen + sechs bis acht Wochen manualgestützte Rehabilitation).

Es wurden fünf Fokusgruppen mit Rehabilitanden/Rehabilitandinnen sowie vier Gruppen mit Ärzten/Ärztinnen und weiteren in der Rehabilitation tätigen Berufsgruppen zu Flexibilisierungsmöglichkeiten auf Basis der oben genannten Reha-Profile durchgeführt. Sie wurden anhand eines Leitfadens strukturiert (Benighaus, Benighaus, 2012). Den Fokusgruppen wurden als Informationsstimuli nacheinander drei abgeleitete flexibilisierte Reha-Profile verbal und schematisch präsentiert. Die Diskussionen wurden digital aufgezeichnet und transkribiert. Die Auswertung wurde in Anlehnung an Mayring mit Hilfe von MAXQDA durchgeführt (Mayring, 2010).

Ergebnisse

Es wurde keines der drei vorgeschlagenen Reha-Modelle favorisiert – mit Ausnahme des 2-Phasen-Modells für bestimmte AHB-Maßnahmen (z. B. nach einer Thorakotomie). Formuliert wurden Kombinationen verschiedener Modelle bzw. einzelner Elemente der Modelle. Die Idee von Auffrischungstagen als Rückkopplung bzw. zur Kontrolle wurde insgesamt als positiv bewertet. Die schon bestehende Möglichkeit der Verlängerung einer Rehabilitationsmaßnahme sowie die Nachsorgemöglichkeit von IRENA wurden als positiv hervorgehoben.

Die Wahl des Modells bzw. die geeignete Form einer Rehabilitation hängt von personenbezogenen Voraussetzungen ab, d. h. die Rehabilitation ist abhängig von Indikation, Beeinträchtigung, Motivation, Beruf/Arbeitsverhältnis, Kenntnisstand, Krankheitsverarbeitung und anderen individuellen Voraussetzungen. Gegensätzliche Aussagen (z. B. "Abstand vom Alltag" vs. "Alltagsnähe") weisen außerdem auf unterschiedliche Bedarfe hin. Das Schnittstellenmanagement und Kooperationsmöglichkeiten werden als verbesserungswürdig und ausbaufähig bewertet.

Diskussion

Im Ergebnis weisen die oben genannten Aspekte darauf hin, die medizinische Rehabilitation zu individualisieren. Dies kann zum einen bedeuten, mehrere Reha-Modelle zur Auswahl anzubieten. Zum anderen kann es beispielsweise heißen, ein Budget an Behandlungstagen festzulegen analog dem Intervallmodell der Krankenkassen. Bei der Auswahl mehrerer Modelle besteht das Problem der Zuweisungskriterien. Durch eine Verbesserung des Schnittstellenmanagements könnten die bisherigen Rehabilitationsformen vermutlich effektiver gestaltet sowie durch eine Zusammenarbeit der Kostenträger möglicherweise zusätzliche Modellvarianten entwickelt und realisiert werden.

Konkret scheint für bestimmte AHB-Indikationen (z. B. Thorakotomie) das zweiphasige Reha-Modell eine sinnvolle Variante zu sein.

Literatur

Benighaus, Ch., Benighaus, L. (2012): Moderation, Gesprächsaufbau und Dynamik in Fokusgruppen. In: M. Schulz et al. (Hrsg.): Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. Springer Fachmedien Wiesbaden, 111-132.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2010): Positionspapier Rehabilitation 2010. URL: http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/cae/servlet/contentblob/35354/publicationFile/18034/Positionspapier_Reha_2010.pdf.

Koch, U., Morfeld, M. (2004): Weiterentwicklungsmöglichkeiten der ambulanten Rehabilitation in Deutschland. Die Rehabilitation, 43. 284-295.

- Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11., aktualisierte und überarb. Auflage. Weinheim: Beltz-Verlag.
- Wirth, A., Klein, G., Lepthin, H.-J. (2010): Bessere Vernetzung notwendig. Deutsches Ärzteblatt, 107. 1253-1256.

Anschlussrehabilitationen in Leistungsketten

Radoschewski, F.M., Lay, W., Mohnberg, I.
Charité – Universitätsmedizin Berlin

Ausgangssituation und Problemstellung

Anschlussrehabilitationen (AHB) können nach der akuten Versorgung von Patienten für ausgewählte, definierte Indikationen (DRV, 2013) durchgeführt werden. Ihre Anzahl und ihr Anteil an medizinischen Rehabilitationsleistungen ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen und erreichte 2012 35 % (DRV Bund, 2012). Dies betraf insbesondere das weibliche Geschlecht. So ist seit 2007 die Anzahl der AR von Frauen größer als die der Männer. Im Zeitraum 2002 bis 2009 nahmen 74 % der Rehabilitanden nur eine medizinische Rehabilitation in Anspruch. Dieser Anteil beträgt bei Anschlussrehabilitationen lediglich 64 %, bei Fokussierung auf im Jahr 2002 abgeschlossene Erstleistungen sogar nur 54 %. Eine AHB ist demnach häufiger mit mehrfacher Inanspruchnahme verbunden, häufiger Bestandteil von Leistungsketten.

Datenbasis/Methodik

Für die Analysen wurde der Längsschnittdatensatz "SUF Abgeschlossene Rehabilitation im Versicherungsverlauf 2002-2009" genutzt, den das Forschungsdatenzentrum der Deutschen Rentenversicherung seit Mitte 2012 zur Verfügung stellt (FDZ-RV). Die Analysen sind Bestandteil einer von der Deutschen Rentenversicherung Bund geförderten Studie zu Leistungsketten in der rehabilitativen Versorgung und Auftakt eines gleichfalls geförderten Projekts zur Epidemiologie von AHB.

Ergebnisse

Unter den 36 % der AHB-Rehabilitanden mit weiteren Reha-Leistungen haben 23 % weitere AHB und andere medizinische Rehabilitationsleistungen, 8 % nur weitere AHB, 3 % auch LTA und 2 % weiteren AHB, andere medizinischen Reha-Leistungen und LTA abgeschlossen.

Bei einmaligen AR sind Neubildungen mit 37 % die häufigste Indikation gefolgt von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (MSK) mit 24 % und Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems mit 19 %. Ein leichter Anstieg der Häufigkeit einmaliger AHB seit 2002 ist ausschließlich auf Neubildungen zurückzuführen.

Die häufigsten Leistungsketten mit Anschlussrehabilitationen sind Kombinationen mit anderen medizinischen Rehabilitationsleistungen. Gut 2/3 davon entfallen auf je eine AR und eine sonstige Rehabilitationsleistung (siehe Tab. 1). Auf das Entstehen von Leistungsketten hat nachgewiesenermaßen die "Beobachtungsdauer" einen wesentlichen Einfluss (Rado-

schewski et al. 2013). Deshalb beginnen 20 % der Fälle dieser Gruppe im Jahr 2002, in den Folgejahren sinkt die Fallzahl kontinuierlich und beträgt 2009 nur noch 3 %. Da die Fälle mit Erstleistung 2002 auch die häufigsten Inanspruchnahmen aufweisen (siehe Tab. 1), werden die Ergebnisse für sie hier beispielhaft dargestellt.

Anzahl der AR	Anzahl sonstiger Med-Reha (keine AHB)					Gesamt
	1	2	3	4	5 u. m.	
	Tabellen-%					
1	66,3 %	14,7 %	3,0 %	0,6 %	0,2 %	84,9 %
2	9,0 %	2,7 %	0,6 %	0,1 %	0,0 %	12,6 %
3	1,4 %	0,4 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	2,0 %
4	0,3 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,5 %
5 u. m.	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %
Gesamt	77,1 %	18,0 %	3,9 %	0,8 %	0,2 %	100,0 %
N hochgerechnet	301.935	70.605	15.085	3.003	920	391.548
Fälle mit Erstleistung 2002						
1	57,8 %	18,5 %	4,5 %	1,0 %	0,4 %	82,2 %
2	9,7 %	3,2 %	1,0 %	0,2 %	0,1 %	14,3 %
3	1,6 %	0,7 %	0,2 %	0,1 %	0,0 %	2,6 %
4	0,5 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,7 %
5 u. m.	0,2 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %
Gesamt	69,8 %	22,6 %	5,8 %	1,4 %	0,5 %	100,0 %
N hochgerechnet	54.568	17.658	4.513	1.060	395	78.193

Tab. 1: Verteilung der Fallhäufigkeit nach der Anzahl 2002-2009 abgeschlossener Leistungen

Für die Mehrzahl, 56,7 %, beginnt die Leistungskette mit sonstigen medizinischen Rehabilitationsleistungen, darunter bei 10,5 % sogar mit zwei oder mehreren, auf die dann AHB folgen. Für 43,3 % sind AHB die Startleistung, darunter 4,1 % mit zwei oder mehreren AHB, auf die dann sonstige medizinische Rehabilitationsleistungen folgen.

Je nach Art der Startleistung bestehen deutliche Unterschiede zwischen den Diagnose-/Indikationsstrukturen der Folgeleistung. Insbesondere primäre AHB wegen Neubildungen folgen in mit nahezu identischer Häufigkeit auch medizinische Rehabilitationsleistungen aus gleichem Grunde (siehe Tab. 2). Mehrere medizinische Rehabilitationen vor AHB erfolgen zumeist wegen psychischer Störungen, mehrere AR vor medizinischen Rehabilitationen zumeist wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen.

Krankheitsgruppe	Spalten (%)			
	1. Leistung MR 2002	2. Leistung AHB	1. Leistung AHB 2002	2. Leistung MR
	Männer			
Neubildungen	6,0%	20,4%	35,4%	34,5%
Psych. Störungen (inkl. Sucht)	10,7%	0,3%	0,7%	10,7%
HKK	12,6%	25,1%	27,2%	15,7%
MSK	53,4%	35,8%	23,9%	24,8%
Sonstiges/KA	17,2%	18,5%	12,8%	14,4%
N _{hochgerechnet}	13.230		11.803	
	Frauen			
Neubildungen	13,9 %	26,0 %	53,3 %	51,6 %
Psych. Störungen (inkl. Sucht)	16,2 %	0,3 %	0,7 %	10,7 %
HKK	4,4 %	9,0 %	9,1 %	5,7 %
MSK	51,3 %	43,5 %	23,9 %	20,0 %
Sonstiges/KA	14,2 %	21,2 %	13,0 %	12,0 %
N _{hochgerechnet}	10.008		10.183	

Tab. 2: Diagnose-/Indikationsstrukturen in Leistungsketten mit nur einer MR und nur einer AHB in Abhängigkeit von der Art der Startleistung (MR = reguläre Med-Reha; AHB = Anschlussrehabilitation)

Bei Rehabilitanden mit ausschließlich weiteren Anschlussrehabilitationen dominiert bei der ersten AHB mit 48 % die Indikationsgruppe MSK. Neubildungen (13 %) und HKK (18 %) sind deutlich weniger vertreten. Dies betrifft auch die Häufigkeit aller weiteren Folgeleistungen. In dieser Gruppe beschränkt sich die Inanspruchnahme allerdings zumeist auf lediglich nur eine weitere AHB (Männer = 84 %; Frauen = 82 %). Häufig ist in dieser Gruppe die Erst-Indikation die für zweite und weitere AHB. So sind Neubildungen zu 60 %, MSK zu 47 % und HKK zu 39 % auch Grund für eine zweite Anschlussrehabilitation, aber auch Wechsel zu anderen Indikationen sind nicht unerheblich. Bei der Bewertung der Anteile ist Zurückhaltung angebracht, da der SUF in der Variable "ICD-Diagnose" bei der zweiten AHB 36 % "Fehlende Werte" ausweist. Bei der ersten AHB liegt dieser Anteil bei lediglich 6 %.

Diskussion und Ausblick

Die Indikationen für Anschlussrehabilitationen stehen für gesundheitsbezogene Zustände und Ereignisse mit erheblichen und z. T. bleibenden Folgen für Funktions- und Leistungsfähigkeit der Betroffenen. Daraus dürften a priori ein höherer Rehabilitationsbedarf und damit häufiger eine weitere Leistungsanspruchnahme resultieren. Nicht nur die Zunahme der AHB selbst, sondern auch die mit ihnen verbundenen Folgeleistungen haben Auswirkungen auf die Entwicklung des Rehabilitationsbedarfs. Detaillierte Analysen werden im o. g. Projekt erfolgen.

Literatur

- Deutsche Rentenversicherung (2013): AHB-Indikationskatalog. URL: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Fachbereiche/01_sozialmedizin_forschung/downloads/sozmed/ahb_indikationskatalog.html. Abruf: 01.09.2013.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2012): Reha-Bericht Update 2012 – Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik.24.
- FDZ-RV: URL: <http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/FdzPortalWeb/>. Abruf: 21.10.2013
- Radoschewski, F.M., Lay, W., Mohnberg, I. (2013): Die mehrfache Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation – Ergebnisse einer Längsschnittanalyse. DRV-Schriften, Bd 101. 176-178.

Die Zufriedenheit mit der medizinischen Rehabilitation bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland – Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung der Deutschen Rentenversicherung

Brzoska, P. (1), Sauzet, O. (1), Yilmaz-Aslan, Y. (1), Widera, T. (2), Razum, O. (1)
(1) Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld,
(2) Bereich Reha-Wissenschaften, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Hintergrund, Stand der Literatur und Zweck der Untersuchung

Menschen mit Migrationshintergrund weisen unabhängig von sozioökonomischen und gesundheitlichen Faktoren eine geringere Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation auf als Menschen ohne Migrationshintergrund. Sie unterscheiden sich auch in ihren Rehabilitationsergebnissen (Brzoska et al., 2010b). Qualitative Untersuchungen lassen vermuten, dass die Zufriedenheit mit unterschiedlichen Bereichen der medizinischen Rehabilitation ein entscheidender Indikator für die Qualität und das Ergebnis rehabilitativer Angebote bei Menschen mit Migrationshintergrund ist (Brzoska et al., 2010a). Bisher ist nur wenig über die Versorgungszufriedenheit dieser Bevölkerungsgruppe im Setting der medizinischen Rehabilitation bekannt. Ziel der vorgestellten Studie ist es, unterschiedliche Dimensionen der Versorgungszufriedenheit bei Menschen mit und Menschen ohne Migrationshintergrund im Bereich der medizinischen Rehabilitation vergleichend zu untersuchen.

Methodik und Studiendesign

Die Studie basiert auf Auswertungen von Daten der Rehabilitandenbefragung der Deutschen Rentenversicherung (DRV) – einer monatlichen Querschnitt-Stichprobenerhebung, die routinemäßig in allen von der DRV belegten Rehabilitationseinrichtungen als Maßnahme der Qualitätssicherung durchgeführt wird (Widera, Klosterhuis 2007). In der Rehabilitandenbefragung bewerten Rehabilitanden/innen zehn unterschiedliche Bereiche/Aspekte ihrer Rehabilitation mittels Multi-Item-Skalen, die zu Zufriedenheitsscores von 1-5 zusammengefasst werden. Für die Analyse wurden die zehn Zufriedenheitsscores (abhängige Variablen) dichotomisiert (≥ 4 "hohe Zufriedenheit" vs. < 4 "geringe/moderate Zufriedenheit"). Die Staatsangehörigkeit diente zur Operationalisierung des Migrationshintergrundes (unabhän-

gige Variable). Mittels robuster logistischer Regressionsmodelle wurde der Zusammenhang zwischen den unabhängigen und abhängigen Variablen untersucht und für soziodemographische und gesundheitliche Kovariaten sowie für das Vorliegen einer Anschlussrehabilitation (AHB) adjustiert. Durchschnittliche Marginaleffekte (average marginal effects, AME) und Bonferroni-korrigierte Konfidenzintervalle (99,5 %-CI) wurden berechnet, um Effektschätzer zwischen den unterschiedlichen Outcomes vergleichen zu können.

Ergebnisse

Daten von 274.513 Personen aus 642 Rehabilitationseinrichtungen, die im Zeitraum 2007-2011 befragt wurden und eine stationäre Rehabilitation wegen somatischer Erkrankungen abgeschlossen hatten, standen für die Auswertung zur Verfügung. Von diesen hatten 0,9 % eine Staatsangehörigkeit aus dem ehemaligen Jugoslawien und je 0,8 % eine Staatsangehörigkeit aus der Türkei oder der Ländergruppe Portugal/Spanien/Italien/Griechenland. Nach Adjustierung für soziodemographische und gesundheitliche Faktoren hatten türkische Staatsangehörige im Vergleich zu deutschen Staatsangehörigen je nach bewertetem Aspekt der Rehabilitation eine um 6 Prozentpunkte (AME=0.06; 99,5 %-CI=0.04,0.09) (Dimension "pflegerische Betreuung") bis 13 Prozentpunkte (AME=0.13; 99,5 %-CI=0.10,0.17) (Dimension "Behandlungen und Therapien während der Rehabilitation") höhere Wahrscheinlichkeit, nur gering oder moderat zufrieden mit der Rehabilitation zu sein. Menschen mit einer Staatsangehörigkeit aus dem ehemaligen Jugoslawien oder den Mittelmeerländern Portugal/Spanien/Italien/Griechenland waren in Bezug auf alle Dimensionen ähnlich zufrieden mit ihrer Rehabilitation wie deutsche Staatsangehörige; teils berichteten sie eine höhere Versorgungszufriedenheit. Lediglich mit den "Behandlungen und Therapien während der Rehabilitation" waren sie unzufriedener als deutsche Staatsangehörige (AME=0.04; 99,5 %-CI=0.01,0.07 bzw. AME=0.06; 99,5 %-CI=0.03,0.09).

Diskussion

Die Untersuchung zeigt, dass Menschen mit Migrationshintergrund (operationalisiert über die Teilgruppe der ausländischen Staatsangehörigen) im Hinblick auf ihre Bedürfnisse in der Rehabilitation sehr heterogen sind. Während Staatsangehörige aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Ländergruppe Portugal/Spanien/Italien/Griechenland teils zufriedener mit ihrer Rehabilitation als deutsche Staatsangehörige sind, ist die Versorgungszufriedenheit von türkischen Staatsangehörigen in fast allen Bereichen deutlich geringer. Dieses stimmt mit Studien aus anderen Versorgungsbereichen wie der stationären Krankenhausversorgung (Borde et al., 2002) sowie mit qualitativen Untersuchungen aus der Rehabilitation überein (Brzoska et al., 2010a). Aus Letzteren geht hervor, dass Kommunikationsprobleme sowie migrationsspezifische Besonderheiten, für die Einrichtungen nicht ausreichend sensibilisiert sind, zu Unzufriedenheit und Missverständnissen in der Rehabilitation führen können. Generell sind die Motivation und Erkrankungen der Rehabilitanden/innen, die unterschiedlichen Reha-Zugänge (AHB etc.), die individuellen Behandlungsbedarfe und deren Erfüllung zu berücksichtigen.

Schlussfolgerungen, Umsetzung und Ausblick

Die vorliegende Studie weist auf Verbesserungspotentiale in unterschiedlichen Bereichen des Rehabilitationsprozesses bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund hin. Da sich Patienten/innen, die mit ihrer Versorgung unzufrieden sind, im Durchschnitt weniger am

Therapieprozess beteiligen (Dias Barbosa et al., 2012), könnte sich eine Erhöhung der Versorgungszufriedenheit in diesen Bereichen positiv auf den Rehabilitationsprozess und rehabilitative Outcomes bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund auswirken.

Förderung: Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften Nordrhein-Westfalen e. V. (GfR)

Literatur

Borde, T., David, M., Kentenich, H. (2002): Erwartungen und Zufriedenheit deutscher und türkischsprachiger Patientinnen im Krankenhaus – eine vergleichende Befragung in einer Berliner Frauenklinik. *Gesundheitswesen*, 64. 476-485.

Brzoska, P., Voigtländer, S., Reutin, B., Yilmaz-Aslan, Y., Barz, I., Starikow, K., Reiss, K., Dröge, A., Hinz, J., Exner, A., Striedelmeyer, L., Krupa, E., Spallek, J., Berg-Beckhoff, G., Schott, T., Razum, O. (2010a): Rehabilitative Versorgung und gesundheitsbedingte Frühberentung von Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland. *Forschungsbericht* 402. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Brzoska, P., Voigtländer, S., Spallek, J., Razum, O. (2010b): Utilization and effectiveness of medical rehabilitation in foreign nationals residing in Germany. *European Journal of Epidemiology*, 25. 651-660.

Dias Barbosa, C., Balp, M.-M., Kulich, K., Germain, N., Rofail, D. (2012): A literature review to explore the link between treatment satisfaction and adherence, compliance, and persistence. *Patient Preferences and Adherence*, 6. 39-48.

Widera, T., Klosterhuis, H. (2007): Patientenorientierung in der Praxis – 10 Jahre Rehabilitandenbefragung im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. *RVaktuell*, 6. 177-182.

Das Rehabilitationsergebnis aus Sicht des Hausarztes: Ein Beleg für den Nutzen der medizinischen Rehabilitation

Kaluscha, R. (1), Jankowiak, S. (1), Krischak, G. (1,2)

(1) Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm,

(2) Federseeklinik, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Bad Buchau

Einleitung

In einem Modellprojekt erprobt die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg (DRV-BW) gemeinsam mit dem Hausärzterverband Baden-Württemberg (HVBW) eine intensivierte Einbindung der Hausärzte in den Rehabilitationsprozess, insbesondere in die Nachsorge, bei Heilverfahren (Jankowiak et al., 2013). Dabei führen die Hausärzte mit ihren Patienten nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme ein Rückkehrgespräch sowie 12 Monate später ein Katamnesegespräch und übermitteln an die DRV-BW jeweils einen kurzen Statusbericht. Beim Rückkehrgespräch schätzt der Hausarzt das Rehabilitationsergebnis aus seiner Sicht ein. Im Folgenden wird untersucht, wie diese Einschätzung ausfällt und ob sie bezüglich der (Wieder-)Eingliederung in das Erwerbsleben Vorhersagekraft besitzt.

Methodik

Die Angaben aus den anonymisierten Hausärztefragebögen wurden über ein Pseudonym mit einer anonymisierten Version der Rehabilitationsstatistikdatenbasis (RSD) der DRV-BW aus dem Jahr 2011 verknüpft. Für die Teilnehmer des Modellprojektes aus dem Jahr 2010 konnte so der Erwerbsstatus und die gezahlten Sozialversicherungsbeiträge im Jahr vor und nach Rehabilitation aus den RSD-Daten bestimmt werden.

Die Sozialversicherungsbeiträge wurden monatlich nach Beitragsart wie folgt gewichtet:

- Gewicht 1: Beiträge aufgrund von Beschäftigung, freiwillige Beiträge und Beiträge selbständiger Handwerker
- Gewicht 0,5: Beschäftigung in der Gleitzone (d. h. Einkommen von 401 € bis 800 €)
- Gewicht 0,25: geringfügige Beschäftigung ("400 €-Jobs")
- Gewicht 0: keine Beiträge, Übergangs-/Krankengeld, Arbeitslosengeld I/II oder Rente

Aus den monatlich vorliegenden gewichteten Sozialversicherungsbeiträgen wurde jeweils für das Jahr vor und nach der Rehabilitation der Durchschnitt gebildet. Ein Durchschnittswert von 1 bedeutet also, dass der Versicherte durchgehend sozialversicherungspflichtig gearbeitet hat; ein Wert von 0 bedeutet hingegen durchgehend keine Beiträge. Der Einschätzung des Hausarztes wurde dann die Veränderung der Beitragszahlung, d. h. die Differenz dieser beiden Durchschnittswerte, gegenübergestellt.

Ergebnisse

Zur Auswertung lagen für diese Untersuchung 580 Datensätze vor. Die Bewertungen der Hausärzte fallen überwiegend positiv aus: Bei zwei Dritteln der Rehabilitationsmaßnahmen lauten sie "gut" oder besser (vgl. Tabelle 1). Üblicherweise sinkt die Beitragszahlung im Jahr nach der Rehabilitation (zunächst) ab, da bei einem Teil der Rehabilitanden die Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber ausläuft, eine stufenweise Wiedereingliederung erfolgt oder Arbeitslosigkeit bzw. Berentung eintritt. Der Rückgang der Beiträge ist aber umso stärker, je schlechter der Hausarzt das Rehabilitationsergebnis einschätzt (vgl. Tabelle 1).

Beurteilung des Hausarztes	schlecht	mittelmäßig	gut	sehr gut	ausgezeichnet
Anzahl Nennungen	27	164	250	110	29
Mittlere Differenz gew. SV-Beiträge	-0,24	-0,17	-0,09	-0,06	-0,01

Tab. 1: Anzahl Nennungen der Beurteilung des Rehabilitationserfolgs durch den Hausarzt ("Wie beurteilen Sie insgesamt den Erfolg der Rehabilitationsleistung?") und mittlere Differenz zwischen den gewichteten monatlichen Sozialversicherungsbeiträgen aus Erwerbstätigkeit vor und nach der Rehabilitation in Abhängigkeit davon

Diskussion

Da bei Anschlussrehabilitation die Rehabilitationsmaßnahme i. d. R. durch das Krankenhaus und nicht den Hausarzt eingeleitet wird, handelt es sich bei den Teilnehmern am Modellprojekt um chronisch Kranke, die ein Heilverfahren durchlaufen haben. Bei dieser Gruppe be-

stehen die Beschwerden oft schon viele Jahre, so dass nach einer Rehabilitationsmaßnahme von drei bzw. fünf Wochen Dauer keine vollständige Genesung zu erwarten ist. Vor diesem Hintergrund darf auch nach der Rehabilitation kein schneller Anstieg der Beitragszahlung erwartet werden.

Aufgrund der langen Krankheitsdauer dürften die Hausärzte diese Patienten gut kennen, so dass ihrer überwiegend positiven Beurteilung des Rehabilitationsergebnisses besonderes Gewicht beizumessen ist.

Ferner ist bemerkenswert, dass sich die bereits unmittelbar nach der Rehabilitationsmaßnahme im Rückkehrgespräch erfolgte Beurteilung des Rehabilitationsergebnisses durch den Hausarzt in der erst ein Jahr später bekannten Beitragsdifferenz widerspiegelt. Im nächsten Schritt ist nun zu prüfen, ob sich dieser Zusammenhang auch im multivariaten Modell bestätigt. Zudem soll die Nachbeobachtungsdauer des Erwerbsstatus auf zwei und mehr Jahre ausgedehnt werden, um fundierte Aussagen zu mittel- und langfristigen Ergebnissen zu erhalten.

Für den Bereich der Rehabilitation sind bei den Hausärzten keine Eigeninteressen zu vermuten, so dass sie den Nutzen der Maßnahmen für ihre Patienten unabhängig beurteilen können. Zudem erwies sich ihr Urteil auch noch als Prädiktor für ein unabhängiges Außenkriterium: die künftige Beitragszahlung. Insofern ist ihre überwiegend positive Einschätzung durchaus als Beleg für den Nutzen der Rehabilitation zu werten.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Literatur

Jankowiak, S., Kaluscha, R., Krischak, G. (2013): Nachsorgeempfehlungen und deren Umsetzung aus Sicht der Hausärzte. DRV-Schriften, Bd 101. 61-63.

Phasen des Rehabilitationsprozesses – Entwicklung einer trägerübergreifenden Terminologie und eines gemeinsamen Verständnisses durch eine Gemeinsame Empfehlung

Giraud, B., Schubert, M.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V., Frankfurt am Main

Ausgangslage

Unter der Zielstellung der Vereinheitlichung des Teilhaberechtes verpflichtet das SGB IX die Rehabilitationsträger zur trägerübergreifenden Zusammenarbeit unabhängig von Zuständigkeiten und Leistungsverpflichtungen (Kooperation und Koordination) (Beck et al., 2011). Hierzu zählen auch Pflichten zur Vereinheitlichung von Verfahrensabläufen. Aus diesem Grund vereinbarten die Rehabilitationsträger auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) Gemeinsame Empfehlungen (GE) nach § 13 SGB IX, um so Regelungen des SGB IX zu konkretisieren. Im Rahmen der Erarbeitung der "Gemeinsamen Empfehlung zur Erkennung und Feststellung des Teilhabebedarfs, zur Teilhabeplanung und zu Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe" wurden vier bestehende GE überarbeitet, neu ausgerichtet und zusammengefasst. Die Regelungsinhalte wurden entlang

einzelner Phasen des Rehabilitationsprozesses strukturiert, wozu eine inhaltlichen Bestimmung und Abgrenzung dieser Phasen erforderlich war. Neben der GE selbst wird dieser strukturierende Ansatz vorgestellt, da bislang zu Beginn von Rehabilitationsprozessen unterschiedliche Begrifflichkeiten parallel Verwendung finden (Bedarfsabklärung, -feststellung, -ermittlung, -erkennung und -erfassung, Rehabilitationszugang).

Vorgehen

Aufbauend auf einer themenbezogenen Literaturanalyse wurden modellhaft der idealtypische Ablauf eines Rehabilitationsprozesses konzeptualisiert, Prozessphasen definiert und trägerübergreifend konsentiert. Die inhaltlichen Regelungen der weiterzuentwickelnden und zusammenzuführenden Gemeinsamen Empfehlungen "Frühzeitige Bedarfserkennung" (2005), "Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation"(2004), "Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit" (2004) und "Teilhabeplan" (2004) (<http://www.bar-frankfurt.de/46.html>) wurden durch die Vereinbarungspartner anhand dieses Grundkonzeptes systematisiert und inhaltlich fortgeschrieben.

Umsetzung

Die Gemeinsame Empfehlung besteht zunächst aus einem allgemeinen, übergreifenden Teil für den gesamten Rehabilitationsprozess (z. B. zu Grundsätzen und hier insbesondere zur Zielbestimmung der Selbstbestimmung und Teilhabe von Menschen mit Behinderung in allen Lebensbereichen, zur Zugänglichkeit/Barrierefreiheit, zum Datenschutz, zur Beratung). Danach folgen fünf Module zu den jeweiligen idealtypischen Prozessphasen: Bedarfserkennung, Bedarfsfeststellung, Teilhabeplanung, Durchführung der Teilhabeleistung sowie Kooperation zum Ende der Teilhabeleistung (Abb. 1). Die Regelungstexte in den einzelnen Modulen haben eine ähnliche Struktur und orientieren sich inhaltlich daran, welche Rolle die Vereinbarungspartner jeweils einnehmen und wie sie die unterschiedlichen Akteure (Mensch mit Behinderung, Arzt, Betrieb) unterstützen, ihre jeweiligen Aufgaben auszufüllen.

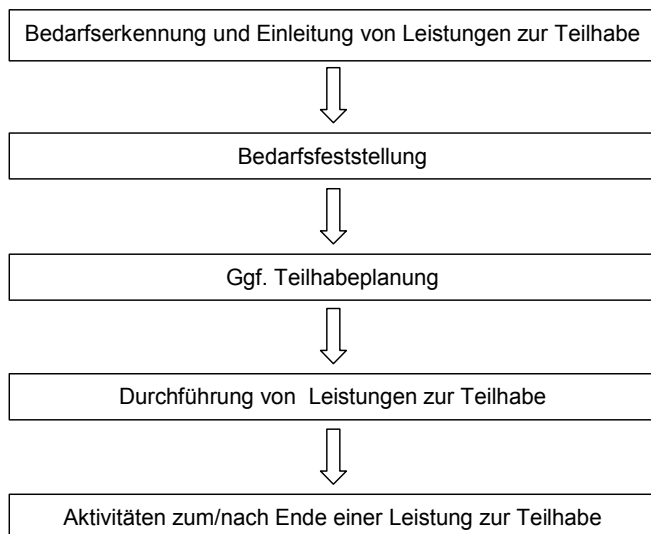


Abb. 1: Idealtypische Prozessphasen gemäß GE

Unter "Bedarfserkennung" wurden alle Aktivitäten gefasst, die im Vorfeld eines Antrages auf Leistungen zur Teilhabe erfolgen. Neben den Rehabilitationsträgern (z. B. Auswertung von AU-Zeiten) und Menschen mit (drohender) Behinderung selbst, sind hierbei insbesondere deren soziales Umfeld, betriebliche Akteure und Akteure der medizinisch-therapeutischen Versorgung (z. B. niedergelassene Ärzte) bedeutsam. Da die Aktivitäten letzterer Akteursgruppen (z. B. durch Befundberichterstellung i. R. d. Antragstellung) über informatorische Aspekte hinausgehen, wurden dieser Phase auch Aspekte der Einleitung von Leistungen zur Teilhabe zugeordnet.

Die Phase der "Bedarfsfeststellung" wurde als zielgerichtetes Handeln im Einzelfall auf Grundlage eines Antrages oder von Amts wegen konzeptualisiert. Hierzu gehören auch Aktivitäten der zielgerichteten Erhebung möglicher Bedarfe. Als mögliche Teilprozessschritte könnten hier die Zuständigkeitsklärung, Bedarfsermittlung und Leistungsentscheidung durch den Rehabilitationsträger unterschieden werden. Parallelbegriffe, wie Bedarfsabklärung oder -erfassung wurden grundsätzlich vermieden und sind bei einer Verwendung u. E. zunächst konkreter zu bestimmen.

Sofern im Einzelfall Leistungen mehrerer Leistungsbereiche oder Leistungsträger erforderlich sind, erfolgt eine "Teilhabeplanung". Im Rahmen der trägerübergreifenden Verständigung konnten hier Verfahrensabläufe aus dem Persönlichen Budget zur schriftlichen (einfache Form) und persönlichen (ausführliche Form) Abstimmung des Teilhabeplans zwischen den Beteiligten aufgenommen werden.

Anforderungen an die "Durchführung von Leistungen zur Teilhabe" beschreiben insbesondere Aspekte der Verzahnung medizinischer und beruflicher Rehabilitationsleistungen sowie der Information und Kooperation der Rehabilitationsträger mit weiteren Akteuren während der Leistung.

Zuletzt formuliert das Modul "Aktivitäten zum/nach Ende einer Leistung zur Teilhabe" Anforderungen der Kontrolle der Zielerreichung und der Kooperation und Unterstützung der Rehabilitationsträger bzgl. weiterer Leistungen.

Die idealtypische Konzeptualisierung der Phasen des Rehabilitationsprozesses in der GE berücksichtigt auch bestehende Überschneidungen und Parallelitäten. So erstreckt sich insbesondere die Bedarfserkennung wie auch die Fortschreibung/Anpassung des Teilhabeplans über jeweils alle nachfolgenden Phasen. Gerade während der Leistungsdurchführung, z. B. der medizinischen Rehabilitation, können sich bei Hinweisen auf bestehenden weiteren Bedarf, z. B. an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, erneut Aktivitäten der Bedarfserkennung ergeben.

Ausblick

Im Herbst 2013 wurde das Beteiligungsverfahren zur neuen GE erfolgreich durchgeführt. Das Zustimmungsverfahren der Vereinbarungspartner soll Ende 2013 eingeleitet werden; das Inkrafttreten ist für Anfang 2014 vorgesehen.

Literatur

Beck, L., Giraud, B., Petri B. (2011): Trägerübergreifende Bedarfsfeststellung – mögliche Ansätze und Perspektiven. Die Rehabilitation, 50. 11-16.

Wie viele berufsbezogene Leistungen bekommen PatientInnen mit besonderen beruflichen Problemlagen? Analyse einer repräsentativen indikationsübergreifenden Stichprobe von Versicherten der Deutschen Rentenversicherung Bund

Streibelt, M. (1), Brünger, M. (2)

- (1) Abteilung Rehabilitation, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin,
(2) Institut für Medizinische Soziologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Einleitung

Die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) stellt eine Rehabilitationsstrategie dar, um Personen mit einem ausgeprägten sozialmedizinischen Risiko erfolgreich wieder in das Erwerbsleben zu integrieren (Bethge, 2011). Vor dem Hintergrund des gesetzlichen Auftrages der Deutschen Rentenversicherung (DRV) definiert die MBOR jedoch keine neue Maßnahmengattung. Berufsbezogene Leistungen bilden seit langem einen Schwerpunkt in der medizinischen Rehabilitation im Auftrag der DRV (DRV Bund, 2003).

Bislang ist jedoch weitgehend ungeklärt, in welchem Maße die jüngst im MBOR-Anforderungsprofil (MBOR-AP) definierten Leistungen mit Berufsbezug bereits in der Rehabilitationspraxis erbracht werden (DRV Bund, 2012). Hinzu kommt, dass bisherige analytische Ansätze keine Differenzierung der PatientInnen hinsichtlich der Ausprägung der beruflichen Problemlage vorgenommen haben. An dieser Stelle sollen deshalb folgende Fragen beantwortet werden:

- 1) Wieviele berufsbezogene Leistungen werden in den einzelnen Indikationsbereichen bereits erbracht?
- 2) Lassen sich diesbezüglich Unterschiede hinsichtlich des Vorliegens einer besonderen beruflichen Problemlage (BBPL) beobachten?

Methoden

Die Fragen sollen anhand einer indikationsübergreifenden repräsentativen Stichprobe von Versicherten der DRV Bund mit abgeschlossener medizinischer Rehabilitation überprüft werden. Von September bis November 2011 wurden 7.800 Versicherte mit bewilligtem Antrag auf medizinische Rehabilitation postalisch befragt. Ausgeschlossen wurden Versicherte mit Anschlussrehabilitation. Die Ziehung erfolgte geschichtet nach Diagnosegrundgruppe (je n=1.000: Orthopädie, Kardiologie, Gastroenterologie, Pneumologie, Onkologie, Neurologie, Psychosomatik; je n=400: Dermatologie, Urologie). 2.736 Versicherte beteiligten sich an der Befragung und erfüllten die definierten Einschlusskriterien (35,7 %). Im Juni 2012 wurden die Entlassungsberichte der durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen hinzugefügt. Für 2.504 Versicherte lagen diese vor. In die Analyse eingeschlossen wurden zusätzlich nur Versicherte mit validen Angaben in den zentralen Untersuchungsmerkmalen.

Eine BBPL wurde durch die Kombination von Erwerbslosigkeit, Fehlzeiten > 3 Monate im Jahr vorher oder der subjektiven Prognose "kann nach der medizinischen Rehabilitation nicht mehr im Beruf arbeiten" gemessen. Die berufsbezogenen Leistungen definierten sich über die im MBOR-AP formulierten KTL-Codes für die Berufsbezogene Diagnostik, die Sozialarbeit, berufsbezogene Gruppen und das Arbeitsplatztraining.

Ergebnisse für die Gesamtstichprobe wurden nach der tatsächlichen Verteilung der Diagnosegrundgruppen für abgeschlossene Leistungen der DRV Bund des Jahres 2011 gewichtet.

Ergebnisse

Die Analysestichprobe umfasste n=2.232 Datensätze. In den sieben großen Indikationsbereichen wurden Fallzahlen zwischen 271 (Psychosomatik) und 311 (Onkologie), in den beiden kleinen Indikationen 103 (Dermatologie) und 112 (Urologie) realisiert. Das durchschnittliche Alter lag bei 47,1 (Dermatologie) bis 52,2 Jahren (Kardiologie); der Frauenanteil war in der Kardiologie am geringsten (51,6 %) und in der Onkologie am höchsten (77,5 %). Die mittlere Reha-Dauer lag zwischen 23,1 (Onkologie) und 38,3 Tagen (Psychosomatik). In dieser Zeit wurden im Mittel 82,6 h Therapie dokumentiert (62,1 h - 109,8 h).

Die Prävalenz für eine BBPL gemäß der verwendeten Kriterien betrug 40,6 %; die niedrigste Prävalenz wies die Dermatologie auf (18,6 %), die höchste die Onkologie (60,5 %). Für alle Versicherten mit BBPL wurden im Mittel 3,8h berufsbezogene Therapie gemäß MBOR-AP erbracht (Pneumologie: 0,8 h - Psychosomatik: 5,8 h). Die mittlere MBOR-Leistungsvergabe pro Woche lag bei 0,9 h. Damit betrug der Anteil von MBOR-Leistungen an allen dokumentierten Leistungen 4,3 %.

Gegenüber Personen ohne BBPL wurde nach Kontrolle für Alter, Geschlecht und Reha-Dauer insgesamt 1,3 h mehr MBOR-Therapie pro Rehabilitation erbracht ($p < .001$). Indikationsbezogen wurde eine statistisch signifikante Differenz nur für die Orthopädie (0,7 h; $p = .041$) und die Psychosomatik (2,7 h; $p < .001$) nachgewiesen.

Diskussion

Gemessen an den Empfehlungen des MBOR-AP deutet sich eine sehr geringe Bedeutung berufsbezogener Leistungen in der medizinischen Rehabilitation an. Mit 0,9 h pro Woche sind diese nur marginal in der Leistungserbringung präsent. Zum Vergleich: Im Modellprojekt MBOR-Management wurden durchschnittlich 4 h MBOR-Leistungen pro Woche gemessen (Bethge et al., im Druck). Hinzu kommt der Befund der fehlenden Bedarfsadäquanz: Personen mit BBPL bekamen kaum mehr berufsbezogene Therapien angeboten als Personen ohne BBPL.

Auch wenn die Analyse Limitationen in Bezug auf die Erfassung berufsbezogener Leistungen aufweist – die KTL als Datenbasis ist kritisch zu hinterfragen; MBOR-Leistungen basieren nur auf den Empfehlungen des MBOR-AP – zeigen die Analysen die erheblichen Entwicklungsreserven des Berufsbezugs in der medizinischen Rehabilitationspraxis auf.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

Bethge, M. (2011): Erfolgsfaktoren medizinisch-beruflich orientierter orthopädischer Rehabilitation. Die Rehabilitation, 50. 145-151.

Bethge, M., Löffler, S., Schwarz, B., Vogel, H., Schwarze, M., Neuderth, S. (im Druck): Gelingt die Umsetzung des Anforderungsprofils zur Durchführung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation? Die Rehabilitation.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2012): Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. Berlin.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2003): Eckpunkte arbeitsbezogener Strategien bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Unveröffentlicht.

Beruflich orientiertes Reha-Modul für die Neurologie (BoReM-N) – Ergebnisse zum Katamnesezeitpunkt 12 Monate nach Reha

Menzel-Begemann, A.

Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld in Kooperation mit den Johanniter-Ordenshäusern Bad Oeynhausen gem GmbH und dem Neurologischen Rehabilitationszentrum "Godeshöhe", Bonn-Bad Godesberg

Hintergrund

In ihrem Anforderungsprofil fordert die Deutsche Rentenversicherung (DRV) seit 2012 den Einsatz berufsbezogener Maßnahmen in den von ihr belegten Einrichtungen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2012). Diese Forderung war angezeigt, weil "aufgrund des zunehmend begrenzten ... und sich rasch ändernden Arbeitsmarkts eine erfolgreiche medizinische Rehabilitation allein heute kein Garant mehr für die (Re)Integration in das Erwerbsleben ist. Die Einbeziehung arbeitsweltlicher, beruflicher ... Probleme in die Phase der medizinischen Rehabilitation wird für den beruflichen Eingliederungserhalt bzw. Wiedereinstieg immer bedeutsamer" (Hansmeier, Schliehe, 2009, S. 37).

BoReM verfolgt einen klinikintern belastungserprobenden, diagnostischen wie therapeutischen Ansatz, bei dem praktische Erfahrungen von berufsbezogenen Gruppeninterventionen begleitet werden. Es richtet sich an Rehabilitand(inn)en mit besonderen beruflichen Problemlagen und kann als Kernmaßnahme gemäß DRV-MBOR-Anforderungsprofil eingestuft werden. Die Rehabilitand(inn)en sollen möglichst früh und im geschützten Rahmen an die Erfahrung eingeschränkter Leistungsfähigkeit herangeführt werden und noch vorhandene Stärken aber auch erworbene Schwächen realistisch einschätzen lernen. Durch die Auseinandersetzung mit möglichen Erkrankungsfolgen soll für Problemsituationen im (Berufs-)Alltag sensibilisiert werden und auf den Umgang mit (oftmals fortbestehenden) berufs- und damit teilhaberelevanten Einbußen vorbereitet werden. Dies ist insbesondere für neurologische Patient(inn)en von Bedeutung. Zwar sind sie allgemein hoch motiviert hinsichtlich der beruflichen Rückkehr (Menzel-Begemann, 2012a), was als Fundament für eine erfolgreiche Wiedereingliederung erscheint, jedoch ergibt sich eine besondere Problematik: Es zeigen sich üblicherweise multimodale, oftmals ausnahmslos berufsrelevante Beeinträchtigungen, die häufig zumindest teilweise fortbestehen und von denen die kognitiven Einbußen gerade in der Anfangszeit nicht angemessen wahrgenommen werden,

obwohl gerade sie für die erfolgreiche Wiedereingliederung eine zentrale Rolle spielen (ebd.).

Intervention

Kernstück des Ansatzes sind dreistündige Arbeitssimulationen, wobei neben 14 berufs-spezifischen Modulen je ein berufsübergreifendes Erwerbsfähigkeits-Modul für körperliche sowie kognitiv-sprachliche Tätigkeiten zur Verfügung steht. Nach einer ersten, diagnoseorientierten Durchführung erfolgt der weitere Einsatz unter therapeutischer Perspektive und wird begleitet von einer berufsbezogenen Patientenschulung (Menzel-Begemann, 2012b; Menzel-Begemann, Hemmersbach, 2012).

Methode / Fragestellung

Die Evaluation erfolgt mittels RCT in zwei Einrichtungen. Neben der Erfassung patientenbezogener Maße wird als zentrale Fragestellung beantwortet, ob BoReM die Reintegrationsrate bis 15 Monate nach der Rehabilitation signifikant steigern kann. Bei den zum Frühjahr 2014 vorliegenden Daten sollen zunächst die Ergebnisse des zweiten Katamnesezeitpunktes – zwölf Monate nach der Behandlung – fokussiert werden.

Ergebnisse

Die Analysen (Stand: Oktober 2013, KG=130, IG=122) zeigen für BoReM einen deutlichen, statistisch abgesicherten Vorsprung in der Nutzenbewertung durch die Teilnehmenden. Dieser zeigt sich sowohl hinsichtlich des Alltags insgesamt ($p=.001$, $\Phi=.213$) als auch des beruflichen Alltags ($p=.011$, $\Phi=.168$): BoReM bereitet besser auf die berufliche Rückkehr vor ($p=.001$, $\Phi=.211$), indem es den Blick für die Stärken und Schwächen schärft ($p=.006$, $\Phi=.181$), Erlerntes im Beruf besser anwenden lässt ($p=.001$, $\Phi=.218$) und dadurch weniger Schwierigkeiten im Alltag begegnet wird, auf die nicht vorbereitet wurde ($p=.003$, $\Phi=.193$). Der wahrgenommene Nutzen schlägt sich jedoch nicht in einer signifikant höheren Reintegrationsrate nieder (KG: 63,8 %, IG: 66,4 %). Tendenziell zeigte sich jedoch in der Interventionsgruppe ein stärkeres berufsbezogenes Adaptationsverhalten, indem die Arbeitszeiten und Aufgabenbereiche vermehrt verkürzt resp. verkleinert wurden.

Diskussion

Diese Ergebnisse lassen BoReM als eine Maßnahme beschreiben, die als sehr nützlich für die berufliche Wiedereingliederung bewertet wird. Dies äußert sich neben hohen Nutzenbewertungen in einer größeren Bereitschaft, berufliche Anforderungen zu hinterfragen und sie der Leistungsfähigkeit anzupassen. Dieses Verhalten könnte, da sich gerade neurologische Patient(inn)en bei der Rückkehr in den Alltag häufig überschätzen, wichtige gesundheitsförderliche Potenziale beinhalten und die Arbeitsfähigkeit längerfristig erhalten. Der Nutzen des Vorgehens schlägt sich jedoch nicht in einer im Vergleich zur Standardbehandlung höheren Reintegrationsrate zwölf Monate nach Rehabilitation nieder. Es bleibt an dieser Stelle abzuwarten, ob sich dies auch für den abschließenden Ergebniszeitpunkt – 15 Monate nach Reha – bestätigt.

Förderung: Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften Nordrhein-Westfalen e. V. (GfR)

Literatur

- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg) (2012): Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. Berlin.
- Hansmeier, T., Schliehe F. (2009): Rechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. In: Hillert, A., Müller-Fahrnow, W., Radoschewski, F.M. (Hrsg.) (2009): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation – Grundlagen und klinische Praxis. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag. 34-49.
- Menzel-Begemann, A. (2012a): Berufliche Orientierung in der Medizinischen Neurorehabilitation (BOMeN). Problemstellung – Intervention – Ergebnisse. Weinheim: Beltz-Juventa.
- Menzel-Begemann, A. (2012b): Die Ergotherapie im Behandlungskonzept des Beruflich-orientierten Reha-Moduls (BoReM). Ergotherapie & Rehabilitation, 12. 11-16.
- Menzel-Begemann, A., Hemmersbach, A. (2012): Interventionen zur beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation nach neurologischen Erkrankungen. Neurologie & Rehabilitation, 18/5. 309-317.

Veränderung des arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmusters von onkologischen Rehabilitanden vor und nach einer medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR)

Reuss-Borst, M., Steckelberg, E., Abel, I.

Rehaklinik Am Kurpark, Re hazentren Baden-Württemberg, Bad Kissingen

Hintergrund

Mit zunehmend besserer Prognose einer Vielzahl von Tumorerkrankungen und allgemeinen gesellschaftlichen Entwicklungen wie z. B. späterem Renteneintrittsalter und sich abzeichnendem Fachkräftemangel gewinnt die berufliche Re-Integration von onkologischen Patienten zunehmend an Bedeutung. Schon heute erkranken ca. 50 % aller onkologischen Patienten im erwerbsfähigen Alter.

Methodik und Studien-Design

Mit Hilfe des AVEM-Fragebogens können berufliches Engagement, die erlebte Widerstandskraft gegenüber den beruflichen Belastungen und die Emotionen, die die Berufsausübung begleiten, analysiert werden (Heitzmann et al., 2005; Schaarschmidt, 2002). Unterschieden werden vier (cluster-analytisch) bestimmte Bewältigungsmuster:

- Risikomuster A (überhöhtes Engagement, Selbstüberforderung)
- Risikomuster B (hohe Resignationstendenz, geringe offensive Problembewältigung, ausbleibendes Erfolgserleben)
- Schonungsmuster S (Schonung mit den geringsten Ausprägungen in der Bedeutsamkeit der Arbeit, beruflichem Ehrgeiz)
- Muster G als Ausdruck von Gesundheit und als Hinweis auf ein gesundheitsförderliches Verhältnis gegenüber der Arbeit ("Gesundheitstypus")

Untersucht wurden 136 onkologische Patienten (77 Frauen, 66 Männer) im Alter von 19-60 Jahren (mittleres Alter 43 Jahre) am Anfang und Ende einer stationären Reha-Maßnahme, die u. a. auch ein intensives psychosoziales Training im Rahmen eines MBOR-Programmes umfasste.

Ergebnisse

Eine 4 (Musterergebnisse) mal 2 (Zeit) Innersubjekt-Messwiederholung wurde durchgeführt um festzustellen, ob die Patienten im MBOR-Programm grundsätzlich eine Steigerung der gesundheitsfördernden Muster G und S und eine Abnahme der gesundheitsschädlichen Muster A und B nach 3 Wochen Reha zeigen. Ein signifikanter Unterschied wurde in der Musterausprägung zwischen Beginn und Ende der Rehabilitationsmaßnahmen gefunden ($F(2,6, 353,9) = 25,9, p < 0,001, partial \eta^2 = 0,16$).

Gesundheitsförderliche Muster G und S nahmen nach Intervention signifikant zu ($t_0: 43 \%/t_1 62 \%$), während die Risikomuster A und B signifikant abnahmen ($t_0: 57 \%, t_1 38 \%$) ($p < 0,001$) (Abb. 1). Im Vergleich zu Männern (21,9 %) hatten Frauen (11,4 %) zu Beginn der Reha deutlich seltener das Muster G, dagegen signifikant häufiger Risikomuster B ($p = 0,002$).

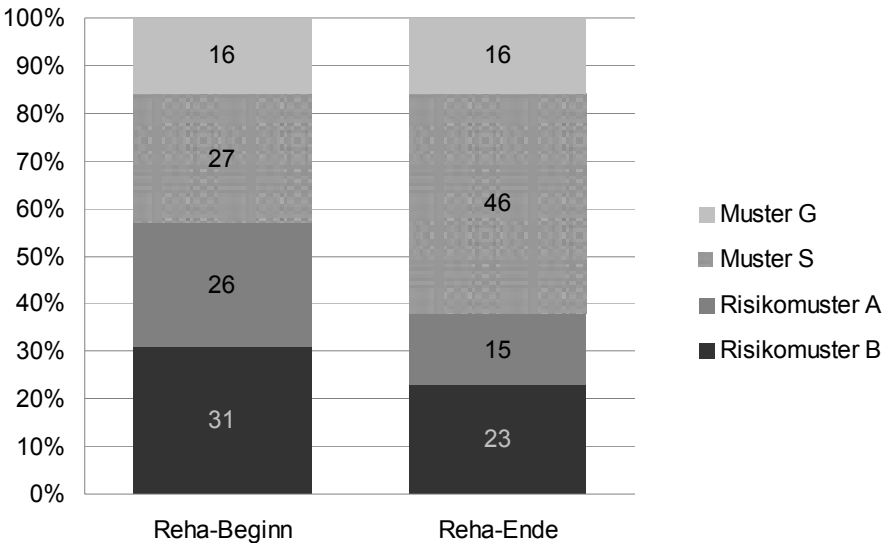


Abb. 1: AVEM-Musterausprägung bei 136 onkologischen Patienten im Prä-Post Vergleich

Auch in der Subgruppe der jüngeren Patienten (bis 40 Jahre) wurde ein signifikanter Unterschied in der Musterausprägung zwischen Beginn und Ende der Rehabilitationsmaßnahme gefunden. Die Muster S und G nahmen ebenfalls während der Rehabilitation signifikant zu (Tab. 1).

Prozente - Patienten bis 40 Jahre (n=48)

	Risikomuster B	Risikomuster A	Muster S	Muster G
Reha-Beginn	22,4	27,0	32,4	18,2
Reha-Ende	17,8	17,2	44,1	21,0

Tab. 1: AVEM-Musterausprägung bei onkologische Patienten bis 40 Jahre im Prä-Post Vergleich

Schlussfolgerung

Um die Re-Integration in den Beruf zu erleichtern und langfristig die Erwerbsfähigkeit nach schwerer Krankheit zu sichern, müssen Arbeitsplatz-bezogene Themen vor allem, aber nicht nur in der Rehabilitation stärker in den Fokus rücken. Nur so lassen sich nachhaltige (langfristige) Modifikationen des arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmusters erreichen. Mit Hilfe des AVEM-Fragebogens kann individuell zu Beginn der Rehabilitation das arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster bestimmt werden, persönliche Ressourcen können erfasst und in der Auseinandersetzung mit den Anforderungen des Berufs eingebracht werden. Unter Berücksichtigung der 11 Dimensionen des AVEMs (z. B. subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit, beruflicher Ehrgeiz, Verausgabungsbereitschaft, aber auch Erfolgserleben im Beruf, Lebenszufriedenheit usw.) kann dann individuell mit dem Rehabilitanden ein gesundheitsförderlicheres Muster erarbeitet werden.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Literatur

Heitzmann, B., Schaarschmidt, U., Kleschke, U. (2005): Diagnostik beruflichen Bewältigungsverhalten bei Rehapatienten – die Leistungsmöglichkeiten des Verfahrens AVEM im Bereich medizinischer Rehabilitation. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 70. 269-280.

Schaarschmidt, U. (2002): Diagnostik beruflichen Bewältigungsverhaltens unter dem Rehabilitationsaspekt. In: Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation BDP (Hrsg.): Motivation-Basis der Rehabilitation. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag. 216-226.

Tanzend durch die Rehabilitation – Berufsorientierte multidisziplinäre Strategie in der Rehabilitation im professionellen Sport am Beispiel des Bühnentanzes

Wanke, E. M. (1), Exner-Grave, E. (2)

- (1) Abteilung für Tanzmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin,
(2) Kompetenzzentrum Tanzmedizin, medicos.AufSchalke Reha GmbH

Hintergrund

Tänzer sind hochspezialisierte Athleten der darstellenden Kunst, deren Laufbahn durch einen frühen Ausbildungsbeginn und eine begrenzte Zeit der Bühnenkarriere charakterisiert ist. Die Berufsausübung ist nur mit einem voll funktionsfähigen Körper möglich. Jeder zweite professionelle Bühnentänzer verletzt sich mindestens einmal im Rahmen eines Arbeitsunfalles akut (Wanke et al., 2011; Exner-Grave, 2008). Chronische Fehl- oder Überlastungs-

schäden sind mehr als 2,5 mal so häufig (Simmel et al., 2005). Faktisch bedeutet das eine hohe Rate an Arbeitsausfallszeiten und Nichtverlängerung der in den Theatern üblichen saisonalen Arbeitsverträge der Profitänzer.

Obwohl Tänzer mit Hochleistungssportlern verglichen werden und akute Verletzungen häufig sind, wird ihnen häufig nicht eine mit dem Leistungssport vergleichbare Therapie nach Unfällen zuteil (Wanke et al., 2012a).

Konzept

Ziel der Präsentation ist die Vorstellung eines interdisziplinären und ganzheitlichen Konzeptes zum Vorgehen in der rehabilitativen Versorgung von professionellen Bühnentänzern unter Berücksichtigung tanzmedizinischer Aspekte. Dabei spiegeln sich die berufsbedingten, körperlichen Höchstleistungen auch in einer optimierten, tanzspezifischen Therapie und Rehabilitation wider. Dieses berufsspezifische Rehabilitationskonzept (z. B. T-BOR, TA-Reha) enthält neben den bekannten Inhalten einer muskuloskeletalen Rehabilitation intelligente Bewegungskonzepte wie das GYROTONIC®- und das Pilates-Geräte-Training, das nach Verletzungen und Erkrankungen bereits in der Frühphase der Rehabilitation ein dreidimensionales Muskelfunktionskettentraining erlaubt (Exner-Grave, 2008; Wanke et al., 2012b). Tanzspezifische Bewegungsformen können mithilfe des spezifischen Trainings unter Ausschaltung der Schwerkraft simuliert werden. Dies ermöglicht eine schnelle Verbesserung der inter- und intramuskulären Koordination.

Dem Arzt obliegt eine zentrale Funktion innerhalb Rehabilitation, da er sowohl die Diagnostik als auch die therapeutischen und arbeits- bzw. tätigkeitsbezogenen Trainingsmaßnahmen in Absprache anordnet und überwacht. Ihm obliegt ferner die Verantwortung für die Bahnung von Wiedereingliederungsmaßnahmen in die Theaterbetriebe bzw. von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Müller-Fahnow, Radowschewski, 2009).

Das intelligente Konzept gewährleistet eine zeitnahe, berufsspezifische und darüber hinaus ganzheitliche Intervention in der Behandlung verletzter oder erkrankter Tänzer. Darüber hinaus bilden verhaltensmedizinisch orientierte Maßnahmen (VMO) wie z. B. das Erlernen von Stress- und Konflikt-Bewältigungs-Strategien in beruflichen Belastungssituationen sowie das Training sozialer Kompetenzen in dem von Konkurrenz und Rollenverlust-Angst geprägten Alltag eines Berufstänzers wesentliche Inhalte der T-BOR/TA-Reha.

Fazit

Diese Form, mit Nutzung tanzspezifischer Behandlungsoptionen, kann letztlich nicht nur kostensparend sein, sondern sogar dazu beitragen, die Rehabilitationszeit nach Verletzung für den Tänzer zu verkürzen. Voraussetzung für die Umsetzung des rehabilitativen Modells stellt eine hohe Qualifikation der im Rehabilitationsbereich tätigen Personen sowie eine große Bereitschaft zur Zusammenarbeit verschiedener Bereiche des Tanzes dar. In der Rehabilitation müssen sowohl geschlechtsspezifische und ggf. auch tanzstilrichtungsabhängige Besonderheiten berücksichtigt werden.

Literatur

Exner-Grave, E. (2008): TanzMedizin. Stuttgart: Schattauer Verlag. 113-121.

- Müller-Fahmow, W., Radoschewski, F.M. (2009): Einleitung. In: Hillert, A., Müller-Fahmow, W., Radoschewski, F.M. (Hrsg.): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag. 1-14.
- Simmel, L., Wanke, E.M., Exner-Grave, E. (2005): Tanzmedizin. Ausbildung und Arbeitsplatz Tanz. Eine Einführung für Ärzte und Therapeuten. Unfallkasse Berlin. (Hrsg.).
- Wanke, E.M., Wanke, A., Uibel, S., Quarcoo, D., Groneberg, D.A. (2011): Der außergewöhnliche Fall in der Praxis: Der Arbeitsunfall im professionellen Bühnentanz – Hinweise zum Vorgehen und zur Dokumentation. Trauma und Berufskrankheit, Trauma Berufskrankh., 13. 131-139.
- Wanke, E.M., Mill, H., Arendt, M., Groneberg, D.A. (2012a): Analyse und Evaluation akuter Verletzungen im professionellen Bühnentanz unter besonderer Berücksichtigung präventiver Aspekte. Zbl Arbeitsmed., 62. 166-172.
- Wanke, E.M., Quarcoo, D., Uibel, S., Groneberg, D.A. (2012b): Rehabilitation nach Arbeitsunfällen im professionellen Bühnentanz: Empfehlungen unter Berücksichtigung tanzmedizinischer Gesichtspunkte. Die Rehabilitation, 51/4. 221-228.

Qualitative Erhebung des Forschungsprojekts SoKo – Förderung sozialer Kompetenzen bei Rehabilitanden in besonderen beruflichen Problemlagen

Schulz-Behrendt, C., Völler, H.

Universität Potsdam

Hintergrund

Eine entscheidende Rolle für eine gelungene Reintegration spielen einerseits der persönliche Lebensstil mit dem eigenen Gesundheits- bzw. Risikoverhalten, andererseits die jeweiligen Lebensverhältnisse und Kontextfaktoren. Bislang weisen Untersuchungen und Konzepte der medizinischen Rehabilitation vorwiegend kognitive und verhaltensorientierte Ausrichtungen auf, wenig Erkenntnisse liegen dagegen für den Bereich sozialer Unterstützung vor. Das Konzept der Sozialen Unterstützung wurde in mehreren empirischen Studien entwickelt und hebt die Bedeutsamkeit sozialer Faktoren sowie die gesundheitsförderliche Wirkung erfolgreicher Unterstützung hervor (Dehmel, Ortmann, 2006; Barth, 2004; Röhrle et al., 1998; Paulus, 1997). Dem Forschungsbedarf entsprechend zeigt das Projekt die Möglichkeiten klinischer Sozialarbeit und deren effektivere Nutzung im Prozess der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung auf.

Studiendesign

Innerhalb der Studie wurde in einer 1. Phase ein sozialtherapeutisches Programm für die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation entwickelt, welches in der 2. Phase an 3 Reha-Kliniken durchgeführt und in einer 3. Phase auf seine Wirksamkeit überprüft wird.

Die qualitative Erhebung der 1. Projektphase ermittelte die individuellen Wirkungsfaktoren Sozialer Unterstützung auf das Gesundheitsverhalten der Untersuchungsgruppe. 17 Rehabilitanden wurden nach langfristigen Erfolgen der Behandlung, der Umsetzung von gesund-

heitsförderndem Verhalten im Alltag, ihrer beruflichen Wiedereingliederung sowie der erhaltenen und gewünschten Sozialen Unterstützung befragt. Die Befragung erfolgte anhand von Leitfadenterviews kombiniert mit Fragebögen zur Lebenssituation und Sozialen Netzwerkkarten, die Auswertung als qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2007).

Ergebnisse

In der Analyse der Interviews wurde nach dem bio-psycho-sozialen Modell vorgegangen und festgestellt, dass die höchste Zahl der Nennungen (46 %) zu den Auswirkungen der Erkrankung für den Bereich "Soziale Auswirkungen" vorliegt. Auch die psychischen Auswirkungen (29 %) werden vielfach auf Grund sozialer Probleme hervorgerufen. Im Widerspruch dazu steht jedoch, dass die Befragten einen hohen Anteil von 71 % körperbezogener Bewältigungsstrategien für ihre Erkrankung angeben. Demgegenüber nennen nur 15 % die direkte Bewältigung sozialer Schwierigkeiten als Strategie. Ebenso werden Hilfeleistungen aus dem sozialen Umfeld hauptsächlich auf Grund gesundheitlicher Bedürftigkeit gewährt. Eigenbewältigung und Soziale Unterstützung setzen demnach nicht zuallererst dort an, wo die meisten Auswirkungen zu finden sind, also nicht direkt im sozialen Bereich.

	<i>Auswirkungen</i>	<i>Bewältigung</i>	<i>Unterstützung</i>
<i>körperlich</i>	Symptome (schnelle Erschöpfung, kurze Gehstrecke, Luftnot...)	Erhöhung der körperlichen Leistungsfähigkeit, Änderungen des Gesundheitsverhaltens	Unterstützung gesundheitsförderlichen Verhaltens
		Wissensaneignung zu gesundheitsförderlichem Verhalten	Fürsorge und Rücksichtnahme
<i>psychisch</i>	Unsicherheit	Gespräche über Erkrankung	Ermütigung durch andere
	vermindertes Selbstwertgefühl	positive Ablenkung	Anteilnahme des sozialen Umfelds
	Gefühl der Sinnlosigkeit	Optimismus	
<i>sozial</i>	Arbeitsunfähigkeit	Stufenweise Wiedereingliederung	Unterstützung durch Arbeitgeber selten
	unklare Berufsperspektive	Arbeitsplatzadaption	Kontakt zu AG und Kollegen
	veränderte Familiensituation	Anpassung des Alltags an eingeschränkte Fähigkeiten	direkte Hilfen und Hilfsangebote
	Einkommensminderung, Entstehung von Schulden		Erhalt von Information und Beratung
	Erfordernis behördlicher Regelungen		soziale Integration
	Beeinträchtigungen bei Aufgaben des täglichen Lebens		
	Einschränkung von Freizeitaktivitäten		
	erhöhte Anforderungen an Familie/Lebenspartner		

Tab. 1: Ergebnisse der Qualitative Inhaltsanalyse

Diskussion

Insgesamt scheint der Erhalt der bisherigen Lebensstrukturen bei allen Befragten von großer Bedeutung, langjährig erprobte und bewährte Alltags- und Lebensstrukturen möchten beibehalten oder wieder gewonnen werden. Dies entspricht dem Lebensphasenmodell von Erikson (1994), nach dem in diesem Lebensabschnitt eine relative Ich-Stabilität gegeben ist, welche sich auf dem bisher Geschaffenen aufbaut. Eine Neuorientierung ist schwer vorstellbar und stellt zunächst das eigene Selbstbild in Frage.

Die relativ geringe direkte Einwirkung auf den sozialen Bereich lässt vermuten, dass die Einbeziehung und Beachtung der Kontextfaktoren im Rehabilitationsprozess noch nicht ausreichend umgesetzt wird. Die DRV fordert dies hauptsächlich für die sozialmedizinische Begutachtung, für einen nachhaltigen Reha-Erfolg sind jedoch in jedem Fall die sozialen Faktoren mit verantwortlich. Gerade für die Rehabilitanden in besonderen beruflichen Problemlagen sollten die Bedingungen des sozialen Umfelds, die Barrieren und Ressourcen erfasst und in die Therapie einbezogen werden, um möglichst schon während der medizinischen Rehabilitation Lösungen für einen beruflichen Wiedereinstieg zu finden.

Auffallend stellt sich in vielen Äußerungen die starke Betonung der Selbstbestimmung dar, wie sie übereinstimmend hiermit im SGB IX gesetzlich verankert ist. Die Umsetzung dieses Rechts scheint im Einzelnen schwierig zu sein, wenn eigene Vorstellungen beispielsweise von medizinischen Prognosen abweichen oder Wissen zu Möglichkeiten der Umsetzung fehlt.

Bemerkenswert erscheint auch die Erkenntnis, dass Änderungen und damit einhergehende Leistungen häufig als negativ angesehen werden, da sie eine grundlegende Gefährdung der Identität bedeuten.

Schlussfolgerungen, Umsetzung und Ausblick

Ob ein intensives Einwirken auf die Kontextfaktoren während der medizinischen Rehabilitation tatsächlich zu einer Verminderung der längerfristigen sozialen und beruflichen Auswirkungen führt, soll in der 2. Studienphase geprüft werden. Hierzu wurde ein Gruppenkonzept entwickelt, das die benannten Punkte aufgreift und nach dem Prinzip des Empowerments Rehabilitanden befähigen soll, die Möglichkeiten ihrer beruflichen und sozialen Wiedereingliederung nach ihren Vorstellungen umzusetzen. Das notwendige Wissen dazu soll vermittelt werden und ein intensive interdisziplinäre Begleitung während der Rehabilitation stattfinden.

Auf Grund der beschriebenen sich deutlich voneinander unterscheidenden Problemlagen, ist das Konzept für kleine Gruppen von 4 - 6 Rehabilitanden geplant. Da die Familie in der Regel mit betroffen ist, bietet das Konzept die Einbeziehung der Angehörigen an, um Zielvorstellungen und Umsetzungsmöglichkeiten gemeinsam zu formulieren.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

Barth, S. (2004): Soziale Unterstützung. <http://www.stephan-barth.de/sozialeunt.htm>. Abruf: 25.01.2013.

- Dehmel, S., Ortmann, K. (2006): Soziale Unterstützung (Social Support) – ein Verstehens- und Handlungskonzept für die gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Berlin: Katholische Hochschule für Sozialwesen.
- Erikson, E. (1994): Identität und Lebenszyklus. Drei Aufsätze. Berlin: Suhrkamp Verlag.
- Mayring, P. (2007). Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim und Basel: Beltz.
- Paulus, P. (1997): Soziale Netzwerke, soziale Unterstützung und Gesundheit. Aus: Homfeldt, H.G., Hünerdorf, G. (Hrsg.): Soziale Arbeit und Gesundheit. Neuwied: Luchterhand. 175-203.
- Röhrle, B.; Sommer, G., Nestmann, F. (1998): Netzwerkintervention. Tübingen: dgvtv-Verlag.

FIEZ-Studie der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz: Berufsbezogene Orientierung der Klinik aus der Perspektive der Mitarbeiter

*Bürger, W. (1), Nübling, R. (2), Kriz, D. (2), Kretschmer, P. (3), Masius, U. (4),
Zucker, A. (4), Rudolph, M. (5), Rüdell, H. (6), Siefken-Kaletka, H. (7),
Stapel, M. (7), Weisenburger, R. (7)*

- (1) fbg – Forschung und Beratung im Gesundheitswesen, Karlsruhe,
(2) GfQG – Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen, Karlsruhe,
(3) Edith-Stein-Fachklinik, Bad Bergzabern, (4) Drei-Burgen-Klinik, Bad Münster am Stein,
(5) Mittelrhein-Klinik, Bad Salzig, (6) St. Franziska-Stift, Bad Kreuznach,
(7) Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz, Speyer

Hintergrund

Die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz fördert mit dem FIEZ-Projekt die Entwicklung eines innovativen Interventionsansatzes, der als berufsbezogenes Basisangebot für Rehabilitationskliniken indikationsübergreifend darauf abzielt, in den Kliniken eine grundlegende erwerbsbezogene Orientierung zu fördern (vgl. Bürger et al., 2012). Dabei soll eine zu Beginn der Rehabilitation etablierte frühzeitige Orientierung an konkreten erwerbsbezogenen Zielen (vgl. auch Gerlich et al., 2009; Hanna et al., 2009) eine kognitive und motivationale Fokussierung sowohl des Rehabilitanden als auch des Rehabilitationsteams auf die erwerbsbezogene Zielsetzung der Rehabilitation unterstützen. So soll der gesamte nachfolgende Rehabilitationsprozess unter der Perspektive dieser Zielsetzungen besser wahrgenommen und genutzt werden. Die Intervention ist im Stufenmodell der MBOR der Stufe A zuzuordnen, geht aber konzeptuell weit über die übliche Entwicklung von Einzelinterventionen mit beruflichem Schwerpunkt hinaus (vgl. Streibelt, Buschmann-Steinhage, 2011; Egner et al., 2011).

Im Rahmen dieses Projektes wird vor und nach der Implementierung von FIEZ eine Mitarbeiterbefragung durchgeführt, um aus dieser Perspektive Hinweise auf den Grad der Umsetzung der beruflichen Orientierung der Klinik zu erhalten.

Im vorliegenden Beitrag wird der Frage nachgegangen, wie Mitarbeiter unterschiedlicher Berufsgruppen in den vier beteiligten Rehabilitationskliniken die erwerbsbezogene Ausrichtung

ihrer Rehabilitationsklinik bewerten, ob sich einrichtungsbezogenen Unterschiede zeigen und ob verschiedene Berufsgruppen aus ihrer Perspektive die erwerbsbezogene Ausrichtung der Klinik und der Rehabilitation verschieden bewerten.

Methodik

Im Rahmen der o. g. Studie erhielten alle therapeutisch tätigen Mitarbeiter der vier am Projekt beteiligten Rehabilitationskliniken einen umfangreichen standardisierten Fragebogen, in dem sie zur berufsbezogenen Ausrichtung der Klinik und ihrer Tätigkeit sowie zum Bedarf einer solchen Orientierung bei ihren Patienten befragt wurden. Die Befragung fand von März bis Juni 2013 statt.

Ausgegeben wurden in den Kliniken 324 Fragebogen, die Beteiligungsquote an der Befragung liegt bei 44 %. Unter den 144 Teilnehmern sind als Einzelberufsgruppen Ärzte mit 24 %, Psychologen mit 22 % und Pflegekräfte mit 21 % vertreten, die mit durchschnittlich knapp 10 Jahren meist langjährig rehabilitationserfahren sind. Ärzte weisen mit etwa 7.5 Jahren eine etwas unterdurchschnittliche mittlere Berufserfahrung in der Rehabilitation auf, Pflegekräfte mit 12.9 Jahren eine überdurchschnittliche rehabilitative Berufserfahrung.

Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen Unterschiede zwischen den vier Kliniken hinsichtlich des von den Mitarbeitern jeweils eingeschätzten Grades der beruflichen Orientierung der Medizinischen Rehabilitation in ihrer Einrichtung. Knapp 70 % der Befragten geben an, dass in den patientenbezogenen Fallkonferenzen regelhaft berufliche und sozialmedizinische Fragen behandelt werden. Lediglich 25 % der Befragten erleben aber eine durchgängige berufsbezogene Ausrichtung in allen therapeutischen Angeboten verwirklicht. Zudem schätzen die befragten Mitarbeiter den Umfang an berufsbezogenen Therapieangeboten bei etwa 38 % ihrer Rehabilitanden als zu gering ein. Hier zeigt sich in allen Kliniken noch Potential für eine verstärkt beruflich orientierte Medizinische Rehabilitation.

Berufsgruppenspezifisch zeigen sich nur geringfügige Unterschiede in der Beurteilung der beruflichen Orientierung. Allerdings geben 45 % der Mitarbeiter, die mit Aufgaben der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung in ihrer Klinik betraut sind, an, sie fühlten sich für diese Aufgabe nicht gut ausgebildet. Zudem fühlt sich ein Drittel der Befragten durch diese Aufgabe in ihrer therapeutischen Arbeit beeinträchtigt. Letzteres gilt in besonderem Maße für die psychosomatischen Fachkliniken, hier werden Rollenkonflikte zwischen therapeutischer Haltung und der Notwendigkeit der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung in besonderem Maße erlebt und auch in begleitenden Gruppendiskussionen thematisiert.

Diskussion und Schlussfolgerung

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde die berufsbezogene Ausrichtung der Medizinischen Rehabilitation aus der Perspektive der Mitarbeiter bewertet.

Die Ergebnisse sollten angesichts des eingeschränkten Studiendesigns und der geringen Fallzahlen und einbezogenen Kliniken noch vorsichtig interpretiert werden. Doch deuten sie darauf hin, dass eine verstärkte berufsbezogene Ausrichtung in der Wahrnehmung der therapeutischen Mitarbeiter bei substantiellen Anteilen der Rehabilitanden sinnvoll und notwendig, aber auch noch ausbaubar ist. Gleichzeitig fühlen sich substantielle Anteile der Mitarbei-

ter mit den Aufgaben der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung belastet und darauf nicht gut genug vorbereitet.

Die Ergebnisse deuten auf einen Optimierungsbedarf hin, dem im Rahmen der FIEZ-Konzeption Rechnung getragen wird.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

Literatur

Bürger, W., Nübling, R., Kriz, D. (2012): Machbarkeitsstudie: Entwicklung und erste Erprobung eines innovativen Konzeptes zur Förderung von individuellen, erwerbsbezogenen Zielorientierungen in der Medizinischen Rehabilitation. FIEZ-Studie. Unveröffentlichter Abschlussbericht. Karlsruhe.

Egner, U., Schliehe, F., Streibelt, M. (2011): MBOR – Ein Prozessmodell in der Medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 50. 143-144.

Gerlich, C., Neuderth, S., Botterbusch, I. (2009): Einfluss von Shared-Decision-Making (SDM) auf die Motivation zur Bearbeitung beruflicher Problemlagen in der medizinischen Rehabilitation. *DRV-Schriften*, Bd 83. 64-65.

Hanna, R., Fiedler, R.G., Dietrich, H., Greitemann, B., Heuft, G. (2009): Zielanalyse und Zieloperationalisierung (ZAZO): Evaluation eines Gruppentrainings zur Förderung beruflicher Motivation. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 59. 1-10.

Streibelt, M., Buschmann-Steinhage, R. (2011): Ein Anforderungsprofil zur Durchführung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation aus der Perspektive der gesetzlichen Rentenversicherung. *Die Rehabilitation*, 50. 160-167.

Eignen sich etablierte Kriterien zur Bestimmung einer besonderen beruflichen Problemlage für die Zuweisung neurologischer Rehabilitanden in die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation?

Neuderth, S. (1), Lukasczik, M. (1), Schuler, M. (1), Laterveer, H. (2), Weilbach, F. (2), Presl, M. (2), Presl, M. (2), Knörzer, J. (2)

(1) Abteilung für Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften, Universität Würzburg, (2) Klinik Bavaria, Bad Kissingen

Hintergrund

Screenings zur Identifikation besonderer beruflicher Problemlagen (BBPL) sagen Probleme beim Return to Work (RTW) vorher und werden in verschiedenen Indikationen erfolgreich zur Zuweisung in medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitationsmaßnahmen (MBOR) verwendet (Bethge et al., im Druck; Löffler et al., 2007).

Bislang ist unklar, ob die in Screening-Verfahren erfassten Aspekte "AU-Zeiten", "Arbeitslosigkeit" und "subjektive Erwerbsprognose (SPE)" auch bei neurologischen Rehabilitanden zur Prognose des RTW und zur Zuweisungssteuerung in eine MBOR-Maßnahme geeignet sind. So handelt es sich in der neurologischen Rehabilitation häufig um akute Ereignisse, bei denen keine relevanten AU-Zeiten im Vorfeld vorliegen. Zudem können kognitive Beeinträchtigungen und schwer prognostizierbare Krankheitsverläufe die realitätsangemessene Einschätzung der subjektiven Erwerbsprognose beeinträchtigen.

Es wird untersucht, ob die klassischen Kriterien einer BBPL (AU-Zeiten, Arbeitslosigkeit, SPE) auch bei neurologischen Patienten

- a) zur Zuweisung von Rehabilitanden in die MBOR geeignet sind und
- b) den sozialmedizinischen Status (Arbeitslosigkeit, AU-Tage, Rentenbegehren, subjektive berufliche Leistungsfähigkeit) 6 Monate nach der Rehabilitation vorhersagen können.

Explorativ wird geprüft, welche weiteren Kriterien die Zuweisung neurologischer Rehabilitanden zu einer MBOR-Maßnahme erleichtern bzw. zur Prognose des sozialmedizinischen Status geeignet sind.

Methode

Die Daten wurden in der Klinik Bavaria im Rahmen der Evaluation der MBO® Kompakt-Neurowoche (Lukasczik et al., 2012) in Bad Kissingen erhoben. Die MBO® Kompakt-Neurowoche (Presl et al., 2012) wird im Anschluss an eine reguläre neurologische Rehabilitation durchgeführt. In die Auswertung wurden n= 430 Rehabilitanden verschiedener neurologischer Störungsbilder eingeschlossen (26,3 % Frauen, Alter M=48,1 Jahre, 13,3 % arbeitslos, AU-Dauer M=8,3 Wochen), von denen n=195 "nur" eine reguläre stationäre Rehabilitationsmaßnahme absolviert haben und n=235 anschließend an der MBO® Kompakt-

Neurowoche teilgenommen haben. Statistisch analysiert (Korrelationen, logistische bzw. lineare Regressionen) wurden Fragebogendaten zu T0 (Reha-Beginn; alle Patienten), T1 (Beginn MBOR® Kompakt-Neurowoche: nur Maßnahmenteilnehmer) und T3 (6-Monats-Katamnese, nur Maßnahmenteilnehmer (n=122)).

Ergebnisse

Es finden sich leichte negative Zusammenhänge (jeweils ca. $r=-0.2$) zwischen der Zuweisung zur MBOR-Maßnahme durch das Behandlerteam und dem Vorliegen einer BBPL nach Würzburger Screening, Arbeitslosigkeit vor Reha und SPE-Skala: Maßnahmenteilnehmer weisen seltener eine BBPL auf als Nichtteilnehmer. Weder bzgl. Krankschreibung (Ja/Nein) und AU-Tagen vor Reha noch bzgl. der subjektiven beruflichen Leistungsfähigkeit fanden sich Zusammenhänge zur Zuweisungsentscheidung. Die berufsbezogene Behandlungsmotivation konnte als weiterer relevanter Prädiktor für die Maßnahmenzuweisung identifiziert werden ($r=0.3$).

Sowohl bi- als auch multivariat erwies sich die subjektive berufliche Leistungsfähigkeit zu T0 als konsistenter Prädiktor für Indikatoren des sozialmedizinischen Status zu T3 (AU-Zeiten, Arbeitslosigkeit, subjektive Leistungsfähigkeit, SPE, jeweils $r>0.3$). Die SPE zu T0 wies univariat signifikante Zusammenhänge mit der SPE zu T3 und mit Gedanken an einen Rentenantrag zu T3 auf (jeweils $r>0.25$). Andere etablierte Screeningkriterien zeigten multivariat keine Zusammenhänge mit dem sozialmedizinischen Status zu T3. Allerdings zeigte die Befürchtung, "das im Beruf geforderte Arbeitstempo nicht einhalten zu können" (T1), multivariat signifikante Zusammenhänge mit der SPE zu T3 und der subjektiven Leistungsfähigkeit zu T3 auf. Ebenso zeigte das Item "Ich glaube, dass ich wenig Lust haben werde, meinen Beruf weiter auszuüben" (T1), einen signifikanten Zusammenhang mit der Tendenz, einen Rentenantrag zu T3 zu stellen.

Diskussion

Die Definition von BBPL ist am sozialmedizinischen Status nach der Reha – genauer: dem negativen RTW – orientiert. In der Neurologie erscheint es sinnvoller, den MBOR-Bedarf und sozialmedizinischen Status nach der Reha zu trennen. Während "klassische Kriterien" (SPE-Skala, subjektive Leistungsfähigkeit) auch in der Neurologie geeignet sind, Indikatoren des sozialmedizinischen Status 6 Monate nach der Reha vorherzusagen, sind sie für die Zuweisung zu einer neurologischen MBOR-Maßnahme eher ungeeignet. Kriterien wie berufsbezogene Behandlungsmotivation erscheinen hilfreich, um Maßnahmenteilnehmer für die MBOR zu erkennen.

Förderung: Klinik Bavaria

Literatur

- Bethge, M., Löffler, S., Schwarz, B., Vogel, H., Schwarze, M., Neuderth, S. (im Druck): Besondere berufliche Problemlagen: Spielen sie eine Rolle beim Zugang in die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation? Die Rehabilitation.
- Löffler, S., Wolf, H.-D., Gerlich, C., Vogel, H. (2007): Entwicklung und Validierung eines generischen Screening-Instruments zur Identifikation von beruflichen Problemlagen und des Bedarfs an berufsorientierten und beruflichen Rehabilitationsleistungen. Projektab-

- schlussbericht Universität Würzburg. URL: <http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/rehaDoc.pdf?rehaid=0DDF2D93D315 CDA1C12574560047DFB9>.
- Lukasczik, M., Löffler, S., Schuler, M., Weilbach, F., Laterveer, H., Knörzer, J., Presl, M., Neuderth, S. (2012): Intensivierte beruflich orientierte medizinische Rehabilitation bei neurologischen Erkrankungen: Formative Evaluation der MBO® Kompakt-Neurowoche. DRV-Schriften, Bd 98. 172-173.
- Presl, M., Weilbach, F., Knörzer, J., Laterveer, H., Presl, A., Hipler, C., Kiesel, J. (2012): MBO®-Kompakt Neurologie in den Kliniken Bavaria Bad Kissingen, Freyung und Kreisch. In: Löffler, S., Gerlich, C., Lukasczik, M., Wolf, H.D., Vogel, H., Neuderth, S.: Praxishandbuch Arbeits- und berufsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation (3. Aufl.). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 300-307.

MBOR – Indikation und Evaluation anhand des Fragebogens "Indikatoren des Reha-Status (IRES-3)"

*Schlittenhardt, D. (1), Schiel, A. (1), Rossberg, K. (1), Treffler, A. (1),
Paul, A. (1), Gerisch, S. (1), Gallmann, B. (1), Heinsohn, M. (1),
Pfistner, U. (2), Gerdes, N. (1,3), Lühr, T. (1)*

- (1) RehaKlinikum Bad Säckingen, (2) Zentrum Beruf & Gesundheit Bad Krozingen,
(3) Hochrhein-Institut am RehaKlinikum Bad Säckingen e. V.

Hintergrund

Für Rehabilitanden mit besonderer beruflicher Problemlage (BBPL) wird am RehaKlinikum Bad Säckingen eine intensivierete medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation angeboten. Als BBPL gelten in diesem Kontext lange oder häufige Arbeitsunfähigkeitszeiten, eine negative subjektive berufliche Prognose sowie die Absicht, einen Rentenantrag zu stellen. Wesentlicher Bestandteil des Konzepts ist die Verbesserung der beruflichen Integration durch den Einbezug des Arbeitgebers (z. B. telefonische Kontakte mit Zustimmung des Rehabilitanden, Diskussion von Modifikationen am Arbeitsplatz). Im Rahmen eines telefonisch durchgeführten Case Managements im Anschluss an die Reha-Maßnahme wird geprüft, ob weitere Unterstützungs- oder Informationsangebote notwendig sind.

Konzept

Die interdisziplinär durchgeführte MBOR-Maßnahme findet in halb-offenen Gruppen statt. Aufbauend auf einer berufsspezifischen Diagnostik sind alle Behandlungsbausteine auf die spezifische, individuelle berufliche Problemlage des Rehabilitanden ausgerichtet, z. B. berufsspezifische Physio-, Ergo und Sporttherapie (Belastungserprobung mittels EFL, Arbeitsplatztraining, Arbeitsmedizinische Trainingstherapie) oder berufsbezogene psychoedukative Patientenschulungen. Die medizinische Eingangsdiagnostik umfasst neben einer orthopädischen auch eine internistische Funktionsdiagnostik (Labor, EKG, ggf. Belastungs-EKG, Echokardiographie). Um kognitive und behaviorale Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit der beruflichen Situation zu diagnostizieren, wird außerdem der Fragebogen "Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster" (AVEM) eingesetzt, der neben der berufsspezifischen

schen Diagnostik eine Überleitung zum Modul der berufsspezifischen Psychoedukation herstellt. Ergänzend wird bei individuellem Bedarf eine vertiefende Psychodiagnostik verwendet. Mit Hilfe von Screening-Ergebnissen aus dem IRES (Bührlen et al., 2005), dem Würzburger Screening (Löffler et al., 2008) und der SPE-Skala (Subjektive Erwerbsprognose; Mittag, Raspe 2003) findet eine ausführliche berufsbezogene Diagnostik statt.

Die Indikation zur Teilnahme am MBOR-Programm wird anhand des Fragebogens "Indikatoren des Reha-Status (IRES-3)" gestellt, der seit ca. 5 Jahren routinemäßig bei Aufnahme und Entlassung bei allen Patient(inn)en des RehaKlinikums erhoben wird. Der Fragebogen wurde in Anlehnung an die ICF entwickelt und erfasst mit 144 Items die vier Dimensionen des somatischen, funktionalen und psychosozialen Status sowie des Gesundheitsverhaltens. Die Patient(inn)en erhalten den Fragebogen zusammen mit der Benachrichtigung über den Zeitpunkt der Reha-Maßnahme und schicken ihn mit ihrer Anmeldung ausgefüllt zurück. Die Fragebögen werden dann umgehend in das internetbasierte Dateneingabe- und Auswertungsprogramm "IRES-online" eingegeben, in dem ein so genanntes "Patientenprofil" abgerufen werden kann. In diesem Profil wird für die 27 Einzelskalen des IRES-3 jeweils der Prozentrang grafisch dargestellt, den der Skalenwert des betreffenden Patienten in der Normstichprobe des IRES einnimmt. Falls im Bereich der "Funktionsfähigkeit im Beruf" (Beanspruchung am Arbeitsplatz, berufliche Sorgen, Arbeitszufriedenheit) bzw. im Bereich des "psychischen Befindens" extrem auffällige Belastungen bestehen, wird im Profil zusätzlich auf eine mögliche Indikation von medizinisch-beruflichen bzw. psychologischen Maßnahmen hingewiesen. Die endgültige Indikation der entsprechenden Maßnahmen wird dann vom behandelnden Arzt getroffen.

Methodik und Ergebnisse

Die Evaluation der MBOR erfolgt gleichfalls mit dem IRES-Fragebogen über einen Vergleich der Aufnahme- mit den Entlassungswerten und zusätzlich mit einer einfachen "Berufsfit-Skala" (visuelle Analogskala 0 - 10), die ebenfalls bei Aufnahme und Entlassung erhoben wird.

Bei einer Zwischenauswertung, in die n=139 Patient(inn)en einbezogen wurden, ergab sich auf der "Berufsfit-Skala" eine durchschnittliche Verbesserung mit einer Effektstärke (standardized response mean) von SRM = 1.08, die als "starker" Effekt zu interpretieren ist.

Im IRES-Fragebogen zeigten sich in fast allen Bereichen (mit Ausnahme des Bereichs "soziale Integration") extrem stark ausgeprägte Eingangsbelastungen: 80-90 % der Patient(inn)en wiesen zu Reha-Beginn Belastungswerte auf, wie sie in der normalen Bevölkerung bei maximal 10 % vorkommen.

Beim Vergleich der Aufnahme- mit den Entlassungswerten des IRES zeigten sich auf allen Skalen hochsignifikante Verbesserungen, die im IRES-Summenscore mit einer Effektstärke von SRM = 0,93 das Ausmaß "starker" Effekte erreichten. 70 % der Patient(inn)en hatten sich in einem relevanten Ausmaß (> 0,5 SRM) verbessert, 27 % blieben quasi unverändert (\pm 0,5 SRM) und 2,5 % hatten sich relevant verschlechtert.

Fazit

Trotz dieser sehr guten Verbesserungen ist zu beachten, dass viele Patient(inn)en im Summenscore des Reha-Status und in einigen anderen Skalen auch bei der Entlassung noch

Belastungswerte aufwiesen, die zwar nicht mehr im "extrem auffälligen", aber immer noch im "sehr auffälligen" Bereich liegen. Dies ist angesichts der oft langjährig chronifizierten Krankheitsbilder zwar nicht verwunderlich, fordert aber doch zu einer Intensivierung der Nachsorge und möglicherweise zu einer Verkürzung des Intervalls zwischen den Reha-Maßnahmen heraus.

Literatur

- Bühren, B., Gerdes, N., Jäckel, W.H. (2005): Entwicklung und psychometrische Testung eines Patientenfragebogens für die medizinische Rehabilitation (IRES-3). *Die Rehabilitation*, 44. 63-74.
- Löffler, S., Wolf, H.-D., Gerlich, C., Vogel, H. (2008): Würzburger Screening Version 1. Universität Würzburg, Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie.
- Mittag, O., Raspe, H. (2003): Eine kurze Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit. *Die Rehabilitation*, 42. 169-174.

Evaluation unterschiedlicher Modelle medizinisch-beruflich-orientierter Rehabilitation in Baden-Württemberg (Eva-MBOR-BW) – Ergebnisse einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik

Jankowiak, S. (1), Kaluscha, R. (1), Holstiege, J. (1), Krischak, G. (1,2)

- (1) Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung, Universität Ulm, Bad Buchau,
(2) Federseeklinik, Bad Buchau

Hintergrund

Von der Einbringung berufsbezogener Elemente in die medizinischen Rehabilitation (MBOR) wird eine verbesserte Wiedereingliederung in das berufliche Umfeld erwartet (Streibelt et al., 2008). Die Deutsche Rentenversicherung hat daher entsprechende Empfehlungen für Rehabilitationseinrichtungen herausgegeben (Deutsche Rentenversicherung, 2010). Einige Einrichtungen (im folgenden "Pilotkliniken") hatten aber bereits vor diesen Rahmenempfehlungen eigene Konzepte mit berufsbezogenen Therapie-Elementen entwickelt. Diese reichen von der entsprechenden Erweiterung eigener Kompetenzen über Kooperationen mit Einrichtungen der beruflichen Bildung bis hin zu medizinischen Rehabilitationskonzepten mit anschließender berufsorientierten Kurzmaßnahme. Die Evaluation und Nachbeobachtung von Rehabilitanden aus den Pilotkliniken, die früh MBOR-Elemente implementierten, erlaubt eine Aussage zu mittel- und langfristigen Ergebnissen einzelner MBOR-Maßnahmen, zu denen es bisher nur wenige Informationen gibt (Bethge et al., 2010). Hierfür bietet sich die Nutzung von Routinedaten der Rentenversicherung in Form einer anonymisierten Version der Rehabilitationsstatistikdatenbasis (RSD) an, die von der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg zur Verfügung gestellt wird. Diese Analysen sollen auch Hinweise darauf liefern, welche Rehabilitandengruppe möglicherweise von welchem MBOR-Ansatz besonders profitiert, um ggfs. Kriterien für eine effektive Zuweisung abzuleiten.

Methodik

Für eine Evaluation wurden Rehabilitationseinrichtungen der Indikationen Bewegungsapparat und Psychosomatik aus Baden-Württemberg ausgewählt (Faulstich-Ritter et al., 2013), die bereits in den Jahren 2008 und 2009 MBOR-Ansätze nutzten. Es handelt sich bei den Teilnehmern um eine vom Rehabilitationsträger und der Einrichtung vorselektierte Stichprobe. Zudem variieren die Behandlungsintensitäten sowie klinikinternen Ein- und Ausschlusskriterien. Angesichts dieser Heterogenität ist für jede Einrichtung eine separate Analyse erforderlich. Zielgröße der Analysen war die gewichtete mittlere monatliche Beitragszahlung aus Erwerbstätigkeit. Diese wurde aus Gründen der Vergleichbarkeit unterschiedlicher Beiträge gewichtet, indem für jeden Monat mit beitragspflichtiger Beschäftigung ein ganzer Punkt, für Einkommen aus der Gleitzzone (Einkommen zwischen 401€ und 800€) ein halber sowie für geringfügige Beschäftigung ein viertel Punkt vergeben wurden. Ein Wert von 1 bedeutet damit durchgehende reguläre Beschäftigung, ein Wert von 0 bedeutet keinerlei sozialversicherungspflichtiges Einkommen im Beobachtungszeitraum. Innerhalb einer Einrichtung wurden Teilnehmer an einer MBOR anhand der gemäß der "Klassifikation therapeutischer Leistungen" (KTL) kodierten Therapie-Elemente aus dem Blatt 1b des Entlassungsberichtes identifiziert. Berichtet werden erste Zwischenergebnisse des laufenden Projekts.

Ergebnisse

Erste Ergebnisse liegen für eine psychosomatische Rehabilitationseinrichtung vor, die bereits sehr früh eine eigene Arbeitstherapie aufgebaut hat. Bei Betrachtung des unadjustierten Verlaufs der Beitragszahlungen in einem Zeitraum von acht Jahren zeigt sich für Rehabilitanden, die im Jahr 2007 eine Rehabilitation abgeschlossen haben, ein charakteristisches Muster (vgl. Abb. 1). Im Jahr vor der Rehabilitation (Jahr -1) ist bei allen Rehabilitanden ein Rückgang der Beitragszahlung aus versicherungspflichtiger Beschäftigung zu beobachten, der sich bis in das erste Jahr nach der Rehabilitation (Jahr +1) fortsetzt. Während sich bei Rehabilitanden, die keine berufsbezogenen Therapien erhielten, der Rückgang der Beitragszahlungen lediglich abschwächte, trat bei den Teilnehmern einer MBOR eine Stabilisierung ein. Patienten der ausgewählten Einrichtung zeigten hierbei insgesamt ein geringeres Niveau als Rehabilitanden aus anderen psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen.

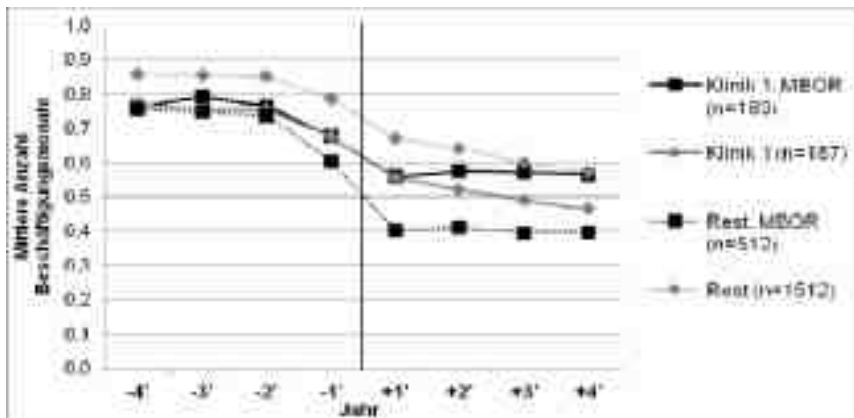


Abb. 1: Gewichtete mittlere monatliche Beitragszahlungen der Patienten des Jahres 2007 aus Klinik 1 und der RSD-Vergleichsgruppe ("Rest") vor und nach der Rehabilitation

Diskussion

Patienten der ausgewählten Rehabilitationsklinik, die am MBOR-Konzept teilnahmen, wiesen bei gleicher Ausgangslage gegenüber anderen Patienten dieser Klinik nach der Maßnahme höhere Beitragszahlungen auf. Die multivariaten Analysen dieser und anderer Einrichtungen sind noch nicht abgeschlossen, so dass abzuwarten bleibt, ob sich dieses erste Ergebnis auch für weitere Einrichtungen bestätigt. Für Rehabilitanden der ausgewählten Rehabilitationsklinik zeigt sich bereits vor der Maßnahme ein geringeres Niveau an Beitragszahlungen als für die Vergleichsgruppe (Rehabilitanden aus anderen psychosomatischen Einrichtungen). Dies dürfte auf eine zielgerichtete Zuweisung durch den Rehabilitationsträger zurückzuführen sein, der schon damals Versicherte mit einer höheren Gefährdung der Erwerbsfähigkeit bevorzugt einer Klinik mit entsprechendem MBOR-Angebot zuführte. Im ersten Jahr nach Rehabilitation spielen Sondereffekte aufgrund auslaufender Lohnfortzahlung des Arbeitgebers, einer stufenweisen Wiedereingliederung oder ggf. Altersteilzeitmodellen eine Rolle, so dass sich hier keine Stabilisierung oder gar Zunahme der Beitragszahlungen ergibt. Diese Untersuchung zeigt, dass die Nutzung von anonymisierten Routinedaten der Rentenversicherung eine Verfolgung des Erwerbsstatus einer großen Zahl von Rehabilitanden über lange Zeiträume erlaubt. Daher sollte dieser Forschungsansatz künftig verstärkt verfolgt und eingesetzt werden.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Literatur

- Bethge, M., Herbold, D., Trowitzsch, L., Jacobi, C. (2010): Berufliche Wiedereingliederung nach einer medizinisch-beruflich orientierten orthopädischen Rehabilitation: Eine cluster-randomisierte Studie. *Die Rehabilitation*, 49/1. 2-12.
- Deutsche Rentenversicherung (2010): Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR). Berlin.
- Faulstich-Ritter, K., Kaluscha, R., Krischak, G. (2013): Entwicklung der Nutzung berufsbezogener Therapieelemente anhand einer Analyse von Daten der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg. *DRV-Schriften*, Bd 101. 243-244.
- Streibelt, M., Blume, C., Thren, K., Müller-Fahnow, W. (2008): Ökonomische Evaluation einer medizinisch-beruflich orientierten Maßnahme bei Patienten mit muskuloskeletalen Erkrankungen – Eine Kosten-Nutzen-Analyse aus Rentenversicherungsperspektive. *Die Rehabilitation*, 47/3. 150-157.

Ergebnisse der Multizentrischen Evaluationsstudie zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation (MEMber)

Rollnik, J.D.,

Bundesarbeitsgemeinschaft der medizinisch-beruflichen Rehabilitationseinrichtungen
(BAG MBR Phase II), Berchtesgaden

Hintergrund

Von 2009 bis 2012 wurde die MEMber als eine prospektive multizentrische Studie der Bundesarbeitsgemeinschaft medizinisch-beruflicher Rehabilitationseinrichtungen (BAG MBR Phase II) durchgeführt (Rollnik et al., 2013).

Methodik

In die Studie wurden n=196 Rehabilitanden aus den Indikationsgruppen Neurologie, Psychiatrie/Psychosomatik, Orthopädie und Innere Medizin von 21 Zentren aus dem ganzen Bundesgebiet eingeschlossen. Primärer Outcome-Parameter war die berufliche Teilhabe. Des Weiteren wurden Lebensqualitätsparameter (SF-12) und ein Mini-ICF-Rating durchgeführt. Der Beobachtungszeitraum umfasste 24 Monate nach Beendigung der medizinisch-beruflichen Rehabilitationsmaßnahme (mbR).

Ergebnisse

Das mittlere Alter der Rehabilitanden lag bei 34,1 (9,9) Jahren, die mittlere Verweildauer bei 150,0 (223,5) Tagen. Vor Beginn der mbR waren 69,9 % arbeitsunfähig, 24 Monate nach Entlassung nur noch 5,6 % (Abb. 1). Im gleichen Zeitraum sank der Anteil der Arbeitssuchenden von 19,7 % auf 3,1 %. Insgesamt konnten nach zwei Jahren 78,1 % der Studienteilnehmer dem ersten Arbeitsmarkt zugeordnet werden. Berentet waren nur 14,3 %. Erfolgreich beruflich Integrierte hatten eine signifikant höhere Lebensqualität (SF-12, körperlicher Summenscore) und geringere Beeinträchtigungen im Item "Durchhaltefähigkeit" des Mini-ICF-Ratings bereits zum Studieneinschluss. Rehabilitanden mit erfolgreicher beruflicher Teilhabe waren signifikant jünger [32,8 (9,7) vs. 38,5 (9,4) Jahre, $p=0,001$] und hatten einen niedrigeren Grad der Behinderung (GdB) [20,0 (31,2) vs. 36,1 (33,7), $p<0,05$].

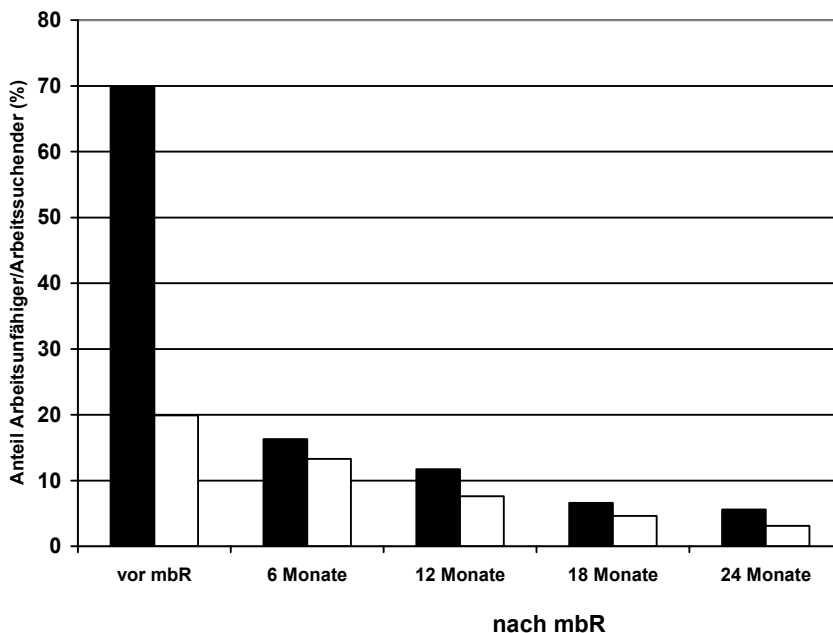


Abb. 1: Anteil Arbeitsunfähiger (schwarze Balken) und Arbeitssuchender (weiße Balken), in Prozent der Grundgesamtheit (n=196).

Diskussion

Im Gegensatz zu früheren Studien (Rollnik, Allmann, 2011) ist die MEmber die erste zur mbR durchgeführte multizentrische Untersuchung. Trotz ihres nicht kontrollierten Designs leistet sie einen wichtigen Beitrag zur Evidenzbasierung von Maßnahmen der Phase II.

Ausblick

Die mbR stellt ein Bindeglied zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation dar. Sie ist keine Konkurrenz zur MBOR (Phase I), sondern vielmehr ein darauf aufbauendes Behandlungsangebot (Rollnik et al., 2013).

Förderung: Bundesarbeitsgemeinschaft der medizinisch-beruflichen Rehabilitationseinrichtungen (BAG MBR Phase II)

Literatur

- Rollnik, J.D., Allmann, J. (2011): Berufliche Teilhabe von neurologischen Rehabilitanden – Langzeit-Ergebnisse eines medizinisch-beruflichen Rehabilitationszentrums (Phase II). *Die Rehabilitation*, 50. 37-43.
- Rollnik, J.D., Sailer, M., Kiesel, J., Karbe, H., Harms, J., Busch, C., Eckhardt, R., Spranger, M., Rixecker, D., Knickenberg, R.J., Weber, R., Hesselschwerdt, H.J., Scheidtmann, K., Köhler, M., Müller, Platz, T., Specht, U., Schmelter, T., Hoff-Emden, H., Urbach, D., Lecheler, J. (im Druck): Multizentrische Evaluationsstudie zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation (MEmber). *Die Rehabilitation*.

Besondere berufliche Problemlagen bei Rehabilitanden der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland

Golla, A., Saal, S., Mau, W.

Institut für Rehabilitationsmedizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle/Saale

Hintergrund

Der Ausbau der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) gilt als ein wichtiges Ziel der Deutschen Rentenversicherung (DRV) (Bethge et al., 2013). Aktuell werden bundesweit berufsbezogene Konzepte in den medizinischen Rehabilitationseinrichtungen entwickelt und implementiert. Für etwa ein Drittel aller Rehabilitanden wird angenommen, dass eine gesundheitsbedingte besondere berufliche Problemlage (BBPL) vorliegt und dementsprechend ein Bedarf an berufsbezogenen Maßnahmen während der medizinischen Rehabilitation angezeigt ist (Müller-Fahnow, Radoschewski, 2009).

Grundlage dieser Bedarfsschätzung bilden Versichertendaten der damaligen Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) (Radoschewski et al., 2006). Die Übertragbarkeit dieser Ergebnisse auf Versicherte der Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung ist aufgrund unterschiedlicher Versichertenmerkmale fraglich. Ziel unserer Untersuchung war es daher, auf Grundlage erfüllter BBPL-Kriterien den anteiligen Bedarf an spezifischen MBOR-Leistungen unter allen Rehabilitanden der DRV Mitteldeutschland zu beschreiben.

Methoden

Zur Analyse stellte die DRV Mitteldeutschland anonymisierte Routinedaten und Angaben aus den Entlassungsberichten von Versicherten mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Heilverfahren und Anschlussrehabilitation) des Kalenderjahres 2011 bereit. Der Datensatz umfasste Fälle im Alter von 18 bis 64 Jahren in den Indikationsbereichen Orthopädie, Psychosomatik (ohne Abhängigkeitserkrankungen), Kardiologie, Neurologie und Onkologie. In Anlehnung an die Definition von Müller-Fahnow und Radoschewski (2009, S. 11) wurden zur Identifikation von BBPL ein eingeschränktes Leistungsvermögen < 6 Stunden täglicher Arbeitszeit, Arbeitsunfähigkeitszeiten > 3 Monate vor der Rehabilitation (Reha) und Arbeitslosigkeit zu Reha-Beginn herangezogen. Die Analyse erfolgte deskriptiv unter Berücksichtigung des Geschlechts, der Diagnose und des beantragten Rehabilitationsverfahrens.

Ergebnisse

Zur Auswertung standen vollständige Datensätze von 26.873 Behandlungsmaßnahmen aus 81 ambulanten und stationären medizinischen Rehabilitationseinrichtungen in Thüringen, Sachsen und Sachsen-Anhalt zur Verfügung. Die Rehabilitanden sind durchschnittlich 50 ± 9 Jahre alt, 34 % sind weiblich. 82 % der Rehabilitanden erhielten stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Insgesamt 51 % der Rehabilitanden absolvierten eine Anschlussrehabilitation.

Insgesamt 65 % der Rehabilitanden der DRV Mitteldeutschland erfüllen mindestens ein Kriterium einer BBPL. Geschlechtsbezogene Unterschiede lassen sich nicht beobachten. BBPL sind bei der Anschlussrehabilitation (64 %) nur geringfügig seltener als im Heilverfahren (67 %). Die höchsten BBPL-Anteile lassen sich bei Rehabilitanden in der onkologischen

(74 %), psychosomatischen (74 %) und neurologischen (72 %) Rehabilitation identifizieren. In der orthopädischen (65 %) und kardiologischen (56 %) Rehabilitation fallen die Anteile an Rehabilitanden mit BBPL vergleichsweise geringer aus.

Die eingeschränkte Leistungsfähigkeit nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme, lange AU-Zeiten sowie das kombinierte Auftreten beider Kriterien erklären den größten Teil der BBPL innerhalb der Stichprobe. Lässt man die Arbeitslosigkeit als ein alleiniges Kriterium einer BBPL unberücksichtigt, sinkt die Häufigkeit der Fälle mit erfüllten BBPL-Kriterien in der Stichprobe nur geringfügig auf 60 %. Auffällig sind die indikationsübergreifend hohen Anteile an Rehabilitanden (25 % bis 33 %), bei denen mehrere Kriterien die BBPL bestimmen.

Diskussion und Ausblick

Im Raum Mitteldeutschland zeigt sich im Vergleich zu bisherigen Schätzungen ein deutlich höherer Anteil an Rehabilitanden bei denen ein Bedarf an MBOR-Leistungen zu vermuten ist. So erfüllen ca. die Hälfte bis drei Viertel aller Rehabilitanden die Kriterien für eine besondere berufliche Problemlage. In allen betrachteten Indikationsbereichen sind diese hohen BBPL-Anteile anzunehmen. Die Ergebnisse untermauern die Notwendigkeit der flächendeckenden Durchführung von MBOR-Basisangeboten und sprechen für einen hohen Bedarf an MBOR-Kernmaßnahmen in der medizinischen Rehabilitation (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2012). Dies stellt alle MBOR-Akteure in Regionen mit BBPL-Häufigkeiten in der genannten Größenordnung vor besondere Herausforderungen, die in enger Kooperation gemeinsam zu bewältigen sind.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland

Literatur

- Müller-Fahnow, W., Radoschewski, F.M. (2009): Grundlagen. In: Hillert, A., Müller-Fahnow, W., Radoschewski, F.M. (Hrsg.): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen und klinische Praxis. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag. 1-14.
- Radoschewski, F.M., Müller-Fahnow, W., Thode, N., Tesmer, I. (2006): PORTAL Partizipationsorientierte Rehabilitation zur Teilhabe am Arbeitsleben, Projekt-Bericht. Berlin.
- Bethge, M., Löffler, S., Schwarz, B., Brandes, I., Vogel, H., Schwarze, M., Neuderth, S. (2013): Wie gelingt die Umsetzung des Anforderungsprofils zur Durchführung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation? DRV-Schriften, Bd 101. 246-248.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2012): Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. 3. überarbeitete Auflage (10/2012). Berlin: DRV Bund.

Diagnostik und Therapieplanung bei arbeits- und berufsbezogenen Problemlagen in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation am Beispiel einer interdisziplinären Team-Visite

Preßmann, P.F. (1), Philipp, J. (2,3), Leibbrand, B. (2), Hauck, A. (4), Bachmann, S. (4)

(1) Institut für Rehabilitationsforschung Norderney, (2) Salzetalklinik, Bad Salzuffen, (3) Klinik Am Lietholz, Bad Salzuffen, (4) Arbeitsmedizinisch-Sicherheitstechnischer Dienst der Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft, Hamburg und Dortmund

Hintergrund und Zielsetzung

Die Integration ins Erwerbsleben stellt ein Hauptziel der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation dar (Hillert et al., 2009). Arbeits- und berufsbezogene Problemlagen sind im Sinne der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) wichtige zu berücksichtigende Kontextfaktoren (WHO, 2001). Um diesen Kontextfaktoren bei der Therapieplanung Rechnung zu tragen, müssen sie sehr früh im Rehabilitationsprozess von den Reha-Einrichtungen identifiziert werden. In einem speziellen Programm der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) in der Orthopädie wurde eine interdisziplinäre Team-Visite installiert. Sie findet nach den ersten Behandlungstagen statt und fokussiert auf die Erwerbssituation. Neben den in der Rehabilitation arbeitenden Professionen, die sich mit Funktionsfähigkeit und Behinderung der Person sowie den personenbezogenen Faktoren beschäftigen, nimmt ein externer Arbeitsmediziner teil, der als Experte für die Arbeitsplatzbedingungen sowie Arbeitsplatzanforderungen (Umweltfaktoren) fungiert.

Welche Einflüsse die Team-Visite auf den Integrationsprozess sowie auf Bedarfs- und Bedürfnisgerechtigkeit der MBOR-Versorgung haben, steht im Fokus des Interesses.

Methode

Mittels qualitativer, teilstrukturierter Interviews wurden Patienten, Therapeuten und Ärzte befragt. Die Interviews wurden inhaltsanalytisch ausgewertet (Mayring, 2010). Das Auswertungsschema ergab sich aus der Strukturierung in die thematischen Kategorien zur Versorgungssituation, der Zufriedenheit mit dem Rehabilitationsprozess sowie zu Bedarfsadäquanz der Versorgung und der Team-Visite.

Ergebnisse

Die Teamvisite erfährt eine große Akzeptanz bei den beteiligten Professionen sowie den Patienten: Physio- und Sporttherapeuten äußern, dass ihre Maßnahmen mit der Kenntnis der konkreten Arbeitsplatzsituationen besser auf berufliche Bewegungsabläufe abgestimmt werden können und sich somit die individuelle Ausrichtung ihrer Therapien erhöht. Diese Passgenauigkeit wird auch von den Sozialberatern gelobt: Die patientenorientierte Diagnostik innerhalb der Team-Visite erlaubt eine bedarfsadäquate Ressourcensteuerung. Patientenfolgegespräche können analog des Bedarfes in Zeit und Umfang geplant werden. Die Ärzteschaft schätzt die Expertise der Sozialberatung. In Verbindung mit den Informationen

des externen Arbeitsmediziners zu den Arbeitsplatzbelastungen und Arbeitsplatzbedingungen können arbeits- und berufsbezogene Problemlagen genau erfasst und entsprechende Maßnahmen ggf. zeitnah eingeleitet werden. Positiv hervorgehoben wird, dass alle relevanten Informationen dem Reha-Team durch die Vernetzung zur Verfügung stehen. Von den Patienten wird die Zeit zur Orientierung in der Reha-Einrichtung zwischen Aufnahme und Team-Visite für die adäquate Benennung der eigenen Problemlagen als hilfreich empfunden. Aus Patientensicht werden insbesondere die Kontinuität sowie die Bedarfs- und Bedürfnisgerechtigkeit der Versorgung als positiv bewertet.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse zeigen, dass durch die Team-Visite Kontextfaktoren im Sinne der ICF interdisziplinär erfasst werden können. Dadurch lassen sich Therapien patientenorientiert, bedarfsadäquat und zeitnah einleiten; der Übergang (Nachsorge und ggf. die Anbahnung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bzw. Wiedereingliederungsmaßnahmen) kann zielgerichtet vorbereitet werden. Darüber hinaus kann die Team-Visite ein Baustein bei der Ressourcenallokation im Prozess der MBOR-Behandlung sein.

Förderung: Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e. V. (VfR), Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft (BG BAU)

Literatur

- Hillert, A., Müller-Fahrnow, W., Radoschewski, F.M. (Hrsg.) (2009): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen und klinische Praxis. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (11. aktualisierte und überarbeitete Auflage). Weinheim/Basel: Beltz Verlag.
- World Health Organization (WHO) (2001): International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Genf: WHO.

Strategien zur Vermittlung von Health Literacy (HL) in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR)

Driesel, P., Gerlich, C., Wolf, H.D., Lukaszczik, M., Schuler, M., Neuderth, S.

Abteilung für Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie und
Rehabilitationswissenschaften, Universität Würzburg

Hintergrund

Jeder zweite Deutsche weist eine inadäquate HL auf (HLS-EU Consortium, 2012). Unter HL werden das Wissen, die Kompetenzen und die Motivation verstanden, an Hand von Informationen gesundheitsrelevante Entscheidungen im täglichen Leben zu treffen, um damit dauerhaft die Lebensqualität zu verbessern (Sörensen et al., 2012). Die Aneignung von HL erfolgt über die Stufen Zugang zu, Verstehen, Bewerten und Anwenden von Informationen (ebd.). Als Risikogruppen für eine niedrige HL gelten u. a. Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status, Männer, Multimorbide und Langzeitarbeitsunfähige sowie Ältere (HLS-EU Consortium, 2012). Die MBOR zielt neben der Motivierung der Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL) auf eine Wissens- und Kompetenzvermittlung

ab (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2012), was wiederum die Basis von HL darstellt. BBPL sind gekennzeichnet durch andauernde Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit, und/oder eine negativ eingeschätzte subjektive Erwerbsprognose (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2012). Aufgrund der Schnittmenge von HL-Risikogruppen und Rehabilitanden mit BBPL ist davon auszugehen, dass in Einrichtungen mit MBOR-Angebot auch Rehabilitanden mit einer geringen HL anzutreffen sind. In dieser Studie soll ermittelt werden, inwiefern eine geringe HL ein relevantes Problem in der MBOR aus Perspektive der Behandler darstellt und welche Strategien sich in der Vermittlung von HL als hilfreich erweisen. In diesem Zusammenhang interessieren die Erwartungen der Rehabilitanden an die MBOR und aus deren Sicht hilfreiche Strategien zur Wissens- und Kompetenzaneignung. Den theoretischen Hintergrund bildet das HL-Konzept von Sörensen et al. (2012).

Methode

Im Rahmen einer qualitativen Studie (Triangulation) wurden leitfadengestützte Experteninterviews mit sechs Mitgliedern des multiprofessionellen MBOR-Behandlerteams und eine leitfadengestützte Fokusgruppe mit vier Rehabilitanden in einer stationären MBOR-Maßnahme der Klinik Bavaria in Bad Kissingen durchgeführt. Die Auswertung der Interviews erfolgte nach Meuser und Nagel (2009), die der Fokusgruppe mit Hilfe der dokumentarischen Methode nach Bohnsack (2010).

Ergebnisse

HL (im Sinne des Konzeptes) wird von den Behandlern nicht explizit als notwendige Voraussetzung für den Erfolg der MBOR benannt. Wissen über die MBOR wird hingegen als nützlich eingeschätzt. Wissens- und Kompetenzdefizite (=geringe HL) wirken sich nachteilig auf die Motivation und Compliance der Rehabilitanden und somit auf deren Erfolg in der MBOR aus. Behandler setzen implizit vielfältige Strategien zur Vermittlung von HL ein und decken die Bereiche Zugang (Vermittlung von Basiswissen unter Einsatz bedarfsgerechter Informationsmaterialien), Verständlichkeit (einfache Sprache und Beispiele) und Unterstützung bei der Bewertung von Informationen (realistische Beratung und vertrauensbildende Maßnahmen) ab. Bezüglich des Transfers von Wissen in gesundheitsrelevantes Verhalten spielen praktische Übungen (insbesondere im Bereich Bewegungskompetenz) eine große Rolle. Aus Rehabilitandenperspektive ist der Erhalt des Sozialstatus Motivator für die Teilnahme an der MBOR. Rehabilitanden erkennen eigene Defizite (physische und psychische Gesundheit, mangelnde Bewegungskompetenz), haben jedoch keine konkreten Erwartungen an die Vermittlung von Wissen und Kompetenzen während der MBOR. Alle vier Fokusgruppenteilnehmer haben langjährige Krankheitserfahrung. Drei von vier Diskutierenden haben einen mittleren Sozialstatus. Die Befragten unterscheiden sich hinsichtlich der Wahrnehmung ihrer Rolle (passiv/aktiv) im Reha-Prozess. Für Behandler sowie Rehabilitanden sind aktivierende Therapien, konstruktive Kommunikation und Informationsaustausch besonders hilfreiche Strategien zum Erwerb von HL. Die Gruppen unterscheiden sich allerdings in der Umsetzung dieser Strategien. So bemühen sich die Behandler beispielsweise um eine verständliche Sprache, während die Rehabilitanden versuchen, ihre Kommunikationsfähigkeit für die Arztgespräche zu verbessern.

Diskussion und Ausblick

Die Ergebnisse können einen Beitrag zum Wissen über den Stellenwert des Konzeptes HL in der MBOR leisten und Entscheidungsträgern in den Reha-Kliniken als Basis dienen, um förderliche Strategien zur Vermittlung von HL zu implementieren. Weiterführende Forschung ist vor allem zur Etablierung von Strategien für Risikogruppen erforderlich.

Literatur

- Bohnsack, R. (2010): Gruppendiskussionen. In: Flick, U., von Kardorff, E., Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 8. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt. 369-384.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2012): Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. Berlin.
- HLS-EU Consortium (2012): Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Survey HLS-EU. URL: www.health-literacy.eu, Abruf: 27.12.2012.
- Meuser, M., Nagel, U. (2009): Experteninterviews und der Wandel der Wissensproduktion. In: Bogner, A. (Hrsg.): Experteninterviews. Theorie, Methoden, Anwendungsfelder. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 35-60.
- Sörensen, K., van den Broucke, St., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H. (2012): Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, 12. (80). 1-13.

Manualisierung arbeits- und berufsbezogener Gruppenangebote in der Sozialen Arbeit

Hoppe, A. (1), Hain, D. (2), Labahn, M. (2)

- (1) Abteilung Rehabilitation, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin,
(2) Reha-Zentrum Schömberg, Deutsche Rentenversicherung Bund, Schömberg

Hintergrund

Die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation stellt entsprechend dem Anforderungsprofil der Deutschen Rentenversicherung (2012) eine konzeptionelle Neuorientierung von Diagnostik und Therapie in der medizinischen Rehabilitation dar. Dies soll durch eine Fokussierung auf den aktuellen bzw. angestrebten Arbeitsplatz der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden geschehen. Die Informationen über Lösungsansätze der individuellen berufsbezogenen und sozialrechtlichen Problemsituation, die Motivierung, Begleitung und Anleitung beziehungsweise Unterstützung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bei ihrer Eingliederung in das berufliche Umfeld und ggf. die Vermittlung und Anbahnung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden durch die Berufsgruppe der Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter und Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen erbracht. Diese Leistungen sollen im Rahmen der MBOR-Kernangebote verstärkt mit berufsbezogenen oder psychoedukativen Gruppenangeboten in der Sozialen Arbeit umgesetzt werden.

Methodik

Manualisiert wurden Gruppenkonzepte der Sozialberatung im Reha-Zentrum Schömburg. Den Gruppenkonzepten lagen langjährige praktische Erfahrungen und die Qualitätskriterien für standardisierte Patientenschulungen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2007) zugrunde. Bei der Manualisierung der Gruppenprogramme wurde auf das didaktische Konzept des Gesundheitstrainingsprogramms der DRV Bund (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2010) zurückgegriffen. Für jeden Schulungsabschnitt (Modul) wurden Lernziele formuliert und begründet, die Inhalte zur Erreichung des Lernziels benannt, Durchführungshinweise gegeben und Material wie Arbeitsblätter und Folienhilfen nach Bedarf erstellt. Die Curricula beinhalten für jede Unterrichtseinheit Angaben zum Thema und zur Zielgruppe der Schulungseinheit, der empfohlenen maximalen Teilnehmerzahl, der Berufsgruppe der Schulenden, dem Zeitumfang, dem erforderlichen Schulungsmaterial sowie den Anforderungen an den Schulungsraum. Zur Vermittlung der Lerninhalte werden vor allem interaktive und den Rehabilitanden kognitiv aktivierende Vorgehensweisen wie Diskussion, Einzel- und Kleingruppenarbeit und Rollenspiel empfohlen.

Ergebnis

Es wurden Schulungsprogramme zu den Themen "Einführung in das Sozialrecht", "Berufswegplanung" und "Konflikte am Arbeitsplatz" erarbeitet. Die Curricula sind modular konzipiert und können indikationsübergreifend eingesetzt werden. Die Zielgruppe sind Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit einer besonderen beruflichen Problemlage (BBPL).

Das Curriculum "Einführung in das Sozialrecht" ist in seinen drei Modulen auf die Vermittlung von Wissen im interaktiven Vortrag zu verschiedenen Themen des Sozialrechts wie das soziale Netz (z. B. finanzielle Absicherung bei Krankheit), Möglichkeiten des Nachteilsausgleiches bei Krankheit und Behinderung sowie das Rentenrecht fokussiert. Im Curriculum "Berufswegplanung" steht die Bearbeitung der individuellen beruflichen Problemlage eines jeden teilnehmenden Rehabilitanden im Mittelpunkt. In den drei Modulen erarbeiten die Teilnehmer mittels Arbeitsblättern, Einzel- und Gruppenarbeit und einer Hausaufgabe individuelle und konkrete Strategien zur Lösung ihrer beruflichen Problemsituation und planen die Umsetzung im Alltag. Das Ziel der drei Module des Curriculums "Konflikte am Arbeitsplatz" ist die Bearbeitung der individuellen Konflikte im beruflichen Kontext eines jeden Teilnehmers. Neben der Vermittlung von theoretischen Grundlagen zu den Themen Konflikt und Konfliktbewältigung steht die Erarbeitung von konstruktiven Lösungsansätzen für die Arbeitsplatzkonflikte im Vordergrund. Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erhalten Raum zur Erprobung und Übung der neuen Verhaltensstrategien in Form von Rollenspielen.

Schlussfolgerung und Ausblick

Es wurden für drei in der medizinisch-beruflichen Rehabilitation relevante Themenbereiche der sozialen Arbeit Curricula erstellt, die in der Rehabilitationspraxis umgesetzt oder als Basis für Konzeptstellungen von einrichtungsspezifischen Gruppenangeboten genutzt werden können. Die Realisierung der von der DRV formulierten MBOR-Anforderungen an Rehabilitationseinrichtungen wird unterstützt und kann zu einer hohen Versorgungsqualität in der medizinisch-beruflichen Rehabilitation beitragen.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung (2012): Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. Berlin.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2010): Gesundheitstrainingsprogramm. Berlin.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2007): Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL). Berlin.

Der Ergotherapeutische Aktivtag: Ein Beitrag zur sozialmedizinischen Beurteilung von BBPL-Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation

Schuster, B.

AHG-Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim

Hintergrund

Der Ausbau arbeitsbezogener Behandlungskonzepte mit dem Leitziel der beruflichen Teilhabe in der psychosomatischen, medizinischen Rehabilitation schließt auch eine Weiterentwicklung der Diagnostik berufsbezogener Leistungsfähigkeit mit ein. Für Patienten mit besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL) sollte in der AHG-Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim ein ergotherapeutisches Instrument entwickelt werden, das in der ersten oder zweiten Behandlungswoche sozialmedizinisch relevante Beobachtungen zu Grundarbeitsfähigkeiten, kognitiven Einschränkungen und Fähigkeiten sowie arbeitsbezogener Kommunikation im Sinne einer qualitativen Einschätzung ermöglicht, aber auch eine Beobachtung über einen längeren Zeitraum für eine quantitative Aussage zur berufsbezogenen Leistungsfähigkeit leisten kann. Dieses Instrument, der "Ergotherapeutische Aktivtag", ist seit Ende April 2012 in der AHG-Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim implementiert und findet einmal wöchentlich mit bis zu 8 Patienten als geschlossene Gruppe mit einmaliger Teilnahme statt. Indiziert ist die Gruppe für Patienten mit starkem Versorgungs-/Rentenwunsch und ausgesprochen negativer Erwerbsprognose, bei denen eine Entwicklung von Therapiemotivation eher nicht wahrscheinlich ist.

Konzept

Die Anforderungen des Ergotherapeutischen Aktivtages an das Fähigkeitenprofil des Patienten sind dem allgemeinen Arbeitsmarkt angepasst und entsprechend niedrig angesiedelt. Zugrunde liegt, nach der Rechtsprechung des BSG im Bereich der Rentenversicherung, der Begriff des allgemeinen Arbeitsmarktes als der Arbeitsmarkt für ungelernte oder einfach angelernte Tätigkeiten mit einer Einarbeitungsdauer von unter drei Monaten.

Der Zeitrahmen umfasst 6 Zeitstunden mit einer Mittagspause von 1,5 Stunden. Das Programm des Ergotherapeutischen Aktivtages umfasst neben kurzen Gesprächsrunden handwerkliche Aufgaben, Gruppenübungen aus dem Kognitiven Training nach Stengel (Stengel, Ladner-Merz, 2009), Übungen aus Cogpack (computerbasiertes neuropsychologisches Trainingsprogramm, Marker, 1986) und eine Entspannungsübung.

Entgegen der Erwartung, dass Patienten vorzeitig abbrechen würden, dass sich negative Einstellungen evtl. in der Gruppe verstärken könnten, halten die Patienten die angebotenen 6 Stunden in der Regel durch und äußern sich meist zufrieden mit dem Angebot. Der Grad an Erschöpfung, den Patienten berichten, auch, ob sie sich am nächsten Tag wieder erholt fühlen oder nicht, sind wichtige Hinweise für die quantitative Leistungseinschätzung.

Dokumentiert und an die Bezugstherapeuten zurückgemeldet werden die Beobachtungen aus dem Ergotherapeutischen Aktivtag anhand einer Skala mit insgesamt 10 Items, die in einem peer-review-Verfahren aus dem 29 Items umfassenden Melba-Fähigkeitenprofil (Psychologische Merkmalprofile zur Eingliederung Behinderter in Arbeit) (Kleffmann et al., 1997) ermittelt wurden. Die teilnehmenden Patienten bearbeiten den in der Ergotherapie der AHG-Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim entwickelten Selbstbeobachtungsbogen, der Prä- und Posteinschätzungen von Stimmung, Arbeitsmotivation und körperlichem Befinden abfragt und mit dem auch Selbstaussagen z. B. zu Arbeitsqualität, Arbeitstempo und Kontaktverhalten auf einer 5-stufigen Lickert-Skala erhoben werden. Diskrepanzen dazu aus der Fremdbeobachtung und weitere relevante Beobachtung zu funktionellen und psychosozialen Problemen werden in Textform beschrieben und dokumentiert.

Literatur

Kleffmann, A., Weinmann, S., Föhres, F., Müller, B. (1997): Melba Psychologische Merkmalsprofile zur Eingliederung Behinderter in Arbeit (2. Auflage). Siegen.

Marker, K. (1986): COGPACK®. Ladenburg: marker software.

Stengel, F., Ladner-Merz, S. (2009): Merken, Denken, Erinnern – Kognitives Training nach der Stengel-Methode (2. Aufl.). Stuttgart: memo-Verlag.

Lassen sich junge Tumorpatienten beruflich re-integrieren? – Ergebnisse eines Pilotprojektes zur medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation

Reuss-Borst, M., Wentrock, S., Pape, C., Malitz, J.

Klinik Am Kurpark, Rehazentren Baden-Württemberg, Bad Kissingen

Hintergrund

Eine 2009 publizierte Metaanalyse zeigte, dass die Arbeitslosenrate bei Krebspatienten im Mittel 33,8 % beträgt, bei gleichaltrigen Gesunden dagegen 15,2 % (De Boer et al., 2009). Darüber hinaus ist das Risiko von Krebspatienten, arbeitslos zu werden, gegenüber gesunden Kontrollen um 37 % erhöht (Tamminga et al., 2010). Gerade vor dem Hintergrund einer steigenden Zahl von Krebserkrankungen auch bei jüngeren Patienten sowie besserer Heilungs- und Überlebensraten und späterem Renteneintrittsalter wird dieses Problem in Zukunft an Bedeutung gewinnen. Da diese Patienten häufig durch die Erkrankung und deren Therapie vielfältig eingeschränkt sind, ist eine enge Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation unverzichtbar. Solche Maßnahmen werden bislang jedoch überwiegend für Patienten mit muskulo-skelettalen (orthopädischen) Erkrankungen angeboten. Nur sehr wenige Studien haben bisher den Einfluss berufsbezogener Interventionen auf eine Rückkehr ins Erwerbsleben bei onkologischen Patienten untersucht.

Methoden

Eingeschlossen in das Programm wurden onkologische Rehabilitanden im Alter zwischen 18 und 40 Jahren, die bis zur Krebsdiagnose im Erwerbsleben standen und zu Beginn der Reha arbeitsunfähig mit ungewisser beruflicher Zukunft waren. Zusätzlich zu einer medizinischen Rehabilitation erhielten die Rehabilitanden ein speziell entwickeltes Rehabilitationsprogramm in Gruppen zu maximal 5 Patienten. Eingangs fanden Tests zur körperlichen (IMBA) und kognitiven Leistungsfähigkeit (CogPack) statt, die am Ende der 3-wöchigen Reha wiederholt wurden. Desweiteren erhielten die Rehabilitanden ein psychosoziales Training (Selbstwirksamkeit, Stressbewältigung, Kommunikation, Rechte am Arbeitsplatz), ein Arbeitsplatz-imitierendes Training (APiT) zur Einübung einzelner Bewegungsabläufe (z. B. Überkopparbeit), ein Training von Feinmotorik und Hirnleistung, berufsspezifische Ausgleichsübungen sowie ein Handlungstraining zum Umsetzen der einzelnen erlernten Bewegungsabläufe. Ergänzend hierzu erhielten die Rehabilitanden eine ausführliche, auf ihre individuellen Bedürfnisse zugeschnittene Sozialberatung in Form von Gruppen- und Einzelberatungen. In wöchentlich stattfindenden Teambesprechungen klärten die am Projekt beteiligten Therapeuten und Ärzte wichtige Fragen und koordinierten das weitere Vorgehen. Um den langfristigen Erfolg der Maßnahme besser beurteilen zu können und sich abzeichnende Probleme möglichst rasch zu erfassen, fanden nach dem Ende der Rehabilitation regelmäßige Nachbefragungen der Patienten mittels Telefon und Fragebögen statt, wobei auch eine Beratungsmöglichkeit bestand. Um hierbei der Schnittstellenproblematik adäquat zu begegnen und diese zu minimieren, erfolgte bei entsprechendem Bedarf die umgehende Kontaktaufnahme zu Arbeitgeber, Betriebsarzt, Agentur für Arbeit oder weiteren beteiligten Stellen und Institutionen.

Ergebnisse

Bisher wurden 34 Patienten (62 % männlich, 38 % weiblich) im Durchschnittsalter von 31,8 Jahren in das Programm eingeschlossen, 65 % davon mit malignen hämatologischen Systemerkrankungen. Im Durchschnitt waren zu Beginn der Reha $15,8 \pm 11,7$ Monate seit Diagnosestellung vergangen. Zwischen Ende der Akuttherapie und Reha-Beginn lagen dabei im Durchschnitt 10,1 Monate. Die kombinierte medizinische und beruflich orientierte Rehamaßnahme wurde von den Teilnehmern äußerst positiv bewertet, was auch noch nach 6 Monaten der Fall war. 3 Monate nach der Reha gab über ein Drittel der Patienten (35 %; n=8) an, mit der Arbeit sehr gut oder gut zurechtzukommen, der gleiche Anteil (35 %; n=8) tat dies mit leichten Einschränkungen. Nur ein Patient hatte zum Zeitpunkt 3 Monate einen Rentenantrag gestellt. Die Arbeitsunfähigkeitszeiten verminderten sich deutlich: Vor Beginn der Reha wiesen nur 6 % der Teilnehmer keine Arbeitsunfähigkeitszeiten auf, nach 3 und 6 Monaten stieg dieser Anteil auf 61 % bzw. 62 %. Im Gegenzug war der Anteil von Patienten mit Arbeitsunfähigkeitszeiten von mehr als 6 Monaten von 47 % auf 26 % bzw. 19 % gesunken. Begleitet war dies von einer signifikant verbesserten gesundheitsbezogenen Lebensqualität und einer verminderten Fatiguesymptomatik.

Folgerungen

Wir konnten zeigen, dass durch ein spezielles, individuell abgestimmtes medizinisch-beruflich orientiertes Rehabilitationsprogramm die berufliche Integration von jungen Tumorpatienten gelang. Der Anteil von Rehabilitanden mit langen AU-Zeiten nahm deutlich ab.

Gefordert sind daher Rehabilitationseinrichtungen, die nach Abschluss der Akuttherapie durch eine gezielte Verzahnung von Elementen der medizinischen und der beruflich orientierten Rehabilitation sowie durch innovative Konzepte dazu beitragen können, onkologischen Patienten den Wiedereintritt ins Erwerbsleben zu erleichtern. Mit unserem Pilotprojekt konnten wir zeigen, dass ein solcher Ansatz machbar, in den klinischen Alltag gut zu integrieren und erfolgreich ist.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Literatur

- De Boer, A.G.E.M., Taskila, T., Ojajärvi, A., van Dijk, F.J.H., Verbeek, J.A.H.M. (2009): Cancer survivors and unemployment. A Meta-analysis and Meta-regression. *JAMA*, 301. 753-762.
- Tamminga, S.J., De Boer, A.G.E.M., Verbeek, J.A.H.M., Frings-Dresen, M.H.W (2010): Return-to-work interventions integrated into cancer care: a systematic review. *Occup Environ Med*, 67. 639-648.

Prävention von Arbeitsplatzverlust durch Technische Hilfen – Entwicklung und Ergebnisse

Radoschewski, F.M., Lay, W., Mohnberg, I.
Charité – Universitätsmedizin Berlin

Ausgangssituation und Fragestellung

Die von der Deutschen Rentenversicherung erbrachte Anzahl der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) hat sich in den vergangenen Jahren deutlich erhöht. Für alle Leistungsarten liegt der Anstieg der Leistungsmengen von 2002 zu 2012 bei ca. 25 %. Die Anzahl bewilligter Technischer Hilfen (TH), d. h. die Kostenübernahme für Technische Hilfen, Hilfsmittel und Arbeitsausrüstungen nach § 33 Abs. 8 Nr. 4 u. 5 SGB IX (DRV Bund, 2013), hat sich seit 2002 nahezu vervierfacht, ihr Anteil an allen LTA ist von 10 % auf über 30 % im Jahre 2012 angestiegen. Damit ist sie zur häufigsten Einzelposition unter den LTA geworden, was zu detaillierteren Analysen dieser Entwicklung herausfordert.

Datenbasis/Methodik

Für die Analysen wurde der Längsschnittdatensatz "SUF Abgeschlossene Rehabilitation im Versicherungsverlauf 2002-2009" genutzt, den das Forschungsdatenzentrum der Deutschen Rentenversicherung seit Mitte 2012 zur Verfügung stellt (FDZ-RV).

Die Analysen sind Bestandteil des von der Deutschen Rentenversicherung Bund geförderten LEIKA-Projekts. Erste Ergebnisse zur Position Technischer Hilfen in Leistungsketten von LTA wurden bereits präsentiert (Radoschewski et al., 2013).

Ergebnisse

Die Häufigkeitsentwicklung "Technischer Hilfen" unterscheidet sich zwischen den Geschlechtern erheblich. Einerseits ist ihr Anteil an allen LTA bei den Frauen im gesamten Zeitraum wesentlich höher (2002: 17 % vs. 10 % bei Männern; 2009: 32 % vs. 20 %). Andererseits stieg die Häufigkeit des Leistungserhalts bei Frauen wesentlich stärker an. Im Jahr 2009 entfielen mit jeweils ca. 16.000 Leistungen nahezu gleiche Leistungsmengen auf beide Geschlechter.

Wie bei Leistungen zum Erhalt des Arbeitsplatzes zu erwarten, war der überwiegende Anteil der Leistungsempfänger vor der Antragstellung erwerbstätig. Bei Männern waren 81 % in Ganztagsarbeit tätig und 1 % in Teilzeitarbeit, Frauen waren zu 59 % vollzeitbeschäftigt und zu 20 % in Teilzeitarbeit. Dies sind unter allen Rehabilitanden mit LTA die höchsten Anteile mit Erwerbstätigkeit bei Antragstellung.

Ursachen des Bedarfs an technischen Hilfen erwachsen bei Männern zu 70 % und bei Frauen zu 77 % aus Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems. Als Diagnosen dominieren Rückenschmerzen, Bandscheibenschäden sowie andere Erkrankungen der Wirbelsäule. Mit einem Durchschnittsalter von 46 (Frauen) bzw. 47 Jahren (Männer) haben die Leistungs-

empfänger, sieht man von KFZ-Hilfe-Leistungen ab, den höchsten Altersdurchschnitt aller LTA-Rehabilitanden.

In 29 % der Fälle ist die Übernahme der Kosten für technische Hilfen, Hilfsmittel und Arbeitsausrüstungen die einzige Leistungsart, die Rehabilitanden innerhalb des Beobachtungszeitraums erhalten haben. Überwiegend wurden weitere Leistungen zur Teilhabe erbracht; dabei folgten TH zumeist (ca. 60 %) kurzfristig auf medizinische Rehabilitationsleistungen.

Die Effekte technischer Hilfen lassen sich allenfalls am Verbleib bzw. der Wiedereingliederung in das Arbeitsleben bemessen. Als Maß wurden die Anteile der Versicherten mit Pflichtbeiträgen aus versicherungspflichtiger Beschäftigung (VPB) an allen Pflichtbeitragszeiten eines Beitragsjahres vor der Leistung, im Jahr der Leistung und den Jahren danach verwendet (siehe Tab. 1). Dieses Maß kann wie der "Sozialmedizinische Status" nur eingeschränkt bewertet werden (DRV Bund 2011). Arbeitsmarktbedingte Zeiten der Arbeitslosigkeit, die wohl kaum als Reha-Effekt zu werten sind, bleiben vorerst unberücksichtigt.

TH-Leistung im Jahr	Beitrags-jahr	Gruppen nach Leistungserhalt					
		Männer			Frauen		
		Nur TH	MR +TH	MR +TH + LTA	Nur TH	MR +TH	MR +TH + LTA
Anteil mit Pflichtbeiträgen auf Grund versicherungspflichtiger Beschäftigung an allen Pflichtbeitragszeiten*							
2005	N (2005)	2.333	3.158	280	1.750	4.000	258
	2004	87,4 %	76,9 %	30,3 %	90,8 %	80,0 %	38,2 %
	2005	86,8 %	68,4 %	23,2 %	90,7 %	70,3 %	34,0 %
	2006	89,0 %	82,9 %	47,3 %	93,6 %	86,0 %	41,9 %
	2007	89,1 %	82,8 %	52,3 %	92,6 %	84,6 %	49,5 %
	2008	89,1 %	80,9 %	65,7 %	90,5 %	83,4 %	62,0 %
	2009	89,1 %	80,9%	65,7 %	90,5 %	83,4 %	62,0 %
2006	N (2006)	2.520	3.515	363	1.895	4.610	265
	2005	86,7 %	79,9 %	38,4 %	92,3 %	81,5 %	34,6 %
	2006	84,4 %	70,8 %	30,3 %	92,0 %	65,9 %	27,4 %
	2007	88,9 %	83,1 %	52,4 %	95,5 %	84,7 %	43,9 %
	2008	86,7 %	81,2 %	59,0 %	94,4 %	84,0 %	49,5 %
	2009	87,2 %	80,7 %	58,1 %	92,5 %	82,7 %	61,9 %

* Versicherte ohne freiwillige Beiträge oder Pflichtbeiträge wurden jeweils sukzessive ausgeschlossen.

Tab. 1: Anteil Versicherter mit versicherungspflichtiger Beschäftigung nach Gruppen mit Leistungserhalt für technische Hilfen, Hilfsmittel oder Arbeitsausrüstungen (TH nach § 33 Abs. 8 Nr. 4 u. 5 SGB IX), Medizinische Rehabilitation (MR) und LTA

Dennoch sind, wie die Tabelle beispielhaft für 2005 und 2006, differenziert nach Geschlecht und Gruppen mit unterschiedlichen Leistungsketten ausweist, positive Effekte auf den Um-

fang von VPB unverkennbar. Einer Reduktion der Anteile mit VPB zum Leistungsjahr folgt eine Erhöhung der Anteile mit ganzjähriger versicherungspflichtiger Beschäftigung. Dieses Muster lässt sich für alle Leistungsjahre und die durch den Leistungserhalt charakterisierten Bedarfsgruppen reproduzieren.

Diskussion

Der in den vergangenen Jahren erfolgte starke Anstieg des Einsatzes Technischer Hilfen, insbesondere beim weiblichen Geschlecht, ist auch ein Ausdruck verstärkter Orientierung auf die Prävention von Arbeitsplatzverlusten durch LTA. Obgleich eine Abgrenzung der Effekte der verschiedenen Leistungsarten in Leistungsketten schwerlich möglich ist, sprechen die Ergebnisse für einen wirksamen Einsatz Technischer Hilfen, insbesondere in der Nachfolge medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen. Die interessante Frage, welche speziellen Hilfen, Hilfsmittel oder Arbeitsausrüstungen den Häufigkeitsanstieg dieser Leistungsart prägen, kann mit den Daten leider nicht beantwortet werden.

Literatur

DRV Bund (2011): Sozialmedizinischer Status nach beruflichen Bildungsleistungen – Muster-Bericht 2011, S. II. URL: <http://www.deutsche-rentenversicherung.de> → Sozialmedizin → Reha-Qualitätssicherung → Qualitätssicherung von LTA.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2013): Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Rehabilitation 2012, Bd 194. 265.

Forschungsdatenzentrum der Rentenversicherung: URL: www.fdz-rv.de. Abruf: 21.10.2013.

Radoschewski, F.M., Lay, W., Mohnberg, I. (2013): Leistungsketten in der beruflichen Rehabilitation – Ergebnisse einer Längsschnittanalyse. DRV-Schriften, Bd 101. 286-289.

Die Bedeutsamkeit von Planungskompetenz im Kontext der kaufmännischen Arbeitserprobung

Arling, V., Spijkers, W.

Institut für Psychologie, RWTH Aachen

Hintergrund

Die vorliegende Studie fokussiert im Kontext der Beruflichen Rehabilitation mit der Arbeitserprobung und Berufsfindung (bzw. dem RehaAssessment[®]) einen der Umschulung unmittelbar vorgelagerten Zeitpunkt. Hier wird von Seiten der Berufsförderungswerke mittels standardisierter Verfahren die Eignung eines potentiellen Teilnehmers für eine Umschulung bzw. einen Umschulungsberuf im Sinne der "Abklärung beruflicher Eignung" (vgl. SGB IX) überprüft und der Teilnehmer hat die Möglichkeit, sich in bis zu drei verschiedenen Berufsbereichen zu erproben.

Zum Einsatz kommen hier neben der Erhebung der soziodemographischen Stammdaten insbesondere standardisierte kognitive Verfahren. Die Erprobung in den verschiedenen Berufsbereichen wird über die Dokumentation der Arbeitsleistung und des Arbeitsverhaltens festgehalten. Am Ende der in der Regel 10-tägigen Arbeitserprobung reflektiert der zuständige Psychologe die Test- und Arbeitsergebnisse gemeinsam mit dem Teilnehmer. Im Rah-

men eines Gutachtens werden die Ergebnisse für den zuständigen Leistungsträger festgehalten und der Psychologe formuliert ein für den Teilnehmer angemessenes weiteres Vorgehen.

In Anbetracht der Bedeutsamkeit, den Planungskompetenz für die Bewältigung von Alltags- und Berufsleben (Funke, Glodowski, 1990; Lezak, 1983) hat, thematisiert die vorliegende Studie die Fragestellung, welchen diagnostischen Stellenwert die zusätzliche Erfassung von Planungskompetenz (Tour-Planer von Arling, 2006) im Rahmen der Arbeitsfindung und Arbeitserprobung hat. Der Schwerpunkt der Betrachtung liegt auf der Vorhersagbarkeit der Arbeitsleistungsbewertung.

Methoden

Die Studie wurde mit der Unterstützung von insgesamt N = 113 Teilnehmer durchgeführt, die im Frühjahr 2008 an einer 10-tägigen Arbeitserprobung und Berufsfindung in einem Berufsförderungswerk teilnahmen. Aufgrund der unterschiedlichen Stichprobengrößen fokussiert die Studie mit den Teilnehmern der kaufmännischen Arbeitserprobung (N = 64) auf die größte homogene Substichprobe.

Berücksichtigung hinsichtlich der Bewertungen der kaufmännischen Arbeitserprobungsleistungen (Schulnoten) finden in der vorliegenden Analyse neben der mittels des Tour-Planers erfassten Planungskompetenz standardmäßig vom BFW erhobene kognitive Leistungsdaten (IST-2000R, FRT, BRT & KTRS) und die die Einschätzung des Arbeitsverhaltens (Interesse, Lernfähigkeit, Belastbarkeit, Arbeitseinteilung, Instruktionsverständnis, Selbständigkeit, Arbeitstempo und Sorgfalt; 1-7).

Ergebnisse

Regressionsanalytische Berechnungen ergaben bei gleichzeitiger Berücksichtigung von "Tour-Planer", "IST-2000R" und der einzelnen Skalen des Arbeitsverhaltens, dass die drei Variablen "Selbstständigkeit (Arbeitsverhalten)" ($\beta = -0,25$; $t = -2,00$; $p \leq 0,05$), "Tour-Planer" ($\beta = -0,37$; $t = -3,55$; $p \leq 0,01$) und "Sorgfalt (Arbeitsverhalten)" ($\beta = -0,28$; $t = -2,40$; $p \leq 0,05$) mit der Bewertung der mittleren kaufmännischen Leistung (Note-Arbeitsverhalten) zusammenhängen bzw. dieselbe prognostizieren und 44,3 % der Varianz aufklären ($\text{korr. } R^2 = 0,443$; $F[3] = 17,71$; $p \leq 0,01$) (vgl. Tabelle 1).

Modell	Einflussvariablen	Korr. R^2	Standardfehler des Schätzers	Änderungsstatistik				
				R^2	F	df1	df2	Signifikanz F
1	Selbstständigkeit	0,294	0,479	0,305	27,23	1	62	0,000
2	Selbstständigkeit Tour-Planer	0,400	0,442	0,133	11,90	1	61	0,001
3	Selbstständigkeit Tour-Planer Sorgfalt	0,443	0,426	0,051	5,77	1	60	0,019

Tab. 1: Modellzusammenfassung zum regressionsanalytischen Zusammenhang der Variablen, "Selbstständigkeit (Arbeitsverhalten)", "Tour-Planer", "Sorgfalt (Arbeitsverhalten)" und der "Note Arbeitsleistung (kaufmännische Aufgaben)" [Methode: schrittweise]

Der Tour-Planer leistet bei alleiniger Berücksichtigung bzgl. der Aufklärung der kaufmännischen Arbeitsleistung eine Varianzaufklärung von 27 % (korr. $R^2 = 0,271$; $F[1] = 24,43$; $p \leq 0,01$).

Darüber hinaus gibt die Berechnung einer Partialkorrelation zwischen Arbeitsleistung und Arbeitsverhalten unter Kontrolle des Tour-Planers Hinweis darauf, dass Planungskompetenz zwischen den beiden im Arbeitskontext erhobenen Variablen vermittelt ($r_{\text{Arbeitsleistung} \times \text{Arbeitsverhalten}} = -0,64$; $p \leq 0,01$; $r_{\text{Arbeitsleistung} \times \text{Arbeitsverhalten}} [\text{TP-Kontrolle}] = -0,49$; $p \leq 0,01$).

Diskussion

Die Ergebnisse sprechen dafür, dass der Tour-Planer im Rahmen der Arbeitserprobung bzw. in der kaufmännischen Arbeitserprobung aufgrund der berechneten Varianzaufklärung von 27 % bzw. in Kombination mit der Erfassung von Selbstständigkeit und Sorgfalt mit einer Varianzaufklärung von 44,3 % sinnvoll Anwendung finden kann.

Unterstützt wird diese Schlussfolgerung durch die Ergebnisse einer weiteren Studie, wo festgestellt werden konnte, dass Planungskompetenz mit Reintegrationserfolg zusammenhängt (vgl. Arling, 2012). Entsprechend ist die Bedeutsamkeit für die Diagnostik und ggf. notwendige Förderung von Planungskompetenz zu bewerten.

Literatur

- Arling, V. (2012): Reintegrations- und Abbruchfaktoren in der beruflichen Reha-Empfehlungen für das Reha-Assessment. In: Arling, V., Frost, M., Hagemeyer, A-L., Kleon, S., Schellmann, C., Spijkers, W. (Hrsg.): Assessment in der beruflichen Rehabilitation. Berlin: Copy House. 142-153.
- 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.
- Lezak, M.D. (1983): Neuropsychological Assessment. New York: Oxford University Press.

Ist die im Rahmen von Vollqualifizierungen im Praktikumsbetrieb eingeschätzte Belastbarkeit von Rehabilitand/innen ein guter Prädiktor für Erwerbslosigkeit?

Baumann, R.

Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH,
Deutsche Sporthochschule Köln

Hintergrund und Fragestellung

Im Rahmen eines vom BMAS geförderten Projektes (Baumann et al., 2012) konnte gezeigt werden, dass Rehabilitand/innen in zweijährigen Qualifizierungsmaßnahmen je nach individuellen Voraussetzungen zu Reha-Beginn im Betriebspraktikum von Praktikumsbetreuern als unterschiedlich belastbar eingestuft werden. Darüber hinaus konnte gezeigt werden,

dass die Belastbarkeit durch geeignete Unterstützungsangebote verbessert werden kann. Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse schien es interessant zu untersuchen, ob die Belastbarkeit im Praktikum ein guter Prädiktor für den Integrationserfolg ist. Wäre dies der Fall, dann könnte man mit Blick auf die Verbesserung der Integrationschancen die Belastbarkeit im Praktikum als Zwischenevaluationskriterium verwenden und je nach individuellen Voraussetzungen zu Reha-Beginn gezielt Maßnahmen zur Erreichung einer guten Praktikumsbelastbarkeit durchführen. Darüber hinaus ließe sich bei ungünstigen Bewertungen durch die Praktikumsgeber die bis zum Reha-Ende verbleibende Zeit gezielt nutzen, um aufgetretene Defizite abzubauen. In der vorliegenden Untersuchung wurde vermutet, dass eine vom Praktikumsbetrieb als gering eingeschätzte Belastbarkeit ein erhöhtes Erwerbslosigkeitsrisiko darstellt.

Methodik

Die Daten der Untersuchung wurden von 2010 bis 2013 im Rahmen des oben erwähnten Projektes erhoben. Für die vorliegende Untersuchung wurden aus der Gesamtstichprobe (sechs Subgruppen) drei Subgruppen ausgewählt, die keine projektspezifischen Interventionen angeboten bekommen haben. Im zweiten Qualifizierungsjahr wurden die Praktikumsbetreuer im Betrieb am Ende des dreimonatigen Praktikums gefragt, wie sie die Belastbarkeit der Person in Schulnoten einschätzten. Ein halbes Jahr nach Ende der Qualifizierung wurden die Rehabilitand/innen nach ihrem Erwerbsstatus gefragt. Es erfolgte eine multiple logistische Regressionsanalyse. In einem ersten Block wurden als Kontrollvariablen Arbeitslosenquote am Wohnort im Jahr nach Reha-Ende, subjektive psychische Gesundheit und subjektive körperliche Gesundheit zum Reha-Ende, Geschlecht, Alter, Erwerbsstatus vor der Reha, Bfw, Kohorte und Umschulungsberuf eingegeben. Darüber hinaus wurde in einem weiteren Schritt als interessierende unabhängige Variable die Belastbarkeit im Praktikum eingegeben. Als abhängige Variable wurde der Erwerbsstatus ein halbes Jahr nach Reha-Ende eingegeben. Um zu überprüfen, ob die Belastbarkeit im Praktikum für die Vorhersage des Integrationserfolgs bedeutsam erscheint, wurde ein Likelihood-Ratio-Test durchgeführt, bei dem das Modell mit Kontrollvariablen und der Variable "Belastbarkeit im Praktikum" gegen das Modell mit Kontrollvariablen, aber ohne die Variable "Belastbarkeit im Praktikum" getestet wurde.

Ergebnisse

Für die Regressionsanalyse lagen von insgesamt $n=191$ Personen Daten vor (Untersuchungsteilnehmer mit Angaben zur Belastbarkeit im Praktikum: $n=296$). Das Prognosemodell mit den Kontrollvariablen erfährt unter Hinzunahme der Variable "Belastbarkeit im Praktikum" eine signifikante Verbesserung ($\chi^2=8,786$, $df=1$, $p=0,003$). Im Mittel haben Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit jeder Note, um die sie hinsichtlich der Belastbarkeit im Praktikum schlechter bewertet werden, ein um das $OR=1,67$ -fach höheres Risiko, ein halbes Jahr nach der Reha erwerbslos zu sein.

Diskussion

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die vom Praktikumsbetreuer bzw. von der Praktikumsbetreuerin im Betrieb eingeschätzte Belastbarkeit ein relevanter Prädiktor für den Integrationserfolg bei Qualifizierungsmaßnahmen in der beruflichen Rehabilitation darstellt. Die Belastbarkeit im Praktikum kann dabei nach Ergebnissen von Baumann et al. (2012) bei

Personen mit resignativem Arbeitsbewältigungsmuster durch psychologische Interventionen verbessert werden. Unklar ist allerdings, wie bei dieser Personengruppe neben einer Steigerung der Belastbarkeit im Praktikum auch eine Verbesserung der Integrationschancen erreicht werden kann. Im oben genannten BMAS-Projekt stiegen bei Personen, die an den Interventionen teilgenommen hatten, die Übernahmechancen im Praktikumsbetrieb im Vergleich zur Kontrollgruppe nicht signifikant ($p=0,087$). Die beobachteten Integrationshäufigkeiten ein halbes Jahr nach der Reha waren im Vergleich zur Kontrollgruppe ebenfalls nicht erhöht (Baumann, 2013).

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

Literatur

Baumann, R., Begerow, B., Frohnweiler, A., Kochowski, G., Mbombi, A., Pechtold, S., Refelmann, T., Wiegers, P. (2012): Wirksamkeit eines psychologischen Gruppenprogramms in der beruflichen Rehabilitation für Rehabilitanden mit hohem Erleben von Erschöpfung und Resignation. DRV-Schriften, Bd 98. 245-246.

Baumann, R. (2013): Wirksamkeit der Förderung gesunder Bewältigungsmuster. In: iqpr (Hrsg.): Tagungsdokumentation Fachtagung "Gesundheitskompetenz in der beruflichen Rehabilitation" am 24.09.2013 im Bfw Köln. URL: www.iqpr.de.

Teilhabe und Anerkennung als Erfolgskriterien für die berufliche Rehabilitation in Werkstätten für behinderte Menschen – Ein Beitrag zur Teilhabeforschung

Schreiner, M.

Universität Kassel

Hintergrund

Artikel 27 der Behindertenrechtskonvention formuliert den Anspruch behinderter Menschen auf Teilhabe am Arbeitsleben und zwar möglichst auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (Vereinte Nationen, 2006). In Deutschland ist die Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit Behinderungen ein sozialrechtlich verankertes Rehabilitationsziel. Trotz dieser menschen- und sozialrechtlichen Vorgaben besuchen aktuell rund 300.000 Menschen in Deutschland eine Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM), mit ungebrochen steigender Tendenz (BAG WfbM, 2013). Empirische Daten über die Auswirkungen der Dienstleistung WfbM auf die Wahrnehmung von sozialer Teilhabe und gesellschaftlicher Anerkennung ihrer Beschäftigten liegen (bislang) nicht vor. Die Perspektive der Beschäftigten als Expertinnen und Experten muss verstärkt in den Fokus einer sich etablierenden Teilhabeforschung rücken. Der Beitrag stellt den theoretischen Zugang, das Design und erste Ergebnisse einer empirischen Studie in WfbM vor.

Methodik und Studiendesign

Die Studie steht unter der Leitfrage: Welche Auswirkungen hat die Beschäftigung in einer WfbM auf die Wahrnehmung sozialer Teilhabe und gesellschaftlicher Anerkennung? Zur explorativen Untersuchung des Forschungsanliegens wurde ein theoretischer Zugang, basierend auf konzeptionellen Überlegungen zur empirischen Messung von Teilhabe (Bartelheimer, 2005) in Kombination mit Annahmen der Anerkennungstheorie (Honneth, 1994) gewählt. Teilhabe und Anerkennung werden hierbei in einer interdependenten Beziehung verstanden, die davon gekennzeichnet ist, dass Teilhabe nur bei gleichzeitiger Anerkennung gelingen kann und umgekehrt. Diese Verknüpfung eröffnet Perspektiven für die empirische Erfassung und normative Analyse von Teilhabe- und Anerkennungssituationen (Schreiner, 2013).

Teilhabeformen	Anerkennungsdimensionen
soziale Nahbeziehungen	Primärbeziehungen (Liebe, Freundschaft usw.)
bürgerliche, politische, soziale Rechte	Rechtsverhältnisse (Rechte)
gesellschaftliche Arbeit (Erwerbsarbeit, Eigenarbeit)	Wertgemeinschaft (Solidarität, Leistung)
Kultur	Primärbeziehungen; Rechtsverhältnisse; Wertgemeinschaft (je anteilig)

Tab. 1: Teilhabeformen und Anerkennungsdimensionen (eigene Darstellung nach Bartelheimer, 2005 und Honneth, 1994)

Auf dieser theoretischen Grundlage wurden 26 problemzentrierte Interviews mit Werkstattbeschäftigten, an vier verschiedenen Standorten in Hessen durchgeführt und werden derzeit mit den Methoden der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2010) strukturiert und ausgewertet. Hierbei konnten erste Erkenntnisse zur subjektiven Wahrnehmung der Wirkungen von Werkstattbeschäftigung generiert werden.

Ergebnisse

Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass die Wahrnehmungen von Werkstattbeschäftigung individuell höchst unterschiedlich sind. So beschreiben einige Interviewpartnerinnen und -partner die WfbM durchaus als eine adäquate Teilhabeleistung, die ihren Bedürfnissen und Anforderungen entspricht. Andere Aussagen liefern hingegen deutliche Hinweise auf Stigmatisierungseffekte durch die Beschäftigung in einer WfbM, die außerhalb und teilweise auch innerhalb der WfbM erkennbar werden. Auch sind in (einigen) Interviews Tendenzen einer resignativen Zufriedenheit zu erkennen, die unter anderem mit einem Mangel an Alternativen in Verbindung steht.

Ausblick

Die bisher vorliegenden Erkenntnisse der Datenauswertung geben einen Einblick über Wahrnehmungen und Meinungen der Beschäftigten von WfbM, die sowohl positive als auch negative Effekte aufzeigen, die aus dem Werkstattbesuch resultieren. Weiterführende Analysen sollen auslösende und hemmende Determinanten sichtbar werden lassen, die Einfluss auf die Wahrnehmung von Teilhabe und Anerkennung durch Werkstattbeschäftigung haben.

Förderung: Software AG Stiftung

Literatur

- Bartelheimer, P. (2005): Teilhabe, Gefährdung, Ausgrenzung. In: Berichterstattung zur sozioökonomischen Entwicklung in Deutschland. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag. 85-123.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen (BAG WfbM) (2013): Anzahl der Mitgliedswerkstätten und belegten Plätze nach Bundesländern zum 01.01.2012. URL: www.bagwfbm.de/file/791/. Abruf: 30.10.2013.
- Honneth, A. (1994): Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Mayring, Ph. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11., akt., überarb. Aufl., Weinheim: Beltz.
- Schreiner, M. (2013): Teilhabe und Anerkennung – Maßstäbe für Werkstattbeschäftigung. In: Dorrance, C., Dannenbeck, C. (Hrsg.): Doing Inclusion. Inklusion in einer nicht inklusiven Gesellschaft. Bad Heilbrunn: Klinkhardt Julius. 85-95.
- Vereinte Nationen (2006): Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen.

Ressourcenwahrnehmung bei RehabilitandInnen und ArbeitnehmerInnen – Ergebnisse einer Vorstudie zum Projekt Ressourcenentwicklung in der beruflichen Rehabilitation

Eichert, H.-C.

TERTIA Berufsförderung GmbH, Bonn

Hintergrund

Bei der Bewältigung beruflicher Anforderungen sind wahrgenommene berufsrelevante Ressourcen von großer Bedeutung. Ihre Verbesserung ist daher ein wichtiges Ziel beruflicher Rehabilitation. Vor dem Hintergrund eines stress- und ressourcentheoretischen Modells, das von einem engen Zusammenhang zwischen Ressourcen, Kontrolle/Selbstwirksamkeit und Gesundheit ausgeht, wird in einer Studie untersucht, ob sich im Verlauf beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen wahrgenommene personale, soziale und professionelle Ressourcen maßnahmespezifisch verändern. In einer Teilstudie, deren Ergebnisse hier dargestellt werden, wurden ArbeitnehmerInnen und RehabilitandInnen hinsichtlich ihrer wahrgenommenen Ressourcen untersucht. Folgende Fragestellungen standen dabei im Vordergrund:

1. Zeigen sich die theoretisch angenommenen positiven Zusammenhänge zwischen Ressourcen, Kontrolle/Selbstwirksamkeit und Gesundheitsindikatoren?
2. Bewerten ArbeitnehmerInnen ihre Ressourcen besser als RehabilitandInnen?
3. Zeigen sich Veränderungen im Zeitverlauf?

Methodik

Der Fragebogen für die Untersuchung wurde auf der Basis vorhandener Instrumente (Abele et al., 2000; Frese, 1989) und einer Expertenbefragung entwickelt. Er enthält Items zu wahrgenommenen personalen, professionellen und sozialen Ressourcen, Kontrolle/Selbstwirksamkeit und Gesundheitsindikatoren. Zweimal im Abstand von drei Monaten wurden 24

RehabilitandInnen (BFW und ambulant) und 37 ArbeitnehmerInnen aus dem kaufmännisch/verwaltenden Bereich in online-Befragungen befragt. Die Modellannahmen wurden mit Korrelations- und Regressionsanalysen und mit Strukturgleichungsmodellen (SmartPLS, Ringle et al., 2005) überprüft. Varianzanalytisch wurden Gruppenunterschiede und Veränderungen zwischen den Messzeitpunkten (MZP) untersucht.

Ergebnisse

Modellzusammenhänge

In den Korrelations- und Regressionsanalysen zeigten sich für beide Messzeitpunkte weitgehend die erwarteten Zusammenhänge. Bei den Strukturgleichungsmodellen waren die Kriterien für geeignete Mess- bzw. Strukturmodelle für beide MZP erfüllt. Auch hier (in Abb. 1 exemplarisch MZP2) entsprachen die Zusammenhänge zwischen Ressourcen (GR), Kontrolle/Selbstwirksamkeit (KS) und Gesundheit (Ges) den theoretischen Annahmen.

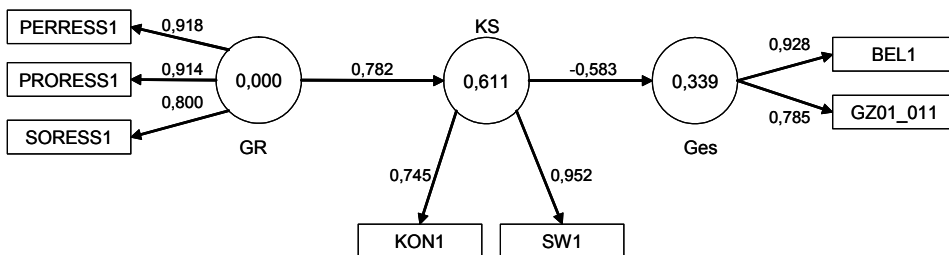


Abb. 1: Strukturgleichungsmodell MZP2

Gruppenunterschiede

Die ArbeitnehmerInnen erreichten im Vergleich zu den RehabilitandInnen beim ersten Messzeitpunkt signifikant höhere Werte bei wahrgenommenen personalen ($f=12,93$, $p=0,001$) und professionellen Ressourcen ($f=15,696$, $p<0,001$), Selbstwirksamkeit ($f=22,828$, $p<0,001$) und Gesundheitszustand ($f=6,667$, $p=0,012$) und tendenziell höhere Werte bei der Skala Kontrolle ($f=3,138$, $p=0,082$). Signifikant niedrigere Werte erreichten sie bei Belastetheit ($f=7,352$, $p=0,009$). Beim zweiten Messzeitpunkt erreichten sie signifikant höhere Werte bei wahrgenommenen personalen ($f=6,223$, $p=0,016$) und professionellen Ressourcen ($f=12,309$, $p=0,001$), Selbstwirksamkeit ($f=6,969$, $p=0,011$), tendenziell höhere Werte bei sozialen Ressourcen ($f=3,721$, $p=0,059$) und Gesundheitszustand ($f=3,783$, $p=0,057$). Signifikant niedrigere Werte erreichten sie bei Belastetheit ($f=3,759$, $p=0,05$).

Messzeitpunktunterschiede

Signifikante Veränderungen zwischen den Messzeitpunkten über alle Gruppen zeigten sich nicht. Bei der Interaktion Zeit/Gruppe zeigte sich aber ein signifikanter Effekt bei Selbstwirksamkeit ($f=8,860$, $p=0,004$): Der Wert der RehabilitandInnen ist angestiegen, der der ArbeitnehmerInnen gesunken. (Abb. 2)

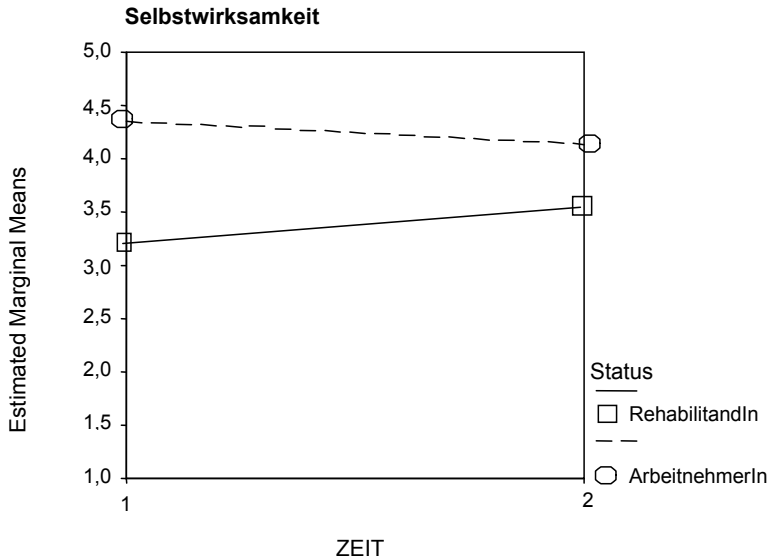


Abb. 2: Veränderung Selbstwirksamkeit

Bei allen anderen Variablen zeigten sich keine signifikanten Interaktionseffekte.

Schlussfolgerungen

1. Die Korrelations- und Regressionsanalysen sowie die Strukturgleichungsmodelle zeigen an beiden Messzeitpunkten weitgehend modellgerechte Zusammenhänge.
2. Die Unterschiede zwischen den Gruppen sind weitgehend modellgerecht und signifikant. Die ArbeitnehmerInnen schätzen sich mit wenigen Ausnahmen besser ein als die RehabilitandInnen.
3. Auch der signifikante Interaktionseffekt Zeit/Gruppe bei Selbstwirksamkeit entspricht den Erwartungen. Wahrscheinlich ist der kurze Zeitraum zwischen den Erhebungen dafür verantwortlich, dass sich bei den anderen Variablen keine signifikanten Interaktionseffekte gezeigt haben.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass Fragebogen und Untersuchungsmodell für die weitere Untersuchung der Fragestellung brauchbar sind.

Literatur

- Abele, A.E., Stief, M., Andrä, M.S. (2000): Zur ökonomischen Erfassung beruflicher Selbstwirksamkeitserwartungen – Neukonstruktion einer BSW-Skala. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 44/3. 145-151.
- Frese, M. (1989): SzSU – Skala zur sozialen Unterstützung am Arbeitsplatz. Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 43/2. 112-121.
- Ringle, Ch., Wende, S., Will, A. (2005): Smart-PLS2.0 M3. Hamburg: SmartPLS. URL: <http://www.smartpls.de>.

Verzahnung medizinischer und beruflicher Rehabilitation: Welche Rehabilitanden benötigen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben?

Zander, J. (1), Grünbeck, P. (1), Lindow, B. (1), Klosterhuis, H. (1),
Jankowiak, S. (2), Kaluscha, R. (2)

(1) Bereich Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin, (2) Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung, Universität Ulm, Bad Buchau

Hintergrund und Fragestellung

Der Grundsatz der gesetzlichen Rentenversicherung (RV) lautet nach dem SGB VI "Rehabilitation vor Rente". Diesen setzt die RV um, indem ihren Versicherten durch rehabilitative medizinische oder berufliche Leistungen nach Erkrankungen eine Rückkehr in das Erwerbsleben ermöglicht wird. Mit der Rehabilitation soll insbesondere einer vorzeitigen Berentung vorgebeugt werden (DRV, 2007). Eine Rehabilitation kann sich von einer medizinischen Rehabilitation über eine Leistung zu Teilhabe (LTA) erstrecken. Aus sozialmedizinischer Sicht ist eine LTA indiziert, wenn ein Missverhältnis von Belastung am Arbeitsplatz und Beanspruchung des Versicherten und seiner Leistungsfähigkeit vorliegen (DRV, 2005). An dieser Stelle ist es von Interesse, in welcher Größenordnung anhand der Daten aus dem ärztlichen Reha-Entlassungsbericht, der den Charakter eines sozialmedizinischen Gutachtens besitzt, Bedarfsgruppen für eine berufliche Rehabilitation vorliegen und ob diese von den medizinischen Reha-Einrichtungen als solche erkannt werden. Gibt es unter Berücksichtigung soziodemografischer Faktoren oder verschiedener Reha-Einrichtungen Auffälligkeiten? Hierzu gab es bisher keine umfassenden empirischen Untersuchungen. Die Daten werden im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung u. a. für den QS-Bericht der Rehabilitandenstruktur ausgewertet (Bestmann, 2008; Klosterhuis et al., 2010).

Methodik

Für die Auswertungen wurden Daten aus dem Reha-Entlassungsbericht und der Reha-Statistik-Datenbasis der RV zu Grunde gelegt, die im Jahr 2010 ihre orthopädische (n=370.088) bzw. psychosomatische (n=116.381) Rehabilitation beendet haben. Zur Operationalisierung wurden vier mögliche LTA-Bedarfsgruppen definiert: Gruppe A: Rehabilitanden mit "gespaltenem" Leistungsvermögen (Leistungsfähigkeit (letzter Beruf) unter 6 Stunden und Leistungsfähigkeit (allgemeiner Arbeitsmarkt) 6 Stunden und mehr, Gruppe B: Rehabilitanden mit einer Arbeitsunfähigkeit (AU) vor Reha über 3 Monate AU, Gruppe C: Negatives Leistungsvermögen: Einschränkungen Bewegungs- und Haltungsapparat, Gruppe D: Negatives Leistungsvermögen: Einschränkungen geistig/psychische Belastbarkeit. Über alle Bedarfsgruppen wurde untersucht, ob die Reha-Einrichtungen eine LTA-Prüfung empfohlen hat (1), ob innerhalb eines Jahres nach Ende der Reha ein Antrag auf LTA gestellt wurde (2), ob (1) und (2) vorliegt und ob ein Antrag auf LTA bewilligt wurde (4). Zusätzlich wurden die Bedarfsgruppen A-D nach bestimmten soziodemografische Daten (Alter, Ge-

schlecht, AHB bei orthopädischen Rehabilitanden), Versorgungsform (ambulant/stationär) und jeweils sechs stationäre und ambulante orthopädische und psychosomatische Reha-Einrichtungen untersucht.

Ergebnisse

Bei der Größenordnung der möglichen Bedarfsgruppen ergibt sich ein differenziertes Bild: Am häufigsten werden bei mehr als einem Drittel der orthopädischen Rehabilitanden Einschränkungen des Leistungsvermögens des Bewegungsapparates (Gruppe C) angegeben. Bei den psychosomatischen Rehabilitanden dagegen sind bei fast jedem zweiten Rehabilitanden längere AU-Zeiten (Gruppe B) zu verzeichnen. Etwa jeder vierte Rehabilitand ist von psychisch bedingten Einschränkungen (Gruppe D) betroffen. Die Gruppe A mit einem "gespaltenem" Leistungsvermögen betrifft mit 19 % überwiegend die orthopädischen Rehabilitanden, gefolgt von den psychosomatischen Rehabilitanden (11 %). In der Gruppe A variiert der Anteil der beiden Rehabilitandengruppen bezüglich einer LTA-Empfehlung wie folgt: Orthopädische AHB-Rehabilitanden (42 %) bekommen häufiger eine LTA-Empfehlung als psychosomatische Rehabilitanden (29 %); in der Orthopädie erhalten die Männer (51 %) häufiger eine LTA-Empfehlung als die Frauen (39 %), während es in der Psychosomatik keine geschlechtsspezifischen Unterschiede gibt; bei beiden Indikationen werden mit zunehmenden Alter weniger LTA-Empfehlungen ausgesprochen; bei beiden Indikationen erfolgen in der ambulanten Reha mehr LTA-Empfehlungen als in der stationären Reha; das LTA-Empfehlungsverhalten in den einzelnen orthopädischen und psychosomatischen Einrichtungen ist sehr unterschiedlich.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Die vier definierten Bedarfsgruppen sind über die beiden betrachteten Indikationen unterschiedlich groß. Die Begründung hierfür liegt auch in der jeweiligen Indikation: Psychosomatische Rehabilitanden haben beispielsweise längere AU-Zeiten vor der Reha, möglicherweise hervorgerufen durch die Chronizität der Erkrankung verbunden mit speziellen Versorgungsproblemen (Therapeuten am Wohnort). Eine besondere Bedeutung kommt der Gruppe A mit dem "gespaltenen" Leistungsvermögen zu. Hier wird von den Reha-Einrichtungen anhand sozialmedizinischer Kriterien die Leistungsfähigkeit im letzten Beruf und auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eingeschätzt. Für die Gruppe A werden die höchsten Anteile von LTA-Empfehlungen ausgesprochen. Mit steigendem Alter reduziert sich der Anteil ausgesprochener LTA-Empfehlungen, dies verweist u. a. auf die altersspezifische Einschätzung zur Arbeitsmarktprognose. Die große Varianz in den LTA-Empfehlungen zwischen einzelnen Reha-Einrichtungen legt eine systematische Rückmeldung und Diskussion der Vorgehensweisen im Rahmen der externen QS und des internen QM nahe (QS-Bericht zur Rehabilitandenstruktur).

Literatur

- Bestmann, A. (2008): Datenquellen und Datenqualität der Reha-Statistik-Datenbasis. DRV-Schriften, Bd 55. 35-46.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2007): Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht. Leitfa-den zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2007. www.deutsche-rentenversicherung.de → Fachinfos → Sozialmedizin & Forschung → Sozialmedizin → Fachinformationen Rehabilitation → In-

formationen für Reha-Einrichtungen → Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2005): Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für den Beratungsärztlichen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Bund. www.deutsche-rentenversicherung.de → Fachinfos → Sozialmedizin & Forschung → Sozialmedizin → Begutachtung → Leitlinien → Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit – Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Klosterhuis, H., Baumgarten, E., Beckmann, U., Erbstößer, S., Lindow, B., Naumann, B., Widera, T., Zander, J. (2010): Ein aktueller Überblick zur Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. *Die Rehabilitation*, 49. 356-367.

"Mir ist nichts Menschliches fremd" – Leistungssteuerung in der beruflichen Rehabilitation

Mohnberg, I., Lay, W., Radoschewski, F.M.

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) umfassen ein breites Leistungsangebot, das von Hilfen zur Erlangung oder Erhaltung eines Arbeitsplatzes, Leistungen zur Auswahl von Leistungen, Berufsvorbereitung bis hin zu beruflicher Anpassung und Weiterbildung reicht. Erste Analysen des Längsschnittdatensatzes "SUF Abgeschlossene Rehabilitation im Versicherungsverlauf 2002 - 2009" des Forschungsdatenzentrums der Rentenversicherung zeigten, dass rund 40 % der Rehabilitanden mehr als eine LTA erhalten haben (Radoschewski et al., 2013). Diese Perspektive rückt den Fokus von der Betrachtung einzelner Leistungen auf Versorgungsprozesse im Bereich der LTA, den zu Grunde liegenden Bedarfslagen und Fragen der bedarfsgerechten Steuerung der Leistungen im Verlaufe individueller Reha-Prozesse.

Fragestellung

Zielsetzung der qualitativen Untersuchungsphase des von der Deutschen Rentenversicherung Bund geförderten Projektes "Leistungsketten und Leistungsallokation in der Rehabilitation der Rentenversicherung" (LEIKA) ist es, über unterschiedliche Datenquellen systematisch weitere Informationen über die Entstehung und Steuerung von Leistungsabfolgen in der Rehabilitation zu gewinnen. Eine zentrale Fragestellung ist, welche Prozesse und Faktoren, die in der bzw. für die Entscheidungsfindung und Leistungssteuerung eine wesentliche Rolle spielen.

Methodik

Dazu wurden neben formalen Dokumentenanalysen und inhaltlichen Aktenanalysen insgesamt 16 leitfadengestützte Experteninterviews mit Reha-Fachberatern bei drei Rentenversicherungsträgern durchgeführt. Die Mehrzahl der Interviews fand am Arbeitsort der Befragten statt, drei Interviews wurden als Telefoninterview realisiert. Die Auswertung orientierte sich an der interpretativen Auswertungsstrategie für leitfadenorientierte Experteninterviews

(Meuser, Nagel, 2005). Es wurden zusätzlich Techniken der Grounded Theory (Strauss, Corbin, 1996) eingesetzt. Die Auswertung erfolgte mit Hilfe des Programms MAXQDA10.

Ergebnisse

Die Beratungen durch die Reha-Fachberater dienen der Sachinformation der Versicherten, wie auch der Ergänzung bereits vorhandener Angaben im persönlichen Gespräch. "Sich ein Bild von dem Versicherten machen", aber zugleich "Schubladendenken vermeiden" kann als eine Beschreibung für eine möglichst umfassende Berücksichtigung der gesundheitlichen Situation, der Funktionsfähigkeit des Versicherten sowie umwelt- und personbezogener Faktoren in Bezug auf die Einschätzung der Bedarfslage, der weiteren Beratung und Leistungssteuerung gesehen werden. Unterschiedliche Konstellationen führen zu individuellen Bedarfslagen, Möglichkeiten aber auch Grenzen. Einzelnen Faktoren kann eine besonders große Bedeutung zukommen, so dass trotz der theoretischen Möglichkeit des Erhalts bedarfsgerechterer bzw. zielführenderer Leistungen diese mangels Vereinbarkeit mit der Lebenssituation der Betroffenen oder mangels Angebots nicht zustande kommen können. Hier müssen Kompromisslösungen gefunden werden. Das betrifft z. B. eine eingeschränkte Mobilität durch Fehlen eines Führerscheins und Wohnen in einer ländlichen Region oder die Sorge für Kinder oder pflegebedürftige Angehörige bei gleichzeitig fehlenden Teilzeitangeboten. Die Motivation des Versicherten gilt als wichtige Voraussetzung für eine positive Erfolgsprognose. Einer gemeinsamen Entscheidungsfindung in Bezug auf Zielstellung und Maßnahme wird eine hohe Bedeutung zugemessen. Schwierige Entscheidungsprozesse entwickeln sich insbesondere dann, wenn Neigung und Eignung konfliktieren. Das kann dann der Fall sein, wenn Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit mit den Anforderungen der von den Versicherten gewünschten Berufstätigkeit nicht übereinstimmen und eine nachhaltige Integration deshalb nicht abzusehen ist. In der Interaktion mit Versicherten stellen die Beratung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Bewältigungsprozesse, die sich für die Versicherten aus ihren gesundheitlichen Einschränkungen und der einhergehenden biographischen Umbruchsituation ergeben, besondere Herausforderungen dar.

Diskussion

Entscheidungen von Reha-Fachberatern können in einem Spannungsfeld stehen. Dabei geht es darum, die individuelle Lebenssituation des Versicherten, ihre gesundheitliche Situation, ihre Vorstellungen und Neigungen, die Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit im Hinblick auf die Bewältigung der LTA, wie auch die Aussicht auf langfristige Integrationschancen durch eine Leistung sowie deren faktische Realisierbarkeit auszutarieren. Reha-Assessments, Arbeitserprobungen und Berufsfindungen, aber auch ausreichend Zeit für Information und Entscheidungsfindung werden als wichtige Elemente für die gemeinsame Erarbeitung von Alternativen bei divergierenden Einschätzungen angesehen.

Literatur

Forschungsdatenzentrum der Rentenversicherung: www.fdz-rv.de/. Abruf: 21.10.2013.

Meuser, M., Nagel, U. (2005): ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner, A., Littig, B., Menz, W. (Hrsg.): Das Experteninterview: Theorie, Methode, Anwendung. Wiesbaden: VS. 71-93.

Radoschewski, F.M., Lay, W., Mohnberg, I. (2013): Leistungsketten in der beruflichen Rehabilitation – Ergebnisse einer Längsschnittanalyse. DRV-Schriften, Bd 101. 286-289.

Strauss, A., Corbin, J. (1996): Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Ergebnisse einer Studie zu den Abbrüchen beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen in der Rehabilitation

Meschnig, A., Bartel, S., von Kardorff, E., Ohlbrecht, H.

Institut für Rehabilitationswissenschaften, Humboldt-Universität zu Berlin

Hintergrund und Ziele

Berufliche Qualifizierungsmaßnahmen machen ca. 23 % aller LTA-Leistungen der DRV aus; fast jeder fünfte Teilnehmer bricht die Maßnahme vorzeitig ab

Für die von uns untersuchten 2-jährigen Vollzeitmaßnahmen (Umschulungen mit IHK-Abschluss) stellt diese hohe Abbruchquote eine individuelle wie auch ökonomische Belastung dar. Unsere Studie zielte darauf a) individuelle und biografische Ursachen und subjektive Gründe für einen Abbruch zu identifizieren, b) verfahrens- und ablaufbedingte Aspekte, die einen Abbruch auslösen können, zu benennen (Zuweisungsprozesse, Gruppendynamik, Disability-Management) sowie c) strukturelle Rahmenbedingungen (Angebotsstruktur, Praktika, Beratungsangebote) auf Verbesserungspotentiale hin zu analysieren. Da der größte Teil der in der Regel motivierten und zufriedenen Teilnehmer die Bildungsmaßnahmen erfolgreich abschließt, richtete sich eine Fragestellung auch auf die Gelingensbedingungen für eine erfolgreiche Beendigung der Maßnahme.

Methodik

In der als Mixed-Method-Design angelegten Studie wurden Teilnehmer (N = 454) im ersten und zweiten Ausbildungsjahr bei drei Berufsförderungswerken und drei Freien Bildungsträgern mit Hilfe eines eigens entwickelten Fragebogens sowie mit Hilfe narrativ-episodischer Interviews befragt (Abbrecher: N = 11, Teilnehmer: N = 12); darüber hinaus wurden Fachkräfte und Experten (Reha-Fachberater, Lehrkräfte, Disability-Manager, Leitungskräfte) interviewt (N = 23) sowie Gruppendiskussionen mit Teilnehmern und Experten (N = 6) durchgeführt. Damit konnten die unterschiedlichen Sichtweisen aller beteiligten Akteure erfasst und analysiert werden.

Ergebnisse

- (1) Übereinstimmend mit den wenigen vorliegenden Studien erwiesen sich in der Reihenfolge ihrer Bedeutsamkeit drei Faktoren als signifikant für Abbruchrisiken: Depression, subjektiver Gesundheitszustand und soziale Unterstützung. Ein fehlender Berufsabschluss ist ein weiterer Risikofaktor. Entgegen unseren Erwartungen spielen soziodemografische Variablen (z. B. Alter, Länge vorausgegangener Arbeitslosigkeit, Bildungsstand) keine statistisch signifikante Rolle.
- (2) Risikofaktoren für einen Abbruch finden sich auch bei Nicht-Abbrechern; fast alle Teilnehmer haben schon einmal an einen Abbruch gedacht; ob es dazu kommt, hängt von einer Vielzahl situativer Faktoren ab, die von der Einrichtung meist nicht beeinflusst wer-

den können; hier stellt sich auch die Frage nach dem Zusatzgewinn zusätzlicher aufwändiger Assessments.

- (3) Kritisch werden seitens der Teilnehmer intransparente Zuweisungsentscheidungen (z. B. zum RVL) und die Länge und Qualität der Praktika beurteilt; Teilnehmer mit psychischen Störungen werden in der Gruppe als Belastung erlebt. Hinsichtlich des Unterrichts werden die Verschiedenheit erlernter Berufe in einer Klasse, nicht aber die Heterogenität nach Alter, Herkunft oder Geschlecht problematisiert.
- (4) RVL/RVT-Kurse werden von einem Teil der Teilnehmer als äußerst hilfreich, von einem andern Teil als "absolut sinnlos" bewertet; dies verweist auf Zuweisungsprobleme.
- (5) Alle befragten Fachkräfte gehen von einer Zunahme "schwieriger" Teilnehmer aus (Verhaltensauffälligkeiten, Anpassungsprobleme; bei jüngeren Teilnehmern: Defizite bei schulischen Abschlüssen).
- (6) Signifikante Unterschiede zwischen Teilnehmern, die von den Arbeitsagenturen/Jobcentern oder der Rentenversicherung zugewiesen werden, zeigen sich nicht. Unterschiede zwischen BFWs und Freien Bildungssträgern sind ebenfalls nicht signifikant.
- (7) Bei der Analyse des Abbruchphänomens hat sich gezeigt, dass die administrative Abbruchsdefinition differenziert werden muss. Dies bezieht sich auf die Klassifikation von Abbrüchen wie auch darauf, dass sich hinter dem mehrheitlich dokumentierten Abbruch aus "medizinischen Gründen" oft andere (z. B. familiäre, finanzielle) Gründe verbergen können.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Optimierungspotenziale und Entwicklungsperspektiven der Bedarfsermittlung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Schubert, M. (1), Bade, S. (2), Gleisberg, D. (2), Jonßon, L. (2), Lentz, R. (3), Morfeld, M. (2), Penstorf, C. (1), Robinson, K. (3), Seel, H. (1)

- (1) Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V., Frankfurt am Main,
- (2) Hochschule Magdeburg-Stendal,
- (3) Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke, Berlin

Hintergrund und Fragestellung

Die individuelle und auf Teilhabeziele ausgerichtete Ermittlung von Bedarf an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist die zentrale Voraussetzung für adäquate Leistungsentscheidungen sowie passgenaue und erfolgreiche Rehabilitationsprozesse. Sozialrechtliche Anforderungen des SGB IX an Prozesse der Bedarfsermittlung formulieren den Maßstab, dass diese umfassend und ganzheitlich erfolgen und Ergebnisse von Bedarfsermittlungsprozessen trägerübergreifend verwendbar sein sollen (Beck et al., 2011). Der Beitrag mit Ergebnissen aus der Machbarkeitsstudie "Prüfung von aktuellem Stand und Potential der Bedarfsermittlung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unter Berücksichtigung der ICF" stellt Optimierungspotenziale hinsichtlich einer noch besseren Gestaltung und Steue-

zung des Rehabilitationsprozesses über die Bedarfsermittlung in den Mittelpunkt. Bearbeitet wird dabei auch, inwiefern die ICF (Schuntermann, 2005) ein geeignetes Mittel zur Optimierung darstellt und welche Perspektiven sich für Weiterentwicklungsprozesse bei der Bedarfsermittlung als Schlussfolgerung ergeben.

Methodik

Die Ergebnisse beruhen auf verschiedenen methodischen Zugangswegen. So wurden neben einer umfangreichen Literaturrecherche eine umfassende bundesweite Befragung aller Leistungsträger (DRV, BA, DGUV, SVLFG, Sozialhilfe, Versorgungsverwaltung, Integrationsämter) sowie zentrale Leistungserbringer (BFW, BBW, BTZ, RPK, IFD, Phase-II-Einrichtungen, WfbM) im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mittels Fragebogen (mit geschlossenen, halboffenen und offenen Fragentypus) befragt. Die Rücklaufquote bei Leistungsträgern (n=68) und -erbringern (n=190) lag bei je knapp 30 %. Darüber hinaus wurden Leistungsberechtigte (Teilnehmer) schriftlich mittels Fragebogen (Rücklauf: 82 %; n=212) und i. R. je einer Fokusgruppe mit Menschen mit Behinderung sowie mit deren Verbände in die Untersuchung einbezogen. Die Studie wurde gefördert vom BMAS.

Ergebnisse

Aufbauend auf einer Erforderlichkeit der Kooperation und Kommunikation der Akteure im Rahmen des Rehabilitationsprozesses sehen die Befragten Optimierungsmöglichkeiten bei der akteursübergreifenden Kommunikation und Zusammenarbeit. Dies bezieht sich unter anderem auf den Informationsfluss zwischen Leistungsträgern untereinander und zwischen Leistungsträgern und -erbringern bezüglich Inhalt, Geschwindigkeit und Informationsqualität, aber auch auf eine Vernetzung der verschiedenen Akteure.

Hinsichtlich der inhaltlichen Weiterentwicklung von Bedarfsermittlungsprozessen und insbesondere der eingesetzten vielfältigen Instrumente und Verfahren, lassen sich die Nennungen zur Kategorie "stärkere Konvergenz" bündeln. Benannt wird dabei einerseits das Erfordernis einer Standardisierung, andererseits aber auch das Erfordernis, dem Einzelfall gerecht zu werden.

Des Weiteren bestehen Optimierungsmöglichkeiten hinsichtlich einer Passgenauigkeit von LTA bezogen auf die Individualität und Spezifik des Einzelfalls. Dabei seien die Bedarfsermittlungsprozesse stärker ganzheitlich sowie ressourcen- und kompetenzorientiert auszurichten, wobei den individuellen Teilhabezielen und relevanten Lebenskontexten zukünftig eine stärkere Bedeutung zukommen sollte. Insbesondere wird das Erfordernis des stärkeren Einbezugs von Kontextfaktoren und deren Bedeutung für die Erreichung von Teilhabezielen benannt.

Von einigen Akteuren werden Nutzungsmöglichkeiten der ICF u. a. im Hinblick auf gemeinsame Begrifflichkeiten (Sprache) und damit Verbesserungsoptionen für die Kommunikation, Möglichkeiten einer exakten, differenzierten und ganzheitlichen Betrachtung bzw. Beschreibung individueller Bedarfslagen (z. B. durch den regelhaften Einbezug von Kontextfaktoren) angeführt. Befragte benennen aber im Blick auf einen möglichen Einsatz der ICF i. R. d. Bedarfsermittlung bei LTA zugleich wesentliche fachwissenschaftliche Weiterentwicklungsnotwendigkeiten. Diese beziehen sich u. a. auf die Abbildung der Variablen Arbeitswelt und Kompetenzen.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Von den Akteuren werden für Bedarfsermittlungsprozesse bei LTA eine Vielzahl an Optimierungspotenzialen mit unterschiedlichen Zielrichtungen und mit verschiedenen Reichweiten benannt. Ausgehend von einer der Fragen des Forschungsprojektes, welchen Beitrag die ICF zur Weiterentwicklung leisten kann, ergibt sich, dass die ICF – in ihrer Charakteristik als Klassifikations- bzw. Ordnungssystem – und insbesondere das bio-psycho-soziale Modell geeignet erscheint, eine Grundlage für eine ganzheitliche Betrachtung der Person im Rahmen der Bedarfsermittlung zu bilden, da die ICF sowohl Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe als auch Wechselwirkungen mit Kontextfaktoren (z. B. Sozialraum) berücksichtigt. Ferner scheint sie geeignet zu sein, durch gemeinsame Begrifflichkeiten zu einer besseren Verständigung zwischen den Akteuren beizutragen. Im Blick auf die Anforderungen von UN-BRK und SGB IX kann Sie als akteursübergreifende anerkannte Systematik zugleich als Referenz von Strukturierung und Konvergenz der diversifizierten Bedarfsermittlungsprozesse genutzt werden. Entwicklungsperspektiven dazu werden vorgestellt.

Literatur

- Beck, L., Giraud, B., Petri, B. (2011): Trägerübergreifende Bedarfsfeststellung – mögliche Ansätze und Perspektiven. *Die Rehabilitation*, 50. 11-16.
Schuntermann, M.F. (2005): Einführung in die ICF. Landsberg: ecomed Medizin.

Anregungen zur stufenweisen Wiedereingliederung und zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Welche Unterschiede existieren dabei zwischen Rehabilitationseinrichtungen?

Schmid, L. (1), Kaluscha, R. (1), Gross, M. (2), Krischak, G. (1,3)

- (1) Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung, Universität Ulm, Bad Buchau,
(2) Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, Stuttgart,
(3) Federseeklinik, Bad Buchau

Einleitung

Die Notwendigkeit von Nachsorgeleistungen ergibt sich aus dem Verlauf der medizinischen Rehabilitation (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2009). Dies gilt auch für die Anregung einer stufenweisen Wiedereingliederung oder von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA), die neben beruflich-orientierten Therapieelementen in der medizinischen Rehabilitation die Reintegration ins Erwerbsleben unterstützen (Beck et al., 2004; Bürger, 2004).

Angesichts der Folgekosten einer längeren Arbeitslosigkeit oder einer Frühberentung können die stufenweise Wiedereingliederung oder LTA-Leistungen erhebliche gesundheitsökonomische Einsparungen bedeuten (Bürger et al., 2011). Da diese Maßnahme vergleichsweise hohe Kosten beim Rehabilitationsträger bedingen, kommt einer bedarfsgerechten Empfehlung in diesem Bereich eine besondere Bedeutung zu.

Daher wird hier untersucht, inwieweit Unterschiede zwischen den Rehabilitationseinrichtungen bei der Häufigkeit von Empfehlungen einer stufenweisen Wiedereingliederung bzw. einer Prüfung von LTA-Leistungen zu beobachten sind.

Methodik

Basis dieser Untersuchung bildet eine anonymisierte Version der Rehabilitationsstatistikdatenbasis (RSD) der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg. Diese enthält u. a. Angaben zu 800.000 medizinischen Rehabilitationsleistungen aus den Jahren 2004-2011.

Um zu belastbaren Aussagen zu kommen, wurden mit den ICD-Diagnosegruppen M (Bewegungsapparat) und F (Psychosomatik) zunächst nur die beiden zahlenmäßig bedeutendsten Indikationen berücksichtigt. Rehabilitanden unter 18 oder über 64 Jahren sowie Fälle, bei denen die Eigenschaften "Rentner", "nicht erwerbstätig", "Hausfrau/-mann", "Beamter", oder "Selbständiger" verschlüsselt waren, wurden ausgeschlossen. Bei diesen Gruppen sind i. d. R. eine stufenweise Wiedereingliederung oder LTA-Leistungen nicht zu erwarten. Zudem wurden nur Einrichtungen berücksichtigt, die im achtjährigen Untersuchungszeitraum mindestens 1.000 Rehabilitanden behandelt haben.

Für die ausgewählten Einrichtungen wurde der Anteil der Rehabilitanden ermittelt, bei denen im Blatt 1 des Entlassungsberichtes eine Empfehlung zur stufenweisen Wiedereingliederung bzw. zur Prüfung von LTA-Leistungen ausgesprochen wurde. Ferner wurden für beide Indikationen separat logistische Regressionsmodelle zur Vorhersage der Empfehlung einer entsprechenden Maßnahme gerechnet.

Ergebnisse

In der vorliegenden Untersuchung wurden die Daten von 43 Rehabilitationseinrichtungen mit insgesamt 192.484 Rehabilitanden berücksichtigt. 11 Kliniken gehörten dem Indikationsbereich F (37.437 Rehabilitanden) und 32 Kliniken dem Indikationsbereich M (155.047 Rehabilitanden) an.

Bei Auswertung der Empfehlungsquoten zur stufenweisen Wiedereingliederung war mit Werten zwischen 1,87 % und 18,51 % eine erstaunlich hohe Bandbreite zu beobachten. Auch bei den Empfehlungsquoten zur Prüfung von LTA-Leistungen zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Einrichtungen: die Empfehlungsquote variierte zwischen 4,40 % und 27,54 % (s. Tab. 1).

	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
Empfehlungsquote Stufenweise Wiedereingliederung				
Einrichtungen (Indikationsbereich M)	5,59 %	3,84 %	1,87 %	18,51 %
Einrichtungen (Indikationsbereich F)	5,56 %	1,88 %	3,29 %	9,13 %
Empfehlungsquote Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben				
Einrichtungen (Indikationsbereich M)	15,37 %	5,56 %	6,47 %	27,54 %
Einrichtungen (Indikationsbereich F)	8,61 %	3,65 %	4,40 %	17,32 %

Tab. 1: Empfehlungsquoten der Rehabilitationseinrichtungen zur stufenweisen Wiedereingliederung und zur Prüfung von LTA nach Diagnosegruppe

In den multivariaten Analysen mittels logistischer Regression erwies sich für beide Indikationen ein zumutbarer zeitlicher Umfang von unter 3h in der letzten Tätigkeit als wichtigster Prädiktor für eine LTA-Empfehlung, während hohe Arbeitsunfähigkeitszeiten im Jahr vor der

Rehabilitation den größten Einfluss auf die Empfehlung einer stufenweiser Wiedereingliederung zeigten.

Unabhängig davon zeigte sich im Regressionsmodell sowohl für die stufenweise Wiedereingliederung als auch für LTA-Leistungen ein signifikanter Einfluss der Klinik auf die binäre Zielvariable "Empfehlung ausgesprochen ja/nein".

Diskussion

Wie diese Auswertungen zeigen, existieren auch bei getrennter Betrachtung der Diagnosegruppen zwischen den Rehabilitationseinrichtungen deutliche Unterschiede in den Empfehlungsquoten. Die größte Varianz zeigt sich bei Empfehlungen zur Prüfung von LTA-Leistungen für Kliniken des Indikationsbereichs Bewegungsapparat.

In der logistischen Regression ließen sich die Unterschiede nicht alleine durch Patientencharakteristika aufklären. Daher ist davon auszugehen, dass die Kliniken bezüglich der Aussprache einer Empfehlung unterschiedliche Kriterien verwenden. Insofern besteht das Risiko, dass einzelne Häuser durch zu hohe Empfehlungsquoten beim Rehabilitationsträger unnötigen Aufwand verursachen oder durch zu enge Auslegung der Indikation für eine stufenweise Wiedereingliederung oder LTA-Empfehlung Rehabilitationspotentiale verschenkt werden und damit das Risiko für Frühberentungen ansteigt.

Daher sollten künftig Kriterien – wie z. B. das Vorliegen eines gespaltenen Leistungsvermögens – entwickelt werden, an denen sich Rehabilitationseinrichtungen bei ihren Empfehlungen orientieren können. Damit könnte auch der in § 11 SGB IX angemahnten engen Verzahnung zwischen medizinischer Rehabilitation und LTA-Leistungen besser Rechnung getragen werden.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2009): Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2009. URL: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/215334/publicationFile/2078/download_leitfaden_einheitl_e_bericht.pdf. Abruf: 25.10.2013.

Beck, L., Merkesdal, S., Busche, T., Mau, W. (2004): Empfehlungen zur langfristigen Realisierung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach ambulanter orthopädischer Rehabilitation. DRV-Schriften, Bd 13. 203-205.

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): Stufenweise Wiedereingliederung zu Lasten der gesetzlichen Rentenversicherung – Ergebnisse umfassender Routinedatenanalysen und Teilnehmerbefragungen. Die Rehabilitation, 50. 74-85.

**Soziodemografie, Arbeitsmarkt und "return to work"
– Mehrebenenanalysen zu Einflussfaktoren nach
Qualifizierungsleistungen in Berufsförderungswerken**

Hetzel, C.

Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH,
Deutsche Sporthochschule Köln

Hintergrund

Return to work (RTW) ist das zentrale Erfolgskriterium nach Qualifizierungsleistungen in Berufsförderungswerken (BFW). Bedeutsame Prädiktoren resümieren Streibelt und Egner (2012) in ihrer Überblicksarbeit dahingehend, dass einzelne personenbezogene Merkmale Effekte aufweisen, aber der arbeitsmarktliche Einfluss als widersprüchlich zu werten ist. Allerdings führen methodische Aspekte und die Befunde bei Hetzel et al. (2012) zu der Annahme substanzieller Arbeitsmarkteffekte. Eine Prädiktorenauswahl ist matchingtheoretisch und empirisch begründbar. Unklar ist jedoch: Verstärken schwierige Arbeitsmarktbedingungen personenbezogene Hemmfaktoren bzw. dämpfen personenbezogene Förderfaktoren? Welche personenbezogenen Faktoren sind nur bei schwierigen bzw. bei günstigen Arbeitsmarktbedingungen auffällig?

Zielstellung

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, den Einfluss von ausgewählten soziodemografischen Merkmalen (Geschlecht, Alter, Partnerstatus) und der regionalen Arbeitslosenquote einschließlich deren Interaktion auf RTW mittels Mehrebenenanalysen zu ermitteln.

Methodik

Für die Individualebene werden die Daten der Nachbefragung der Arbeitsgemeinschaft der BFW aus dem Jahr 2008 (Abgänger 2006) verwendet (n=3.652): Zielgröße ist das zeitraumbezogene RTW 24 Monate nach Ende der Qualifizierungsleistung in BFW; Prädiktoren sind Alter, Geschlecht, Partnerstatus sowie die Interaktionen zwischen Geschlecht und Alter bzw. Geschlecht und Partnerstatus. Für die Kontextebene wird die logarithmierte Arbeitslosenquote im Agenturbezirk am Wohnort (n=172) des Jahres 2007 verwendet (Dauth et al., 2008). Es werden logistische Mehrebenenregressionen geschätzt. Dabei wird die regionale Arbeitslosenquote zunächst am Minimum und dann am Maximum zentriert.

Ergebnisse

Über alle 172 Agenturbezirke erfüllen 82 % der Personen das RTW-Kriterium. Im Mittel sind in den einzelnen Agenturbezirken 21 Personen vertreten. Die minimale Arbeitslosenquote beträgt 3,67 % und die maximale 22,34 %.

Die regionale Arbeitslosenquote (log.) hat einen negativen Einfluss auf das RTW (OR=0,478; t=-4,278). Sämtliche Interaktionen zwischen Soziodemografie und Arbeitsmarkt sind nicht signifikant. Das bedeutet aber nicht, dass dieselben Variablen in den Bezirken mit sehr hoher und sehr niedriger Arbeitslosigkeit abgesichert sind. Während die RTW-Wahrscheinlichkeit für ältere Personen bei ungünstigen Arbeitsmarktbedingungen signifikant sinkt (OR=0,524; t=-3,417), gilt gleiches nicht für günstige Arbeitsmarktbedingungen. Das Vorhandensein eines Lebenspartners ist unabhängig vom Arbeitsmarkt RTW-förderlich (OR=2,717; t=9,039). Aber der Effekt ist bei Frauen unter Bedingung eines schwierigen Arbeitsmarktes deutlich geringer (OR=1,547), bei günstigen Arbeitsmarktbedingungen gibt es keinen Unterschied zwischen den Geschlechtern. Der Haupteffekt von Geschlecht – auch unter Kontrolle des Alters – ist statistisch unauffällig.

Diskussion

Der negative Einfluss der Arbeitslosenquote auf das RTW ist konform zu den Befunden im Bereich der Arbeitslosenforschung (z. B. Rüb, Werner, 2007; Dauth et al., 2008), der medizinischen Rehabilitation (Kaluscha et al., 2013) und zumindest zur Mehrheit der Befunde aus der beruflichen Rehabilitation. Hinter dem positiven Effekt einer Lebenspartnerschaft mögen sich mindestens soziale Unterstützung, Familien- und Gesundheitshypothesen verbergen. Von besonderem Interesse sind die konditionalen Befunde bei Alter und bei Frauen mit Lebenspartner: manche Personenfaktoren scheinen erst bei schwierigen Arbeitsmarktbedingungen RTW-hemmend zu sein.

Wesentliche Limitationen der Studie sind, dass nur ein Jahrgang untersucht wird und so zeitbezogene Effekte unberücksichtigt bleiben müssen. Zudem ist die Auswahl der Prädiktoren begrenzt, weil wesentliche weitere Merkmale nicht im Datensatz zur Verfügung stehen.

Schlussfolgerung

Es zeigen sich deutliche Hinweise auf direkte und konditionale Arbeitsmarkteffekte. Inwiefern dies für andere potenziell bedeutsame Prädiktoren und für weitere Abschlussjahrgänge gilt, muss weiteren Untersuchungen überlassen werden. Dies bedeutet für die Bewertung von bisherigen und für die Planung zukünftiger Studien, dass je nach Arbeitsmarktlage Effektunterschiede zu erwarten sind. Daher sollten bei zukünftigen Studien möglichst auch schwierige Arbeitsmarktregionen vertreten sein. Zudem sollten für den fairen Vergleich von RTW-Ergebnissen zwischen Leistungserbringern und über die Zeit hinweg Adjustierungen bezüglich Arbeitsmarkt und Personenfaktoren vorgenommen werden.

Literatur

- Dauth, W., Hirschenauer, F., Rüb, F. (2008): Vergleichstypen 2008, Neufassung der SGB-III-Typisierung. In: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (IAB) (Hrsg.): IAB-Forschungsbericht 8/2008.
- Hetzel, C., Flach, T., Schmidt, C. (2012): Bestimmungsgründe des Arbeitsmarktes für die Wiedereingliederung von Rehabilitanden aus Berufsförderungswerken: eine Untersuchung auf Ebene der Agenturbezirke. *Die Rehabilitation*, 51. 237-244.
- Kaluscha, R., Jankowiak, S., Holstiege, J., Krischak, G. (2013): Beeinflusst die Arbeitslosenquote die (Wieder-)Eingliederung in das Erwerbsleben nach medizinischer Rehabilitation? *DRV-Schriften*, Bd 101. 182-184.

Rüb, F., Werner, D. (2007): Typisierung von SGB II-Trägern. IAB-Forschungsbericht, 1. 1-35.

Streibelt, M., Egner, U. (2012): Eine systematische Übersichtsarbeit zu den Einflussfaktoren auf die berufliche Wiedereingliederung nach beruflichen Bildungsleistungen. Die Rehabilitation. DOI: 10.1055/s-0032-1323670.

Zur Arbeitsmarktabhängigkeit beruflicher Bildungsleistungen

Streibelt, M.

Abteilung Rehabilitation, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Einleitung

Berufliche Bildungsleistungen (BB) nehmen bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung (DRV) eine herausgehobene Stellung ein. Ausgerichtet auf Menschen, die aufgrund einer chronischen Erkrankung ihre ursprüngliche Tätigkeit nicht mehr ausüben können, dienen sie der Befähigung zur gleichberechtigten beruflichen Teilhabe dieser Menschen (Return to work, RTW).

Es werden Integrationsleistungen (IN) und Qualifizierungsleistungen (QU) unterschieden. Im Zentrum letzterer steht die (teilweise) berufliche Neuausrichtung durch Erlangung einer neuen beruflichen Qualifikation. Integrationsleistungen bauen dagegen auf bestehenden Qualifikationen auf und versuchen, den Betroffenen durch das gezielte Training spezifischer Kompetenzen und eine enge Begleitung einen neuen Arbeitsplatz zu vermitteln (DRV Bund, 2009).

Durchschnittlich werden für Qualifizierungsleistungen bessere RTW-Ergebnisse berichtet, was häufig mit der unterschiedlichen Zielgruppe erklärt wird (Streibelt, Egner, 2013). Unklar ist jedoch, ob die unterschiedliche Ergebnisqualität auch in Abhängigkeit der jeweiligen Arbeitsmarktlage variiert.

Methoden

Zu Beantwortung der Forschungsfrage wurde auf die durch die Bildungsträger dokumentierten Integrationsergebnisse beruflicher Bildungsleistungen im Anerkennungsverfahren der DRV Bund zurückgegriffen (Streibelt, Springer, 2010). Es wurden alle Personen eingeschlossen, die ihre Bildungsleistung in den Jahren 2006 bis 2011 abschlossen. Ausgeschlossen wurden Daten von Standorten mit weniger als fünf Teilnehmenden. Die Arbeitsmarktlage wurde anhand der durchschnittlichen Arbeitslosenquote in Abhängigkeit von Bundesland und Abschlussjahr operationalisiert. Basierend auf vorangegangenen Arbeiten wurde die logarithmierte Arbeitslosenquote verwendet (Hetzl et al., 2012).

Der Einfluss des Arbeitsmarktes auf das RTW wurde mittels eines hierarchischen Mehrebenenmodells (HMM) mit Logit-Verknüpfung geschätzt. Neben den Haupteffekten für die Arbeitslosenquote und die Leistungsart erfolgte die Prüfung differentieller Effekte durch die Interaktion der beiden Informationen. Das Modell berücksichtigte zudem Alter, Geschlecht, Dauer der Leistung, Abschlussjahr und Abbruchquote als feste Effekte und den Standort als zufälligen Effekt.

Ergebnisse

Insgesamt lagen für die Analyse die Daten von 6.345 Teilnehmenden (TN: \bar{x} 45,9 \pm 7,4; 69,6 % Frauen) an 133 Standorten (\bar{x} 47,7 TN pro Standort) vor. 40,7 % von ihnen absolvierten eine Qualifizierungsleistung. Die durchschnittliche Arbeitslosenquote bei Abschluss lag bei 10,0 % (min. 3,8 %, max. 19,1 %). Eine erfolgreiche Wiedereingliederung wurde bei 52,4 % in QU, dagegen nur bei 42,1 % in Integrationsleistungen berichtet.

Das HMM identifizierte eine erwähnenswerte Interaktion von Leistungsart und Arbeitslosenquote ($p=0,14$). Bei durchschnittlicher Arbeitslosigkeit war die Teilnahme an Qualifizierungsleistungen mit einer 1,2-fach erhöhten Chance beruflicher Wiedereingliederung assoziiert ($OR_{QU}=1,21$; 1,06-1,40). Bei Steigerung der Arbeitslosigkeit um einen logarithmierten Prozentpunkt verringerte sich das Chancenverhältnis zugunsten der Qualifizierungsleistungen um das 0,8-fache, d. h. um mehr als 20 % QU ($OR_{QU \times AL}=0,77$; 0,55-1,09). Bei maximaler Arbeitslosigkeit erhöhte die Teilnahme an Qualifizierungsleistungen die Chance beruflicher Wiedereingliederung nicht ($OR_{QU}=1,01$; 0,78-1,30). Bei minimaler Arbeitslosigkeit ging die Teilnahme an einer Qualifizierungsleistung sogar mit einer rund 1,5-fach erhöhten Chance beruflicher Wiedereingliederung einher ($OR_{QU}=1,53$; 1,07-2,20).

Diskussion

Die Analyse belegt die unterschiedliche Arbeitsmarktsensitivität beruflicher Bildungsleistungen. Insbesondere der Erfolg von Qualifizierungsleistungen ist von der regionalen Arbeitslosenquote abhängig: Bei mehr als 15 % konnten laut Modell nur 40 % der Teilnehmenden beruflich reintegriert werden. Der Erfolg steigerte sich mit sinkender Arbeitslosigkeit bis auf 61 % bei weniger als 5 % Arbeitslosigkeit. Integrationsleistungen wiesen dagegen übergreifend eine weniger stark steigende RTW-Quote auf (39 % bis 47 %). Die Unterschiede können aufgrund der Adjustierung nicht auf das Alter oder Geschlecht der Teilnehmenden oder die unterschiedliche Dauer der Leistung bzw. unterschiedliche Abbruchquoten zurückgeführt werden.

Dies hat insbesondere Implikationen für zukünftige Studien zu Einflussfaktoren auf RTW nach BB. Diese sollten den arbeitsmarktbezogenen Kontext in ihren Modellen berücksichtigen, wenn es um den Einfluss der Leistungsart geht, denn: In Zeiten schlechter Arbeitslosigkeit unterscheiden sich diese kaum, während bei guter Arbeitslosigkeit große Unterschiede der Leistungsarten nachweisbar sind.

Literatur

- Deutsche Rentenversicherung Bund (2009): Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA). Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung. Berlin.
- Hetzel, C., Flach, T., Schmidt, C. (2012): Bestimmungsgründe des Arbeitsmarktes für die Wiedereingliederung von Rehabilitanden aus Berufsförderungswerken: eine Untersuchung auf Ebene der Agenturbezirke. *Die Rehabilitation*, 51. 237-244.
- Streibelt, M., Egnér, U. (2013): Eine systematische Übersichtsarbeit zu den Einflussfaktoren auf die berufliche Wiedereingliederung nach beruflichen Bildungsleistungen. *Die Rehabilitation*, 52. 111-118.
- Streibelt, M., Springer, K.D. (2010): Zur Qualitätssicherung beruflicher Bildungsleistungen – Eine Analyse der Integrationsergebnisse freier Bildungsträger 2004-2009. DRV-Schriften, Bd 88. 51-53.

Maßnahmedauer und Rehabilitationserfolg bei Integrationsmaßnahmen für psychisch erkrankte RehabilitandInnen – Vergleich zweier Maßnahmeformate

Eichert, H.-C.

TERTIA Berufsförderung GmbH, Bonn

Hintergrund

In der beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker spielen Integrationsmaßnahmen mit früher betrieblicher Integration eine wichtige Rolle. Auch die von der Arbeitsagentur ausgedescribene Maßnahme "Berufliche Reintegration psychisch Kranker" (BeRepK) folgte diesem Ansatz, allerdings mit wesentlich kürzeren Teilnahmezeiten und Betriebspraktika. In diesem Beitrag wird sie hinsichtlich Konzept, Teilnehmerstruktur und Rehabilitationserfolg mit einem ähnlichen, durch die DRV Bund anerkannten Integrationsseminar (IS) verglichen, über das an anderer Stelle bereits berichtet wurde (Eichert, 2012 und 2013). Dabei steht die Frage im Mittelpunkt, wie sich deutlich kürzere Teilnahmezeiten auf das Rehabilitationsergebnis auswirken.

Maßnahmekonzepte

Beiden Konzepten sind die Orientierung an den individuellen beruflichen Zielen der TeilnehmerInnen, der Bezug zum regionalen Arbeitsmarkt, die regionale Vernetzung sowie eine intensive begleitende Einzelbetreuung gemeinsam.

IS dauert ein Jahr und besteht aus zwei Modulen. Modul 1 dauert vier Monate und dient der Bestandsaufnahme, der Entwicklung einer Berufsperspektive und der Planung des individuellen Seminarverlaufs. Es beinhaltet psychologische Diagnostik, Unterricht und Training. Modul 2 dauert acht Monate und beinhaltet Teilqualifizierung und Praktika (3 Monate). Zeitlicher Verlauf und inhaltliche Ausrichtung richten sich nach dem individuellen Bedarf der TeilnehmerInnen. Anschließend findet eine sechsmonatige Nachbetreuung statt.

BeRepK dauert acht Monate und besteht ebenfalls aus zwei Modulen. Modul 1 dauert drei Monate und gleicht hinsichtlich Zielsetzung und Inhalten weitgehend IS. Modul 2 dauert fünf Monate und findet in stark verkürzten Praktika (4 Wochen) statt. Eine Nachbetreuung ist nicht obligatorisch.

Methodik

Verglichen wurden exemplarisch Teilnehmerstruktur und Rehabilitationserfolg des Abschlussjahrgangs 2012 (IS: N=29; BeRepK: N=20). Der Rehabilitationserfolg wurde direkt nach Maßnahmeende (MZP1), nach sechs (MZP2) und 12 Monaten (MZP3) erhoben. Die Auswertung erfolgte dem Datenniveau entsprechend mit nicht-parametrischen Verfahren.

Ergebnisse

Die Teilnehmerstruktur unterscheidet sich signifikant hinsichtlich Alter (IS: 43,28; BeRepK: 32,75; U=71,5, p<0,001), Familienstand (IS: häufiger geschieden, BeRepK häufiger ledig; $\chi^2=11,129$, p=0,004), Arbeitslosigkeitsdauer vor Maßnahmebeginn (IS: 1,4 Jahre, BeRepK: 2,6 Jahre; U=165,00, p=0,009). Ein tendenzieller Unterschied ergab sich hinsichtlich des letzten Berufsfeldes, das bei IS häufiger im sozialen Bereich lag ($\chi^2=9,386$, p=0,052). Keine

signifikanten Unterschiede ergaben sich hinsichtlich Geschlecht, Schul- und Berufsbildung, gesundheitlicher Situation sowie angestrebtem Zielberufsfeld und Integrationsform.

Rehabilitationserfolg. Der Anteil erfolgreicher TeilnehmerInnen war an MZP1 bei IS tendenziell größer (IS: 69 %, BeRepK:45 %; $\chi^2=2,914$, $p=0,093$). An MZP2 waren IS-TeilnehmerInnen doppelt so häufig in versicherungspflichtiger Beschäftigung, BeRepK-TeilnehmerInnen dagegen häufiger in Umschulung und geringfügiger Beschäftigung ($\chi^2=7,820$, $p=0,098$). Bei MZP3 waren diese Unterschiede noch deutlicher. ($\chi^2=12,229$, $p=0,032$).

Bei IS zeigten sich signifikante mittlere Korrelationen ($\rho=0,424-0,642$) zwischen allen MZP, nicht aber bei BeRepK.

Die individuelle Teilnahmedauer korrelierte in der Gesamtstichprobe signifikant positiv mit dem Rehabilitationserfolg bei MZP1 ($\rho=0,411$) sowie MZP3 ($\rho=0,357$).

Schlussfolgerungen

Hinsichtlich der Ausgangsfragestellung kann man feststellen:

1. Der Rehabilitationserfolg ist bei IS an MZP1 tendenziell größer,
2. der Integrationsanteil in versicherungspflichtige Beschäftigung ist bei IS an MZP2 und MZP3 deutlich höher und
3. die Stabilität des Rehabilitationserfolgs ist bei IS höher.

Eine Rolle beim geringeren Rehabilitationserfolg in BeRepK könnte die längere Dauer der Arbeitslosigkeit vor Maßnahmebeginn spielen. Andererseits ist das Durchschnittsalter, das ebenfalls ein relevanter Faktor beim Rehabilitationserfolg ist, bei IS deutlich höher. Der Zusammenhang zwischen individueller Teilnahmedauer und Rehabilitationserfolg in der Gesamtstichprobe verweist darauf, dass auch die kürzere Dauer der Maßnahme und ihrer Bestandteile verantwortlich für den geringeren Rehabilitationserfolg in BeRepK ist. In der Praxis hat sich v.a. die extrem kurze Praktikumsdauer bei BeRepK als problematisch erwiesen, da es für TeilnehmerInnen deutlich schwieriger ist, sich im Praktikumsbetrieb zu etablieren. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die generelle Verkürzung von Integrationsmaßnahmen eher negativ auf deren nachhaltigen Rehabilitationserfolg auswirken.

Literatur

- Eichert, H.C. (2012): Ambulante berufliche Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen. Die Rehabilitation, 51. 181-188.
- Eichert, H.C. (2013): Ambulante berufliche Rehabilitation psychisch kranker Menschen: Konzept, Teilnehmerstruktur und Rehabilitationserfolg eines beruflichen Integrationsseminars. DRV-Schriften, Bd 101. 284-286.

Teilnehmerbefragung nach beruflicher Bildung im Zeitverlauf

Zander, J., Lindow, B., Klosterhuis, H.

Bereich Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik,
Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Hintergrund und Fragestellung

Die Teilnehmerbefragung ist ein etabliertes Verfahren im Rahmen des Qualitätssicherungsprogramms der Rentenversicherung (RV) bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) (Lindow et al., 2011). Der 2004 in Zusammenarbeit auch mit anderen Reha-Trägern entwickelte Fragebogen wird in einer überarbeiteten Version seit 2009 eingesetzt (Thode et al., 2004; Mohnberg et al., 2009). Die Reha-Einrichtungen und die RV-Träger erhalten seit 2009 Auswertungen der Ergebnisse in Form von QS-Berichten (Zander et al., 2013). Die Reha-Einrichtungen erhalten damit die Möglichkeit, mit Hilfe der einrichtungsbezogenen Ergebnisse und vergleichenden Analysen Verbesserungspotenziale zu identifizieren und in ihrem internen Qualitätsmanagement zu nutzen. Mittlerweile liegen drei Versandzeitpunkte (2009, 2011 und 2013) vor. Ändert sich im Zeitverlauf die Zufriedenheit der Rehabilitanden mit den struktur-, prozess- und ergebnisorientierten Aspekten? Gibt es Unterschiede zwischen einzelnen Berufsförderungswerken (BFW)?

Methodik

Die Absolventen einer Bildungsleistung werden ein halbes Jahr nach Abschluss befragt. Sechs Wochen nach Versand erfolgt eine Erinnerung der Versicherten. Der seit dem Jahr 2006 eingesetzte Berliner Fragebogen dient der Erfassung der Zufriedenheit und der Reha-Ergebnisse. Der zehnsseitige Fragebogen ist für Rehabilitanden konzipiert, die eine Bildungsleistung (Aus- und Weiterbildung, Qualifizierung, Integrationsmaßnahme) erhalten. Er umfasst neun Themenbereiche, die sich in 31 Fragen und 98 Items gliedern. In die deskriptiven Auswertungen wurden die RV-Teilnehmer aller BFW sowie von fünf BFW einbezogen, die in den drei Zeiträumen den Fragebogen ausgefüllt haben: 07/2007-12/2008 (Bericht 2009-B1), 01/2009-12/2010 (Bericht 2011-B2), 01/2011-06/2012 (Bericht 2013-B3). Insgesamt konnten die Fragebögen von B1: alle BFW n=3.425; 5 BFW n=76-444, B2: alle BFW n=8.163; 5 BFW n=396-890 und B3: alle BFW n=7.267; 5 BFW n=340-721 Teilnehmern berücksichtigt werden.

Ergebnisse

Ein einrichtungsbezogener Vergleich über alle drei Versand-Zeiträume ist aufgrund der Fragebogenüberarbeitung nur bei einzelnen Fragenstellungen möglich. In einer Frage beispielsweise sollten die Teilnehmer eine zusammenfassende Beurteilung der beruflichen Rehabilitation geben. Hierbei nimmt der Anteil der unzufriedenen Teilnehmer in allen BFW im Bereich "Unterstützung durch die Reha-Einrichtung nach Reha-Maßnahme" ab. Auf Einrichtungsebene zeigen in diesem Bereich drei von fünf BFW die gleiche Entwicklung. Dieser Bereich wird von den Rehabilitanden generell eher schlecht bewertet. Die individuelle Förderung der Rehabilitanden sowie die verstärkte Ausrichtung auf die Wiedereingliederung als Ziel der Maßnahme haben die drei BFW den Teilnehmern über den Zeitverlauf deutlicher vermittelt. Höher dagegen wird der Anteil der unzufriedenen Teilnehmer in vier

von fünf BFW bezüglich des "Ergebnisses der beruflichen Reha insgesamt", über alle BFW gesehen gibt es nach einem sprunghaften Anstieg ein leichtes Absinken des Anteils unzufriedener Rehabilitanden. Eine bessere Vergleichbarkeit bieten ab dem Bericht 2011 die sogenannten zusammengefassten Skalen, bei denen mehrere thematisch zuordenbare Fragen in einen Zufriedenheitsindex gebündelt werden. Die Ergebnisse über alle BFW zeigen im Zeitverlauf keine Veränderung. Bei Betrachtung der 5 BFW zeigt sich eine hohe Einrichtungsvarianz, jedoch sind die Unterschiede der Zufriedenheitsindizes zwischen zwei Berichtszeiträumen nicht gravierend. Eine negative Entwicklung des Zufriedenheitsindex gibt es in vier von fünf BFW zum Thema "Bedeutung der Reha für die Arbeitsstelle". Verbesserungen auf den verbleibenden sechs Skalen bilden sich nur punktuell ab. Werden die Ergebnisse der BFW insgesamt miteinander verglichen, zeigen sich einrichtungsbezogen unterschiedliche Entwicklungen: Es gibt ein BFW, in welchem positive Veränderungen dominieren und gleichzeitig ein hoher Anteil der Rehabilitanden (82 %) erfolgreich ihre Reha-Leistung abschließen. Gleichzeitig gibt es eine Einrichtung mit durchgängigem Absinken der Zufriedenheit der Teilnehmer. Die Teilnehmermerkmale der BFW zeigen im Vergleich, dass das Durchschnittsalter der Teilnehmer gleich ist (43,2-43,8 Jahre), der Frauenanteil liegt beim BFW 4 bei 28 %, bei den restlichen BFW zwischen 33-36 %. Die größten Unterschiede gibt es in der Verteilung der drei Maßnahmearten, jedoch werden die Qualifizierungen in allen fünf Einrichtungen am wenigsten durchgeführt (1-18 %).

Schlussfolgerungen und Ausblick

Ein Vergleich der Teilnehmerbefragungsergebnisse über alle drei Berichtszeiträume ist aufgrund der Fragebogen-Entwicklung nur eingeschränkt möglich. Ab dem Bericht 2011 eignen sich die zusammengefassten Skalen für einrichtungsbezogene Vergleiche. So konnten die Ergebnisse der fünf BFW miteinander verglichen werden. Auch wenn die Ergebnisse aller BFW im Zeitverlauf keine Veränderung zeigen, gibt es doch deutliche Unterschiede auf Einrichtungsebene. Bei den ausgewählten BFW gibt es allgemein keine deutlichen Verbesserungen der Ergebnisse im Zeitverlauf, vereinzelt jedoch positive Entwicklungen. Wünschenswert wäre beispielsweise ein Qualitätsdialog der BFW untereinander, um dem Prinzip "Lernen vom Besten" gerecht zu werden. Hierzu müssten einzelne Prozessabläufe von BFW mit guten und schlechten Ergebnissen verglichen werden, um Verbesserungspotenziale aufdecken und bearbeiten zu können. Die einrichtungsbezogenen Auswertungen der Teilnehmerbefragung liefern sowohl den beruflichen Bildungseinrichtungen als auch den RV-Trägern wertvolle Informationen für ihr internes Qualitätsmanagement, Strategiegespräche etc.

Literatur

- Lindow, B., Radoschewski, M., Lay, W., Mohnberg, I., Zander, J. (2011): Qualitätssicherung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – bewährte Instrumente und neue Fragestellungen. RVaktuell, Jg. 58, H.5/6. 166-172.
- Mohnberg, I., Radoschewski, F.M., Erbstößer, S. (2009): "Was ich sonst noch sagen wollte!" – Eine Auswertung von Freitextangaben einer Befragung nach beruflicher Rehabilitation. DRV-Schriften, Bd 83. 222-224.
- Thode, N., Klosterhuis, H., Hansmeier, T. (2004): Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – wie urteilen die Rehabilitanden? DAngVers, Jg. 51, H. 10. 462-471.

Zander, J., Kehl, P., Rister-Mende, S., Lindow, B. (2013): Reha-Träger fragen – Rehabilitanden antworten: teilnehmerzentrierte Qualitätsbewertung in der beruflichen Rehabilitation von DRV und DGUV. DRV-Schriften, Bd 101. 298-300.

Lebensqualität, Erwerbstätigkeit und körperliche Aktivität bei Menschen mit Sehschädigungen: Eine Befragung ehemaliger Rehabilitanden von Berufsförderungs- und Berufsbildungswerken

Schliermann, R., Heydenreich, P., Scheuer, T., Anneken, V.

Forschungsinstitut für Inklusion durch Bewegung und Sport (FIBS) gGmbH, Frechen

Einleitung

Es ist belegt, dass die subjektive Lebensqualität (LQ) wesentlich von einer als befriedigend wahrgenommenen Erwerbstätigkeit abhängt (Angermeyer et al., 2000). Gleichzeitig setzt eine Erwerbstätigkeit adäquate Ressourcen und Kompetenzen seitens der potenziell im Erwerbsleben Stehenden im Sinne der sog. individuellen Beschäftigungsfähigkeit (Brussig, Walter, 2010) voraus. Es hat sich gezeigt, dass körperliche Aktivität und Sport positive Wirkungen auf genannte Aspekte haben kann (Schliermann et al., 2013). In Bezug auf Personen mit Sehschädigungen im erwerbsfähigen Alter liegen bisher im deutschsprachigen Raum keine Studien vor, die sich mit körperlicher Aktivität, Sport und Lebensqualität beschäftigen. Eine Vielzahl von Studien ist ophthalmologisch ausgerichtet und konzentriert sich auf ältere und nicht mehr erwerbstätige Personen. Hier wird deutlich, dass diese Personengruppe im Regelfall eine schlechtere sehbezogene Lebensqualität aufweist (Yusawa et al., 2013). Die nachfolgende Studie verfolgt deshalb das Ziel, für den deutschsprachigen Raum repräsentative Daten zu körperlicher Aktivität, Sport und Lebensqualität bei Personen im erwerbsfähigen Alter zu analysieren. Das vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) geförderte Projekt soll mittelfristig zur Optimierung des beruflichen Rehabilitationsprozesses beitragen.

Methode

Es wurde eine Online-Befragung bei 277 Personen (38 % weiblich) mit Sehschädigungen durchgeführt, die ehemals Teilnehmer der Berufsförderungswerke (BFWs) Düren, Mainz und Halle (Saale) sowie des Berufsbildungswerks Stuttgart (BBW) waren. Das Durchschnittsalter beträgt 40.05 Jahre (SD=10.71). Somit handelt es sich um Personen, die prinzipiell erwerbstätig sein können. Der verwendete standardisierte Fragebogen umfasste Angaben zur Sehbeeinträchtigung, Freizeit- und Sportverhalten, biografische Daten sowie zur subjektiven LQ. Letztgenannter Schwerpunkt wurde durch den WHOQOL-BREF-Kurzfragebogen der WHO (Angermeyer et al., 2000) operationalisiert. Er gilt als reliables und valides Instrument und ist weltweit verbreitet.

Ergebnisse

Von den Befragten weisen 69 % eine Sehschädigung mit einem Visus ≤ 30 % auf, was der Definition von Sehbeeinträchtigung und Blindheit der WHO entspricht. Bei etwa einem Drittel der Respondenten handelt es sich um eine angeborene Visusminderung. Hinsichtlich der

körperlichen Aktivität betätigen sich 70 % eher aktiv in ihrer Freizeit (exklusive Sportaktivitäten), während sich 49 % als sportlich aktiv beschreiben. Bei 56 % der Studienteilnehmer liegt bei einem BMI von $>25 \text{ kg/m}^2$ Übergewicht bzw. Adipositas vor. 60 % geben an, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen.

Bezogen auf eine Normgruppe Normsehender weisen die Befragten in allen vier Dimensionen sowie der Globalbewertung der LQ geringere Mittelwerte und somit eine geringere LQ auf. Die MANOVAs (AV: 4 Dimensionen WHOQOL-BREF) erbringen bezüglich Geschlecht und Visus keine signifikanten Unterschiede in der LQ. Bei der Sportaktivität zeigen sportlich Aktivere in der Globalbewertung der LQ univariat höhere Werte als sportlich eher Inaktive ($p=.018$; $\eta^2=.020$), nicht jedoch in multivariater Hinsicht (vier Dimensionen). Deutlichere Befunde ergeben sich für Freizeitaktivität (FA) und Erwerbstätigkeit (ET). Jeweils sind signifikante multivariate Differenzen (FA: $p=.000$, $\eta^2=.164$; ET: $p=.001$, $\eta^2=.085$) zu konstatieren, die sich univariat in allen vier LQ-Dimensionen sowie der Globalbewertung widerspiegeln (s. Abb. 1).

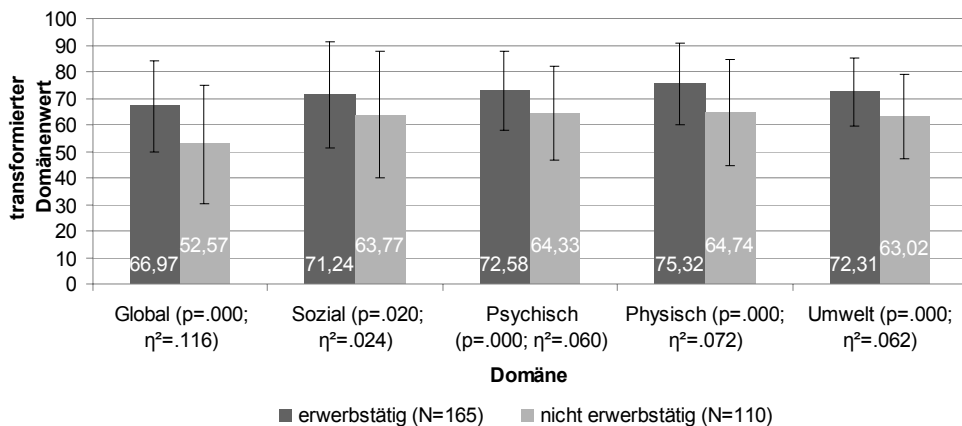


Abb. 1: Mittelwerte der Lebensqualität erwerbstätiger und nicht erwerbstätiger Menschen mit Sehschädigungen

Diskussion und Schlussfolgerung

Die Ergebnisse bestätigen die Befunde bei älteren und nicht mehr im Erwerbsleben stehenden Menschen, wonach sie im Vergleich mit Normsehenden niedrigere LQ-Werte aufweisen. Offenbar trifft dies nicht nur für sehspezifische sehbezogene Facetten zu, sondern auch für weniger spezifische in der Operationalisierung mittels WHOQOL-BREF (Physische LQ; Psychische LQ; Soziale Beziehungen; Umwelt; Globalwert). Dass eine Erwerbstätigkeit die LQ wesentlich zu beeinflussen scheint, zeigen die erhaltenen Ergebnisse. Nichterwerbstätige zeigen in allen Dimensionen sowie der Globalbewertung eine niedrigere LQ als im Arbeitsleben stehende Personen. Insofern ist es auch unter gesundheitsbezogenem Aspekt bedeutsam, die individuelle Beschäftigungsfähigkeit zu fördern und somit eine Erwerbstätigkeit anzubahnen. Es hat sich gezeigt, dass eine allgemeine körperlich aktive Freizeitgestaltung auf alle Facetten der LQ positiv wirkt und spezifischeres Sportverhalten zumindest auf die Globalbewertung positiv wirkt. Demnach scheint es sinnvoll, Strategien der aktiven Frei-

zeitgestaltung auch in beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen gezielt zu nutzen. Die Rolle spezifischer Sportangebote in diesem Kontext ist noch genauer zu untersuchen.

Literatur

- Angermeyer, M.C., Kilian, R., Matschinger, H. (2000): WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität. Göttingen: Hogrefe.
- Brussig, M., Walter, T. (2010): Die Veränderung individueller Beschäftigungsfähigkeit durch arbeitsmarktpolitische Intervention. Eine empirische Analyse für ALG II-Beziehende. Sozialer Fortschritt, 10-11. 279-289.
- Schliermann, R., Anneken, V., Abel, T., Scheuer, T., Froböse, I. (2013): Sport von Menschen mit Behinderungen. Grundlagen, Zielgruppen, Anwendungsfelder. München: Urban & Fischer, Elsevier.
- Yuzawa, M., Fujita, K., Tanaka, E., Wang, E.C.Y. (2013): Assessing quality of life in the treatment of patients with age-related macular degeneration: clinical research findings and recommendations for clinical practice. Clinical Ophthalmology, 7. 1325-1332.

Bedarf und Inanspruchnahmeverhalten von Stufenweiser Wiedereingliederung nach Medizinischer Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung

Bürger, W. (1), Streibelt, M. (2)

(1) fbg – Forschung und Beratung im Gesundheitswesen, Karlsruhe,
(2) Abteilung Rehabilitation, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Hintergrund

Stufenweise Wiedereingliederungen (STW) gewinnen für die Gesetzliche Rentenversicherung immer mehr an Bedeutung. Seit der gesetzlich fixierten Zuständigkeit 2004 steigen die Fallzahlen, die durchschnittliche Dauer und die Fallkosten pro Tag deutlich an. Alleine in den Jahren von 2007 bis 2012 ist nahezu eine Verdoppelung der STW-Fallzahlen auf 30.000 Fälle zu beobachten, zeitgleich sind die mittlere Dauer von STW um 10 % (45.8 auf 50.4 Tage) und die durchschnittlichen Übergangsgeldzahlungen pro Tag um 17 % gestiegen. So wendete die DRV Bund im Jahre 2012 etwa 75 Mio. € für STW-Übergangsgeldzahlungen auf.

STW sind zwar insgesamt erfolgreich, dies gilt aber vor allem für Versicherte im Alter unter 55 Jahren, mit langen Fehlzeiten von mehr als 3 Monaten bzw. hohem Risiko für eine nicht erfolgreiche Wiedereingliederung (Bürger et al., 2011; Bürger, Streibelt, 2011). Allerdings ist die Evidenz methodisch eingeschränkt.

Angesichts der Bedeutung von Empfehlungen zur STW fördert die DRV Bund derzeit eine umfangreiche prospektive Studie mit dem Ziel, verlässliche Informationen über geeignete Zielgruppen und differentielle Effekte hinsichtlich der Wiedereingliederungsquoten für eine STW zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung zu erhalten.

Fragestellung

Es wird der Frage nachgegangen, wie hoch der Bedarf für STW anhand verschiedener Kriterien ist und wie dieser mit den tatsächlichen Inanspruchnahemequoten korrespondiert.

Methodik

In einer repräsentativen Querschnittsbefragung wurden 34.406 berufstätige Versicherte der DRV Bund im Alter bis maximal 59 Jahre mit einem standardisierten Erhebungsinstrument vor Antritt ihrer medizinischen Rehabilitation befragt, die eine medizinische Rehabilitation (normales Heilverfahren) in den Indikationsbereichen Psychosomatik, Kardiologie, Orthopädie, Neurologie oder Onkologie bewilligt bekamen.

An standardisierten Erhebungsinstrumenten wird u. a. das Screening-Instrument SIBAR eingesetzt, das ab einem cut-off-Wert von 8 als Indikator für eine bedeutsam erhöhte Frühberentungswahrscheinlichkeit gilt (Bürger, Deck, 2009). Die Indikation zu einer Stufenweisen Wiedereingliederung aus der Perspektive der Versicherten wurde mithilfe von Fragen

nach dem Zutrauen zur Rückkehr an den Arbeitsplatz nach Abschluss der Rehabilitation erfasst (Bürger, Streibelt, 2013). Dabei wird berechnet, ob das Angebot einer stufenweisen Wiedereingliederung die subjektive Wiedereingliederungsprognose verbessern könnte.

Ergebnisse

Die Rücklaufquote betrug 47.6 %. In die vorliegenden Auswertungen wurden 15.541 Versicherte, von denen auch Angaben aus dem Reha-Entlassbericht vorlagen, eingeschlossen.

32.8 % der Gesamtstichprobe erfüllten die formalen Zugangsvoraussetzungen für eine STW (arbeitsunfähig, aber für die letzte Tätigkeit mindestens 3-stündig belastbar entlassen).

9.3 % der Versicherten der Gesamtstichprobe führten eine STW durch. Die Inanspruchnahmequote für eine STW lag bei Versicherten mit Vorliegen der formalen Zugangsvoraussetzungen bei 28.1 %.

Betrachtet man ausschließlich die Versicherten, die die formalen Zugangsvoraussetzungen für eine STW erfüllten, weisen 80.7 % Fehlzeiten von mehr als 12 Wochen im Jahr vor der Rehabilitation auf. 38.3 % hatten zusätzlich einen SIBAR-Wert von mindestens 8 Punkten. 28.4 % erfüllten das Kriterium der subjektiven STW-Indikation, d. h. sie meinten vor Beginn der medizinischen Rehabilitation, dass sich ihre subjektive Erwerbsprognose durch die Möglichkeit einer STW verbessern würde.

In der Gesamtstichprobe korrelierte die Inanspruchnahme einer STW vor allem mit der Erfüllung der formalen Zugangsvoraussetzungen ($r=.43$, $p<.01$), gefolgt vom AU-Kriterium ($r=.29$, $p<.01$), kaum dagegen mit dem SIBAR-Kriterium der erhöhten Frühberentungswahrscheinlichkeit oder der subjektiven Indikation für eine STW.

Diskussion und Schlussfolgerung

Die Bedarfsschätzungen ergaben auf der Basis der verschiedenen Kriterien unterschiedliche Quoten an Versicherten, für die eine STW indiziert wäre. Derzeit sagt neben den formalen Zugangsvoraussetzungen noch am ehesten das Vorliegen längerer Fehlzeiten vorher, ob ein Versicherter eine STW durchführt. Andere potentielle Bedarfskriterien wie subjektive Einschätzungen der Versicherten im Sinne einer verbesserten Wiedereingliederungsprognose bei Durchführung einer STW oder ein erhöhtes Frühberentungsrisiko lt. SIBAR sind demgegenüber in ihrer Bedeutung für den Zugang zu einer STW deutlich nachgelagert.

Auch wenn die Erfüllung der formalen Zugangsvoraussetzungen und des Kriteriums längerer Fehlzeiten eigentlich als Basisvoraussetzungen für die Empfehlung einer STW gelten könnten, werden diese bei der Einleitung einer STW offenbar nicht regelhaft beachtet. Zusätzliche ggf. sinnvolle Indikationskriterien werden bislang kaum berücksichtigt.

Im Rahmen der hier vorgestellten prospektiven Studie sind zukünftig Ergebnisse zu erwarten, welche Zugangskriterien sich als Indikationskriterien im Sinne der Verbesserung der Wiedereingliederungswahrscheinlichkeit am besten eignen.

Literatur

Bürger, W., Deck, R. (2009): SIBAR – ein kurzes Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation. Die Rehabilitation, 48. 211-221.

- Bürger, W., Glaser-Möller, N., Kulick, B., Pallenberg, C., Stapel, M. (2011): Stufenweise Wiedereingliederung zulasten der gesetzlichen Rentenversicherung – Ergebnisse umfassender Routinedatenanalysen und Teilnehmerbefragungen. *Die Rehabilitation*, 50. 74-85.
- Bürger, W., Streibelt, M. (2011): Wer profitiert von Stufenweiser Wiedereingliederung in Trägerschaft der gesetzlichen Rentenversicherung? *Die Rehabilitation*, 50. 178-185.
- Bürger, W., Streibelt, M. (2013): Wiedereingliederungsperspektiven und "subjektive Indikation" zur Stufenweisen Wiedereingliederung bei Reha-Antragstellern der Deutschen Rentenversicherung vor Beginn der Medizinischen Rehabilitation. *DRV-Schriften*, Bd 101. 69-72.

Mittel- und langfristige Prognose des Verbleibs im Erwerbsleben nach medizinischer Rehabilitation

Holstiege, J. (1), Kaluscha, R. (1), Krischak, G. (1,2)

- (1) Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm, Bad Buchau,
(2) Federseeklinik, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Bad Buchau

Hintergrund

Die berufliche Wiedereingliederung nach abgeschlossener medizinischer Rehabilitation (Return to Work, RTW) ist eines der wesentlichen Ziele von Rehabilitationsmaßnahmen. Für die Messung einer erfolgreichen Wiedereingliederung gibt es verschiedene Möglichkeiten, z. B. die Erhebung des sozialversicherungspflichtigen Einkommens, die Erhebung des Erwerbsstatus zu einem bestimmten Zeitpunkt oder Zählung der Beitragsmonate aus Erwerbstätigkeit in einem bestimmten Zeitraum (Bestmann, Zollmann, 2011; Grünbeck, Klosterhuis, 2006; Oster et al., 2009). Unklar ist, ob die Bewertung einer Rehabilitation von der gewählten Methodik zur Erhebung der Zielgröße (Operationalisierung) abhängt, und welche der genannten Erfassungsmethoden hierbei ggf. bevorzugt werden soll.

Untersucht wurden daher drei unterschiedliche Operationalisierungen des mittelfristigen RTW und deren Vorhersagekraft für den langfristigen Verbleib im Erwerbsleben.

Methodik

Datenbasis war das Scientific Use File (SUF) "Abgeschlossene Rehabilitation im Versicherungsverlauf 2002 – 2009" (SUF RSDLV09B) des Forschungsdatenzentrums der Rentenversicherung. In die Analysen gingen Rehabilitanden bis zum Alter von 59 Jahren mit Erkrankungen des Bewegungsapparates (ICD-10-Kapitel M), des Herz-Kreislaufsystems (ICD-10-Kapitel I) und der Psyche (ICD-10-Kapitel F) ohne Suchterkrankungen ein, die im Zeitraum 2002-2005 eine stationäre medizinische Rehabilitation durchliefen. Für diese Gruppe konnte der Erwerbsstatus über mindestens vier Jahre nachbeobachtet werden. Rehabilitanden galten als noch bzw. wieder erwerbstätig, wenn sie im Zeitraum von 24 Monaten nach Maßnahme mindestens einen Monat (RTW1) bzw. sechs Monate (RTW2) versicherungspflichtig beschäftigt waren. Als dritte Variante (RTW3) wurde der Erwerbsstatus im Monat 24 nach Maßnahme gewählt. Anhand separater logistischer Regressionsanalysen pro Indikations-

gruppe wurde der Vorhersagewert der drei alternativen RTW-Definitionen für den Erwerbstatus im vierten Jahr nach der Rehabilitation modelliert.

Ergebnisse

Analysiert wurden die Daten von 340.031 Rehabilitanden. In allen Indikationsgruppen lieferte das RTW3-Kriterium die besten Vorhersagen (Orthopädie: 86 %; Psychosomatik: 85 %; Herzkreislauf: 88 % korrekt, vgl. c-Werte in Tab. 1). Im Vergleich zu den beiden anderen Definitionen RTW1 bzw. 2 wies die Option RTW3 eine leicht reduzierte Sensitivität bei deutlich erhöhter Spezifität auf. Diese Rangfolge nach Vorhersagekraft war unabhängig von der Definition von Erwerbstätigkeit im vierten Jahr (mindestens einen oder zehn Beschäftigungsmonate) sowie von den in der multivariaten Analyse berücksichtigten weiteren Einflussgrößen wie z. B. Alter, Geschlecht oder Arbeitsunfähigkeitszeiten vor der Maßnahme. Für 181.867 Rehabilitanden war außerdem der Erwerbsstatus sechs Jahre nach Maßnahme verfügbar. Auch für diesen wies das RTW3-Kriterium die beste Vorhersagekraft auf. Zwei Drittel aller untersuchten Fälle litten an Erkrankungen des Bewegungsapparates. In dieser Indikationsgruppe lag der Anteil der beruflich wiedereingegliederten Personen mit 60,6 % (RTW3) bis 76,4 % (RTW1) bei allen RTW-Definitionen am höchsten (vgl. Tab. 1).

Indikationsgruppe	N	RTW1		RTW2		RTW3	
		% erwerbstätig	C-Wert	% erwerbstätig	C-Wert	% erwerbstätig	C-Wert
Orthopädie	225.917	76,4	0,78	68,7	0,82	60,6	0,86
Psychosomatik	65.558	66,9	0,79	58,0	0,81	51,2	0,85
Herzkreislauf	48.556	68,9	0,78	59,2	0,83	51,8	0,88

Tab. 1: Prozentuale Anteile anhand alternativer RTW-Definitionen und c-Werte für die Prognose mindestens eines Beschäftigungsmonats im vierten Jahr

Diskussion

Der Anteil als erwerbstätig klassifizierter Rehabilitanden hängt von der gewählten Operationalisierung ab. Dies ist v. a. beim Vergleich von Ergebnissen unterschiedlicher Studien zu beachten, wenn der Erwerbsstatus dort auf unterschiedliche Weise erhoben wurde. Das RTW3-Kriterium (Erwerbsstatus im Monat 24) ermöglicht indikationsübergreifend eine gute Vorhersage des langfristigen Verbleibs im Erwerbsleben. Zudem kann die Erfassung dieser Zielgröße im Gegensatz zu langfristigen Nachbeobachtungen mit verhältnismäßig geringem Aufwand durchgeführt werden (z. B. in Form von postalischen oder telefonischen Befragung). Grundlegend sollten Operationalisierungen der beruflichen Wiedereingliederung Aussagen über die Nachhaltigkeit der Rehabilitationserfolge ermöglichen.

Literatur

- Bestmann, A., Zollmann, P. (2011): Operationalisierung des Ergebnisses von beruflichen Bildungsmaßnahmen – Potenzial der Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung. DRV-Schriften, Bd 93. 225-227.
- 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.

Oster, J., Müller, G., von Wietersheim, J. (2009): "Wer profitiert?" – Patientenmerkmale als Erfolgsprädiktoren in der psychosomatischen Rehabilitation. Die Rehabilitation, 48/2. 95-102. DOI: 10.1055/s-0029-1214411.

Wegweiser Arbeitsfähigkeit: Ein neues webbasiertes Informationsangebot für Ärzte und Patienten

Drambyan, Y., Mau, W.

Institut für Rehabilitationsmedizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle/Saale

Hintergrund

Die mit chronischen Erkrankungen wie der rheumatoiden Arthritis (RA) einhergehenden Einschränkungen der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit haben weitreichende Folgen für das private und berufliche Leben des Einzelnen sowie für die Gesellschaft, was in den damit verbundenen erheblichen indirekten Krankheitskosten deutlich wird (Robert Koch-Institut, 2009). Auch vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels u. a. infolge des demografischen Wandels müssen deshalb geeignete Interventionen bei allen beteiligten Akteuren, nicht zuletzt bei den Betroffenen, zunehmend Beachtung finden. In diesem Zusammenhang ist von Interesse, dass Patienten in wachsendem Maße von internetbasierten Informationsangeboten profitieren (Richter et al., 2009; Young et al., 2002).

Mit der Zielstellung die in den Versorgungsprozess involvierten und wegweisenden Personen sowie Patienten über entsprechende medizinische und nicht-medizinische Unterstützungsmaßnahmen zu informieren, wurde ein gemeinsames Webangebot entwickelt. Durch die Vermittlung praxisrelevanter Informationen zum Erhalt bzw. zur Wiederherstellung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit (z. B. Anpassungen von Arbeitszeit, -platz, -aufgaben) sollen die Möglichkeiten zur gleichberechtigten Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit gesundheitsbezogenen beruflichen Problemen nachhaltig verbessert werden.

Methodik

Das Webangebot www.wegweiser-arbeitsfaehigkeit.de wurde auf Basis der in einem Vorprojekt erarbeiteten Handlungsanleitung "Gesundheit fördern – Arbeitsfähigkeit erhalten" entwickelt, die in folgenden drei Fassungen vorliegt: Für Haus- und Fachärzte/medizinisches Fachpersonal, für Betriebsärzte und für Patienten (Drambyan, Mau, 2013).

Um Zugangswege zur Webseite und Anzahl der Downloads zu erfassen, Querschnittsbeobachtungen durchzuführen und Trendverschiebungen zu beobachten, wurde eine Analyse-Software (Piwik) implementiert. Parallel dazu wurden über einen Zeitraum von drei Monaten mittels individualisierten Online-Fragebögen Akzeptanz und "Webnutzungsgewohnheiten" der Rezipienten erhoben. Um die Teilnahme an der Online-Befragung zu initiieren, erfolgte unmittelbar nach Freischaltung der Webseite die postalische Versendung gedruckter Handlungsanleitungen (insgesamt 1.800 Broschüren) an die oben genannten Zielgruppen in mehreren Modellregionen. Der Versand wurde von den beteiligten Kooperationspartnern des Projektes – der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e. V., dem Verband Deutscher

Betriebs- und Werksärzte e. V. sowie der Selbsthilfeorganisation Deutsche Rheuma-Liga e. V. – unterstützt.

Ergebnisse

Das webbasierte praxisorientierte Informationsangebot zur Unterstützung von Aktivitäten für den Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit umfasst bei jeder Nutzergruppe folgende Menüpunkte in unterschiedlicher Gewichtung: "Nicht-medizinisches Vorgehen", "Medizinische Leistungen", "Sozialmedizinische Rahmenbedingungen" sowie "Arbeitsfähigkeit bei RA". Die Darstellung der aufgeführten Informationen erfolgte trägerübergreifend unter dem Gesichtspunkt der möglichst frühzeitigen Unterstützung von Patienten mit krankheitsbedingten beruflichen Problemen.

Zur Sicherung der Nutzbarkeit für alle Akteure lag ein besonderes Augenmerk auf einer barrierearmen, übersichtlichen Gestaltung der Webseite. Dies umfasste u. a. die Bereitstellung von Navigationshilfen und ausgewählten Arbeitsmitteln zum Direkt-Download (z. B. Checklisten, Patienten-Kurzfragebogen) sowie die Verankerung weiterführender Links auf relevante externe Webseiten (zu Leistungsträgern, Selbsthilfeangeboten, Fachgesellschaften usw.).

Die mittels Analysesoftware erhobenen Daten zeigen deutschlandweit einen regen Zugriff auf das Internetangebot mit Häufungen in den Modellregionen. Überdies wird ein Zuwachs der Zugriffsraten im Zusammenhang mit verschiedenen Publikationsaktivitäten der Kooperationspartner (Pressemitteilungen, Ärztefortbildungen, Facebook-Einträge usw.) deutlich. Die Zugriffsdaten zeigen, dass die bereitgestellten Arbeitsmaterialien von den verschiedenen Nutzergruppen heruntergeladen und externe Verlinkungen z. B. zu Antragspaketen der Deutschen Rentenversicherung intensiv genutzt werden.

Aus der Online-Umfrage ($N_{\text{gesamt}}=125$), geht hervor, dass sowohl Patienten als auch Ärzte die Usability der Webseite (Optik, Inhalt, Gliederung, Ladezeiten usw.) insgesamt gut bewerten. Unterschiede zeigen sich zwischen den Gruppen bzgl. ihrer Webnutzungsgewohnheiten in Hinblick auf die Zeit, die sie wöchentlich im Internet verbringen. Ferner weisen die Daten darauf hin, dass die verschiedenen Adressaten unterschiedliche Medien bevorzugen, um sich über medizinisch-arbeitsbezogene Themen zu informieren. Aus den eingehenden Nutzerangaben und Anregungen der Online-Befragung wurden Optimierungspotentiale für die Webseitengestaltung abgeleitet und fortlaufend umgesetzt.

Schlussfolgerung und Ausblick

Das erstellte Webangebot wird sowohl von Ärzten mit unterschiedlicher Spezialisierung als auch von den Patienten intensiv genutzt und als eine sinnvolle Ergänzung zu bestehenden Informationsmöglichkeiten eingeschätzt. Die auf der Webseite zusammengetragenen Informationen sollen auf verschiedenen Wegen v. a. die Aktivierung und das Selbstmanagement der Betroffenen verbessern. Zur Etablierung und weiteren (indikationsübergreifenden) Verbreitung sowie fortlaufenden Pflege des Webangebotes bedarf es einer intensiven Netzwerkarbeit über das Projektende hinaus. Perspektivisch soll die Vermittlung medizinisch-arbeitsbezogener Themen an primär betreuende Ärzte sowie weitere beratende Berufsgruppen durch praxisbezogene Fortbildungsmodulen gestützt werden.

Förderung: Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e. V.

Literatur

- Drambyan, Y., Mau, W. (2013): Gesundheit fördern – Arbeitsfähigkeit erhalten: Wegweiser und Checkliste. URL: http://www.wegweiser-arbeitsfaehigkeit.de/ww/images/Aerzte_Handlungsanleitung.pdf. Abruf: 01.11.2013.
- Richter, J.G., Becker, A., Koch, T., Nixdorf, M., Schacher, B., Monser, R., Specker, C., Alten, R., Schneider, M. (2009): Internet use in rheumatology outpatients in 2006: gender less important. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 27. 15-21.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2009): Krankheitskosten. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 48. Berlin: RKI.
- Young, S.P., Henderson, E., Cheseldine, D.L., Wilson, A.S., Skan, J., Heaton, S., Bowman, S.J., Situnayake, D., Bacon, P.A., Southwood, T.R., Gordon, C. (2002): Development and assessment of a World Wide Web site for systemic lupus erythematosus patient information. *Lupus*, 11. 478-484.

Das Verhältnis von Gesundheit und Arbeitsmarktstatus bei Wiedereingliederung von Rehabilitanden der Bundesagentur für Arbeit

Reims, N. , Bauer, U.

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Nürnberg

Hintergrund und Zweck

Gesellschaftliche Teilhabe wird unter anderem maßgeblich durch die Teilhabe am Arbeitsleben ermöglicht. Beschäftigung bietet neben monetären Aspekten verschiedene psychosoziale Vorteile, wie ein berufsspezifisches Netzwerk, soziale Anerkennung, etc. (Jahoda, 1982). Arbeit kann sich demnach positiv auf Gesundheit und Psyche auswirken, kann aber auch, bedingt durch z. B. Stress, eine Verschlechterung der Gesundheit mit sich bringen. Beide Einflussrichtungen sind denkbar - auch in Kombination. In verschiedenen Studien wurde bereits die Prävalenz fördernder und benachteiligender Einflüsse von Arbeit und Arbeitslosigkeit auf die gesundheitliche Befindlichkeit bestätigt (Elkeles, Seifert, 1993; Paul, Moser, 2001).

Der vorliegende Beitrag untersucht nun erstmals den Zusammenhang zwischen Erwerbsstatus und Gesundheit in Bezug auf die Personengruppe der beruflichen Rehabilitanden in Wiedereingliederung im Förderbereich der Bundesagentur für Arbeit (BA). Diese Personen können bedingt durch gesundheitliche Einschränkungen ihre berufliche Tätigkeit nicht mehr ausführen und erhalten unterschiedlichste Förderungen, um erneut im Rahmen einer anderen oder angepassten Tätigkeit am Arbeitsleben teilnehmen zu können. Es soll untersucht werden, ob und inwiefern der Erwerbsstatus nach Ende der Rehabilitation Einfluss auf die gesundheitliche Befindlichkeit hat.

Daten und Methodik

Der Zusammenhang zwischen Arbeit(-slosigkeit) und Gesundheit wird auf Basis eines Panelsurveys des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) untersucht. Die Befragung wurde 2007 initiiert und 2008 und 2010 in zwei weiteren Wellen fortgesetzt. Die Stich-

probe wurde aus allen Abgängern aus durch die BA finanzierten Maßnahmen in 2006 gezogen, die eine Anerkennung als beruflicher Rehabilitand aufweisen. Der Datensatz enthält Informationen über soziodemographische Merkmale, Art und Zeitpunkt der Behinderung(en), verschiedene Merkmale zum Wohlbefinden (subjektive Gesundheit, SF-12 Skala etc.) sowie Näheres zur Erwerbsbiographie vor und nach der beruflichen Rehabilitation.

Von den 2.096 befragten Personen in Wiedereingliederung wurden für das Analysesample lediglich Personen untersucht, die an allen drei Wellen teilgenommen haben und die in den zentralen Untersuchungsvariablen, der SF-12 Summenwerte zur Messung physischer und psychischer Gesundheit, vollständige Informationen aufweisen (857 Personen).

Die Möglichkeiten der Panelanalyse werden von den Autorinnen als besonders geeignet angesehen, um den Anteil an unbeobachteter Heterogenität, zumindest hinsichtlich zeitkonstanter unbeobachteter Merkmale, auszuschließen und einer kausalen Betrachtung der Beziehung von Gesundheit und Erwerbsstatus möglichst nahe zu kommen (Brüderl, 2010).

Um sowohl für unbeobachtete wie auch beobachtete zeitkonstante Variablen statistisch kontrollieren zu können, werden drei verschiedene Fixed-Effects Modelle geschätzt, die den Erwerbsstatus – und weitere unabhängige Variablen – zur physischen (Modell 1), psychischen Gesundheit (Modell II) und zur Allgemeinbefindlichkeit (Modell III) in Beziehung setzen.

Ergebnisse und Diskussion

Unsere Ergebnisse zeigen, dass die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit die subjektiv empfundene Gesundheit bei Rehabilitanden der Wiedereingliederung nur hinsichtlich der Allgemeinbefindlichkeit verbessert; ein statistisch signifikanter positiver Effekt auf die physische bzw. psychische Gesundheit lässt sich nicht aufrechterhalten.

Neben dem Erwerbsstatus wurde auch das Ausmaß beruflicher Einschränkung aufgenommen, was teils hoch signifikante, stark positive Effekte für die einzelnen Gesundheitsmessungen zeigt. So verbessert sich die Bewertung der körperlichen Gesundheit vergleichsweise stark bei Personen, bei denen nur geringe berufliche Einschränkungen durch die Behinderung vorliegen. In Interaktion mit dem Erwerbsstatus führt ein Wechsel von Nicht-Erwerbstätigkeit in Erwerbstätigkeit bei gleichzeitig starken beruflichen Einschränkungen zu einer statistisch signifikanten Verschlechterung der Allgemeinbefindlichkeit. Eine Verbesserung wird dann erreicht, sind die beruflichen Einschränkungen bei Ausübung einer Beschäftigung nur gering.

Daraus resultiert, dass die Arbeitsmarktintegration der Allgemeingesundheit von Personen in Wiedereingliederung zwar zuträglich ist. Allerdings ist die Möglichkeit, diese Tätigkeit uneingeschränkt auszuführen, ebenso zentral. Die Passgenauigkeit der Erwerbstätigkeit im Hinblick auf die Behinderung muss deshalb im Vermittlungsprozess der beruflichen Rehabilitation besonders betont werden.

Literatur

Brüderl, J. (2010): Kausalanalyse mit Paneldaten. In: Christof, W., Henning, B. (Hrsg): Handbuch der sozialwissenschaftlichen Datenanalyse. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften. 963-994.

- Elkeles, T., Seifert, W. (1993): Arbeitslose und ihre Gesundheit – Langzeitanalysen für die Bundesrepublik Deutschland. *Sozial- und Präventivmedizin*, 38/2. 148-155.
- Jahoda, M. (1982): *Employment and unemployment: a social-psychological analysis*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Paul, K., Moser, K. (2001): Negatives psychisches Befinden als Wirkung und als Ursache von Arbeitslosigkeit. In: Zempel, J., Bacher, J., Moser, K. (Hrsg.): *Erwerbslosigkeit: Ursachen, Auswirkungen und Interventionen*. Opladen, Leske & Budrich. 83-110.

Berufliche Wiedereingliederung von Arbeitnehmern bei Krankheit oder Behinderung: Erfahrungen aus den Niederlanden – Ein Modell für Deutschland?

Reese, C. (1), Mittag, O. (1), Weel, A. (2), De Boer, W. (3)

(1) Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg,

(2) Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde,

(3) Academy of Swiss Insurance Medicine

Hintergrund und Fragestellung

In Deutschland erfolgt mehr als jeder fünfte Zugang zur Versichertenrente aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit (Deutsche Rentenversicherung, 2013). Das Problem, dass ein hoher Anteil von Menschen im erwerbsfähigen Alter Leistungen wegen Erwerbsminderung bezieht, besteht auch in vielen anderen Ländern und stellt eine große soziale und arbeitsmarktpolitische Herausforderung für politische Entscheidungsträger dar (OECD, 2010). In den Niederlanden hat eine Reihe von grundlegenden gesetzlichen Reformen zwischen 1994 und 2006 zu einer deutlichen Senkung der bis dahin hohen Zahl der Leistungsfälle wegen Erwerbsminderung geführt: Die Zugänge zu Erwerbsminderungsleistungen wurden im Zeitraum von 1999 bis 2010 um 60 Prozent reduziert (Van Sonsbeek, Gradus, 2011).

Es stellt sich die Frage, ob sich aus dem niederländischen System der beruflichen Wiedereingliederung von Arbeitnehmern bei Krankheit oder Behinderung konkrete Anregungen für das deutsche System ableiten lassen, die dazu beitragen könnten, vorzeitige Berentungen wegen Erwerbsminderung zu verhindern und Menschen im Erwerbsleben zu halten (vgl. auch Reese, Mittag, 2013).

Methode

Anhand von Experteninterviews und dem Studium der einschlägigen Literatur wurde eine Übersicht zentraler Aspekte des niederländischen Systems der beruflichen Wiedereingliederung von erwerbsgeminderten Menschen erstellt. Hieraus wurden konkrete Anregungen für das deutsche System der beruflichen Wiedereingliederung von Menschen mit länger andauernder Erkrankung oder Behinderung abgeleitet.

Ergebnisse

Folgende Aspekte, die für das niederländische System charakteristisch sind, können als Anregungen für das deutsche System aufgegriffen werden: (a) Früh beginnendes, strukturiertes Vorgehen mit definierten "Meilensteinen" bei den Bemühungen um berufliche Wieder-

eingliederung. In den Niederlanden sind Arbeitgeber und Arbeitnehmer seit 2002 durch das "Gatekeeper"-Gesetz (Wet verbetering poortwachter) zu strukturierten, früh einsetzenden Reintegrationsmaßnahmen im Krankheitsfall verpflichtet. Ziel des Gesetzes ist es, die Verantwortung von Arbeitgebern und Arbeitnehmern für den Reintegrationsprozess zu erhöhen. (b) Nachhaltige (finanzielle) Anreize für Arbeitgeber und Arbeitnehmer für die berufliche Wiedereingliederung. Seit 2004 sind Arbeitgeber in den Niederlanden im Krankheitsfall zu einer Lohnfortzahlung von 104 Wochen verpflichtet (Wet verlenging loondoorbetalingsverplichting bij ziekte; WVLBZ). Nicht ausreichende Bemühungen der Arbeitgeber oder Arbeitnehmer bezüglich der beruflichen Wiedereingliederung können (finanziell) sanktioniert werden. (c) Führende Rolle der Arbeitsmedizin im Krankschreibungs- und Reintegrationsprozess. Zu den Aufgaben der arbeitsmedizinischen Dienste (arbodienste) gehören die Feststellung von Arbeits(un)fähigkeit (die "Krankschreibung" erfolgt in den Niederlanden durch den Arbeitsmediziner und nicht durch den Hausarzt) sowie die Planung und Begleitung der beruflichen Wiedereingliederung zusammen mit dem Betrieb und dem Arbeitnehmer. (d) Trägerübergreifende Steuerung des Prozesses der beruflichen Wiedereingliederung. In den Niederlanden wird nach spätestens acht Wochen Krankheit (meist durch den Betrieb) ein Fallbegleiter (casemanager) eingesetzt, der als aktiver Mittler zwischen Arbeitgeber, arbeitsmedizinischem Dienst und Arbeitnehmer den Prozess der beruflichen Wiedereingliederung begleitet, unterstützt und evaluiert.

Evidenz für die Effektivität verschiedener Maßnahmen, die in den Niederlanden regelhaft zur Förderung der beruflichen Wiedereingliederung durchgeführt werden (v. a. früher Beginn der Reintegrationsbemühungen, zeitlich festgelegtes und strukturiertes Vorgehen, multidisziplinäre und aktivierende Interventionen), findet sich in einer aktuellen systematischen Übersichtsarbeit internationaler Studien (Hoefsmit et al., 2012).

Diskussion

Zwar lassen sich soziale Reformen, die in einem Land erfolgreich waren, nicht ohne weiteres auf andere Länder mit anderen Kulturen und Sozialsystemen übertragen. Trotzdem könnten die oben aufgeführten Aspekte des niederländischen Systems durchaus Anregungen für Reformen in Deutschland liefern, durch die konkrete, auf den Einzelfall bezogene Lösungen zur beruflichen Wiedereingliederung gefördert und unterstützt werden. Entsprechende Reformen sollten mit einer aussagekräftigen Evaluation verbunden sein, um die Wirkungen (und Nebenwirkungen) der Maßnahmen zeitnah abschätzen zu können.

Förderung: Hans-Böckler-Stiftung

Literatur

Deutsche Rentenversicherung (2013): Rentenversicherung in Zahlen 2013. Berlin: Deutsche Rentenversicherung.

Hoefsmit, N., Houkes, I., Nijhuis, F.J.N. (2012): Intervention characteristics that facilitate return to work after sickness absence: a systematic literature review. *Journal of occupational rehabilitation*, 22 (4). 462-477.

OECD (2010): *Sickness, disability and work: Breaking the barriers. A synthesis of findings across OECD countries*. Paris: OECD Publishing.

Reese, C., Mittag, O. (2013): Wiedereingliederung und soziale Sicherung bei Erwerbsminderung. Vergleichsstudie für die EU-Länder Niederlande und Deutschland. Sozialrecht und Praxis, 6. 343-359.

Van Sonsbeek, J.-M., Gradus, R. (2011): Estimating the effects of recent disability reforms in the Netherlands. Rotterdam: Tinbergen-Institut.

Arbeitsunfähig zu Reha-Beginn – Und dann?

Lühr, T. (1), Gerdes, N. (1,2), Kull, V. (1)

(1) RehaKlinikum Bad Säckingen, (2) Hochrhein-Institut, RehaKlinikum Bad Säckingen

Hintergrund

Patienten, die – häufig aus einer längeren AU-Zeit heraus – arbeitsunfähig zur Rehabilitation kommen, stellen für die Kliniken insofern ein besonderes Problem dar, als Ärzte und Therapeuten sich einerseits der Erwartungen der Kostenträger bewusst sind, die Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen, andererseits aber die klinische Erfahrung besagt, dass dies in vielen Fällen nicht gelingt. Auf diesem Hintergrund stellen sich u. a. folgende Fragen: Ist die klinische Erfahrung möglicherweise durch selektive Wahrnehmung bedingt oder entspricht sie den Tatsachen? Gibt es – bezogen auf die arbeitsunfähig angereisten Patienten – systematische Unterschiede zwischen den arbeitsunfähig entlassenen und den arbeitsfähig bzw. zur stufenweisen Wiedereingliederung entlassenen Patienten? Sind solche Unterschiede bereits im Eingangsprofil der Patienten erkennbar? Kann die Entlassungsform mit hinreichender Treffsicherheit aus Parametern prognostiziert werden, die bereits zu Reha-Beginn erhoben werden können?

Methodik

Um diese Fragen beantworten zu können, haben wir alle Patienten unserer Klinik aus dem 1. Quartal 2013 in eine Pilotstudie einbezogen. Datengrundlage waren die Entlassungsberichte und die Daten aus dem Fragebogen "Indikatoren des Reha-Status (IRES)", der im RehaKlinikum seit ca. 5 Jahren routinemäßig zu Beginn und am Ende der Reha-Maßnahme erhoben wird. Der Fragebogen wurde in Anlehnung an die ICF entwickelt und erfasst mit 144 Items die vier Dimensionen des somatischen, funktionalen und psychosozialen Status sowie des Gesundheitsverhaltens (Bührlen et al., 2005). In unserer Klinik wird der IRES zur Unterstützung der Eingangsdiagnostik und zu einem Monitoring der Ergebnisqualität eingesetzt. Einer der Vorteile des Instruments ist die Verfügbarkeit einer bevölkerungsrepräsentativen Normstichprobe, die benutzt wird, um die Skalenwerte der Patienten schweregradmäßig interpretieren zu können.

Für die Pilotstudie wurden drei Vergleichsgruppen gebildet: Die erste Gruppe "AF-AF" bestand aus den Patienten, die arbeitsfähig (AF) zur Rehabilitation gekommen sind und sie auch arbeitsfähig beendet haben. Der zweiten Gruppe "AU-AU" wurden die Patienten zugeordnet, die bei Aufnahme und Entlassung arbeitsfähig (AU) waren, und die dritte Gruppe "AU-AF/SWE" bestand aus den Patienten, die bei Aufnahme ebenfalls AU waren, jedoch AF oder zur stufenweisen Wiedereingliederung (SWE) entlassen wurden. Diese drei Gruppen wurden im Hinblick auf die Eingangsbelastungen im IRES sowie die bei Reha-Ende erzielten Veränderungen miteinander verglichen.

Ergebnisse

Der Gruppe "AF-AF" wurden ca. 55 % der Rehabilitanden zugeordnet. Von den 45 %, die AU zur Rehabilitation gekommen waren, wurde gut die Hälfte auch AU entlassen, während ca. 40 % zur SWE und knapp 10 % AF entlassen wurden. Diese beiden letzten Gruppen wurden für die folgenden Analysen zusammengefasst. Die Eingangsbelastungen waren bei den AU angereisten Rehabilitanden auf den meisten Parametern hochsignifikant stärker ausgeprägt als bei denen, die zu Beginn AF waren. Die stärksten Unterschiede zeigten sich bei den Arbeitsunfähigkeitstagen in den vergangenen 12 Monaten, die in der AU-Gruppe vier Mal so hoch ausfiel wie in der AF-Gruppe, sowie bei der Funktionsfähigkeit im Alltag bzw. im Beruf. Die signifikant niedrigere Eingangsbelastung in der AF-Gruppe bedeutet allerdings nicht, dass diese Patienten zu Reha-Beginn wenig belastet gewesen wären: Auch in dieser Gruppe lag der IRES-Summenscore bei ca. 70 % im extrem auffälligen Bereich unterhalb des 10. Perzentils in der Normstichprobe (in der AU-Gruppe traf dies auf 85 % zu).

Bei den Vergleichen zwischen den beiden AU-Gruppen ("AU-AU" vs. "AU-AF/SWE") zeigten sich sowohl im Hinblick auf die Eingangsbelastung als auch hinsichtlich der zu Reha-Ende registrierten Effekte hochsignifikante Unterschiede: Die Eingangsbelastung war auf allen untersuchten Parametern in der "AU-AU" Gruppe deutlich höher ausgeprägt als in der "AU-AF/SWE" Gruppe. Die Effektstärken des Unterschieds lagen beim IRES-Summenscore, der Schmerzskala, dem somatischen Befinden sowie der Funktionsfähigkeit im Alltag bzw. im Beruf fast im Bereich "starker" Unterschiede.

Hinsichtlich der zu Reha-Ende registrierten Veränderungen zeigten sich auch in der "AU-AU" Gruppe bei den meisten Parametern Verbesserungen mit Effektstärken, die als "mittlere" Effekte zu interpretieren sind. In der "AU-AF/SWE" Gruppe sind die Verbesserungen mit Effektstärken von 0,61 (Mobilität) bis 0,93 (Summenscore, somatisches Befinden, psychisches Befinden) noch einmal deutlich höher ausgefallen.

Mittels einer multivariaten Diskriminanzanalyse wurde versucht, die Zugehörigkeit zu einer der beiden AU-Gruppen mittels der Eingangsbelastungen vorherzusagen. Zwar wurden 72 % der Fälle richtig klassifiziert (79 % AU-AU; 66 % AU-AF/SWE); dieser Prozentsatz ist aber nicht ausreichend, um irgendwelche klinischen Konsequenzen aus einer solchen Prognose ableiten zu können.

Diskussion

Von den AU angereisten Patienten wurde etwa die Hälfte auch AU entlassen; sie waren zu Beginn im Durchschnitt deutlich stärker belastet und während der Reha-Maßnahme weniger erfolgreich als die Patienten, die AF oder zur stufenweisen Wiedereingliederung entlassen werden konnten. Insofern findet die Entlassungsform der AU angereisten Rehabilitanden eine rationale Erklärung in den Eingangsbelastungen und den erzielten Effekten der Patienten.

Literatur

Bührlen, B., Gerdes, N., Jäckel, W.H. (2005): Entwicklung und psychometrische Testung eines Patientenfragebogens für die medizinische Rehabilitation (IRES-3). Die Rehabilitation, 44. 63-74.

Expectation of sickness absence duration: A review of European and North American guidelines

Mousavi, S.M., De Boer, W., Kunz, R.

Swiss Academy of Insurance Medicine, University Hospital Basel

Background and goals

Sickness absence refers to a decision by a worker who for physical, psychological, social, administrative, or cultural reasons does not return to work. Sickness absence is a major concern of health care systems and economies. Both insurers and certifying professionals express the need for evidence-based guidelines on duration of sickness absence. We carried out a review on existing guidelines to understand their methodology through exploring statements on expected sickness absence duration and their evidence.

Methods

We used a convenient sample of recommendations from a previous project supplemented by material from personal contacts within the EUMASS (European Union of Medicine in Assurance and Social Security). We studied the methodology as published or, if this was lacking, we interviewed a person who was responsible for the guideline. We compared statements and evidence among guidelines.

Results

We identified 8 guidelines, 5 from private sources (4 USA, 1 Netherlands) and 3 from social insurance institutions (France, Spain, Sweden).

Statements

All guidelines made statements about expected sickness absence duration according to diagnosis and type of work (Table 1). Expected sickness absence duration was expressed as mean or optimum in guidelines without definition. US guidelines stratified duration of sickness absence by job class (sedentary/light, medium, heavy, and very heavy). European guidelines added further categories such as specification of work requirement per disease (Sweden), sector (profit, education, civil service, health care Netherlands), or 17 pre-defined job groups (Spain). All but one (France) guidelines used either ICD-9 or ICD-10 to specify disease.

Evidence

All guidelines reported the use of registered data and scientific literature about sickness absence to produce statements. Type and source of primary data varied considerably: MD Guidelines used data from health insurances, companies, and surveys among different countries, while ODG used a series of data from different sources only in the USA. The AMA guides used the data of MD Guidelines, and ACOEM used ODG's data. The data of MD Guidelines and/or ODG were implemented in Swedish and French guidelines, while the Dutch guideline was based on a national monitor. Spain used the data of the National Institute of Social Security. How the data from different sources were merged to present the statements was not defined. Almost all guidelines reported the use of a literature review without specifying how this was done or how it was integrated in the statements. All but the

Spanish guideline unclearly referred to literature review and consensus as a tool to establish the expectation of sickness absence duration.

Discussion

Guidelines state the duration of sickness absence in different and unclear manners. The heterogeneous sources of the data, the lack of information on how these data were analyzed, how the scientific literature entered the process and how statements came about raise doubts about the credibility of the statements of sickness absence. The available information does not allow us to determine to what extent these statements are evidence-based.

Conclusion

The current guidelines on sickness absence duration made different and undefined statements based on indistinct evidence. Hence, whether their results are representative to the population at risk or can be used by clinicians and insurers remain unanswered.

Guidelines	Disease reported as ICD-codes	Measures to report sickness absence duration	Job class/Work requirement
AMA guides USA	4-digit ICD-9	Min., Max., Optimum (no definition for optimum)	Sedentary / Light / Medium / Heavy / Very Heavy
MD Guidelines USA	4-digit ICD-9	Min., Max., Optimum (no definition for optimum)	Sedentary / Light / Medium / Heavy / Very Heavy
ODG USA	3-digit ICD-9	Range or Point	Clerical/modified work Manual work, stress test negative Heavy manual work, stress test negative Heavy manual work, failed stress test
ACOEM USA	3-digit ICD-9	Range or Point	Clerical/modified work Manual work, stress test negative Heavy manual work, stress test negative Heavy manual work, failed stress test
France	Not-defined	Median	Sedentary work / Light physical work / Moderate physical work / Heavy physical work
Sweden	ICD-10	Max.	Work requirements by disease (For example mentally- or physically-demanding works for acute myocardial infarction or physically-easy and -heavy work for low back pain)
The Netherlands	ICD-10	Short (≤ 7 days) Medium (8-42 days) Long (43-91 days) Extended (≥ 92 days)	Profit sector Education Civil service Health care
Spain	3- and 4-digit ICD-9	Optimal (Time Optimal = Standard time for sickness absence \times Occupational-correction factor \times Age-correction factor)	17 classes (For example: Directors and managers, Skilled construction workers, Unskilled services, Military occupations)

Table 1: Variables used to stratify expected sickness absence duration: ICD-codes, sickness absence duration, job class/ work requirements

Organisationale Gerechtigkeit, berufliche Gratifikationskrisen und Arbeitsfähigkeit: Eine Mediatoranalyse

Spanier, K. (1), Radoschewski, F.M. (2), Gutenbrunner, C. (1), Bethge, M. (1)

(1) Klinik für Rehabilitationsmedizin, Medizinische Hochschule Hannover,

(2) Institut für Medizinische Soziologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund

Die demographischen Entwicklungen und die Verlängerung der Lebensarbeitszeit steigern das Interesse an effektiven und präventiven Unternehmensstrategien, um arbeitsbezogene Gesundheit und Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten nachhaltig zu erhalten. Zugleich ist auch die gesundheitsbezogene Relevanz gerechter und fairer Arbeit stärker in den Fokus epidemiologischer Forschung gerückt (Ndjaboue et al., 2012). Als wesentliche Bestandteile von Gerechtigkeit am Arbeitsplatz werden vor allem distributive (DG), prozessuale (PG) und relationale Gerechtigkeit (RG) genannt. Die bekannteste Operationalisierung distributiver Gerechtigkeit ist das von Siegrist vorgeschlagene Modell beruflicher Gratifikationskrisen (Siegrist et al., 2004). Diese finden ihren Ausdruck in einem ungünstigen Verhältnis von Verausgabung und erhaltener Belohnung (effort-reward ratio, ER ratio). PG und RG werden in der Forschung unter dem Begriff organisationaler Gerechtigkeit (OG) zusammengefasst. Dabei bezieht sich PG auf die Existenz und konsistente Anwendung formaler, ethischer und transparenter Richtlinien. RG wiederum beschreibt inwieweit Beschäftigte durch ihre Vorgesetzten fair und respektvoll behandelt werden (Moorman, 1991). Zur Erfassung von PG und RG hat Moorman den Organisational Justice Questionnaire (OJQ) entwickelt.

Unsere Studie untersuchte a) die faktorielle Validität der deutschen Version des von uns übersetzten OJQ, b) direkte Zusammenhänge von OG und subjektiver Arbeitsfähigkeit und c) indirekte über berufliche Gratifikationskrisen vermittelte Zusammenhänge von OG und subjektiver Arbeitsfähigkeit.

Methoden

Für die Analysen wurden Querschnittsdaten aus dem zweiten Sozialmedizinischen Panel für Erwerbspersonen herangezogen. Die Skalen PG und RG des OJQ (Moorman, 1991) wurden ins Deutsche übersetzt. Das ER ratio wurde mit dem 16-Item Fragebogen zur Erfassung beruflicher Gratifikationskrisen erfasst (Siegrist et al., 2004). Subjektive Arbeitsfähigkeit wurde mit dem Work Ability Score (WAS) erhoben und als abhängige Variable definiert. Konfirmatorische Faktorenanalysen (KFA) wurden zur Testung der faktoriellen Validität des OJQ berechnet (Byrne, 2010). Die Zusammenhänge von OG, ER ratio und WAS wurden pfadanalytisch geprüft.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 2301 Personen angeschrieben (Rücklauf: 71,1 %). Für die Analysen wurden mindestens halbtags Beschäftigte ohne vorherigen Rentenbezug eingeschlossen ($n = 1.180$; 47,3 % Frauen; mittleres Alter: 50,9 Jahre, $SD = 4,0$). Die antizipierte 2-Faktoren-Struktur des OJQ wurde bestätigt. ($CFI = 0,967$; $TLI = 0,958$; $RMSEA = 0,077$; $\chi^2/df = 483,650/61 = 7,929$; $p < 0,001$). PG und RG wurden vergleichbar stark durch das latente Konstrukt OG erklärt ($\lambda = 0,90$ bzw. $\lambda = 0,78$). Auf Itemebene wurden hohe bis sehr

hohe Ladungen für die Dimensionen PG ($\lambda = 0,70$ bis $\lambda = 0,90$) und RG ($\lambda = 0,65$ bis $\lambda = 0,92$) ermittelt. Im Pfadmodell wurde die Arbeitsfähigkeit direkt durch OG ($\beta = 0,30$; 95 % KI: 0,23 bis 0,37) und das ER ratio ($\beta = -0,27$; 95 % KI: -0,34 bis -0,20) erklärt. OG zeigte zudem einen direkten negativen Einfluss auf das ER ratio ($\beta = -0,52$; 95 % KI: -0,60 bis -0,47). Darüber hinaus konnte ein indirekter Effekt OG ($\beta = 0,14$; 95 % KI: 0,10 bis 0,18) auf die Arbeitsfähigkeit, vermittelt über das ER ratio, identifiziert werden. Der totale Effekt von OG auf den WAS betrug $\beta = 0,44$. Nach Adjustierung für soziodemographische Variablen blieben diese Effekte nahezu unverändert. Insgesamt konnten 25,4 % der Varianz des WAS erklärt werden.

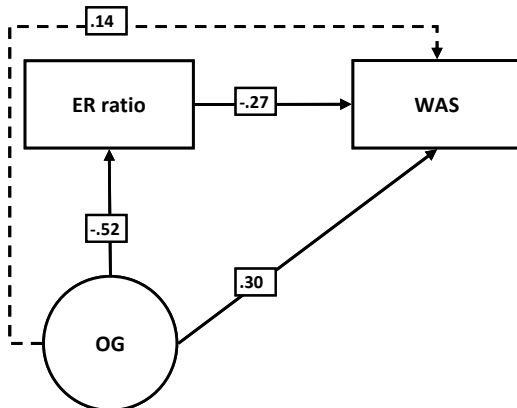


Abb. 1: Direkte und indirekte Effekte organisationaler Gerechtigkeit auf die Arbeitsfähigkeit

Diskussion

Die Studie konnte zeigen, dass OG im Arbeitskontext sowohl direkt als auch indirekt über das Verhältnis von Verausgabung und Belohnung vermittelt auf die Arbeitsfähigkeit einer Person wirkt. Bei der Untersuchung eingeschränkter Arbeitsfähigkeit ist es somit nicht nur bedeutsam, OG und berufliche Gratifikationskrisen als komplementäre Risikofaktoren zu berücksichtigen, sondern auch deren Wirkbeziehungen zueinander. Die hier dargestellten Ergebnisse bedürfen der Überprüfung im Längsschnitt, um die antizipierten kausalen Zusammenhänge zu bestätigen.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Ndjaboue, R., Brisson, C., Vezina, M. (2012): Organisational justice and mental health: a systematic review of prospective studies. *Occupational Environmental Medicine*, 69. 694-700.
- Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I., Peter, R. (2004): The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science and Medicine*, 58.1483-1499.
- Moorman, R.H. (1991): Relationship between organizational justice and organizational citizen behaviour: Do fairness perceptions influence employee citizenship? *Journal of Applied Psychology*, 76. 845-855.
- Byrne, B.B. (2010): *Structural Equation Modeling with AMOS: basic concepts, applications, and programming (2nd Edition)*. New York: Routledge.

Search for work: Hochqualifizierte Menschen mit Behinderung als Verlierer auf dem Arbeitsmarkt? Teilhabebarrieren und Handlungsbedarfe

Bauer, J., Niehaus, M.

Lehrstuhl für Arbeit und berufliche Rehabilitation, Universität zu Köln

Hintergrund

Artikel 27 der UN-BRK fordert die gleichberechtigte Teilhabe am Erwerbsleben für Menschen mit Behinderung auf einem offenen, integrativen und zugänglichen Arbeitsmarkt. Dies betrifft sowohl die Rückkehr zur Arbeit als auch den ersten Einstieg ins Erwerbsleben. Mit der Rückkehr ins Erwerbsleben haben sich bereits einige Studien z. B. verschiedener Bildungsträger beschäftigt (Streibelt, Egner, 2013). Zum ersten Übergang insbesondere für die Zielgruppe hochqualifizierter Menschen mit Behinderung fehlen jedoch systematische Informationen. Bestehende Projekte sind entweder reine Praxisprojekte, regional begrenzt oder beziehen sich auf niedrigqualifizierte Menschen mit Behinderung. An dieser Forschungslücke setzt das vorliegende von "Aktion Mensch" geförderte Pilotprojekt an, das die Situation hochqualifizierter Menschen mit Behinderung am Übergang ins Erwerbsleben explorativ analysiert: Wie gelingt die Inklusion auf dem ersten Arbeitsmarkt? Welche Barrieren ergeben sich aus Sicht unterschiedlicher AkteurInnen? Wie können diese überwunden werden?

Fragestellung und Methodik

Zur Beantwortung dieser Fragen werden im Sinne der Teilhabeforschung unterschiedliche Informationsquellen integriert: Öffentliche Daten und Statistiken liefern einen ersten Überblick über die Situation in Deutschland. Die Ergebnisse einer Zukunftswerkstatt (N = 20) und von Online-Interviews (N = 74) mit relevanten AkteurInnen ergänzen diese Informationen um Erfahrungen und Einschätzungen von ExpertInnen in eigener Sache. Die Zukunftswerkstatt und die Experteninterviews haben zudem aktivierenden und handlungsorientierten Charakter.

Ergebnisse

Ein relevanter Anteil von ca. sieben Prozent der Studierenden in Deutschland hat eine studienerschwerende Beeinträchtigung (Middendorf et al., 2013). Dieser sehr heterogenen Gruppe widmet sich die Studie "beeinträchtigt studieren" (Unger et al., 2012). Studierende mit primär psychischen Beeinträchtigungen bilden die größte Subgruppe der Befragten (44,5 %) gefolgt von Studierenden mit körperlichen chronischen Erkrankungen (19,5 %) und Mehrfachbeeinträchtigung (9,8 %). Die Beeinträchtigungen sind bei 94 % der Befragten nicht auf den ersten Blick wahrnehmbar.

Aus Arbeitslosendaten der Bundesagentur für Arbeit geht hervor, dass während AkademikerInnen in Deutschland insgesamt vom wirtschaftlichen Aufschwung profitiert haben, unter den schwerbehinderten AkademikerInnen die Arbeitslosigkeit zwischen 2009 und 2012 sogar angestiegen ist. Oder anders formuliert: Obwohl allgemein hohe Bildung als bester Schutz vor Arbeitslosigkeit gilt (Weber, Weber, 2013), scheint dies für schwerbehinderte Menschen nicht unbedingt der Fall zu sein.

Hinweise darauf, welche Barrieren hier eine Rolle spielen, geben die Ergebnisse von Zukunftswerkstatt und Experteninterviews. So werden am häufigsten psychologische Barrieren (Stigmatisierung, Vorurteile, Berührungängste, Leistungsdruck usw.) genannt. Hinzu kommen bürokratische Hürden, die insbesondere die Inklusionsmotivation auf Arbeitgeberseite beeinträchtigen, und Teilhabebarrrieren hinsichtlich der Möglichkeiten hochqualifizierter Menschen mit Behinderung ihr Qualifikationsprofil so zu gestalten, wie es Menschen ohne Behinderung möglich ist. Neben bestehenden Barrieren wird jedoch auch von einer Vielzahl sehr positiver Erfahrungen berichtet.

Diskussion/Schlussfolgerungen

Obwohl Deutschland bereits 2009 die UN-BRK unterzeichnet hat, ist die Forschungslage zu ihrer Umsetzung sehr dünn. Insbesondere hochqualifizierte Menschen mit Behinderung standen bislang nicht im Fokus öffentlicher Diskussionen oder systematischer Forschungsprojekte. Die vorliegende Pilotstudie zeigt, dass diese Personengruppe trotz ihrer hohen Qualifizierung nicht gleichberechtigt am Erwerbsleben teilhat. Hierbei spielen psychologische und bürokratische Barrieren, aber auch Hürden im gesamten Bildungssystem eine Rolle. Zum Abbau psychologischer Barrieren, der Verdeutlichung der Leistungsfähigkeit der Zielgruppe und der Förderung von Chancengerechtigkeit im Qualifikationsprozess sind systematisch evaluierte Praxisprojekte, wie das vom BMAS geförderte Projekt "PROMI – Promotion Inklusive" wichtige Bausteine. Dort werden in den Jahren 2013 bis 2018 an insgesamt 15 Hochschulen deutschlandweit 45 Promotionsstellen für schwerbehinderte AkademikerInnen geschaffen. Aber auch die Politik ist in der Verantwortung, die Gruppe hochqualifizierter Menschen mit Behinderung stärker in den Blick zu nehmen, ArbeitgeberInnen bei der Beschäftigung von Menschen mit Behinderung zu unterstützen und die Barrierefreiheit des gesamten Bildungssystems voranzutreiben.

Literatur

- Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (Hrsg.) (2010): Die UN-Behindertenrechtskonvention: Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung. URL: http://www.behindertenbeauftragter.de/Sharedocs/Publikationen/DE/Broschuere_UNKonvention_KK.pdf?__blob=publicationFile. Abruf: 04.11.2013.
- Middendorff, E., Apolinarski, B., Poskowsky, J., Kandulla, M., Netz, N. (2013): Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in Deutschland 2012: 20. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks durchgeführt durch das HIS-Institut für Hochschulforschung. Berlin, Bonn: Bundesministerium für Bildung und Forschung.
- Streibelt, M., Egner, U. (2013): Eine systematische Übersichtsarbeit zu den Einflussfaktoren auf die berufliche Wiedereingliederung nach beruflichen Bildungsleistungen. Die Rehabilitation, 52, 2. 111-118.
- Unger, M., Wejwar, P., Zaussinger, S., Laimer, A. (2012): Beeinträchtigt studieren: Datenerhebung zur Situation Studierender mit Behinderung und chronischer Krankheit 2011. Berlin: Deutsches Studentenwerk.
- Weber, B., Weber, E. (2013): Bildung ist der beste Schutz vor Arbeitslosigkeit (IAB-Kurzbericht Nr. 4/2013). Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung.

Betriebliches Eingliederungsmanagement und Betriebliches Gesundheitsmanagement – Chancen und Wechselwirkungen

Kohte, W.

Martin-Luther-Universität, Halle-Wittenberg

Das vor 10 Jahren etablierte Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) hat sich in der Mehrzahl der Großbetriebe, aber auch in einigen mittleren Betrieben inzwischen stabilisiert. In der gerichtlichen Praxis sind inzwischen auch Qualitätskriterien formuliert worden, wie das BEM erfolgreich durchzuführen ist (Kohte 2013 § 84 Rn 25 ff).

Parallel dazu hat in den letzten 10 Jahren auch die Verbreitung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) zumindest in größeren Unternehmen deutlich zugenommen. In einer aktuellen Entscheidung des OVG Berlin-Brandenburg (8.11.2012 – OVG 62 PV 2.12, bestätigt durch BVerwG 14.2.2013 – 6 PB 1/13, PersR 2013, 176) wird inzwischen das BGM definiert als systematische, zielorientierte und kontinuierliche Steuerung aller betrieblichen Prozesse, mit dem Ziel, Gesundheit, Leistung und Erfolg für die Beschäftigten und damit auch für den Betrieb zu erhalten und zu fördern. Dies ist eine hilfreiche Definition, da bisher die Begriffe BGF, BGM und Arbeitsschutz nicht selten unsystematisch und wenig trennscharf genutzt werden (Kiesche 2013, S. 18). Eine solche integrative Organisation wird in der gesundheitswissenschaftlichen Diskussion nachhaltig gefordert, weil nur so die betrieblichen Prozesse hinreichend aufeinander abgestimmt und entwickelt werden können (Blume 2010).

Gerade durch die nachhaltig wachsenden Aktivitäten der BEM ist eine Entwicklung gestärkt worden, die Aktivitäten und organisatorischen Maßnahmen von Arbeitsschutz und Betrieblicher Gesundheitsförderung auch organisatorisch aufeinander abzustimmen und in einer Dachorganisation, dem BGM zusammenzuführen. In der neueren Literatur wird in Übereinstimmung mit der aktuellen Judikatur das BGM als ein "Dach" verstanden, mit dem die verschiedenen Säulen des Arbeitsschutzes, des BEM und der BGF zusammengeführt und integriert werden (Oppolzer 2010, S. 22 ff). Zu den aktuellen Schlüsselfragen der Organisationswissenschaft gehört es, wie dem BGM eine hinreichend integrative Funktion zukommen kann.

Hier erweist sich ein funktionsfähiges BEM als ein Katalysator der Integration, denn das BEM ist nach beiden Seiten offen, entwicklungsfähig, aber auch entwicklungsbedürftig. Einerseits kann ein BEM nur dann nachhaltige Wirkungen erzielen, wenn seine Erfahrungen zur Verbesserung des betrieblichen Arbeitsschutzes, z. B. zur verbesserten Lastenhandhabung, genutzt werden. Andererseits geht es auch um die Motivierung der einzelnen Beschäftigten, die mit Hilfe des BEM rechtzeitig und zielgerichtet zur Teilnahme an Rehabilitationsmaßnahmen motiviert werden, die aus diesem Grund einen besseren Wirkungsgrad erzielen. Zum andern ermöglicht die Durchführung eines BEM nach einer Reha-Maßnahme eine verbesserte Nachsorge, so dass die Effektivität der Maßnahmen zunimmt. Die bisherigen

Studien – z. B. Niehaus (2008) S. 53 ff - belegen, dass in diesem Prozess den Betriebsärzten und ihrer Kooperation mit den Betriebs- und Personalräten eine Schlüsselrolle zukommt. Dieser Effekt wird verstärkt, wenn eine organisierte Kooperation zwischen Reha-Einrichtungen und Betriebsärzten aufgenommen und vertieft wird. Diese Kooperation bewährt sich vor allem bei der Gestaltung der stufenweisen Wiedereingliederung, die am besten gelingt, wenn die Beteiligten effektiv miteinander kommunizieren.

Diese verschiedenen Aktivitäten sind wiederum geeignet, die Verbindung zwischen den einzelnen Säulen des betrieblichen Gesundheitsschutzes und dem Dach zu verbessern, so dass die stufenweise Wiedereingliederung bereits vor der Durchführung der Reha-Maßnahme konzipiert werden kann. Mit diesem Know-how trägt das BEM zur Stabilisierung und Integration des BGM bei.

Literatur

Kiesche, E. (2013): Betriebliches Gesundheitsmanagement, Frankfurt a.M., Bund-Verlag.

Oppolzer, A. (2010): Gesundheitsmanagement im Betrieb, Hamburg, VSA.

Kohte, W. (2013): Betriebliches Eingliederungsmanagement. In: Kreikebohm, R., Spellbrink, W., Waltermann, R. (Hrsg.): Sozialrecht, 3. Auflage, München, Beck.

Niehaus, M. (2008): Studie zur Umsetzung des Betriebliches Eingliederungsmanagement nach § 84 Abs. 2 SGB IX, Berlin, BMAS.

Blume, A. (2010): Integration von BGM. In: Badura, B., Walter, U., Heilmann, T. (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitspolitik. Berlin, Springer. 273 ff.

Vernetzung von Arbeitswelt und Sozialversicherung in der Automobilindustrie

Hodek, L. (1), Niehaus, M. (1), Sinn-Behrendt, A. (2)

(1) Lehrstuhl Arbeit und berufliche Rehabilitation, Universität zu Köln,

(2) Institut für Arbeitswissenschaft, Technische Universität Darmstadt

Hintergrund

Der steigende Anteil älterer Beschäftigter in Unternehmen aufgrund des demografischen Wandels und der Anhebung des Rentenalters führt auch zu einer Veränderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit. Einerseits nimmt das Risiko einer Leistungsminderung mit dem Alter zu, andererseits können Belastungen aus dem Arbeitsumfeld die Entstehung von Erkrankungen begünstigen (BauA, 2011). Daneben weisen rund 30 Prozent der Rehabilitanden besondere berufliche Problemlagen auf (DRV, 2012).

Um Betroffene schnell wieder ins Arbeitsleben zurückzuführen ist eine professionsübergreifende Zusammenarbeit notwendig. Die sektorale Gliederung unseres Sozial- und Gesundheitssicherungssystems führt vielfach zu Schnittstellenproblemen (Ballüer et al. 2013). Für die Betroffenen ergeben sich bei der Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen zahlreiche Herausforderungen (Deck et al., 2012). Zudem fehlt im Rehabilitationsprozess teilweise noch der deutliche Bezug zur Arbeitswelt (Schott, 2011).

Ziel des vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales geförderten Projekts "Gesund und qualifiziert älter werden in der Automobilindustrie. Partizipation und Inklusion von Anfang an" (PINA), ist das Altersmanagement in dieser Schlüsselbranche weiterzuentwickeln. Neben innerbetrieblicher Vernetzung steht die Verzahnung mit den Sozialversicherungsträgern im Fokus. Dazu gilt es zu beantworten, welche Bedarfe, Möglichkeiten sowie Herausforderungen sich in der Zusammenarbeit zwischen Betrieben und Sozialversicherungsträgern hinsichtlich eines Gesamtansatzes einer arbeitsplatznahen Rehabilitation und Prävention ergeben.

Methode

Die Stuserhebung zur Vernetzung zwischen acht Unternehmen der Automobilindustrie und den Sozialversicherungsträgern erfolgte zum einen anhand strukturierter Interviews mit Akteuren aus unterschiedlichen Bereichen in den Unternehmen wie Personalwesen oder werksärztlicher Dienst. Zum andern wurde mittels einer schriftlichen Befragung die Güte der Zusammenarbeit, Optimierungs- und Ausweitungsmöglichkeiten der Kooperationen mit den Unternehmen sowie Maßnahmen bzw. Unterstützungsangebote in den Bereichen Rehabilitation und Prävention bei den verschiedenen für die Unternehmen zuständigen Sozialversicherungsträgern erhoben. Die Rücklaufquote lag bei 43 Prozent.

Ergebnisse

Der Umsetzungsgrad der Vernetzung und die Qualität der Zusammenarbeit unterscheiden sich in den Unternehmen und bei den Sozialversicherungsträgern deutlich und sind häufig personenabhängig. Gleichzeitig sehen alle Unternehmensvertreter Handlungsbedarf im Bereich der Schnittstelle zu externen Akteuren der Rehabilitation und Prävention.

Bei der Inanspruchnahme von Leistungen ergeben sich zahlreiche Herausforderungen, insbesondere im Bereich der Kommunikation und Information, wenn z. B. Ansprechpartner nicht bekannt sind und in der Folge die Antragsstellung zu lange dauert oder Unterstützung fehlt, was u. a. zu mangelnder Kooperation des Mitarbeiters führt.

Auf Seiten der Sozialversicherungsträger ist festzustellen, dass das Angebot zur Rehabilitation und Prävention teilweise noch keinen ausreichenden Bezug zur Arbeitswelt aufweist. Bei der Auswahl der Maßnahme spielen Unternehmenswünsche und Arbeitsplatzkenntnisse des Leistungserbringers eine eher untergeordnete Rolle. Gleichzeitig werden die Maßnahmen teilweise als eher wenig nachhaltig eingeschätzt – insbesondere bei fehlendem Arbeitsplatzbezug.

An der Schnittstelle Unternehmen und Reha-System besteht noch erheblicher Koordinations- und Unterstützungsbedarf. Die Untersuchung zeigt, dass der Austausch teilweise eher unregelmäßig und eher mit ausgewählten Unternehmensvertretern (Personalbereich, Schwerbehindertenvertretung, Werksärztlicher Dienst) abläuft – wobei die Zusammenarbeit unterschiedlich gut bewertet wird. Außerdem wurde deutlich, dass insbesondere die Rentenversicherungen in keinen betrieblichen Steuer- oder Arbeitskreisen vertreten sind, wodurch eine regelmäßige Kommunikation erschwert werden kann.

Es zeigen sich ferner Divergenzen bei der Bewertung der Herausforderungen und Schnittstellen auf Seiten der Sozialversicherungsträger und der Unternehmen, was auch zu unterschiedlichen Erwartungen und Zielsetzungen hinsichtlich einer Kooperation führen kann.

Diskussion

Die Erhebung hat gezeigt, dass die Potenziale einer Vernetzung zwar gesehen, jedoch noch zu wenig genutzt werden, da klare Vorgaben und Richtlinien für ein Kooperationsmanagement fehlen.

Hier gemeinsam praxisnahe Lösungsansätze zu entwickeln, ist Ziel des Projekts.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

Literatur

- Ballüer, K., Rohland, D., Seger, W., Egen, C., Tecklenburg, A., Gutenbrunner, C. (2013): Ein Weg aus dem Dickicht des Formularschungels bei der Einleitung von Anschlussrehabilitation bzw. Anschlussheilverfahren. In: Gesundheitswesen. URL: <https://www.thieme-connect.de/ejournals/html/10.1055/s-0033-1337995>, Abruf: 26.09.2013.
- BAuA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2011): Schwerpunkt: Demografischer Wandel. In: BAuA: Aktuell – Ausgabe 2/2011. Amtliche Mitteilungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Deck, R., Pohontsch, N., Schärer, M., Träder, J.-M. (2012): Optimierung der Zusammenarbeit von Reha-Kostenträgern, Reha-Einrichtungen und ambulanter Versorgung Projekt-Nr. 146. Abschlussbericht. Institut für Sozialmedizin: Lübeck. URL: [http://www.reha-ffr.de/internet/reha-vffr/vffrport.nsf/ispvwLaunchDoc/6D78FA1959B0359CC1257914003A91D8/\\$FILE/Projekt_Nr+146_vffr_Abschlussbericht.pdf](http://www.reha-ffr.de/internet/reha-vffr/vffrport.nsf/ispvwLaunchDoc/6D78FA1959B0359CC1257914003A91D8/$FILE/Projekt_Nr+146_vffr_Abschlussbericht.pdf), Abruf: 20.09.2013.
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (Hrsg.) (2012): Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation Bereich Reha-Wissenschaften. Deutsche Rentenversicherung. Berlin. URL: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/207024/publicationFile/50641/mbor_datei.pdf, Abruf 22.10.2013.
- Schott, T. (2011): Rehabilitation – was ist und was nötig ist. Public Health Forum, 19, 4. 2.e1-2.e4.

Erfahrungen mit einem betriebsnahen Präventionsprogramm der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz: Abschließende Ergebnisse aus dem Modellprojekt KompAS und Ausblick

Masius, U. (1), Mittag, O. (2), Kampling, H. (1), Weisenburger, R. (3), Jäckel, W.H. (2,4)

(1) Drei-Burgen-Klinik, Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz, Bad Münster am Stein-Ebernburg, (2) Institut für Qualitätsmanagement Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg, (3) Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz, Speyer, (4) Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung, Reha-Klinikum Bad Säckingen

Hintergrund

Betriebliche Gesundheitsförderung hat in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Im Bereich der Deutschen Rentenversicherung wurden verschiedene betriebsnahe Präventionsprogramme entwickelt und als Modellprojekte implementiert (vgl. Friemelt, Ritter, 2012). Die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz hat das Programm "Kombinierte Präventionsleistung für Arbeit mit Schichtanteilen (KompAS)" aufgelegt, das speziell den besonderen gesundheitlichen Gefährdungen durch Schichtarbeit vorbeugen soll. Die Maßnahme besteht aus einer 10-tägigen stationären Phase in einer Rehaklinik sowie einer anschließenden 8-wöchigen berufs begleitenden Phase in ambulanten Rehabilitationseinrichtungen und einem anschließenden Auffrischungstag. Im Rahmen der stationären Eingangsuntersuchung wird eine Basisdiagnostik mit umfassender Blutentnahme und Funktionsdiagnostik durchgeführt, fakultativ Langzeitmonitoring von Blutdruck und EKG, Lungenfunktion, Schlafapnoescreening und Oberbauchsonographie. Drei Großbetriebe aus der Region beteiligen sich an dem Modellversuch. Erste Ergebnisse zu Akzeptanz, Zufriedenheit und Wirksamkeit wurden bereits vorgestellt (Mittag et al., 2013). Inzwischen liegen weitere Evaluationsergebnisse vor, und es können Folgerungen für die Weiterentwicklung des Programms abgeleitet werden.

Methodik

Teilnehmer an dem Modellprojekt KompAS werden zwischen 11/2010 und 11/2013 zu fünf Messzeitpunkten schriftlich befragt (u. a. WAI, IRES). Außerdem wurden Telefoninterviews und Fokusgruppen mit Teilnehmern durchgeführt, und die beteiligten Betriebe wurden hinsichtlich ihrer Erfahrungen mit der Abwicklung des Programms befragt.

Ergebnisse

Bislang haben 118 Versicherte das Modellprojekt durchlaufen, vollständige Daten zum ersten Messzeitpunkt liegen von 80 Teilnehmern vor (68 %), von 72 Teilnehmern (68 Männer, 4 Frauen) Daten mindestens zu zwei Messzeitpunkten. Das Durchschnittsalter der Teilnehmer betrug 43 Jahre. Die mittlere Arbeitsfähigkeit (WAI) liegt gerade noch im mittleren Bereich. Am häufigsten werden muskulo-skeletale, Herz-Kreislaufkrankungen sowie psychische Probleme genannt. Im IRES zeigt sich eine hohe Belastung hinsichtlich des psychischen Befindens im Eingangsbefund. Die Zufriedenheit mit der stationären Maßnahme, und hier besonders mit der Bewegungstherapie, ist hoch. Informationen zu psycho-somatischen Beschwerden wurden als weniger hilfreich bewertet. 94 % der Teilnehmer geben an, die Maßnahme sei sehr oder vielleicht hilfreich für den Umgang mit Problemen, die aus der Schicht-

arbeit entstehen; dieser Wert sinkt nach Abschluss der ambulanten Phase auf 80 %. Weniger positiv wurden das dicht gedrängte Behandlungsprogramm und das fehlende Freizeitangebot in den Abendstunden bewertet. In den Freitextangaben wurde auch der Wunsch nach dem Einbezug der Familien am Wochenende formuliert. Als Problem erwies sich die schleppende Rekrutierung, die dazu führte, dass die angestrebte Teilnehmerzahl nicht erreicht wurde. Der Auffrischungstag im Anschluss an die ambulante Phase erwies sich als undurchführbar. Der Rücklauf der Fragebogen im Verlauf war mit ca. 30 % sehr gering.

Diskussion und Ausblick

Das Programm fand eine hohe Akzeptanz bei den Teilnehmern. Die gewünschte Zielgruppe wurde erreicht. Die oben genannten Probleme bestehen auch bei Programmen anderer Träger (vgl. Meffert et al., im Druck). Die Erfahrungen aus dem Modellprogramm führten zu Vorschlägen für die zukünftige Programmgestaltung: Die stationäre Phase soll zeitlich verkürzt und vorrangig für ein umfassendes Assessment sowie zur Motivationssteigerung der Teilnehmer genutzt werden. Weiterhin wird die Einführung eines Präventionsmanagers und die Einbeziehung innerbetrieblicher Maßnahmen zur Verhältnisprävention angestrebt. In KomPAS werden diese Änderungen ab 2014 bereits teilweise umgesetzt werden, und es sollen neue Betriebe eingeschlossen werden.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

Literatur

- Friemelt, G., Ritter, J. (2012): Welche Hilfen benötigen Betriebe und Unternehmen beim Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit ihrer Mitarbeiter – Was kann die Rentenversicherung tun? *Die Rehabilitation*, 51. 24-30.
- Meffert, C., Mittag, O., Jäckel, W.H. (im Druck): Betriebsnahe Präventionsprogramme der Deutschen Rentenversicherung. *Die Rehabilitation*.
- Mittag, O., Meffert, C., Keck, M., Jäckel, W.H. (2013): Betriebsnahe Präventionsprogramme der Deutschen Rentenversicherung: Erste Ergebnisse aus dem Modellprojekt KomPAS. *DRV-Schriften*, Bd 101. 315-316.

FRESH, ein Beitrag zum Erhalt der Gesundheit und der Erwerbsfähigkeit von Pflegenden – Ergebnisse der Evaluation

Thoma, J., Feuchtinger, J.
Universitätsklinikum Freiburg

Hintergrund

Das Präventionsprogramm FRESH, Freiburger Programm zu Erwerbsfähigkeitssicherung in der Pflege, wurde vom Universitätsklinikum Freiburg in Kooperation mit der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Bund entwickelt. Nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI kann die Rentenversicherung medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit (Präventionsleistungen) für Versicherte erbringen, die eine besonders gesundheitsgefährdende, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben (Richtlinien und Anwen-

dungsempfehlungen zu § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI). Pflegende sind zweifellos erhöhten psychischen und körperlichen Belastungen ausgesetzt.

FRESH ist ein passgenaues Präventionsprogramm für alle am Universitätsklinikum Freiburg beschäftigten Pflegenden. Deren Bedürfnisse wurden mittels Fokusgruppeninterviews in der Konzepterstellung erfasst und in die Planung einbezogen.

In Form einer Modell-Kooperation zwischen dem Universitätsklinikum Freiburg und der Deutschen Rentenversicherung Bund, (Reha-Zentrum Bad Dürkheim), kann in Nähe zum Wohnort ein Präventionsprogramm angeboten werden. Auf dem 22. Reha-Wissenschaftlichen Kolloquium 2012 wurde bereits darüber berichtet (Ritter, Leyhausen, 2012).

Das Präventionsprogramm wird in einer Gruppe von 12 bis 15 Teilnehmern durchgeführt und besteht aus einem Kennenlern-Termin, einer teilstationären Phase von 5 Tagen und daran anschließenden ambulanten Terminen für die Dauer von 3 Monaten (siehe Abb. 1). Für die Dauer der teilstationären Phase sind die Teilnehmer vom Dienst freigestellt. Abgeschlossen wird das Programm durch einen Auffrisch-Tag im Reha-Zentrum Bad Dürkheim.

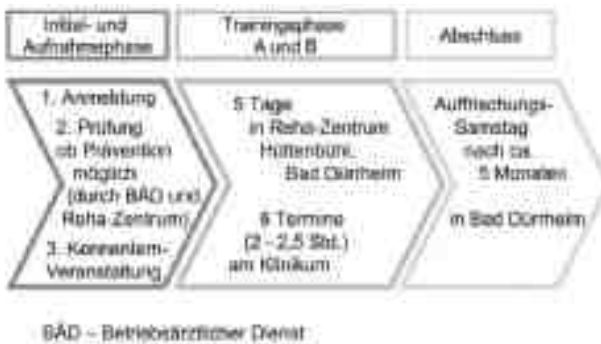


Abb. 1: Ablauf von FRESH

Inhalt im Präventionsprogramm sind Angebote zu Bewegung wie Nordic Walking, Erlernen von Techniken zur Stressbewältigung z. B. das Selbstmanagement-Training "Zürcher Ressourcen Modell" (Krause, Storch, 2006) sowie Ernährung und Entspannung.

Fragestellung und Methodik

Das Ziel des Beitrags ist, die Ergebnisse aus zwei Methoden zur Evaluation der Präventionsmaßnahme vorzustellen.

Von Januar 2011 bis März 2013 konnten Erfahrungen mit insgesamt vier Gruppen (53 Teilnehmer) gesammelt werden, die am Programm FRESH teilgenommen haben. Die Rückmeldungen der Teilnehmer zur Zufriedenheit und die Erfahrungen zur Effizienz mit der Maßnahme wurden in einem anonymen Fragebogen erfasst (N=36).

Die Evaluation der Effektivität des Präventionsprogramms erfolgte über offene Interviews der Vorgesetzten der Teilnehmer. Mittels der Interviews wurde zum einen der Fragestellung nachgegangen, welche Veränderungen an den Teilnehmern durch das Management erlebt (N=8) wurden. Zum anderen, inwieweit durch die Teilnahme an FRESH die Erwerbsfähigkeit gesichert werden konnte.

Die Interviews wurden mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet (Mayring, 1988).

Ergebnisse

Die Ergebnisse der schriftlichen Befragung der Teilnehmer zeigen eine insgesamt hohe Zufriedenheit mit dem Präventionsprogramm auf. Die Zufriedenheit bei den späteren Gruppen war höher als bei den ersten. Das Programm wurde als wirksam für Beruf und Alltag erlebt und eine hohe Empfehlungsquote für Kolleginnen festgestellt.

Die Aussagen in den Interviews mit den Vorgesetzten wurden in den Kategorien "Veränderung in der Kommunikation", "Abgrenzungsfähigkeit", "Arbeitszeitreduktion und Arbeitsplatzwechsel", "Eigenbedarfswahrnehmung – Bedürfnisse und Wünsche formuliert", "Besseres Umgang mit Emotionen" und "Nachhaltigkeit" geclustert: Die befragten Vorgesetzten berichteten häufig von mehr "Offenheit", die Kommunikation sei "entspannter", sowie von einem "schonenderen Umgang mit sich selbst" (Gmöhling, 2013).

Einen Arbeitsplatzwechsel der Präventionsteilnehmer hat es nicht gegeben. Eine Arbeitszeitreduktion um 25 % gab es bei einem Mitarbeiter (Gmöhling, 2013).

In der "Eigenbedarfswahrnehmung" wurde mehrheitlich von spürbaren Veränderungen berichtet.

Schlussfolgerung und Ausblick

Das dargestellte Präventionsprogramm stellt eine primärpräventive Maßnahme dar, die von den Teilnehmern als hilfreich für Beruf und Alltag empfunden wurden. Auch die Vorgesetzten erlebten eine positive Veränderung an den Teilnehmern nach der Intervention. Als nächster Schritt wird über eine Öffnung des Programms für andere Berufsgruppen am Universitätsklinikum Freiburg nachgedacht.

Literatur

- Gmöhling, S. (2013): Wirksamkeit von Gesundheitsprogrammen – Sicherung der Erwerbsfähigkeit durch FRESH. Unveröffentlichte Masterarbeit. Universität Witten/Herdecke.
- Krause, F., Storch, M. (2006): Ressourcenorientiert coachen mit dem Zürcher Ressourcen Modell ZRM. Psychologie in Österreich, 1. 32-43.
- Mayring, P. (1988): Qualitative Inhaltsanalyse, Grundlagen und Techniken. Weinheim: Deutscher Studienverlag.
- Ritter, J., Leyhausen, H.-J. (2012): Wie die Rentenversicherung mit passgenauen Präventionsangeboten den Erhalt der Gesundheit und Leistungsfähigkeit von Pflegekräften unterstützen kann. DRV-Schriften, Bd 98. 264-265.

Berufsbedingte langjährige körperliche Inaktivität und metabolisches/kardiales Risiko – Eine Querschnittsuntersuchung mit Zahnärzten und Sportlehrern

Kemmler, W. (1), Bauer, J. (2), Bebenek, M. (1), von Stengel, S. (1)

(1) Institut für Medizinische Physik, Universität Erlangen-Nürnberg,

(2) Lehrstuhl für Implantologie, Zahnklinikum, Erlangen-Nürnberg

Hintergrund

Berufsbezogene Erkrankungen belasten zunehmend die Gesundheitssysteme vieler Länder. Stress und/oder körperliche Inaktivität am Arbeitsplatz sind Risikofaktoren für unterschiedliche Erkrankungen, die sich insbesondere in einer erhöhten kardiovaskulären Mortalität der betroffenen Berufsgruppen manifestieren können (Kivimaki et al., 2002). In diesem Zusammenhang weisen Zahnmediziner im Vergleich zur Gesamtbevölkerung eine erhöhte kardiale und metabolische Morbidität, Mortalität und Suizidrate auf (Alexander, 2001). Neben hohem Stresspotential, hohen Erfordernissen an Konzentration und feinmotorischer Arbeit bei gleichzeitig marginaler körperlicher Aktivität, wird der Umfang der körperlichen Aktivität oder des körperlichen Trainings in der Freizeit für diese Berufsgruppe als unterdurchschnittlich gering beschrieben (O'Shea et al., 1984). Ziel der vorliegenden crosssectionalen Pilotstudie war es daher, das Risiko metabolischer und kardialer Risikofaktoren von Zahnmedizinern im Vergleich zu einer Kontrollgruppe mit vermeintlich optimalem Bewegungsverhalten zu ermitteln.

Methodik

Insgesamt 100 randomisiert ausgewählte männliche Zahnmediziner und Sportlehrer zwischen 55 und 65 Jahren mit mehr als 20 Jahren Berufsausübung wurden über das Studienvorhaben sowie dessen Ein- und Ausschlusskriterien schriftlich informiert. 30 eligible, gesunde Zahnmediziner ($56,9 \pm 3,8$ J., $26,2 \pm 2,7$ kg/m²) und 33 Sportlehrer ($55,9 \pm 3,6$ J., $25,2 \pm 2,3$ kg/m²) erklärten sich bereit, an dem Studienvorhaben teilzunehmen, und wurden in die Untersuchung eingeschlossen. Primäre Endpunkte der Studie waren das Framinghamstudien-basierte 10-Jahres Risiko für eine koronare Herzerkrankung und die Prävalenz des metabolischen Syndroms gemäß Internationaler Diabetes Föderation. Als weiterführende Determinanten beider Risikoscores wurden die Körperzusammensetzung mittels Dual-Energy-x-Ray Absorptiometrie (DXA), sowie die körperliche Leistungsfähigkeit mittels Kraft- und Ausdauertests gemessen. Neben Covariaten (Ernährung, Medikamente, Erkrankungen, Lifestyle) unserer Studienendpunkte wurde speziell Umfang und Intensität körperlicher Aktivität mittels validierter Fragebögen erfasst.

Ergebnisse

Während sich keine wesentlichen Unterschiede bezüglich der körperlichen Aktivität außerhalb der Berufstätigkeit zeigten, lag der Gesamtumfang des körperlichen Trainings (317 ± 181 vs. 92 ± 67 min/Woche) sowie die Zeitdauer einer regelmäßigen Sportausübung (≥ 1 h/Woche ab Studienende) (Sportlehrer: $29,2 \pm 3,9$ vs. Zahnärzte: $17,2 \pm 15,5$ Jahre) hochsignifikant unterschiedlich. 37 % der Zahnärzte gab an, zu keiner Zeit regelmäßig Sport betrieben zu haben.

Bezogen auf die primären Studienendpunkte lag das 10-Jahres-KHK-Risiko ($12,0 \pm 6,0$ % versus $8,6 \pm 4,1$ %, $p = .018$) wie auch die Inzidenz des Metabolischen Syndroms (43 % versus 15 %, $p = .024$) für die Zahnärzte signifikant ungünstiger als für die Sportlehrer. Die einzelnen Determinanten beider Risikoscores (s. o.) zeigten insbesondere für anthropometrische Größen (Taillenumfang, gesamte/abdominale Fettmasse, LBM) jeweils signifikante, für Laborparameter tendenzielle-signifikante Unterschiede zugunsten der Sportlehrer, während für den Blutdruck vergleichbare Werte erfasst wurden. Auch die $VO_2\text{max}$ als unabhängiger Prädiktor des Herz-Kreislauf Risikos zeigte signifikant günstigere Werte für die Sportlehrer ($41,0 \pm 9,1$ vs. $29,9 \pm 7,1$ ml/kg/min⁻¹, $p = .001$)

Fazit

Zahnärzte haben im Vergleich zu Personen mit einem hohen Umfang an körperlicher Bewegung bzw. Sporttreiben aber auch im Vergleich zu einem Normalkollektiv gleichaltriger Männer ein erhöhtes Risiko für eine KHK. Dem Einwand, dass diese Unterschiede bereits basal vorlagen, also nicht über die Berufsausübung generiert wurden, kann mit vergleichbaren Risikoscores junger Zahnmedizin- und Sportstudenten begegnet werden. Es erscheint nötig, dieser Berufsgruppe ein körperliches Training anzuraten, um die berufsbedingte körperliche Inaktivität und Fehlbelastung zu kompensieren und somit die Gefahr metabolischer und kardialer Ereignisse günstig zu beeinflussen.

Förderung: ELAN-Stiftung der Universität Erlangen-Nürnberg

Literatur

- Alexander, R.E. (2001): Stress-related suicide by dentists and other health care workers. Fact or folklore? *J Am Dent Assoc*, 132/6. 786-794.
- Kivimaki, M., Leino-Arjas, P., Luukkonen, R. (2002): Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. *BMJ*, 325/7369. 857.
- O'Shea, R.M., Corah, N.L., Ayer, W.A. (1984): Sources of dentists' stress. *J Am Dent Assoc*, 109/1. 48-51.

Medizinisch-berufliche orientierte Rehabilitation aus Patientensicht (MBOR-P) – Entwicklung einer Kurzskaala zur subjektiven Einschätzung der erwerbsbezogenen Schwerpunktsetzung einer Rehabilitationsklinik

Nübling, R. (1), Bürger, W. (2), Kaiser, U. (3), Kriz, D. (1), Schmidt, J. (1)

(1) GfQG – Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen, Karlsruhe,

(2) fbg – Forschung und Beratung im Gesundheitswesen, Karlsruhe,

(3) Hochgebirgsklinik Davos

Hintergrund

Seit Jahren wird gefordert, diagnostische und therapeutische Angebote in die Rehabilitation zu implementieren, die sich auf berufliche Problemstellungen konzentrieren. Allerdings hat eine solche berufliche Orientierung bislang "nur unzureichend Eingang in den Klinikalltag gefunden" (Streibelt, Buschmann-Steinhage, 2011). Angesichts der Bedeutung der beruflichen Orientierung der Reha-Maßnahme ist es wünschenswert, wenn nicht notwendig, dass dieses Kriterium möglichst auch in das Routinemonitoring der Qualität einer Einrichtung aufgenommen wird. Vorgestellt wird eine Kurzskaala zur subjektiven Einschätzung der beruflichen Schwerpunktsetzung einer durchgeführten Rehabilitationsmaßnahme seitens der Patienten (MBOR-P). Die Skala leitet sich aus dem Grundgedanken der sog. FIEZ-Studie (Bürger et al., 2013) ab, deren Konzeption auf die Implementierung einer grundlegenden berufsbezogenen Ausrichtung des gesamten Rehabilitationsprozesses zielt.

Methodik

Die MBOR-P-Skaala besteht aus 8 jeweils 5-stufigen-Likertitems (1=trifft überhaupt nicht zu bis 5=trifft voll und ganz zu). 5 der 7 Items wurden bereits in der FIEZ-Studie erprobt (1-3 sowie 6 und 7), drei wurden neu formuliert. Beispielitem: "Die berufliche Schwerpunktsetzung der Behandlung wurde mir die gesamte Zeit meiner Rehabilitation über durch die Klinik nahegebracht". Die ersten drei Items stellen eine Adaptation der Skala "Alltagsorientierung" der AZOR-Skalen (Bürger, Koch, 2005) dar. Datengrundlage für die Skalenentwicklung ist die "Reha-QM-Outcome-Studie" der DRV Baden-Württemberg, in der u. a. eine Vielzahl von Ergebniskriterien erhoben wurden (Nübling et al., 2013).

Stichprobe

In die Ausgangsstichprobe gingen n=7.616 Versicherte der DRV Baden-Württemberg ein, die im zweiten Halbjahr 2011 in insgesamt 21 Kliniken unterschiedlicher Trägerschaft behandelt wurden (alle wesentlichen Indikationsbereiche außer Suchterkrankungen). Insgesamt nahmen n=4.162 Patienten an der katamnestischen Befragung ein Jahr nach Behandlungsende teil, die Rücklaufquote beträgt ca. 55 %. Im vorliegenden Beitrag werden die Daten von jenen Patienten herangezogen, die die MBOR-P-Items vollständig ausgefüllt haben (n=2.539).

Zur Stichprobe: 35 % der Studienteilnehmer sind weiblich, das Durchschnittsalter beträgt 51,9 Jahre (sd=8,1). Gut 2/3 sind verheiratet, ca. 60 % haben einen Hauptschulabschluss, 63 % haben eine abgeschlossene Lehre, 13 % haben allerdings keinen Berufsabschluss. Die Reha-Dauer beträgt im Schnitt 3,6 Wochen (sd=1,7). 48 % haben eine orthopädische und jeweils ca. 10 % eine onkologische, kardiologische oder psychische Hauptindikation.

Ergebnisse

Eine Hauptkomponentenanalyse legt eine einfaktorielle Struktur nahe (Varianzaufklärung: 64,6 %). Die Item- und Skalenanalyse (SPSS, Reliability) ergab eine mittlere Trennschärfe von $r_{is} = 0.72$ (Range: $r_{ig-i}=.48$ bis $r_{ig-i}=.80$) und ein $\alpha=0.91$. Die Items korrelieren untereinander zwischen $r=0.36$ und $r=0.79$. Die Skala MBOR-P ist annähernd normal verteilt (M=26,5, Range 0-40, sd=7,34).

Hinsichtlich der Outcome-Parameter ergibt sich die höchste Korrelation mit der allgemeinen Patientenzufriedenheit (ZUF-8). Ebenfalls ein hoher Zusammenhang bestehen zur positiven Nutzenbeurteilung und zur Zufriedenheit mit dem Reha-Ergebnis. Die Korrelation mit einer Skala für direkte Veränderungsmessung (VM8) liegt mit $r=.35$ im mittleren Bereich, die mit den Effektstärken der beiden gesundheitsbezogenen Skalen (GB10, GBesc) fallen eher niedrig aus, ebenso die mit Merkmalen der Frühberentungsprognose (SIBAR, Bürger, Deck, 2011) (s. Tab. 1).

	N	r	p
SIBAR Skala	2.539	-.205	.000
Veränderung berufliche Situation	2.417	.279	.000
Nutzen der stationären Reha	2.458	.571	.000
Zufriedenheit Reha-Ergebnis	2.463	.537	.000
VM8	2.441	.352	.000
ZUF-8	2.532	.659	.000
ES GBesc Beschwerden	2.059	.173	.000
ES GB10 Befinden	2.340	.183	.000

Tab. 1: Korrelationen Skala MBOR-P mit verschiedenen Outcome-Parametern

Der Klinikvergleich zeigt zum einen z. T. deutliche Unterschiede zwischen den Kliniken (Range: 25,4-30,6) zum andern einige Verbesserungsmöglichkeiten (bezogen auf das "Skalenoptimum" von 40) (s. Abb. 1).

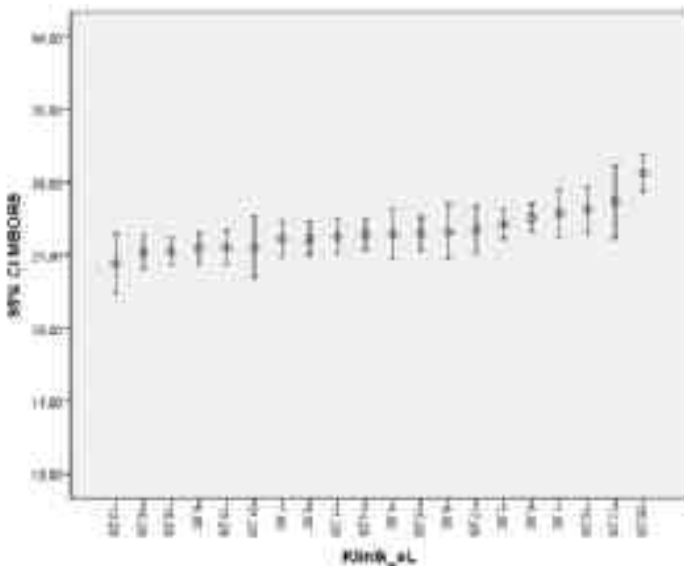


Abb. 1: Klinikvergleich MBOR-P (n=2.520)

Diskussion

Die MBOR-P-Skala entstand aus der Überlegung, die in Anspruch genommene Reha-Maßnahme patientenseitig danach einschätzen zu lassen, wie die berufliche Orientierung des Behandlungskonzepts von den Klinikmitarbeitern vermittelt und von den Patienten wahrgenommen wird. Dies sollte ein Screening ermöglichen, in wie weit eine Klinik im Stufenmodell der MBOR zumindest der Stufe A zugeordnet werden kann (Streibel, Buschmann-Steinhage, 2011). Trotz einiger methodischer Einschränkungen (1-Jahres-Katamnese statt Entlassungsmessung) kann die Skala u. a. für den routinemäßigen Einsatz im Rahmen von kontinuierlichen Patientenbefragungen herangezogen werden. Im Sinne einer differenzierten Einschätzung z. B. auch hinsichtlich einer Erfassung der Umsetzung von Stufe B/C sind weitere, v. a. prospektive Studien notwendig.

Förderung: Reha-Zentren Baden-Württemberg – Federseeklinik Bad Buchau

Literatur

- Bürger, W., Koch, U. (2005): Alltags- und Zielorientierung in der medizinischen Rehabilitation als wichtige Paradigmen für eine erfolgreiche Rehabilitation – die AZOR-Skala. DRV-Schriften, Bd 59. 38-39.
- Bürger, W., Deck, R. (2009): SIBAR – ein kurzes Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der Medizinischen Rehabilitation. Die Rehabilitation, 48. 211-221.
- Bürger, W., Nübling, R., Kriz, D., Keck, M., Kulick, B., Stapel, M. (2013): Veränderungen der erwerbsbezogenen Motivation, Ziel- und Alltagsorientierung durch das Interventionskonzept FIEZ der DRV Rheinland-Pfalz. DRV-Schriften, Bd 101. 254-256.
- Nübling, R., Gross, M., Kaiser, U., Kaluscha, R., Kriz, D., Müller, G., Martin, H., Reuss-Borst, M., Renzland, J., Schmidt, J., Toepler, E. (2013): Ergebnisqualität aus Sicht der

Patienten ein Jahr nach Behandlungsende. Vortrag Reha-Kongress der DRV Baden-Württemberg, Stuttgart, 04.05.2013.

Schmidt, J., Steffanowski, A., Nübling, R., Lichtenberg, S., Wittmann, W.W. (2003): Ergebnisqualität stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Vergleich unterschiedlicher Evaluationsstrategien. Regensburg: Roderer.

Streibelt, M., Buschmann-Steinhage, R. (2011): Ein Anforderungsprofil zur Durchführung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation aus der Perspektive der gesetzlichen Rentenversicherung. *Die Rehabilitation*, 50. 160-167.

Diagnostik von Ressourcen bei Rehabilitanden: Validierung des Fragebogens DiaRes in der medizinischen Rehabilitation

Dieckmann, L. (1), Hinrichs, J. (1), Engbrink, S. (1), Fiedler, R. (1), Greitemann, B. (2), Heuft, G. (1)

(1) Universitätsklinikum Münster,

(2) Klinik Münsterland der Deutschen Rentenversicherung Westfalen, Bad Rothenfelde

Hintergrund

Die ICF sowie das daraus abgeleitete Theoriemodell der Rehabilitation (Gerdes, Weis, 2000) räumen den persönlichen Ressourcen einen zentralen Stellenwert im Reha-Geschehen ein, diese sind jedoch aufgrund eines fehlenden Konsens nicht näher spezifiziert. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Beachtung von Ressourcen in der medizinischen Versorgung wurde im Rahmen des Projektes ein Fragebogen entwickelt, der die speziell im Rehabilitationssetting relevanten Ressourcen operationalisiert und ökonomisch erfasst.

Dazu wurden 36 ressourcenorientierte Interviews mit Rehabilitanden geführt und inhaltsanalytisch ausgewertet. Dabei konnte eine Vielzahl von Ressourcen identifiziert werden, die von den Probanden in unterschiedlichen Lebensbereichen hilfreich erlebt wurden (Hinrichs et al., 2010, 2011). Mithilfe dieses generischen Ansatzes wurde eine erste Version eines Fragebogens entwickelt und im Feld erprobt (Dieckmann et al., 2012). Nach item- und faktorenanalytischen Auswertungen und durch Konzentration auf die subjektiv hilfreichsten Ressourcen (Selbsteinschätzung des Rehabilitanden) enthält die aktuelle Version des DiaRes (Diagnostik von Ressourcen) 66 Items. Es konnten 2 Hauptfaktoren extrahiert werden: Der erste umfasst inhaltlich psychische Ressourcen, die sich weiter in sieben Subfaktoren aufteilen lassen: Positive Einstellung; Externale Stabilisierung; Geselligkeit; Aktives Problemlösen; Positive Aktivitäten; Selbstfürsorge; Selbstwerterleben. Der zweite Faktor bildet inhaltlich psychosoziale Ressourcen ab, die sich in zwei Subfaktoren untergliedern: Partnerschaft; Soziale Unterstützung. In der aktuellen Studie soll dieser Fragebogen validiert werden.

Methode

Zur Validierung werden neben dem DiaRes-Bogen verschiedene Skalen bereits gut etablierter Instrumente, die ähnliche Konstrukte messen, in verschiedenen Rehabilitationskliniken eingesetzt, z. B. der Hamburger Selbstfürsorgebogen (HSF; Harfst et al., 2009) und Skalen aus dem Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV; Muthny, 1989) etc. Die

faktorielle Validität des DiaRes soll durch Strukturgleichungsmodellierung überprüft werden. Neben psychometrischen Analysen wird auch die Veränderungssensitivität des Instrumentes über ein prä-post-Design untersucht, wobei der Fragenbogen zu Beginn der Reha-Behandlung und kurz vor Entlassung des Rehabilitanden ausgefüllt wird.

Ergebnisse

Durch konstruktive Kooperationen mit Kliniken ist es gelungen, einen Datensatz von N=376 zum 1. Messzeitpunkt (MZP) (Reha-Beginn) und N=262 zum 2. Messzeitpunkt (Reha-Entlassung) zu erreichen. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 45 % zum 1. MZP und 42 % zum 2. MZP. Die Stichprobe setzt sich nach Indikationsgebieten wie folgt zusammen: 14 % Kardiologie, 42 % Psychosomatik, 9 % Orthopädie, 26 % Onkologie sowie 10 % ohne Angabe. Der Altersdurchschnitt liegt bei fast 54 J. (SD=8 J., Min=25, Max=85, N=368); knapp 52 % sind Frauen.

Aufgrund des großen Stichprobenumfangs können die geplanten Analysen durchgeführt werden.

Diskussion und Ausblick

Mit dem DiaRes ist ein Instrument zur Identifizierung von persönlichen und psychosozialen Ressourcenfeldern entstanden, welche von Rehabilitanden als subjektiv bedeutsam erlebt werden.

Die Erkenntnisse, die mithilfe des DiaRes erlangt werden, können insbesondere praktische Implikationen für Rehabilitationskliniken enthalten. Vor allem unter Berücksichtigung der noch vorherrschenden Defizitorientierung in der medizinischen Versorgung kann ein solches Instrument helfen, die trotz Gesundheitsschadens vorhandenen Stärken des Rehabilitanden ökonomisch und individuell zu erkennen, um diese während der Behandlung entsprechend berücksichtigen und fördern zu können. Zudem kann vermutet werden, dass durch die inhaltliche Beschäftigung mit den eigenen Ressourcen bereits deren Aktivierung beginnt. So gab rund die Hälfte der o. g. Stichprobe an, sich durch den Fragebogen an Fähigkeiten, Stärken etc. erinnert zu fühlen, die sie schon fast vergessen hätten. Der Einsatz des DiaRes zu Beginn und Ende der Behandlung könnte darüber hinaus wichtige Erkenntnisse im Sinne der Evaluation der Ressourcenaktivierung bzw. -wiedererlangung durch die Rehabilitationsbehandlung bringen.

Förderung: Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften Nordrhein-Westfalen e. V. (GfR)

Literatur

- Dieckmann, L., Fiedler, R., Greitemann, B., Heuft, G., Hinrichs, J. (2012): Diagnostik von Ressourcen bei Rehabilitanden anhand des DiaRes. DRV-Schriften, Bd 98. 92-93.
- Gerdes, N., Weis, J. (2000): Zur Theorie der Rehabilitation. In: Bengel, J., Koch, U. (Hrsg.): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Heidelberg: Springer. 41-68.
- Harfst, T., Ghods, C., Mösko, M., Schulz, H. (2009): Erfassung von positivem Verhalten und Erleben bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen in der Rehabilitation – der Hamburger Selbstfürsorgefragebogen (HSF). Die Rehabilitation, 48. 277-282.
- Hinrichs, J., Fiedler, R., Greitemann, B., Heuft, G. (2011): Diagnostik von Ressourcen – eine explorative Bestandsaufnahme. DRV-Schriften, Bd 93. 88-89.

Hinrichs, J., Greitemann, B., Heuft, G. (2010): Diagnostik von Ressourcen – eine explorative Bestandsaufnahme zur Konzeptualisierung und Operationalisierung neuer psychodiagnostischer Foki. DRV-Schriften, Bd 88. 508-509.

Analyse der multivariaten Zusammenhangsstruktur des computeradaptiven Assessmentinstruments RehaCAT bei Rehabilitanden mit muskuloskelettalen Erkrankungen

Scholz, M. (1), Müller, E. (1), Kröhne, U. (2), Böcker, M. (3), Forkmann, T. (3), Wirtz, M. (1)

(1) Institut für Psychologie, Pädagogische Hochschule Freiburg,

(2) DIPF – Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung, Frankfurt,

(3) Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie,
Universitätsklinikum der RWTH Aachen

Einleitung

Die computeradaptive Assessmentprozedur RehaCAT (Wirtz et al., 2012), die nach den Kriterien des Rasch-Modells entwickelt wurde, ermöglicht eine psychometrisch hochwertige und ökonomische Erfassung der ICF-orientierten Konstrukte "Aktivitäten des alltäglichen Lebens", "Funktionsfähigkeit obere Extremitäten" und "Funktionsfähigkeit untere Extremitäten" sowie "Depressivität" in der orthopädischen Rehabilitation. Basierend auf einer individualisierten Itemauswahl schätzt diese sukzessive die Personenausprägungen auf der jeweiligen Merkmalsdimension. Dabei werden den Rehabilitanden orientiert am Belastungsniveau bzw. der Funktionsfähigkeit individuell selektierte Testitems zur Beantwortung vorgegeben, sodass eine gute Passung zwischen den Schwierigkeiten der Items und der wahren Fähigkeit der Person erreicht und eine maximal ökonomische Testung gewährleistet wird (Frey et al., 2011). Im Beitrag wird der Zusammenhang der vier Dimensionen des RehaCAT mit den etablierten Messinstrumenten Oswestry Disability Index, Short Form-12 Health Survey und der Hospital Anxiety and Depression Scale analysiert.

Methoden

Es wurden 184 Rehabilitanden mit muskuloskelettalen Erkrankungen aus vier orthopädischen stationären ($n = 131$ [71,2 %]) und ambulanten ($n = 53$ [28,8 %]) Rehabilitationskliniken zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Rehabilitation befragt (Durchschnittsalter: 58,96 Jahre; 56,5 % Frauen; 45,7 % Erwerbstätige). Mehrheitlich wiesen diese Erkrankungen der Wirbelsäule auf (58,7 %), gefolgt von Erkrankungen der unteren Extremitäten (39,0 %).

Mittels der computeradaptiven Testprozedur RehaCAT wurden die vier Dimensionen des RehaCAT erhoben (Abbruchkriterium: Standardfehler $< 0,35$; Reliabilität: $r_{tt}=0,88$).

Der Oswestry Disability Index (ODI), der Short Form-12 (SF-12) Health Survey und die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) wurden im Paper-Pencil-Format erhoben.

Die Modellschätzung erfolgte mittels Strukturgleichungsmodellen (AMOS 18.0).

Ergebnisse

Grundlage für die Bestimmung der multivariaten Zusammenhangsstruktur war die psychometrische Evaluation der drei Validierungsinstrumente, die insgesamt gute bis zufriedenstellende Eigenschaften aufwiesen (Gibson et al., 2013). Im Gesamtmodell (Abb. 1), bestehend aus den Dimensionen des RehaCAT sowie den Validierungsinstrumenten HADS-D, ODI und SF-12, wurden alle Prädiktorkonstrukte den beiden Faktoren 2. Ordnung "Physische Aspekte" bzw. "Psychische Aspekte" als reflektive Indikatorkonstrukte zugeordnet. Die Modellpassung des Gesamtmodells entspricht weitgehend den Kriterien für einen akzeptablen Modellfit. Für das Gesamtmodell konnten hypothesenkonform hohe, signifikante β -Gewichte nachgewiesen werden. Die Varianzaufklärung RehaCAT-Dimensionen betrug durch die theoretisch postulierten Prädiktorkonstrukte 41 % ("Funktionsfähigkeit obere Extremitäten") bis 76 % ("Aktivitäten des alltäglichen Lebens").

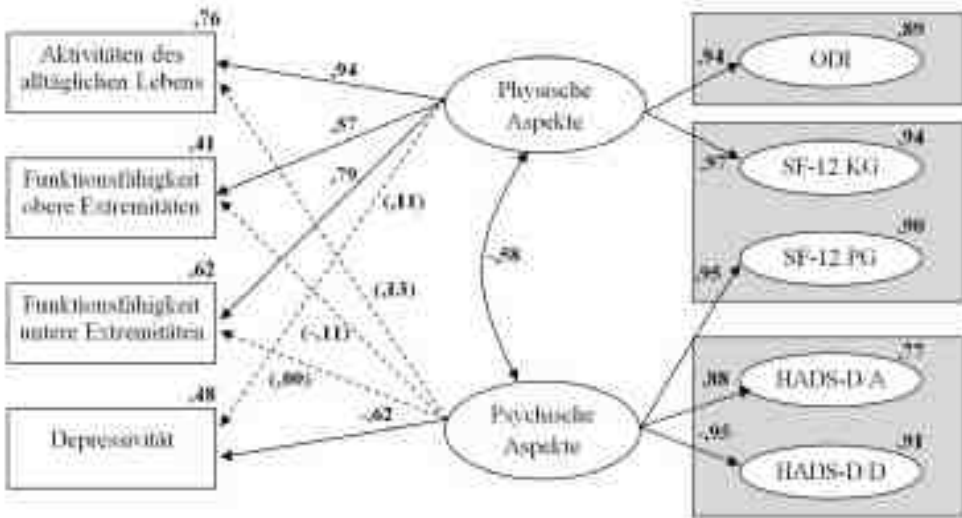


Abb. 1: Darstellung des Gesamtmodells der multivariaten Zusammenhangsstruktur der RehaCAT-Dimensionen (links) mit den rechts abgebildeten Validierungsinstrumenten. Abgebildet sind die Anteile der erklärten Varianz, die Vorhersagegewichte (β -Gewichte) sowie die Korrelation zwischen den beiden Faktoren 2. Ordnung "Physische Aspekte" und "Psychische Aspekte".

Diskussion und Schlussfolgerungen

Da sowohl der ODI als auch die körperlichen Items des SF-12 alltägliche Aktivitäten im Sinne des ICF-Modells abbilden (Mannion et al., 2006; Ware et al. 1996), konnte durch die aktuelle Studie belegt werden, dass die CAT-Dimension "Aktivitäten des alltäglichen Lebens" in der Lage ist, die durch die Validierungsinstrumente abgebildete Funktionsfähigkeit im Alltag entsprechend abzubilden. Eine Vorhersagekraft der CAT-Dimension "Depressivität" von beinahe 50 % weist ebenfalls auf eine gute Validität hin. Jedoch verdeutlicht das Ergebnis auch, dass diese ICF-orientierte CAT-Dimension ein breiteres Spektrum an Informationen enthält als die HADS-D und die psychischen Items des SF-12. Die höhere prädiktive Validität der "Funktionsfähigkeit untere Extremitäten" im Vergleich zur "Funktionsfähigkeit obere

Extremitäten" lässt sich theoriekonform durch die starke Vorhersagekraft des ODI erklären, der die Beeinträchtigungen durch Rückenschmerzen erfasst.

Aufgrund der Ergebnisse der multivariaten Zusammenhangsanalysen kann der RehaCAT als ein valides Assessmentinstrument zur Erfassung zentraler ICF-orientierter Konstrukte in der orthopädischen Rehabilitation eingestuft werden.

Förderung: Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG), Förderkennzeichen: WI 3210/2-1

Literatur

- Frey, C., Zwingmann, C., Böcker, M., Forkmann, T., Kröhne, U., Müller, E., Wirtz, M. (2011): Adaptives Testen in der Rehabilitation: ein Weg zur ökonomischen Erhebung von Patientenmerkmalen. *Die Rehabilitation*, 50, 3. 195-203.
- Gibson, M., Müller, E., Kröhne, U., Böcker, M., Forkmann, T., Wirtz, M. (im Druck): Konfirmatorische Prüfung der dimensional Struktur des Oswestry Disability Index, des SF-12 und der HADS-D bei Rehabilitanden mit muskuloskelettalen Erkrankungen. *Die Rehabilitation*.
- Mannion, A.F., Junge, A., Fairbank, J.C.T., Dvorak, J., Grob, D. (2006): Development of a German version of the Oswestry Disability Index. Part 1: cross-cultural adaptation, reliability, and validity. *European spine journal*, 15. 55-65.
- Ware, J. JR, Kosinski, M., Keller, S.D. (1996): A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical care*, 34. 220-233.
- Wirtz, M., Müller, E., Böcker, M., Forkmann, T., Kröhne, U. (2012): Fähigkeitsverankerte und IRT-basierte Analyse von Veränderung von Belastungen von Patienten mit muskuloskelettalen Erkrankungen im Behandlungsverlauf mittels des computeradaptiven Diagnostiksystems RehaCAT. *DRV-Schriften*, Bd 98. 77-79.

Eignung des DASS (Depression Anxiety Stress Scales) als psychosoziales Screening in der orthopädischen Rehabilitation

Küch, D. (1), Stenzel, S. (2), Herbold, D. (1), Hentschel, A. (1), Stiefenhofer, C. (3), Baum, M. (4) Franke G.H. (2)

(1) Paracelsus Klinik an der Gande, Bad Gandersheim,

(2) Fachbereich Angewandte Humanwissenschaften, Hochschule Magdeburg-Stendal,

(3) Giesinger Reha-Sport GmbH, München, (4) Schwabinger Reha-Sport GmbH, München

Hintergrund und Fragestellung

Der Fragebogen DASS (Depression-Angst-Stress-Skala, Lovibond und Lovibond, 1995, in der deutschen Version von Nilges et al., 2012) ersetzt seit 2012 im Deutschen Schmerzfragebogen die bis dahin benutzten Hospital-Anxiety-Depression-Scale (HADS). Der DASS enthält 21 Fragen: mit jeweils 7 Items werden Depressivität, Angst und individuelle Stressbelastung erfasst. In der vorliegenden Studie wurde der DASS mit bewährten psychodiagnostischen Verfahren verglichen, um seine Güte als psychosoziales Screeninginstrument

in der orthopädischen Rehabilitation einzuschätzen. Daneben wurde die Zuweisungssteuerung überprüft.

Methode

Die Datenerhebung erfolgte von März bis Juni 2013 in orthopädischen Reha-Einrichtungen (Paracelsus Klinik an der Gande=PKG, Bad Gandersheim mit Verhaltensmedizin-Orthopädie=VMO, beruflicher-Orientierung=IMBO, Anschluss-Reha=AR, klassischer-orthopädischer-Reha=OR; Schwabinger und Giesinger Reha-Sport, München mit ambulanter Reha=AMB). Vergleichsinstrumente waren:

- BSCL = Brief-Symptom-Checkliste mit 53 Items (Franke, 2014)
- BDI = Beck-Depressions-Inventar (Hautzinger et al., 2006)
- BAI = Beck-Angst-Inventar (Margraf, Ehlers, 2007)
- SSCS = Screening-Skala zum chronischen Stress (Schulz et al., 2004)
- UKS = Ultrakurzscreening (Küch 2011, auf Basis des PHQ4, Löwe, 2009)

Datenaufbereitung und statistische Auswertung erfolgten mit SPSS 20 und Excel-Stat zur Einschätzung von Reliabilität und Validität. Die korrelativen Berechnungen beruhten auf den Rohsummenwerten der Skalen. Zur Nebenfragestellung wurden Mittelwertsunterschiede der Subindikationen berechnet (MANOVA).

Ergebnisse

Stichprobenbeschreibung: N=295, 77,6 % Frauen, Altersdurchschnitt=54,4 Jahre. 227 Personen waren stationäre Rehabilitanden der PKG, 68 Personen ambulante Rehabilitanden in München. Bezüglich selbstberichteter körperlicher und psychischer Gesundheitsprobleme nannten 20,5 % psychische Erkrankungen, 70,7 % Rückenbeschwerden, 63 % Gelenkerkrankungen und 20,1 % andere körperliche Erkrankungen.

Die Itemanalyse ergab hohe Reliabilitätswerte für die Skala Depression ($\alpha=0,92$) und DASS-Gesamt ($\alpha=0,95$), mittlere Werte für die Skalen Angst ($\alpha=0,83$) und Stress ($\alpha=0,89$). Die Trennschärfen der einzelnen Items waren hoch (Skala Depression: $\text{rit}=0,68$ bis $0,84$; Stress: $\text{rit}=0,61$ bis $0,79$) bis zufriedenstellend (Skala Angst: $\text{rit}=0,42$ bis $0,68$).

In allen Skalenkorrelationen des DASS mit vergleichbaren Instrumenten lagen hoch signifikante Ergebnisse vor ($p<0,0001$; $r=.61$ bis $r=.81$), erkennbar waren auch hohe Korrelationen mit den "konstruktferneren" Skalen der einzelnen Verfahren. Die Korrelationen der DASS-Skalen untereinander waren ebenfalls sehr hoch (Tab.1).

Die Mittelwertsunterschiede zwischen den Behandlungskonzepten waren signifikant ($p<0,05$), allerdings mit kleinen Effekten ($\eta^2=.02$ bis $.08$). Die höchsten psychischen Belastungen zeigten sich im VMO. Dennoch waren im VMO viele Rehabilitanden psychosozial unauffällig (BDI<10: 24,49 %; BAI<7: 35,48 %; UKS<5: 26,53 %; DASS-Gesamt<10: 30,61 %).

Skala	DASS	DASS	DASS	DASS
	Depression	Angst	Stress	Gesamt
BDI-II	.81***	.69 **	.77 **	.83 ***
BSCL-53 Depressivität	.78 **	.78 **	.70 **	.79 **
UKS / PHQ4 Depression	.76 **	.62 **	.67 **	.75 **
BAI	.65 **	.70 **	.64 **	.71 **
BSCL-53 Ängstlichkeit	.75 **	.72 **	.77 **	.81 ***
UKS / PHQ4 Ängste	.66 **	.58 *	.66 **	.69 **
Skala	DASS	DASS	DASS	DASS
	Depression	Angst	Stress	Gesamt
BSCL-53 Somatisierung	.72 **	.76 **	.68 **	.78 **
SSCS	.70 **	.62 **	.71 **	.74 **
UKS Beruf-Fam-Schmerz	.62 **	.56 *	.61 **	.65 **

(* $r > ,40$ und $< ,60$; ** $r > ,60$ und $< ,80$; *** $r > ,80$ und $< 1,00$)

Tab. 1: Korrelation der DASS-Skalen mit anderen Instrumenten

Diskussion

Hohe Reliabilitätswerte (interne Konsistenz) sprechen dafür, dass der DASS wenig von Zufallsschwankungen beeinträchtigt wird. Die guten Trennschärfen der 21 Items belegten eine gute Unterscheidungsfähigkeit zwischen Testpersonen mit niedriger und hoher Merkmalsausprägung.

Die konvergente Validitätsprüfung war erfolgreich: die Skalen des DASS zeigten hohe Korrelationen mit konstrukt-nahen Instrumenten. Allerdings zeigten sich auch hohe Korrelationen mit konstrukt-ferneren Instrumenten (z. B. DASS-Skala Depressivität und BSCL-Skala Ängstlichkeit). Die DASS-Skalen korrelierten auch untereinander hoch. Erklärung ist, dass die Konstrukte Depressivität, Ängstlichkeit und Stress ohnehin nicht völlig unterschiedlich sind ("Angst und Depressivität sind Geschwister"; so liegt auch die Korrelation der Gesamtwerte von BAI und BDI bei .69). Die hier gefundenen Ergebnisse unterstützen die ursprüngliche Intention der Verfasser, ein Instrument für das Gesamtmaß "negativer Affektivität" zu schaffen mit einem dreidimensionalen Modell (Angst, Depression, unspezifische negative Affektivität=Stress-Skala; Clark Watson, 1991). Fazit: Der DASS eignet sich auch in der orthopädischen Rehabilitation als Screening bezüglich psychischer Komorbiditäten (Stufendiagnostik).

Der Mittelwertsvergleich der Subindikationen deutet zunächst auf eine angemessene Konzeptzuweisung hin. Eine differenzierter betrachtete Häufigkeitsverteilung offenbart allerdings noch Hinweise auf Optimierungspotentiale in der Zuweisungssteuerung. Eine trägerbasierte Zuweisung sollte durch ein Screening auf psychische Komorbidität ergänzt werden. Einrichtung intern sollte auf Basis einer psychologischen Stufendiagnostik eine bedarfsorientierte Angebotsdifferenzierung auch innerhalb von Spezialkonzepten wie VMO vorgenommen werden, was in der Paracelsus Klinik an der Gande aktuell realisiert wird.

Literatur

- Clark, L.A. und Watson, D. (1991): Tripartite Model of Anxiety and Depression: Psychometric Evidence and Taxonomic Implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.
- Franke, G.H. (2014): BSCL-53. Die Brief-Symptom-Checkliste mit 53 Items – Standardform – Deutsches Manual. Göttingen: Hogrefe, in Vorbereitung.
- Küch, D., Arndt, S., Grabe A., Manthey, W., Schwabe, M., Fischer D. (2011): UKS – Ultrascreening psychosozialer Problemlagen zur bedarfsorientierten Angebotszuweisung in der somatischen Rehabilitation. In: Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation BDP (Hrsg.). *Psychologische Betreuung im Krankheitsverlauf*. Deutscher Psychologen Verlag.
- Küch D., Becker J., Roßband H., Herbold D., Franke G.H. (2013): Wie gut eignet sich der UKS als Screening-Instrument zur Erfassung psychosozialer Belastung? *DRV-Schriften*, Bd 101. 90-92.
- Lovibond, P.F., Lovibond, S.H. (1995): The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33. 335-343.

Reliabilität und Validität des Fragebogens zur Erhebung Arbeitsbezogener Verhaltens- und Erlebensmuster bei Krebspatienten in stationärer Rehabilitation

*Rath, H.M. (1), Steimann, M. (2), Ullrich, A. (1), Rotsch, M. (3), Zurborn, K.-H. (4),
Koch, U. (1), Bergelt, C. (1)*

(1) Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,
(2) HELIOS-Klinik Lehmrade GmbH, Lehmrade, (3) HELIOS-Klinik Schloss Schönhagen
GmbH, Brodersby, (4) HELIOS-Klinik Ahrenshoop GmbH, Ostseebad Ahrenshoop

Hintergrund

Der Fragebogen zur Erhebung Arbeitsbezogener Verhaltens- und Erlebensmuster (kurz AVEM) wird eingesetzt, um berufliche Problemlagen zu identifizieren (Schaarschmidt, Fischer, 2006). Die Autoren definieren drei Domänen anhand derer das Arbeitsverhalten einer Person eingeschätzt wird: "Berufliches Engagement", "Widerstandskraft im Beruf" und "Wohlbefinden". Ursprünglich stammt das Erhebungsinstrument aus dem Bereich der Personalentwicklung und wird u. a. zur Prävention von Burnout bei Lehrern eingesetzt (Klusmann et al., 2008; Zimmermann et al., 2012). Im Rahmen der Rehabilitation findet der AVEM ebenfalls immer mehr Anwendung. So wird er im Bereich der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) genutzt, um den berufsbezogenen Beratungsbedarf der Patienten zu identifizieren. Auch in der stationären Rehabilitation von Krebspatienten im erwerbsfähigen Alter wächst der Bedarf von berufsbezogenen Beratungskonzepten und somit die Bedeutung von spezifischen Screeninginstrumenten immer mehr (Böttcher et al., 2013). Bezüglich des AVEM liegen noch keine Untersuchungen vor, inwiefern der Fragebogen reliabel und valide in dieser Patientengruppe angewendet werden kann. Daher ist das Ziel der

Untersuchung die Überprüfung der psychometrischen Charakteristika des AVEM in einer Stichprobe von onkologischen Patienten in der stationären onkologischen Rehabilitation.

Methode

477 Krebspatienten beantworteten zu Beginn einer stationären Rehabilitationsmaßnahme den AVEM. Der Fragebogen ist anhand von 11 Subskalen aufgebaut, auf denen die Patienten mit Hilfe einer fünfstufigen Likert-Skala aktuelle berufliche Einstellungen und Verhaltensweisen angeben. Die Subskalen sind jeweils einer der drei Domänen ("Berufliches Engagement", "Widerstandskraft im Beruf", "Wohlbefinden") zuzuordnen. Die Berechnung der Subskalenwerte wurde auf Basis verschiedener Gruppen (Frauen und Männer, Altersgruppen) durchgeführt und den Ergebnissen einer Bevölkerungsstichprobe gegenübergestellt (Schaarschmidt, Fischer, 2006). Im Rahmen der psychometrischen Überprüfung des Instruments wurden die interne Konsistenz (Cronbach's α) der Subskalen ausgewertet sowie die faktorielle Validität anhand einer konfirmatorischen Faktorenanalyse überprüft.

Ergebnisse

Die Auswertungen zeigen, dass sich Krebspatientinnen und Krebspatienten in ihren Subskalenausprägungen nicht stark voneinander unterscheiden. Hinsichtlich der verschiedenen Altersgruppen bestehen ebenfalls nur wenige Differenzen. Es ist jedoch hervorzuheben, dass Patienten in der Altersgruppe von 45 bis 50 Jahren ihrer Arbeit am wenigsten Bedeutung beimessen, während die Altersgruppe von 55 bis 60 Jahren die höchsten Zufriedenheitswerte bezüglich Arbeit und Leben angibt. Der Vergleich der Patientendaten mit den Werten einer Bevölkerungsstichprobe führt zu signifikanten Unterschieden auf einigen der 11 Subskalen. Dabei liegt der größte Punktunterschied auf der Subskala Beruflicher Ehrgeiz vor. Hier geben die Krebspatienten signifikant geringere Werte an. Die Differenzen auf den anderen Subskalen sind marginal. Die Reliabilitätsanalyse führt zu Werten von Cronbach's α zwischen .76 und .89 und die konfirmatorische Faktorenanalyse führt zu dem Ergebnis, dass die von den Autoren postulierte Struktur durch die empirischen Daten gut bis akzeptabel abgebildet werden kann (Globale Goodness-of-fit Indizes u. a. χ^2 -Differenztest, Tucker-Lewis-Index).

Schlussfolgerungen

Der AVEM hat sich als reliables Messinstrument im Rahmen der berufsorientierten Diagnostik von Krebspatienten in stationärer Rehabilitation erwiesen. Es ergeben sich befriedigende bis gute Werte der internen Konsistenz, die sehr ähnlich zu den Berechnungen der Autoren des AVEM sind. Hinsichtlich der faktoriellen Validität ergeben sich akzeptable bis gute Ergebnisse der globalen Goodness-of-fit Indizes. Entsprechend lässt sich die Struktur des AVEM auch in der Population von Krebspatienten angemessen wiederfinden. Somit ist zu schlussfolgern, dass der AVEM im Rahmen der onkologischen stationären Rehabilitation verlässlich eingesetzt werden kann, um berufliche Problemlagen der Patienten zu erheben. Da die Deutsche Rentenversicherung für den Rahmen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) u. a. den Einsatz des AVEM empfiehlt (Lukaszczik et al., 2011), unterstützen die Ergebnisse dieses Vorgehen.

Förderung: Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein e. V. (vffr)

Literatur

- Böttcher, H.M., Steimann, M., Ullrich, A., Rotsch, M., Zurborn, K.-H., Koch, U., Bergelt, C. (2013): Evaluation eines berufsbezogenen Konzepts im Rahmen der stationären onkologischen. *Die Rehabilitation*, 52. 329-336.
- Lukasczik, M., Löffler, S., Gerlich, C., Wolf, H.-D., Neuderth, S. (2011): Entwicklung eines Praxishandbuchs und einer Homepage zur arbeits- und berufsbezogenen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation als nutzerorientierte Medien für die rehabilitative Versorgungspraxis. *Die Rehabilitation*, 50. 152-159.
- Schaarschmidt, U., Fischer, A.W. (2006): Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM). Frankfurt/M.: Harcourt Test Services GmbH.
- Zimmermann, L., Unterbrink, T., Pfeifer, R., Wirsching, M., Rose, U., Stossel, U., Nübling, M., Buhl-Griesshaber, V., Frommhold, M., Schaarschmidt, U., Bauer, J. (2012): Mental health and patterns of work-related coping behaviour in a German sample of student teachers: a cross-sectional study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 85. 865-876.

Validierung der ersten deutschen Version der "COPD Self-Efficacy Scale"

Müller, K. (1), Brammer, N. (1), Kotschy-Lang, N. (2), Wagner, P. (1)

Institut für Gesundheitssport und Public Health, Universität Leipzig,
(2) BG-Klinik für Berufskrankheiten, Falkenstein

Einleitung

Krankheitsspezifische Selbstwirksamkeitserwartungen (SWE) hängen bei Patienten mit chronischen Atemwegserkrankungen (AWE) mit dem Grad der Beeinträchtigungen der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADLs) zusammen (Inal-Ince et al., 2005). In einem langfristigen Krankheitsmanagement spielen die SWE sowie die körperliche Aktivität als Ressourcen des Gesundheitsverhaltens eine bedeutende Rolle. Da im deutschsprachigen Raum ein Instrument zur Operationalisierung krankheitsspezifischer SWE fehlt, wurde die "COPD Self-Efficacy Scale (CSES)" von Wigal et al. (1991) ins Deutsche übersetzt und die Güte dieser ersten deutschen Fragebogenversion (CSES-D) überprüft.

Methodik

Nach der deutschen Übersetzung der CSES gemäß internationaler, standardisierter Richtlinien wurde die Güte der deutschen Fragebogenversion (CSES-D) anhand einer Item- und Reliabilitätsanalyse überprüft. Zusätzlich wurden die allgemeine SWE sowie die SWE im Umgang mit chronischer Krankheit (Freund et al., 2011) zur Prüfung der Konstruktvalidität erfasst. Der Grad der körperlichen Aktivität (FFkA, in h/Wo) wurde ebenfalls erhoben. An der Querschnittsanalyse nahmen 262 Patienten mit chronischen AWE (♂: 62,6 %, Alter: M=63,5 Jahre) teil, u. a. aus der BG Klinik für Berufskrankheiten Falkenstein, dem Klinikum Chem-

nitz, der Rehabilitationsklinik Seebad Ahlbeck und aus pneumologischen Praxen aus Leipzig sowie Halle.

Ergebnisse

Die Gesamtskala weist eine exzellente interne Konsistenz (Cronbachs $\alpha=0.982$) auf. Es bestehen theoriekonforme Zusammenhänge der CSES-D ($M=2,87$; $SD=0,99$) mit der allgemeinen SWE ($M=3,00$; $r=0.258$, $p<0,001$) und der SWE im Umgang mit chronischer Krankheit ($M=6,56$; $r=0.601$; $p<0,001$). Weiterhin zeigten sich signifikante Korrelationen zwischen der CSES-D und der körperlichen Gesamtaktivität ($M=9,17$; $r=0,374$; $p<0,001$).

Diskussion

Die Ergebnisse deuten auf eine vergleichbare Güte zur englischsprachigen CSES (Cronbachs $\alpha=0.95$) hin. Weitere Untersuchungen der Retest-Reliabilität, der Sensitivität sowie einer Version mit stärkerer Gewichtung der Subskala "körperliche Anstrengung" sind bereits in Arbeit.

Schlussfolgerung

Die CSES-D leistet einen Beitrag zur Diagnostik COPD-spezifischer SWE und zur internationalen Vergleichbarkeit der Befunde. Mit Hilfe der Skala können zukünftig Interventionen im Bereich des Krankheitsmanagements von Patienten mit chronischen Atemwegserkrankungen, beispielsweise hinsichtlich der Aufrechterhaltung der körperlichen Aktivität und Stärkung psychischer Ressourcen, entwickelt und evaluiert werden.

Literatur

- Freund, T., Gensichen, J., Goetz, K., Szecsenyi, J., Mahler, C. (2011): Evaluating self-efficacy for managing chronic disease: psychometric properties of the six-item Self-Efficacy Scale in Germany. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 19 (2013). 39-43.
- Inal-Ince, D., Savci, S., Coplu, L., Arikan, H. (2005): Factors determining self-efficacy in chronic obstructive pulmonary disease. *Saudi Medical Journal*, 26 (4). 542-547.
- Wigal, J.K., Creer, T.L., Kotses, H. (1991): The COPD Self-Efficacy Scale. *Chest* 99. 1193-1196.

Entwicklung eines neuen ICF-basierten Mobilitätstests: Ergebnisse einer ersten Pilotstudie

Kaczmarek, C., Schwarz, M., Wydra, G.

Sportwissenschaftliches Institut der Universität des Saarlandes, Saarbrücken

Einleitung

Sportmotorische Assessmentverfahren sind im klinischen Kontext selten vorzufinden. Die medizinische Diagnose bestimmt häufig die Therapieplanung. Aus sporttherapeutischer Perspektive bleibt jedoch die Frage nach der Belastbarkeit eines Patienten oft unbeantwortet (Wydra, 2006). Aus diesem Grund soll ein an der Mobilität und somit den Fertigkeiten des Patienten orientiertes Assessmentverfahren entwickelt werden, das den Anforderungen der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (DIMDI, 2010) der WHO gerecht wird. Ziel der Pilotstudie war es, neue an der ICF orientierte Testübungen zu entwickeln und deren Aufgabenschwierigkeit bei Patienten mit unterschiedlichen Krankheitsbildern zu untersuchen.

Methodik

An der Studie nahmen 115 Patienten (66 ♀, 49 ♂), 51,7±8,4 Jahre (♀ 50,0±9,0; ♂ 54,0±7,1), 11 Patienten der Inneren Medizin, 72 der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, 32 der Neurologie, teil. Es wurden 23 Einzeltests, die die alltagsmotorische Leistungsfähigkeit erfassen sollen, durchgeführt. Die Patienten befanden sich in der ersten Rehabilitationswoche. Zuerst wurde der Timed Up and Go Test (TUG) durchgeführt (Podsiadlo & Richardson, 1991), um einen ersten Eindruck der Mobilität der Patienten zu erhalten. Die Einzeltests sind den Subkategorien "Gehen" (5 Items), "Aufstehen" (5 Items), "Stehen" (4 Items), "Springen" (2 Items) und "Gegenstände bewegen" (7 Items) der Mobilitätskategorien der ICF zugeordnet (DIMDI, 2010). Die bestandenen Einzeltests wurden zu Teilsommenscores addiert.

Zur Überprüfung, ob die gewählten Testaufgaben für die Patienten eine ausreichende Trennschärfe aufweisen, wurde bei den Teilsommenscores die Normalverteilung mittels Kolmogorov-Smirnov Test (Signifikanzniveau $p < 0,05$) berechnet.

Ergebnisse

Die Teilsommenscores weisen keine Normalverteilung auf. 75,5 % der Probanden lösten die einzelnen Items problemlos (Gehen 85,1 %, Aufstehen 68,9 %, Stehen 41,9 %, Springen 88,5 %, Gegenstände bewegen 93,1 %). Lediglich die Items zur Kategorie "Stehen" zeigten tendenziell einen zum Klientel passenden Schwierigkeitsgrad. Auch die Zeit beim TUG lag mit im Mittel bei 6,2±1,4 Sek. deutlich unter dem Normbereich (10 Sek.), so dass die Trennschärfe der einzelnen Kategorien weitgehend als zu gering eingestuft werden kann.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Nach Bös et al. (2001) sollte mindestens ein Schwierigkeitsgrad von 50 % bei Testverfahren erreicht werden, um eine aussagekräftige Trennschärfe zu gewährleisten. Die Anforderungen der einzelnen Items sind bei allen Kategorien außer "Stehen" zu gering und lassen keine diagnostische Differenzierung zu. Auch beim TUG erreichen alle Patienten eine Zeit unter 10 Sek., so dass auch hier eine Belastungsdifferenzierung nicht möglich ist. Der TUG wurde für ältere Senioren entwickelt (Podsiadlo et al., 1991), so dass der Normbereich für jüngere Patienten angepasst werden muss.

Schlussfolgerung

Die einzelnen Testitems werden von etwa 75 % der Patienten gelöst. Eine Differenzierung der Belastbarkeit ist durch diese Testbatterie also nicht möglich.

Für Personen mittleren Alters sollte ein modifizierter TUG entwickelt werden.

Die Testitems müssen an weiteren Patientengruppen erprobt werden, um eine alters- bzw. leistungsspezifische Zuordnung zu erreichen.

Literatur

- Bös, K., Pfeifer, K., Stoll, O., Tittelbach, S., Woll, A. (2001): Testtheoretische Grundlagen. In: Bös, K. (Hrsg.): Handbuch Motorische Tests (2. überarb. Aufl.). Göttingen, Bern: Hogrefe.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2010): ICF- Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Köln: DIMDI.
- Podsiadlo, D., Richardson, S. (1991): The Timed Up and Go: A Test of Basic Functional Mobility for Frail Elderly Persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39 (2). 142-148.
- Wydra, G. (2006). Assessmentverfahren. In Wydra, G., Winchenbach, H., Schwarz, M., Pfeifer, K. (Hrsg.), *Assessmentverfahren in Gesundheitssport und Bewegungstherapie. Messen, Testen, Beurteilen, Bewerten*. Hamburg: Czwalina.

Vereinbarkeit von Erwerbs- und Familienleben: Validierung des Work Family Conflict Questionnaire

Bethge, M. (1), Höhne, S. (2), Kasten, Y. (2), Spyra, K. (2), Wallrabe, J. (2)

(1) Klinik für Rehabilitationsmedizin, Medizinische Hochschule Hannover,
(2) Institut für Medizinische Soziologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund

Psychosoziale arbeitsplatzbezogene Belastungen sind ein wesentliches Risiko für eingeschränkte berufliche Teilhabe und daher ein wichtiges Thema berufsbezogener Gruppen in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (Streibel, Buschmann-Steinhage, 2011). Individuelle Belastungen können dabei auch durch die Schwierigkeit entstehen, den Rollenanforderungen in Familien- und Erwerbsleben gleichermaßen gerecht zu werden. Zur Erfassung derartiger Vereinbarkeitsprobleme haben Kelloway et al. (1999) den Work Family Conflict Questionnaire (WFCQ) vorgeschlagen. Dieser Fragebogen umfasst 22 Items, die sich vier Faktoren zuordnen lassen. Dabei werden einerseits eine Zeit- ("time-based conflicts") und eine Beanspruchungsdimension ("strain-based conflicts") berücksichtigt; andererseits werden Probleme unterschieden, die vom Erwerbs- auf das Familienleben wirken ("work interfering with family", WIF) bzw. vom Familien- auf das Erwerbsleben ("family interfering with work", FIW). Ziel unserer Studie war die Validierung der von uns vorgenommenen Übersetzung des WFCQ.

Methoden

Eingeschlossen wurden erwerbstätige Frauen, die eine orthopädische Rehabilitation erhielten. Die Rekrutierung der Teilnehmerinnen erfolgte in fünf stationären Rehabilitationszentren. Neben der übersetzten Version des WFCQ bearbeiteten die Teilnehmerinnen den Work Ability Index (WAI) (Ilmarinen, 2007); außerdem wurden verschiedene soziodemografische Daten erfasst, u. a. Anzahl und Alter der Kinder sowie Umfang der Erwerbstätigkeit. Um die faktorielle Struktur des WFCQ zu überprüfen, wurde eine konfirmatorische Faktorenanalyse gerechnet (Byrne, 2010). Zusammenhänge der vier Skalen des WFCQ mit dem WAI wurden pfadanalytisch geprüft. Zur Bewertung der konkurrenten Validität wurden zudem Gruppenvergleiche zwischen Frauen mit jüngeren Kindern (≤ 12 Jahren) und Frauen ohne bzw. ausschließlich älteren Kindern sowie zwischen Voll- und Teilzeit beschäftigten Frauen durchgeführt. Zur Berechnung standardisierter Mittelwertdifferenzen (SMD) wurden die Differenzwerte an der gepoolten Standardabweichung normiert.

Ergebnisse

351 Teilnehmerinnen hatten vollständige Werte auf allen Items des WFCQ (mittleres Alter: 50,9 Jahre; SD = 7,9). Etwa vier Fünftel der Teilnehmerinnen (82,1 %) hatten mindestens einen Realschulabschluss. 280 Frauen hatten Kinder; 28 von ihnen jüngere (≤ 12 Jahren). Knapp drei Viertel (73,3 %) waren Vollzeit beschäftigt.

Die konfirmatorische Faktorenanalyse bestätigte die 4-Faktoren-Struktur des WFCQ (Chi²/df = 2,103; IFI = 0,922; TLI = 0,910; CFI = 0,921; RMSEA = 0,056). Das Pfadmodell (n = 336; Chi²/df = 2,023; IFI = 0,992; TLI = 0,974; CFI = 0,992; RMSEA = 0,055) konnte direkte Pfade zwischen beiden Strain-Skalen und dem WAI identifizieren (WIF strain auf WAI: $\beta =$

-0,33; 95 % KI: -0,42 bis -0,21; FIW strain auf WAI: $\beta = -0,14$; 95 % KI: -0,24 bis -0,04) sowie indirekte von den beiden Time-Skalen ausgehende und über die Strain-Skalen vermittelte Effekte (WIF time auf WAI: $\beta = -0,20$; 95 % KI: -0,27 bis -0,14; FIW time auf WAI: $\beta = -0,07$; 95 % KI: -0,13 bis -0,02). Zudem waren die Time- und Strain-Skalen jeweils moderat assoziiert.

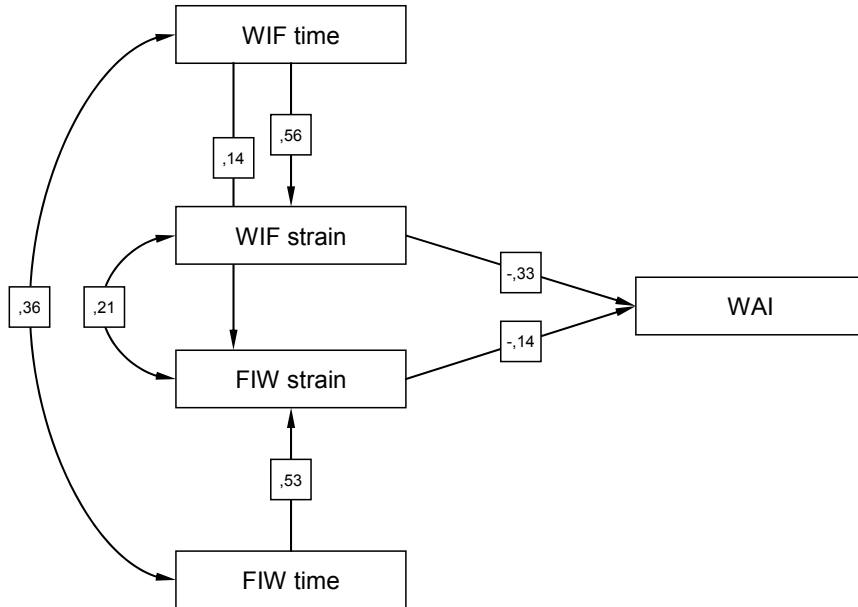


Abb. 1: Pfadmodell für die Zusammenhänge der Skalen des WFCQ und dem WAI

Gruppenvergleiche zwischen Frauen mit jüngeren Kindern und Frauen ohne bzw. ausschließlich älteren Kindern zeigten deutliche Unterschiede bei Konflikten, die vom Familienleben auf das Arbeitsleben wirken (time: SMD = 0,47; strain: SMD = 0,50). Vollzeit beschäftigte Frauen hatten im Vergleich zu Teilzeit beschäftigten Frauen höhere Belastungen durch Konflikte, die vom Arbeitsleben auf das Familienleben wirkten (time: SMD = 0,41; strain: SMD = 0,36).

Schlussfolgerung

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass die deutsche Version des WFCQ ein valides Erhebungsinstrument zur Erfassung von Arbeit-Familie-Konflikten ist. Die Assoziation der Skalen mit dem WAI legt nahe, dass die Thematisierung und Berücksichtigung von arbeitsplatzbezogenen Belastungen in der Rehabilitation, insbesondere in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (Streibelt, Buschmann-Steinhage, 2011), auch auf Vereinbarkeitsprobleme von Arbeit und Familie rekurrieren sollte.

Förderung: Förderschwerpunkt "Chronische Krankheiten und Patientenorientierung" von BMBF, Kranken- und Rentenversicherung.

Literatur

Byrne, B.B. (2010): Structural Equation Modeling with AMOS: basic concepts, applications, and programming. New York, Routledge.

- Ilmarinen, J. (2007): The Work Ability Index (WAI). *Occup Med (Lond)*, 57. 160.
- Kelloway, E.K., Gottlieb, B.H., Barham, L. (1999): The source, nature, and direction of work and family conflict: A longitudinal investigation. *J Occup Health Psychol*, 4. 337-346.
- Streibelt, M., Buschmann-Steinhage, R. (2011): Ein Anforderungsprofil zur Durchführung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation aus der Perspektive der gesetzlichen Rentenversicherung. *Die Rehabilitation*, 50. 160-167.

Patientenzufriedenheit im Spiegel von Messwiederholungen – Eine Stabilitätsanalyse mit dem ZUF-8

Schmidt, J. (1), Kriz, D. (1), Kaiser, U. (2), Nübling, R. (1)
(1) GfQG, Karlsruhe; (2) Hochgebirgsklinik Davos, Schweiz

Hintergrund

Zufriedenheitsmessungen sind im Rahmen von Patientenbefragungen heute anerkannter Standard. Trotz der weiten Verbreitung solcher Messungen wird der Bedeutungsgehalt des Konstrukts infolge konzeptueller und methodischer Probleme unverändert kontrovers diskutiert. Ein Forschungsdefizit kann u. a. darin gesehen werden, dass die Frage nach der intraindividuellen zeitlichen Stabilität von Patientenzufriedenheit nur unzureichend geklärt ist. In der vorliegenden Arbeit wurde überprüft, ob und in welchem Umfang das von Puschner et al. (2005) berichtete Ergebnis (= hohe Stabilität in einem 2-jährigen Beobachtungsintervall) auch für Reha-Patienten einer Fachklinik mit zwei Hauptindikationen (Pneumologie, Dermatologie) bestätigt werden kann.

Methodik

Die acht Fragen umfassende Kurzsкала ZUF-8 (Schmidt et al., 1989) wurde in den letzten 20 Jahren in vielen Studien als Screening-Instrument zur Erfassung der Patientenzufriedenheit eingesetzt (allerdings fast immer ohne Wiederholungsmessung). Der Fragebogen wurde mehrfach überprüft, zuletzt von Kriz et al. (2008). Die hier analysierten Daten stammen von Rehabilitanden der Hochgebirgsklinik Davos (Schweiz), bei denen der ZUF-8 insgesamt viermal vorgegeben wurden: bei Entlassung (E), 6 (K1), 12 (K2) und 24 Monate (K3) nach Entlassung. Diese Datenerhebungen waren Bestandteil der Davoser Outcome-Studie (DOS; vgl. Kaiser et al. 2013), einer großen - insgesamt fünf Messzeitpunkte und zwei Datenquellen umfassenden - Programmevaluationsstudie. Je nach Messzeitpunkt liegen in der Studie, in der eine umfangreiche Assessmentbatterie eingesetzt wurde (u. a. HADS, SF-12, IRES-24, SGQR, FLQZ) Zufriedenheits-Daten für N = 532 (K3) bis N = 769 (E) Rehabilitanden vor.

Ergebnisse

Im Verlauf von 2 Jahren unterscheiden sich die beobachtbaren Patientenzufriedenheitsraten nur minimal und liegen konstant zwischen 84 und 85 % (zur Unterscheidung zwischen Zufriedenen und Unzufriedenen wurde ein Trennwert von 24,5 Skalenpunkten verwendet; vgl. Abb. 1a). Es zeigt sich, dass die ZUF-8-Messungen im Durchschnitt mit $r = .72$ (.58 - .83)

korrelieren (vgl. Abb. 1b), wobei die Korrelationen bei längerem zeitlichen Abstand erwartungsgemäß geringer ausfallen.

Die relativen Anteile intraindividuell "stabiler" versus "instabiler" Zufriedenheitsverläufe wurden weiterhin mittels kritischer Differenzen analysiert. So zeigt sich etwa beim E – K1-Vergleich, dass bei 83,1 % der Rehabilitanden stabile Werte beobachtet werden können (E – K2-Vergleich: 82,0 %; E – K3-Vergleich: 76,4 %), bei 6,4 % eine Zunahme der Zufriedenheit und bei 10,6 % eine Abnahme der Zufriedenheit ersichtlich ist.

Verlaufsbeobachtungen machen hierbei deutlich, dass die Weichenstellung für Zufriedenheits-"Shifts" (= nachträgliche Abnahme bzw. Zunahme der Zufriedenheit) bereits in den 6 Monaten unmittelbar nach der Reha-Maßnahme erfolgt.

Untersucht wurde weiterhin, in welchem Ausmaß sich die ZUF-8-Skalenwerte bei den vier Messzeitpunkten durch a) zeitgleiche Status-Informationen (z. B. Körperliches Befinden, SF-12; HADS-Angst) und b) entsprechende Veränderungsinformationen (z. B. messzeitspezifische Differenzwerte der Skala Körperliches Befinden, SF-12; messzeitspezifische Differenzwerte der Skala HADS-Angst) vorhersagen lassen. Es zeigt sich, dass die durch a + b erklärbare Varianz im Kriterium ZUF-8 bei Entlassung (E) relativ am größten ist (etwa 27 %) und bis zum Erhebungszeitpunkt K3 deutlich geringer wird (bei K3 nur noch etwa 13 %).

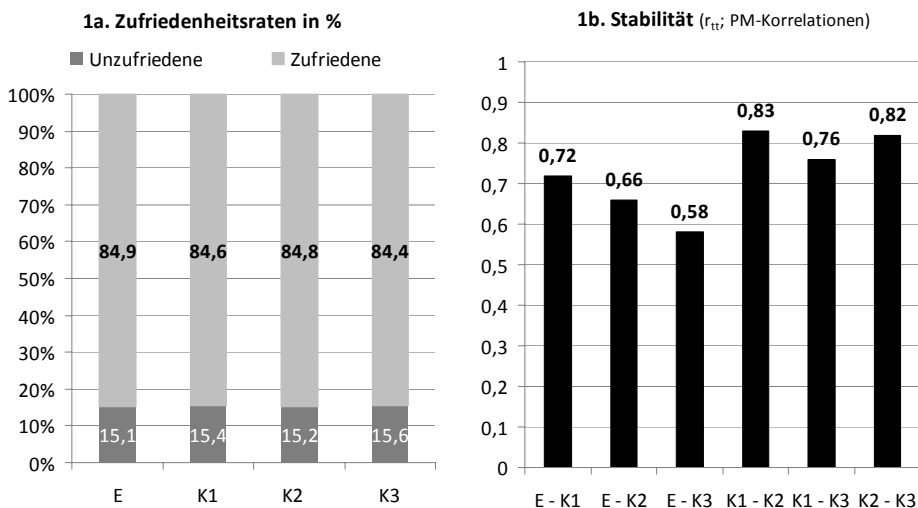


Abb. 1 a + b: Skala ZUF-8: Patientenzufriedenheit im zeitlichen Verlauf

Diskussion

In der vorliegenden Studie erweist sich Patientenzufriedenheit als bemerkenswert stabiles Phänomen. Bei den untersuchten Rehabilitanden kann bei Entlassung eine hohe Zufriedenheitsrate beobachtet werden – und diese hohe Zufriedenheitsrate bleibt – vergleichbar mit der Studie von Puschner et al. (2005) – im 2-Jahres-Verlauf nach Entlassung bemerkenswert stabil (intraindividuelle Stabilitätsquote nach 2 Jahren: 76,4 %). Zufriedenheits-"Shifts" scheinen ihren Ursprung im ersten Halbjahr nach Entlassung zu haben. Die häufig geäußerte Annahme, dass die selbst berichtete Zufriedenheit entscheidend von der aktuellen Situation des Patienten mit beeinflusst werde, kann dahingehend relativiert werden, dass dieser

Einfluss in den zwei Jahren nach Entlassung überraschenderweise eher abzunehmen scheint.

Förderung: European Asthma and Allergy Center Davos (EACD)

Literatur

Kaiser, U., Schmidt, J., Kriz, D., Nübling, R. (2013): Davoser-Outcome-Studie (DOS): Ergebnisse der Einjahreskatamnese. DRV-Schriften, Bd 101. 454-455.

Kriz, D., Nübling, R., Steffanowski, A., Wittmann, W., Schmidt, J. (2008): Patientenzufriedenheit in der stationären Rehabilitation: psychometrische Reanalyse des ZUF-8 auf der Basis multizentrischer Stichproben verschiedener Indikation, Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 17. 67-79.

Puschner, B., Bauer, S., Kraft, S., Kordy, H. (2005): Zufriedenheit von Patienten und Therapeuten mit ambulanter Psychotherapie. Psychother Psych Med, 55. 517-526.

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

Vorhersage kritischer beruflicher Ereignisse durch den SIMBO bei Patienten mit Muskel-Skeletterkrankungen – Zur Relevanz einer Schwellenwertdiskussion

Streibelt, M.

Deutsche Rentenversicherung Bund, Abteilung Rehabilitation, Berlin

Einleitung

Bei chronischen Muskel-Skelett-Krankheiten (MSK) ist die Evidenz hoch, dass RehabilitandInnen mit besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL) von einer medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) stärker hinsichtlich ihrer Reintegration in das Erwerbsleben profitieren als von einer herkömmlichen medizinischen Rehabilitation (Bethge et al., 2011; Streibelt, Bethge, 2013). RehabilitandInnen mit BBPL zeichnen sich durch erhebliche Beeinträchtigungen ihrer beruflichen Teilhabe aus, deren Identifikation integraler Bestandteil einer erfolgreichen Durchführung der MBOR sein sollte. Die Nutzung standardisierter Screenings hat sich dabei als erfolgreiche Strategie herauskristallisiert (Bethge et al., im Druck). Angesichts der geringen Verbreitung von MBOR-Behandlungsprogrammen erlangt die Steuerung bei den Leistungsträgern zur Zuweisung in Reha-Zentren mit MBOR-Schwerpunkt herausgehobene Bedeutung.

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) Bund hat sich vor diesem Hintergrund für die screeninggestützte Steuerung im Antragsverfahren entschieden und testet diese in der orthopädischen Indikation. Die Reha-Antragsunterlagen wurden um den SIMBO erweitert, dessen gute Testeigenschaften in Bezug auf die Beschreibung von BBPL nachgewiesen sind (Streibelt, 2009). Ungeachtet der Empfehlung eines Cut off von 30 Punkten besteht bislang Unklarheit, welcher Schwellenwert im Steuerungsmanagement angezeigt ist.

Methoden

Eine Re-Analyse bestehender Datensätze fokussierte die prädiktive Güte des SIMBO in Bezug auf BBPL im Anschluss an die medizinische Rehabilitation (BBPLpost). Eingeschlossen wurden MSK-PatientInnen, die zwischen 2002 und 2008 eine stationäre orthopädische Rehabilitation in vier Rehabilitationskliniken absolvierten (Streibel, 2007; Müller-Fahnow et al., 2006). Informationen aus Befragungen zu Reha-Beginn und nach 6 Monaten sowie Daten des Entlassungsberichts wurden genutzt.

BBPLpost definierte sich über eine Kombination aus Nichterwerbstätigkeit bzw. Fehlzeiten von mehr als 3 Monaten im 6-Monats-Follow up. War eines der Ereignisse angegeben, lag eine BBPLpost vor. Zusätzlich wurde ermittelt, inwiefern der SIMBO die separaten Ereignisse, eine verringerte Leistungsbeurteilung (LB) in der letzten Tätigkeit (< 6h) sowie eine Empfehlung zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) vorhersagen kann.

Anhand einer ROC-Analyse zur Vorhersage der BBPLpost durch die SIMBO-Skala erfolgte die Festlegung des optimalen Cut off (Maximierung anhand des Youden-Index J). Der Cut off diente anschließend in multiplen logistischen Regressionsanalysen als Trennwert für die Vorhersage der genannten Outcomes. Die Modelle wurden nach Alter, Geschlecht, Diagnose und subjektivem Gesundheitszustand adjustiert.

Ergebnisse

Komplette Datensätze lagen für 1.849 PatientInnen vor (Alter: 47.8 ± 8.7 ; Frauen: 35 %; M40-M54: 81 %). 27 % der PatientInnen wiesen im 6-Monats-Follow up eine BBPLpost auf (Nichterwerbstätigkeit: 17 %; Fehlzeiten >3 Monate: 16 %). Die SIMBO-Skala konnte die BBPLpost mit einem AUC=.83 (.81-.85) sehr gut vorhersagen. Der optimale Cut off lag bei 23 Punkten (J=.57). Damit wurde eine Übereinstimmung von 77 % erreicht (Sensitivität: 81 %, Spezifität: 76 %). 40 % der PatientInnen werden damit als auffällig definiert. Bei $SIMBO \geq 23$ wurde für eine BBPLpost ein Odds Ratio (OR) = 12,5 (9,5-16,5) ermittelt. Auch mit Nichterwerbstätigkeit (OR=10,6; 7,6-14,7), Fehlzeiten >3 Monate (OR=10,7; 7,5-15,3), einer LB <6h (OR=20,1; 11,2-36,3) und einer LTA-Empfehlung (OR=6,9; 4,8-10,0) war der SIMBO in hohem Maße assoziiert.

Diskussion

Die Analyse weist die ausgezeichnete prädiktive Validität des SIMBO erstmals an einer großen, multizentrischen Stichprobe für den Bereich der MSK-Rehabilitation nach. Das Risiko kritischer beruflicher Ereignisse im Anschluss an die medizinische Rehabilitation ist bei höheren SIMBO-Werten um ein Vielfaches erhöht. Dabei zeigt sich, dass die bisherige Festlegung des Schwellenwertes für eine BBPL mit 30 Punkten (angelehnt an die Übereinstimmung mit dem klinischen Arzturteil) überdacht werden muss. Für MSK-PatientInnen kann auf der Grundlage dieser Analyse auch ein geringerer Cut off (hier: 23 Punkte) empfohlen werden. Insbesondere für die Nutzung bei Reha-Trägern bietet sich dieser niedrighschwellige Zugang an, um möglichst viele BBPL-PatientInnen richtig zu erkennen.

Literatur

Bethge, M., Herbold, D., Trowitzsch, L., Jacobi, C. (2011): Work status and health-related quality of life following multimodal work hardening: a cluster randomised trial. *J Back Musculoskelet Rehabil.*, 24/3. 161-172.

- Bethge, M., Löffler, S., Schwarz, B., Vogel, H., Schwarze, M., Neuderth, S. (im Druck): Erwerbsbezogene Einschränkungen der Funktionsfähigkeit: Spielen sie eine Rolle beim Zugang in die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation? *Die Rehabilitation*.
- Müller-Fahrnow, W., Muraitis, A., Knörzer, J., Streibelt, M., Stern, H. (2006): Aktivitäts- und Partizipationsergebnisse der MBO-Rehabilitation bei MSK-Patienten – Reha-klinische vs. statistisch definierte MBO-Patientengruppen im Vergleich. In: Müller-Fahrnow, W., Hansmeier, T., Karoff, M. (Hrsg.): *Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation*, Pabst: Lengerich. 363-374.
- Streibelt, M., Bethge, M. (2013): Effects of Intensified Work-Related Multidisciplinary Rehabilitation on Occupational Participation. A Randomized Controlled Trial in Patients with Chronic Musculoskeletal Disorders. *International Journal of Rehabilitation Research*. DOI: 10.1097/MRR.000000000000031.
- Streibelt, M. (2009): Validität und Reliabilität eines Screening-Instruments zur Erkennung besonderer beruflicher Problemlagen bei chronischen Krankheiten (SIMBO-C). *Die Rehabilitation*, 48. 135-144.
- Streibelt, M. (2007): Aktivität und Teilhabe. Wirksamkeit berufsbezogener Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung. Pabst: Lengerich.

Entwicklung eines Fragebogens zur Sicherung der Ergebnisqualität im ambulanten Durchgangsarztverfahren der Deutschen Unfallversicherung

Szczotkowski, D. (1), Nolting, H. (2), Brodowski, H. (1), Haase, T. (3), Kohlmann, T. (1)

(1) Institut für Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald,

(2) Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Berlin, (3) Berlin

Hintergrund

Träger der medizinischen Versorgung und Rehabilitation nach Arbeitsunfällen sind in Deutschland die Berufsgenossenschaften und die Unfallkassen. Die Behandlung wird dabei von einem Durchgangsarzt (D-Arzt) koordiniert. D-Ärzte sind Spezialisten mit unfallchirurgischer Schwerpunktqualifikation, ihnen wurde von den zuständigen Landesverbänden eine besondere Zulassung erteilt. Ziel unserer Studie war die Entwicklung, Erprobung und psychometrische Evaluation eines neuen Fragebogens zur Messung der Patientenzufriedenheit und des Gesundheitszustandes. Dieser Fragebogen soll Teil eines mehrgliedrigen Programms zur Qualitätssicherung im ambulanten D-Arztverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung werden. Im vorliegenden Beitrag werden die psychometrischen Eigenschaften des neu entwickelten Fragebogens dargestellt.

Material und Methoden

Der Fragebogen wurde in vier Phasen entwickelt. Zur Identifikation bereits existierender Fragebögen wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt (Phase I). Anhand der Ergebnisse von leitfadengestützten Interviews mit N = 18 ambulant bei D-Ärzten behandelten Patienten (Phase II) und nach einer engen Abstimmung mit einer aus D-Ärzten und Verwaltungsspezialisten bestehenden Expertengruppe (Phase III) wurde eine aus 59 Items

bestehende Entwicklungsversion erstellt. Die Analyse der psychometrischen Eigenschaften (Phase IV) erfolgte in einer Stichprobe von Patienten die nach einem ambulanten Heilverfahren als wieder arbeitsfähig gemeldet waren.

Ergebnisse

Von 253 angeschriebenen Patienten sandten 112 Patienten (Rücklaufquote: 44,3 %) einen auswertbaren Fragebogen zurück. Die Analyse der Verteilungseigenschaften auf der Ebene der Subskalen ergab keine relevanten Probleme: Die Anteile fehlender Werte erreichten max. 3,6 %. Die bei Befragungen zur Patientenzufriedenheit erwarteten Deckeneffekte waren bei den meisten Subskalen < 30 %. Nach Reduktion der Itemzahl von 59 auf 38 konnte in einer explorativen Hauptkomponentenanalyse eine klare Faktorstruktur identifiziert werden: Zufriedenheit mit A) der Behandlung durch den D-Arzt (12 Items), B) dem Praxispersonal und der Praxisorganisation (5 Items), C) der Praxisinfrastruktur (5 Items) und D) mit für das D-Arztverfahren spezifischen Koordinationsfunktionen (13 Items). Drei weitere Items betreffen die Globaleinschätzung mit der Betreuung durch den D-Arzt. Die für die Subskalen berechneten Reliabilitätskoeffizienten (Cronbachs Alpha) erreichten mit einer Ausnahme (Teilskala Koordination des Heilverfahrens) Werte von mindestens 0,80.

Schlussfolgerung

Mit den akzeptablen Verteilungseigenschaften, den guten Reliabilitätskoeffizienten und der inhaltlich plausiblen faktoriellen Struktur stellt der in dieser Studie entwickelte und getestete Patientenfragebogen ein geeignetes Instrument zur Messung und Sicherung der Ergebnisqualität im ambulanten D-Arzt-Verfahren dar. Er umfasst wichtige Aspekte der Versorgung durch die D-Ärzte innerhalb des Systems der gesetzlichen Unfallversicherung. In einem weiteren Arbeitsschritt soll der Fragebogen in einem Landesverband der gesetzlichen Unfallversicherung unter Praxisbedingungen einer dreimonatigen Erprobung unterzogen werden.

Förderung: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)

Aktuelle Ergebnisse der Visitationen im QS-Reha[®]-Verfahren der gesetzlichen Krankenversicherung

Uhlmann, A. (1), Ullrich, A. (1), Grothaus, F.-J. (2), Farin-Glattacker, E. (1), Jäckel, W.H. (1)

(1) Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg,

(2) BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit GmbH, Düsseldorf

Einleitung

Die externe Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation wird durch die Programme der beiden größten Reha-Träger in Deutschland (die "Reha-Qualitätssicherung" der Deutschen Rentenversicherung und das "QS-Reha[®]-Verfahren" der Gesetzlichen Krankenkassen) geprägt. Ihre Stärken beziehen sich auf die Messung mehrerer relevanter Qualitätsdimensionen, die umfassende Umsetzung über nahezu alle behandelten Erkrankungen und die Einbeziehung der Patientenperspektive. Eine Gemeinsamkeit der Programme besteht auch in der Durchführung von Visitationen (Farin, Jäckel, 2011; Neuderth et al., 2012; Meixner et al., 2006). Unter Visitationen kann man Vor-Ort-Begehungen der Einrichtung durch medizinische Experten bzw. Qualitätsmanagement-Experten verstehen, die das Ziel verfolgen, auf systematische Weise, mit Hilfe von Beobachtungen und Gesprächen, die Qualität der Einrichtung zu bestimmen und den Verantwortlichen zurückzumelden.

Im QS-Reha[®]-Verfahren besitzen die Visitationen zusätzlich die Funktion, Angaben zur Struktur- und Prozessqualität, die die Einrichtung vorab in einem Erhebungsbogen getätigt hat, zu validieren. Die Bewertung erfolgt nach Kriterien, die literatur- und expertengestützt erarbeitet (Klein et al., 2004) und in der Folgezeit aktualisiert wurden. Der Beitrag stellt Erfahrungen und Ergebnisse aus der Visitationsdurchführung in der aktuellen Erhebungsrunde des QS-Reha[®]-Verfahrens dar und fokussiert auf die Frage, welche Abweichungen sich nach der Visitation ergeben, ob also die intendierte validierende Funktion der Visitation tatsächlich eintritt und wenn ja, in welcher Richtung (Auf- oder Abwertung der Erfüllung der Qualitätsanforderungen).

Methodik

Zwischen Oktober 2012 und Oktober 2013 wurden bundesweit 51 Rehabilitationseinrichtungen aus nahezu allen Indikationen der medizinischen Rehabilitation visitiert. Die Auswahl der zu visitierenden Einrichtungen erfolgte per Zufall. Die Visitation war kurzfristig angekündigt und dauerte einen Tag (in der Regel 9 - 17 Uhr). Pro Einrichtung wurden ca. 110 - 130 vorab definierte Kriterien (unterschiedlich je nach Indikation) geprüft. Innerhalb von 6 Wochen nach Visitationsdurchführung erhielten die Einrichtungen einen Visitations-Ergebnisbericht und hatten die Möglichkeit zur Stellungnahme. In allen Fällen konnte ein einvernehmlicher Visitationsbericht erstellt werden. Abschließend wurden die Einrichtungen mittels einer Online-Befragung um eine Bewertung der Visitation (inhaltliche und organisatorische Aspekte sowie Qualität und Nutzen des Ergebnisberichts) gebeten.

Ergebnisse

Durch die Visitationen ergaben sich insgesamt 135 positive und 108 negative Abweichungen vom vorab von den Einrichtungen ausgefüllten Erhebungsbogen. Bei den meisten Einrichtungen lag die Gesamtzahl der Abweichungen bei ca. 4-6 (entspricht ca. 4 % der geprüften Kriterien). Vereinzelt wiesen die Einrichtungen aber auch 10-15 Abweichungen auf. Dies trat in negativer und positiver Richtung auf. Die meisten positiven Abweichungen gab es im Inhaltsbereich "Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung", die meisten negativen im Bereich "Personelle Ausstattung". Bei den Einzelkriterien mussten Anforderungen an das Eingehen auf die subjektive Sichtweise des Patienten (z. B. Dokumentation des Krankheitsverständnisses, der Motivation und der Selbsteinschätzung des Reha-Erfolgs) häufig als nicht erfüllt gewertet werden, obwohl die Einrichtung vorab eine Erfüllung dokumentiert hatte. Bei schulungsbezogenen Anforderungen hingegen gab es häufig positive Veränderungen.

Die Ergebnisse der Online-Befragung zeigten, dass die Durchführung der Visitation in der Regel positiv bewertet wurde, wobei insbesondere auf die Möglichkeit verwiesen wurde, Missverständnisse oder falsche Angaben aus dem Erhebungsbogen zu korrigieren. Der Nutzen des Ergebnisberichts wurde eher für die Außendarstellung gesehen, weniger für interne Prozesse.

Diskussion

Mit im Mittel ca. 4 % Korrekturen besitzen die Visitation eine relevante Validierungsfunktion. Zu berücksichtigen ist, dass den Einrichtungen vorher bekannt war, dass Visitationen stichprobenmäßig stattfinden werden. Es kann vermutet werden, dass die Korrekturquote höher wäre, wenn nicht mit Visitationen gerechnet worden wäre. Bemerkenswert ist, dass die Einrichtungen im Mittel von den Visitationen profitieren, da es mehr positive als negative Veränderungen gibt. Visitationen sind wichtig, um Missverständnisse bei der Interpretation von Qualitätsanforderungen vor Ort zu diskutieren und aufzuklären. Die Art und Weise ihrer Umsetzung trifft bei den am QS-Reha[®]-Verfahren beteiligten Einrichtungen auf deutliche Akzeptanz.

Förderung: GKV-Spitzenverband

Literatur

- Farin, E., Jäckel, W.H. (2011): Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der medizinischen Rehabilitation. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 54. 176-184.
- Klein, K., Farin, E., Jäckel, W. H., Blatt, O., Schliehe, F. (2004): Bewertungskriterien der Strukturqualität stationärer Rehabilitationseinrichtungen. Die Rehabilitation, 43. 100-108.
- Meixner, K., Lubenow, B., Brückner, U., Gerdes, N. (2006): Weiterentwicklung und Validierung eines Verfahrens zur Visitation von Rehabilitationseinrichtungen. Die Rehabilitation, 45. 152-160.
- Neuderth, S., Saube-Heide, M., Brückner, U., Gross, B., Wenderoth, N., Vogel, H. (2012): Wissenschaftliche Begleitung der Weiterentwicklung des Visitationsverfahrens für Reha-Kliniken der Deutschen Rentenversicherung Bund – Das Projekt "Visit II". Die Rehabilitation, 51. 171-180.

Einführung von Ergebnismessungen in der medizinischen Rehabilitation im Rahmen der externen Qualitätssicherung in der Schweiz – Auch ein Modell für Deutschland?

Köhn, S. (1), Schleicher, S. (1), Schmidt, C. (1), Spyra, K. (1), Vouets, V. (2)

(1) Charité – Universitätsmedizin Berlin, (2) ANQ – Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken, Bern

Hintergrund

Ergebnismessungen spielen beim Nachweis der Behandlungseffektivität in der medizinischen Rehabilitation eine große Rolle. Sie finden u. a. im Kontext der externen Qualitätssicherung (externe QS) Anwendung (Farin, 2008). In Deutschland existieren hierfür bislang keine trägerübergreifenden Konzepte, dies betrifft sowohl die Definition geeigneter Ergebnis-Indikatoren als auch praktikable Messmethoden (Klosterhuis et al., 2010; Widera, 2009).

In der Schweiz wurden mit Beginn des Jahres 2013 landesweit trägerübergreifende Ergebnismessungen mit dem "Nationalen Messplan Rehabilitation" eingeführt. Sie werden vom ANQ (Association nationale pour le développement de qualité dans les hôpitaux et les cliniques, Bern) umgesetzt, in dem sich Kantone, Versicherer und Leistungserbringer zusammengeschlossen haben. Die Einführung des Messplans ist Bestandteil der Leistungs- und Tarifvereinbarungen zwischen Kliniken und Leistungsträgern. Die Ergebnisse werden in klinikspezifischen und nationalen Vergleichsberichten sowohl den Versicherungen, Behörden und Kliniken als auch der Öffentlichkeit vorgestellt (siehe zum Beispiel ANQ & UPK Basel, 2013). Sie sollen für Transparenz im Gesundheitswesen sorgen und Verbesserungsprozesse in den Kliniken anstoßen.

Methode

Die schweizerischen Ergebnismessungen werden landesweit in allen Bereichen der medizinischen Rehabilitation eingeführt. Für jeden etablierten Indikationsbereich wurden vom ANQ 2-3 anerkannte und in der Praxis weit verbreitete Messinstrumente/Mess-Indikatoren definiert. Diese werden jeweils zu Reha-Beginn und -Ende bei jedem Rehabilitanden angewendet. Zum Indikatoren-Set gehören Fremd- und Selbstbeurteilungsfragebögen, die Funktionsfähigkeit und indikationsspezifische Lebensqualität messen (ICF-basierte Zieldokumentation, FIM, Erweiterter Barthel-Index, HAQ, MacNew Heart, CRQ, Feeling-Thermometer) sowie Leistungstests (6-Minuten-Gehtest, Fahrrad-Ergometrie). Ergänzend werden für jeden Fall Daten der Routinestatistik (soziodemografische Daten, Verlaufsdaten, Diagnosen) und weitere Daten, die als potentielle Confounder für die Ergebnisanalysen geprüft werden, erhoben (CIRS, Lebensform, Wohnform).

Der ANQ hat die Charité – Universitätsmedizin Berlin beauftragt, die erhobenen Daten aufzubereiten, auszuwerten sowie die klinikspezifischen und nationalen Vergleichsberichte zu erstellen. Dazu gehört auch ein in Kooperation mit dem ANQ entwickeltes Auswertungs- und Berichtskonzept. Dieses beinhaltet unter anderem Ausführungen zur Methodik der Datenanalyse, wie die Wahl adäquater Analyseverfahren (z. B. risikoadjustierte Regressionsmodelle) oder die Identifizierung indikationsspezifischer Confounder-Variablen, die einen fairen

Klinikvergleich ermöglichen sollen. Ebenfalls werden im Auswertungs- und Berichtskonzept für die Präsentation der Ergebnisse geeignete Grafiktypen aufgeführt.

Noch vor jeglicher ergebnisorientierten Datenauswertung stehen 2013 jedoch Datenprüfungen, Berichte zur Datenqualität sowie entsprechende Rückmeldung an die Kliniken an erster Stelle. Erst bei hinreichender Datenqualität werden die gelieferten Daten als Grundlage für die nationalen Vergleichsberichte genutzt.

Ergebnisse

Mehr als die Hälfte aller schweizerischen Rehabilitationskliniken haben für das erste Halbjahr 2013 Daten aus den Ergebnismessungen geliefert (insgesamt rund 16.000 Fälle) – zum Teil mit sehr ansprechender Datenqualität.

Diskussion und Ausblick

Das schweizer Modell zeigt, dass die Ergebnisqualität rehabilitativer Leistungen als eine wichtige Dimension einer national einheitlichen und trägerübergreifenden externen QS berücksichtigt werden kann. Der Prüfung der Datenqualität kommt dabei eine Schlüsselrolle zu. Inwieweit sich die schweizer Erfahrungen auf Deutschland übertragen lassen, bleibt angesichts der Unterschiede in den Versorgungsstrukturen zu diskutieren.

Literatur

Farin, E. (2008): Patientenorientierung und ICF-Bezug als Herausforderungen für die Ergebnismessung in der Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 47. 67-76.

Klosterhuis, H., Baumgarten, E., Beckmann, U., Erbstößer, S., Lindow, B., Naumann, B., Widera, T., Zander, J. (2010): Ein aktueller Überblick zur Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. *Die Rehabilitation*, 49. 356-367.

Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) und Abteilung Evaluation der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK Basel) (2013): Nationaler Vergleichsbericht Outcome, Stationäre Psychiatrie Erwachsene, Erhebungszeitraum: 1. Juli 2012 - 31. Dezember 2012. URL: <http://www.anq.ch/psychiatrie/messergebnisse/>.

Widera, T. (2009): Ausblick zur Ergebnisqualität - Indikatoren einer erfolgreichen Rehabilitation sowie Einflussfaktoren auf das Rehabilitationsergebnis. In: DRV Bund (Hrsg.): Ergebnisqualität in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung. Publikation zum Workshop am 25.11.2008. 168-195.

Routinemäßige Katamnese in der Rehabilitation im internationalen Raum: Ergebnisse einer systematischen Recherche

Reese, C. (1), Mittag, O. (1), Metzler, A. (1), Stapel, M. (2), Jäckel, W.H. (1)

(1) Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg,

(2) Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz, Speyer

Hintergrund und Fragestellung

Durch die Verknüpfung eines routinemäßigen Eingangs-Assessments mit der Messung langfristiger Therapieergebnisse kann die Effektivität medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen beurteilt werden. Darüber hinaus können die Ergebnisse solcher Messungen den Einrichtungen wichtige Hinweise für die Therapiesteuerung und die Weiterentwicklung ihrer Therapiekonzepte liefern.

In Deutschland gibt es einige erfolgreiche Beispiele für routinemäßige Eingangs- und Katamneseerhebungen in der Rehabilitation. So führt z. B. der Fachverband Sucht seit 1996 neben einer routinemäßigen Erhebung zu Therapiebeginn eine Zwölf-Monats-Katamnese bei allen entlassenen Patienten durch (Missel et al., 2013).

In den meisten Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland werden allerdings ausschließlich kurzfristige Effekte gemessen (z. B. im Rahmen des Qualitätsmanagements). Ein Hinderungsgrund für den routinemäßigen Einsatz eines umfassenden Assessments zu verschiedenen Messzeitpunkten ist der hohe Aufwand (Druck von Fragebögen, Verteilung bzw. Versand an die Patienten, Dateneingabe und -auswertung).

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die internationale Praxis hinsichtlich einer Routinekatamnese in der Rehabilitation zu untersuchen. Erfolgt im internationalen Raum eine routinemäßige Katamnese in der Rehabilitation? Und wenn ja, wie genau wird diese durchgeführt und lassen sich daraus Anregungen für Deutschland ableiten?

Methode

Im Rahmen der Suche nach routinemäßigen Katamneseerhebungen in der Rehabilitation wurde eine systematische Literaturrecherche in der Datenbank Medline durchgeführt. Die Suchstrategie bezog vier Indikationsbereiche ein, die im internationalen Raum häufiger Anlass für Rehabilitationsmaßnahmen sind: Kardiologie, Neurologie (v. a. Apoplex), Pneumologie (v. a. COPD) und muskuloskelettale Erkrankungen (v. a. Rückenmarksverletzungen und chronischer Rückenschmerz).

Außerdem wurden insgesamt 122 internationale Fachgesellschaften per E-Mail oder per Internet-Kontaktformular angeschrieben. Sie wurden darum gebeten, uns Informationen bezüglich routinemäßiger Katamneseerhebungen in der Rehabilitation zu schicken, sofern ihnen Register oder Einrichtungen, in denen solche Erhebungen durchgeführt werden, bekannt sind.

Ergebnisse

Die systematische Literaturrecherche in Medline lieferte insgesamt 846 Treffer, die anhand ihrer Titel und Abstracts gesichtet wurden. Von den 122 angeschriebenen Fachgesellschaften antworteten 25 Fachgesellschaften.

Durch die systematische Recherche ermittelten wir insgesamt zehn internationale Register, die routinemäßig Katamnesedaten von Rehabilitanden erfassen und auswerten (s. Tabelle 1).

Land	Name des Registers	Indikation
Großbritannien	British Heart Foundation: The National Audit of Cardiac Rehabilitation	Kardiologie
Schweden	Swedish Association for Rehabilitation and Physical Medicine: Swedish Quality Registry for Pain Rehabilitation	Chronischer Schmerz
	Society of Rehabilitation Medicine: Quality Registry in Rehabilitation Medicine (Webrehab Sweden)	Neurologie
U.S.A.	American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation (AACVPR):	Kardiologie Pneumologie
	<ul style="list-style-type: none"> • Outpatient Cardiac Rehabilitation Registry • Outpatient Pulmonary Rehabilitation Registry 	
	Model Systems National Databases:	Rückenmarksverletzungen Schädel-Hirn-Trauma
	<ul style="list-style-type: none"> • Spinal Cord Injury Model System • Traumatic Brain Injury Model System 	
	Uniform Data System for Medical Rehabilitation	indikationsübergreifend
Kanada	Canadian Institute for Health Information: National Rehabilitation Reporting System	indikationsübergreifend
Neuseeland	TBI Health, Back Institute	Chronischer Rückenschmerz

Tab. 1: Land, Name und Indikationsbereiche der Register

Die Katamnese erfolgt in den meisten Fällen nach 12 Monaten, teilweise jedoch auch schon nach 3-6 Monaten. Die Katamnesefragebögen werden den Patienten in aller Regel postalisch oder per E-Mail zugesandt, alternativ werden auch Telefoninterviews oder persönliche Befragungen der Patienten durchgeführt. Die Fragen beziehen sich insbesondere auf folgende Bereiche: indikationsspezifische klinische Parameter, gesundheitsbezogener Lebensstil, Lebensqualität, Funktionsfähigkeit und Teilhabe, psychosoziales Befinden, beruflicher Status, Erhalt von Sozialleistungen, Komplikationen / Klinikaufenthalte.

Diskussion

Im Bereich der Rehabilitation existieren im internationalen Raum verschiedene große Register, in denen Katamnesedaten von Rehabilitanden gesammelt werden. Es fällt auf, dass für die Datenerhebung zum Katamnesezeitpunkt bisher kaum neue Technologien (z. B. Online-Erhebungen) genutzt werden. In Deutschland wäre der verstärkte Einsatz routinemäßiger Katamneseerhebungen in der Rehabilitation für eine umfassende formative und summative Evaluation der Rehabilitation wünschenswert. Der Einsatz moderner Technologien der Datenerhebung könnte den Aufwand hierfür möglicherweise deutlich reduzieren (vgl. Stapel et al., 2012).

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

Literatur

- Missel, P., Bick, S., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Kersting, S., Kluger, H., Lange, N., Medenwaldt, J., Schneider, B., Verstege, R., Weissinger, V. (2013): Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2010 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht Aktuell*, 1. 13-25.
- Stapel, M., Kulick, B., Kuse, T., Rudolph, F.M., Thilmann, H.-J., Weiler, S. (2012): Web-basiertes Screening-Verfahren der trägereigenen Rehabilitationskliniken der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz. *DRV-Schriften*, Bd 98. 117-118.

Vergleich der Ergebnisse der Qualitätssicherung der ambulanten und stationären medizinischen Rehabilitation – Auswertung aus dem Alltag einer Rehabilitationsklinik

Nolting, F., Fleischer, K.

Klinik am Rosengarten, Bad Oeynhausen

Einleitung

Die ersten Rückmeldungen der externen Qualitätssicherung ergaben für die ambulante Rehabilitation ein gutes Ergebnis (Lindow et al., 2007; Klosterhuis et al., 2009). Daher war es für die Klinik am Rosengarten, die als Klinik für neurologische und orthopädische Rehabilitation den ambulanten Bereich im Stil einer Tagesklinik betreibt, von großem Interesse, inwiefern die hauseigenen Daten den Ergebnissen der ambulanten Reha entsprechen und ob hierfür ggf. Unterschiede im Patientenkollektiv verantwortlich sind.

Methodik

Es erfolgte eine vergleichende statistische Auswertung von Patientendaten der ambulanten und stationären Rehabilitation unter Verwendung von Daten der DRV-Rehabilitandenbefragung 2012 (DRV, 2012a, 2012b) und von eigenen Behandlungsdaten (Patientenstammdaten, Barthel-Index, Ergebnisse der Reha-Zielvereinbarung nach ICF, KTL-Leistungserfassung, Ergebnisse der hausinternen Patientenbefragung).

Ergebnisse

Im Rahmen der Rehabilitandenbefragung der externen Qualitätssicherung der DRV sind die Fragebögen ambulant und stationär nicht komplett identisch, im ambulanten sind Fragen zur "pflegerischen Betreuung" nicht vorhanden.

Bei den eigenen Patienten, wie auch bei denen der Vergleichskliniken, lagen im Durchschnitt in den meisten der Items bessere Ergebnisse in der ambulanten Rehabilitation vor. Von einem Teil der Patienten wurde jedoch die ambulante Rehabilitation als Belastung empfunden, insbesondere hinsichtlich der zusätzlichen Haushaltsführung, aber auch bzgl. zu versorgender Haustiere, der Hin- und Rückfahrt und hinsichtlich der fehlenden Distanz zum häuslichen Umfeld.

Die Auswertung der eigenen Patientendaten ergab folgende Ergebnisse für die ambulante Rehabilitation:

- Es lag ein höherer Anteil an Heilverfahren vor (amb.: 41 %; stat.: 15 %).
- Das Durchschnittsalter war niedriger mit einem um 12 % größeren Anteil der unter 50-jährigen.
- Der Anteil der Patienten ohne Beeinträchtigung in den Aktivitäten des täglichen Lebens (Barthel-Index = 100) war deutlich höher (92 %, stationär nur 52 %).
- Die Anzahl der genannten Rehaziele nach ICF war geringer. Die Rehabilitationsziele "den Beruf ausüben" und "ich möchte lernen, was ich für meine Gesundheit tun kann" wurden häufiger, hingegen "Gehen" und "Wege bewältigen" wurden deutlich seltener genannt.
- Die Aufenthaltsdauer war 2 Tage länger, entsprechend die Anzahl der Therapietage.
- Die Gesamttherapiemenge pro Aufenthalt war entsprechend höher, ebenso die Therapiedichte pro Tag (amb.: 6,0 / Werktag; stat.: 5,4 / Werktag).

Diskussion

Die Patienten der ambulanten Rehabilitation waren im Durchschnitt "jünger" oder "gesünder". In der DRV-Rehabilitandenbefragung ist dementsprechend keine Frage zur "pflegerischen Betreuung" enthalten. Offensichtlich besteht ein Synergismus durch die geringere Morbidität der Patienten, wodurch diese eher in einen weitestgehend standardisierten Reha-Ablauf integriert werden können.

Fazit

Die Struktur der ambulanten Rehabilitation kann für ausgewählte Patientengruppen von Vorteil sein. Insbesondere für ältere, allein lebende, körperlich oder psychisch beeinträchtigte, multimorbide Patienten oder Patienten mit Wohnort in ländlichen Regionen wird jedoch die Indikation für eine stationäre Reha weiterhin bestehen bleiben.

Literatur

- Klosterhuis, H., Naumann, B. (2009): Qualitätssicherung der ganztägig ambulanten Rehabilitation, Vortrag bei der 4. Fachtagung der DRV Bund, 7. und 8. Mai 2009 in Berlin.
- Lindow, B., Klosterhuis, H., Naumann, B. (2007): Ambulante Rehabilitation – ein Versorgungsbereich profiliert sich, RVaktuell, 7. 206-213.
- DRV (2012a): Rehabilitandenbefragung Somatik ambulant Bericht 2012.
- DRV (2012b): Rehabilitandenbefragung Somatik stationär Bericht 2012.

Bewertung der Ergebnisqualität in der kardiologischen Rehabilitation mit einem multiplen Ergebniskriterium

Röhrig, B., Nosper, M., Linck-Eleftheriadis, S., Freidel, K.

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Rheinland-Pfalz, Alzey

Hintergrund

Qualitätsmanagement medizinischer Rehabilitation soll kontinuierliche Verbesserungen ermöglichen. Maßnahmen zur Verbesserung setzen voraus, dass die Effekte von Interventionen gemessen werden. Für die Messung klinisch relevanter Veränderung ist die Veränderung auf Patientenebene maßgeblich. Diese Daten können dann als Grundlage für eine Bewertung der Ergebnisse innerhalb einer Abteilung oder Einrichtung sowie für Gruppen- und Einrichtungsvergleiche (Benchmarking) genutzt werden. Dazu bedarf es geeigneter Qualitätsindikatoren, die die Basis eines multiplen Ergebniskriteriums (MEK) bilden.

Methode

Von Juli 2012 bis Juni 2013 wurden reharelevante Daten in 17 kardiologischen Rehabilitationseinrichtungen mit dem softwarebasierten Dokumentationssystem EVA-Reha® Cardio erfasst und statistisch ausgewertet (MDK, 2013; Zieres und Weibler 2012). Rehabilitationsträger war in allen Fällen die Techniker Krankenkasse. Reha-Effekte wurden anhand von 13 Qualitätsindikatoren in drei Hauptgruppen bestimmt: I) Risikofaktoren (Hypertonie, LDL-Cholesterin und Triglyceride), II) körperliche Leistungsparameter (Herzfrequenz, max. Belastbarkeit, 6-min-Gehtest, Herzinsuffizienz und Angina pectoris) und III) subjektive Gesundheit (3 Skalen aus dem IRES-24: Schmerzen, somatische Gesundheit, psychisches Befinden sowie Depression und Herzangst) (Röhrig et al., in Druck; Salzwedel et al., 2012). Die Qualitätsindikatoren wurden zu Beginn und zum Ende der Rehabilitation gemessen und zur Bewertung der Veränderung zu beiden Messzeitpunkten in geeignete Schweregradgruppen überführt. Der Wechsel in eine andere Kategorie zum Ende der Rehabilitation wurde als -1: verschlechtert, 0: unverändert, +1: verbessert oder +2: sehr verbessert bewertet. Es wurden ausschließlich interventionsbedürftige Parameter eines Patienten beurteilt und Veränderungen nur bewertet, wenn sie eine klinisch relevante Grenze überschreiten, die Minimal Important Difference (MID).

Aus den Bewertungen der 13 Qualitätsindikatoren wurde das MEK als arithmetisches Mittel berechnet (Bereich von -1 bis +2). Für einen fairen Vergleich der Einrichtungen wurden Faktoren, welche eine Einrichtung nicht beeinflussen kann, mittels Regressionsrechnung adjustiert. Der Einrichtungsvergleich wurde anhand der Residuen – also der Differenz zwischen dem erwarteten und erreichten Ergebnis – durchgeführt.

Ergebnisse

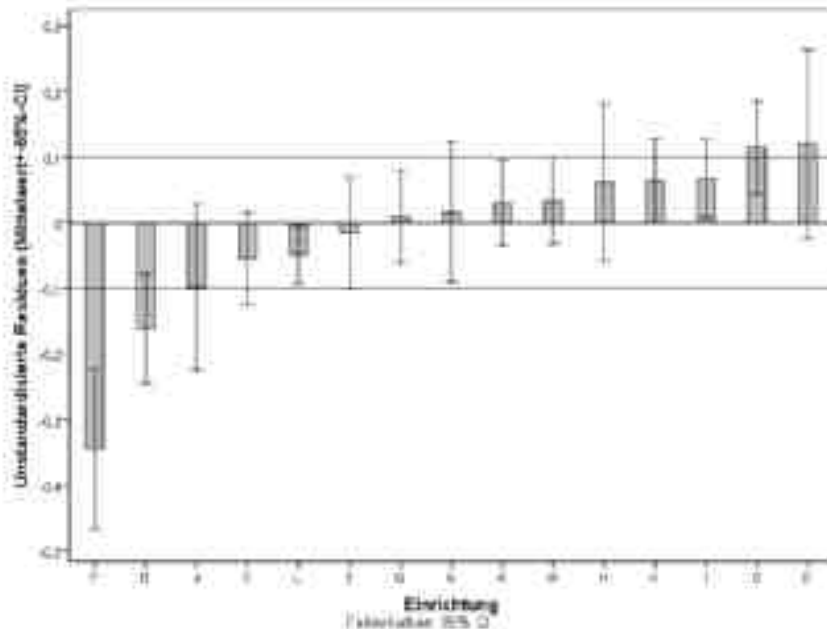
In 17 Projekteinrichtungen wurden 1.706 Patienten der Techniker Krankenkasse kardiologisch rehabilitiert (Fallzahlen je Klinik zwischen 34-269; Alter 72 Jahre; Männer 77 %). Zur Bewertung des Reha-Erfolgs wurden für jeden Qualitätsindikator Schweregradgruppen gebildet und ein Wechsel der Schweregradgruppe zum Ende der Rehabilitation für jeden einzelnen Patienten bewertet. Beispielhaft wird das Ergebnis anhand der LDL-Konzentration im Serum vorgestellt. Zu Reha-Beginn lagen 773 Rehabilitanden (47 %) im normalen Bereich.

Von den 130 Rehabilitanden mit stark erhöhten LDL-Cholesterinwerten zu Beginn verbesserten sich 86 um mindestens eine Schweetgradstufe (Tabelle 1). Insgesamt waren die LDL-Cholesterinwerte bei 41 % der Rehabilitanden gebessert und bei 17 % sehr gebessert. Das nicht adjustierte MEK auf Basis der 13 Qualitätsindikatoren betrug im arithmetischen Mittel 0,64 (Median 0,67; Standardabweichung 0,40; Range 0,28-0,94). Der adjustierte Vergleich der Einrichtungen anhand der Residuen zeigt, dass 10 Einrichtungen in einem mittleren Bereich zwischen -0,1 und +0,1 liegen, zwei Einrichtungen liegen oberhalb und drei Einrichtungen unterhalb dieses Bereichs (Abbildung 1).

			LDL-Cholesterin (Ende)				
			Normal (< 100)	Grenzwertig (100 - 129)	Erhöht (130 - 159)	stark erhöht (≥ 160)	Gesamt (Beginn)
LDL-Cholesterin (Beginn)	Normal (< 100)	N	697	67	5	4	773
		%	90,2 %	8,7 %	0,6 %	0,5 %	100,0 %
	Grenzwertig (100 - 129)	N	263	208	22	2	495
		%	53,1 %	42,0 %	4,4 %	0,4 %	100,0 %
	Erhöht (130 - 159)	N	85	80	63	12	240
		%	35,4 %	33,3 %	26,3 %	5,0 %	100,0 %
	stark erhöht (≥ 160)	N	26	29	31	44	130
		%	20,0 %	22,3 %	23,8 %	33,8 %	100,0 %
	Gesamt (Ende)	N	1071	384	121	62	1.638
		%	65,4 %	23,4 %	7,4 %	3,8 %	100,0 %

Bem.: Die MID beträgt 10 mg/dl. Bei 68 Fällen fehlten die Angaben.

Tab. 1: LDL-Cholesterin (Prä-Post-Darstellung) [in mg/dl]



Bem.: Ein positives Residuum entspricht einem Reha-Erfolg, der über den Erwartungen liegt. Zwei Kliniken haben für diese Auswertung zu wenig Daten geliefert.

Abb. 1: Adjustierter Einrichtungsvergleich: Unstandardisierte Residuen (Mittelwert + 95 % Konfidenzintervall)

Schlussfolgerungen

Das Ergebnis einer kardiologischen Rehabilitation kann anhand von 13 Qualitätsindikatoren auf der Patientenebene dargestellt werden. Einrichtungen können aufgrund ihres Ergebnisses im MEK nach Adjustierung durch einen Residuenvergleich fair miteinander verglichen werden. Dadurch lassen sich Unterschiede zwischen den Einrichtungen darstellen. Die Ergebnisse können sowohl für das interne Qualitätsmanagement als auch für einen externen Klinikvergleich verwendet werden, etwa in Form eines Benchmarking. Die Bewertungen ermöglichen den Einrichtungen ihre Stärken und Schwächen zu identifizieren und können so kontinuierliche Verbesserungsprozesse anstoßen.

Literatur

MDK (2013): URL: <http://www.mdk-rlp.de/eva-reha>. Abruf: 22.05.2013

Zieres, G., Weibler, U. (2012): Qualitätsperspektive in der medizinischen Rehabilitation. Potsdam: Iatros.

Salzwedel, A., Nosper, M., Röhrig, B., Linck-Eleftheriadis, S., Völler, H. (2012): Outcome Quality of in-patient cardiac rehabilitation in elderly patients – identification of relevant Parameters, European Journal of Preventive Cardiology. URL: <http://cpr.sagepub.com/content/early/2012/11/20/2047487312469475>.

Röhrig, B., Nosper, M., Linck-Eleftheriadis, S., Strandt, G., Salzwedel, A., Völler, H. (im Druck): Ergebnismessung und -bewertung kardiologischer Rehabilitation anhand von Qualitätsindikatoren – eine Methodenbeschreibung. Die Rehabilitation.

Mehrdimensionales Instrument der Deutschen Rentenversicherung Rheinland zur Bewertung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von medizinischen Rehabilitationseinrichtungen

Huber, J., Theißen, U.

Deutsche Rentenversicherung Rheinland

Einführung

Seit 1997 stellt die Deutsche Rentenversicherung den von ihr federführend belegten Reha-Einrichtungen regelmäßig einrichtungsbezogene Berichte zur Qualitätssicherung der med. Rehabilitation zur Verfügung. Das Programm zur Reha-Qualitätssicherung (Reha-QS) der Rentenversicherung umfasst aktuell sechs eigenständige Qualitätssicherungsinstrumente für vergleichende Analysen in den Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Für eine zusammenfassende Darstellung und Bewertung von Qualitätsergebnissen der verschiedenen QS-Instrumente hat die Deutsche Rentenversicherung (DRV) Rheinland für ihren Verantwortungsbereich ein mehrdimensionales, matrix-basiertes Bewertungsinstrument entwickelt.

Das Bewertungsinstrument berücksichtigt darüber hinaus Anforderungen auf der Grundlage der von den DRV-Trägern definierten Eckpunkte für Mindestanforderungen zur Zulassungs- und Bedarfsprüfung von med. Reha-Einrichtungen. Diese Eckpunkte sehen die Prüfung der Kriterien Qualität, Bedarf, Lage der Einrichtung und Preis sowie eine sozialmedizinische Bewertung des Rehabilitations- und Therapiekonzepts einer Einrichtung vor.

Die DRV Rheinland wendet das erweiterte Bewertungsinstrument an, für bisher als geeignet eingestufte, regelmäßig belegte fremde sowie für eigene Reha-Einrichtungen bei allgemeinen medizinischen Rehabilitationsleistungen in den Behandlungsformen stationär und ganztägig ambulant.

Ziel und Nutzen

Das Bewertungsinstrument dient dem Zweck, zu fördernde Stärken einer Einrichtung, Defizite und Minderqualitäten zu identifizieren. In einem offenen und partnerschaftlichen Dialog mit der Einrichtung werden die Ergebnisse kommuniziert und Optimierungserwartungen des Reha-Trägers sächlich und zeitlich konkretisiert sowie zu erwartende Konsequenzen bei Nichterfüllung aufgezeigt.

Für die Leistungs-, Preis- und Qualitätsentwicklung einer Reha-Einrichtung hat das Instrument Revisionscharakter und Anreizfunktion zugleich. Es gewährleistet Transparenz und Vergleichbarkeit bei der Belegung und bei der Auswahl von Einrichtungen und fördert über einen kontinuierlichen Qualitäts- und Preiswettbewerb die Weiterentwicklung der Rehabilitation der Rentenversicherung.

Bewertungsschema

In den gewichteten Kategorien Reha-Konzept, Strukturvorgaben, Qualität und Preis des Bewertungsinstruments wird der Erfüllungsgrad von Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von Reha-Einrichtungen bewertet und klassifiziert. Dies geschieht u. a. auf der Basis der regelhaften Auswertungen aus dem Reha-QS der Rentenversicherung. Die Anwender des Instruments werden unterstützt durch Arbeitshilfen wie eine interne Verfahrensanweisung und Indexblätter für jedes Anforderungskriterium mit Beschreibungen über Erhebungsquelle, -zeitpunkt bzw. -intervall und -methode. Interne Dokumentationsbögen und Checklisten komplettieren die Begleitunterlagen für Zwecke der Nachvollziehbarkeit und Revisionsfähigkeit von Bewertungen.

Eine ärztliche und verwaltungsseitige freitextliche Expertise eröffnet die Möglichkeit – über das mathematische Ergebnis des Instruments hinaus – qualitative, strategische und sonstige Einflussfaktoren in die Bewertung einfließen zu lassen sowie Ursache-Wirkungszusammenhänge zu würdigen. Eine Stellungnahme zu den erwarteten Auswirkungen für die Umsetzung des Reha- und Therapiekonzeptes einer Einrichtung und eine erfolgreiche Behandlung der Rehabilitanden ist immer dann zwingend, wenn Anforderungskriterien nicht erfüllt werden oder erwartete Mindesterfüllungsgrade unterhalb eines zulässigen Toleranzbereichs liegen.

Als operatives Hilfsmittel hält das Instrument ein Arbeitsmodul bereit, in dem Bewerter und Entscheider als Verursacher dokumentiert, Bearbeitungsaufträge für Handlungsfelder mit konkreten Aktionen erteilt und Wiedervorlagetermine zur Überwachung verfügt werden können.

Ausblick

Das entwickelte Instrument soll zukünftig Grundlage für die Bewertung von Preis-, Leistungs- und Qualitätsrelationen für die von der DRV Rheinland belegten med. Reha-Einrichtungen sein.

Perspektivisch ist für das Jahr 2014 die Bewertung von bis zu 40 stationären und ambulanten Reha-Einrichtungen vorgesehen. Darüber hinaus soll der Dialog mit anderen Trägern der Rentenversicherung für ein Verfahren zum Informations- und Ergebnisaustausch bei Mitbelegerschaft von Reha-Einrichtungen aufgenommen werden.

Literatur

Klosterhuis, H. (2010): Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung – eine kritische Bestandsaufnahme, RVaktuell, 8. 260-268.

Methodische Eigenschaften der überarbeiteten Checkliste "Somatik" im Peer Review Verfahren der Deutschen Rentenversicherung: Verteilungsmerkmale, Beurteilerübereinstimmung und Bewertung durch die Peers

Kohlmann, T. (1), Baumgarten, E. (2), Lindow, B. (2), Klosterhuis, H. (2), Buchholz, I. (1)

(1) Universität Greifswald, (2) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Hintergrund

Ein zentrales Instrument im Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung ist das standardisiert anhand einer manualisierten Checkliste durchgeführte Peer Review-Verfahren, mit dem qualitätsrelevante Prozessmerkmale auf der Grundlage von Reha-Entlassungsberichten und Therapieplänen durch geschulte Peers beurteilt werden. Mit der Überarbeitung der Checkliste für die somatischen Indikationen und des erläuternden Manuals (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2013) wurde das Peer Review-Verfahren weiter optimiert. Die Änderungen gegenüber der bisherigen Version der Checkliste bestanden u. a. in einer Reduktion der Anzahl der zu beurteilenden Prozessmerkmale, einer Ausdehnung der Möglichkeit, Prozessmerkmale in einem bestimmten Fall als "nicht relevant" einzustufen, auf alle Prozessmerkmale und nicht zuletzt in der Anpassung der bei den einzelnen Prozessmerkmalen bisher verwendeten dreistufigen Mängelbewertung (keine, leichte, gravierende Mängel) an die vierstufige Skala der bereichsbezogenen Mängelbewertungen (keine, leichte, deutliche, gravierende Mängel).

Gegenstand der vorliegenden Analysen war die Überprüfung wichtiger methodischer Eigenschaften der überarbeiteten Checkliste "Somatik". Dabei wurden insbesondere die Häufigkeitsverteilungen der Antwortkategorien, die Beurteilerübereinstimmung und die anhand eines standardisierten Fragebogens erfasste Bewertung der überarbeiteten Checkliste durch Peers betrachtet.

Methodik

Aus dem Bestand von anonymisierten Entlassungsberichten aus orthopädischen Reha-Einrichtungen wurden fünf Berichte ausgewählt, die im Hinblick auf die Qualitätsbeurteilung ein breites Spektrum abbilden. Diese Berichte wurden von 128 Peers unter Verwendung der überarbeiteten Checkliste beurteilt. Die Peers wurden darüber hinaus gebeten, die überarbeitete Checkliste anhand von definierten Kriterien (Nachvollziehbarkeit, Verständlichkeit, Klarheit/Eindeutigkeit, gute Abgrenzung, Vollständigkeit, klinische Relevanz) zu bewerten. Von 120 Peers liegen diese Bewertungen vor.

Neben den üblichen deskriptiv-statistischen Kennzahlen, z. B. Mittelwerte und prozentuale Häufigkeiten, wurden zur Analyse der Beurteiler-Übereinstimmung (Inter-Rater-Reliabilität) Finn-Koeffizienten und Maße der beobachteten prozentualen Übereinstimmung (Gwet, 2012) berechnet.

Ergebnisse

Die Grundauszählung der Antwortverteilungen zeigte, dass bei den Prozessmerkmalen und den bereichsbezogenen Mängelbewertungen selten (max. 4 %) fehlende Werte auftraten.

Die Antwortkategorie "nicht relevant" wurde in merklichem Umfang nur bei wenigen Prozessmerkmalen gewählt (> 40 %: zusätzliche Untersuchungen, psychosoziale Diagnostik, Behandlungsmaßnahmen für psychische Beeinträchtigungen). Die zusätzlich in die Antwortvorgabe aufgenommene Kategorie "deutliche Mängel" wurde von den Peers besonders bei den Beurteilungen der qualitativ schlechteren Entlassungsberichte in erheblichem Umfang genutzt.

Die zur Analyse der Inter-Rater-Reliabilität berechneten Finn-Koeffizienten und beobachteten prozentualen Übereinstimmungen lagen mit Werten zwischen 0,43 und 0,89 (Finn-Koeffizienten) bzw. 0,41 und 0,79 (beobachtete prozentuale Übereinstimmung) in einem zufriedenstellenden Bereich. Es ergaben sich keine systematischen Unterschiede zwischen den in der Checkliste enthaltenen Bereichen.

Die überarbeitete Checkliste wurde von den Peers überwiegend positiv beurteilt: Bei 5 von 7 Bewertungskriterien wählten mehr als die Hälfte der Peers die günstigste Antwortkategorie.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Bei der Untersuchung der Verteilungseigenschaften zeigten sich weder auf der Ebene der Einzelmerkmale noch auf der Ebene der bereichsbezogenen Mängelbewertungen relevante Auffälligkeiten (fehlende Werte, unplausible Ausprägungen). Die Beurteiler-Übereinstimmungen lagen in einem akzeptablen, mit früheren Untersuchungsergebnissen gut vergleichbaren Bereich. Die überarbeitete Checkliste und das zugehörige Manual wurden von den Peers ganz überwiegend positiv bewertet. Somit steht mit der überarbeiteten Checkliste "Somatik" ein Instrument zur Verfügung, dessen Praktikabilität durch die vorgenommenen Kürzungen und die Angleichung der Antwortvorgaben ohne Einbußen der methodischen Eigenschaften erhöht werden konnte.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2013): Peer Review – Somatische Indikationen. (7. überarb. Aufl.). Berlin.

Gwet, K.L. (2012): Handbook of Inter-Rater Reliability. 3rd ed. Gaithersburg: Advanced Analytics.

Vergleichende Betrachtungen der methodischen Eigenschaften der Antwortskalen zur Mängelbeurteilung im Peer Review-Verfahren der Deutschen Rentenversicherung für die Indikationen Somatik und Psychosomatik/Sucht

Buchholz, I. (1), Baumgarten, E. (2), Lindow, B. (2), Klosterhuis, H. (2), Kohlmann, T. (1)

(1) Universität Greifswald, (2) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Hintergrund

Zur Überprüfung und Verbesserung der Qualität individueller Rehabilitationsprozesse in der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung bewerten erfahrene und entsprechend geschulte Reha-Mediziner (Peers) anhand indikationsspezifisch entwickelter Checklisten etwa 20 für ihr Fachgebiet zufällig ausgewählte anonyme Entlassungsberichte und deren zugehörige Therapiepläne (Baumgarten, Klosterhuis, 2007). Je nach Fachgebiet werden dabei 54 (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2010a) bzw. 59 (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2010b) prozessrelevante Merkmale aus sechs Bereichen der Rehabilitation (A: Anamnese, B: Diagnostik, C: Therapieziele und Therapie, D: Klinische Epikrise, E: Sozialmedizinische Epikrise, F: Weiterführende Maßnahmen/Nachsorge) hinsichtlich vorliegender Mängel auf einer 3-stufigen Skala (keine/leichte/gravierende Mängel) beurteilt. Darüber hinaus wird für jeden Bereich eine Gesamtbewertung auf einer 4-stufigen (keine/leichte/deutliche/gravierende Mängel) Skala vorgenommen. Die hier vorgestellten Analysen gingen der Frage nach, ob eine Vereinheitlichung der Skalen von Einzel- und Gesamtbewertung zu methodisch verbesserten Ergebnissen im Peer Review-Verfahren beitragen kann.

Methodik

Die Auswertungen beruhen auf 12.305 anonymisierten Datensätzen des Peer Reviews Somatik sowie 5.919 Datensätzen des Peer Reviews Psychosomatik/Sucht der jeweils letzten Erhebungswelle. In der Somatik waren 580 Peers aus 742, in der Psychosomatik/Sucht 269 Peers aus 361 Reha-Einrichtungen (Psychosomatik: N=127, Sucht: N=234) beteiligt. Altersrentner wurden vorab aus dem Datenbestand entfernt, weil auch berufsbezogene Merkmale zu beurteilen sind. Für alle Prozessmerkmale wurden mittels nichtlinearer Hauptkomponentenanalyse die Skaleneigenschaften der Mängelkategorien bestimmt ("optimale Skalierung", Modul CATPCA, SPSS Version 20.0, Linting et al., 2007). Zur vergleichenden Betrachtung der Kategorienscores wurde der Mittelwert der je nach Ausprägung der beobachteten Variablen mittels optimaler Skalierung bestimmten Komponentenscores berechnet. Um die Abständigkeit der einzelnen Antwortkategorien zu beschreiben, wurde für jedes Merkmal aus dem Quotient der Abstandsdifferenzen der Kategorienscores ein Koeffizient K berechnet ($K = \frac{d1}{d2}$, wobei $d1 = \text{leichte} - \text{keine}$ und $d2 = \text{gravierende} - \text{leichte Mängel}$). K wird bei gleichem Abstand der Antwortkategorien 1.

Ergebnisse

In den nichtlinearen Hauptkomponentenanalysen zeigte sich in allen 6 Bereichen beider Indikationsgebiete eine stark dominierende erste Komponente. Während die Kategorienscores

der 4-stufigen Bereichsbewertungen in beiden Indikationsgebieten überwiegend einer gleichabständigen Skalierung entsprachen, konnten bei der Mehrheit der Kategorienscores der 3-stufig skalierten Prozessmerkmale verschiedene große Abstände zwischen den Antwortkategorien beobachtet werden. Dabei waren die Abstände in der Somatik (mittlerer Koeffizient: 1,1 - 1,6) zwischen "keine" und "leichte" Mängel durchweg größer als zwischen "leichte" und "gravierende" Mängel. Dies bedeutet, dass mit der Antwortkategorie "leichte Mängel" in der 3-stufigen Bewertungsskala eine ungünstigere Bewertung verbunden ist als in der 4-stufigen bereichsspezifischen Gesamtbewertung. Für die Psychosomatik/Sucht konnte dies in gleicher Weise allerdings weniger ausgeprägt für die Bereiche A bis D (mittlerer Koeffizient: 1,1-1,4) beobachtet werden, wohingegen sich für die Bereiche E und F (mittlerer Koeffizient jeweils 0,7) ein gegenläufiges Muster zeigte. "Leichte" Mängel waren in diesen Bereichen in Richtung "keine" Mängel verschoben und bedeuteten verglichen mit der Gesamtbewertung eine günstigere Bewertung. Insgesamt variierte der Koeffizient der Merkmale je nach Bereich in der Somatik zwischen 0,9 und 3,1, in der Psychosomatik/Sucht zwischen 0,6 und 2,1.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Die schon in einer früheren Analyse für das Peer Review Somatik gefundenen unterschiedlichen Skaleneigenschaften der 3- und 4-stufigen Antwortformate konnten weniger ausgeprägt auch in 4 von 6 Bereichen der psychosomatischen und Abhängigkeits-Erkrankungen beobachtet werden (Kohlmann et al., 2013). Die Analysen lassen vermuten, dass sich mit der Wahl unterschiedlicher Kategoriensysteme für die Bewertung der einzelnen Prozessmerkmale und des gesamten Bereiches die Beziehungen der Kategorien untereinander verschoben haben. "Leichte Mängel" bedeuten damit – je nachdem, ob sie für ein Prozessmerkmal oder insgesamt für einen Bereich festgestellt worden sind – nicht dasselbe. Den Ergebnissen der optimalen Skalierung zufolge sollten alle Mängelbewertungen einheitlich auf einer 4-stufigen Skala erfasst werden. Obwohl sich die unterschiedliche Skalierung in der Psychosomatik/Sucht weniger stark und nicht in allen Bereichen auf die Skalierungseigenschaften auswirkte, erscheint eine Angleichung des Antwortformates auch dort sinnvoll. Checklisten und Manuale wären dementsprechend anzupassen und die Peers zu den Neuerungen zu schulen.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Baumgarten, E., Klosterhuis, H. (2007): Aktuelles aus der Reha-Qualitätssicherung: Peer-Review Verfahren ausgewertet. RVaktuell, 5. 152-154.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2010a): Peer Review – Somatische Indikationen. (6. überarb. Aufl.), Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2010b): Peer Review – Psychosomatik und Sucht. (10. überarb. Aufl.). Berlin.
- Kohlmann, T., Baumgarten, E., Lindow, B. (2013): Methodische Eigenschaften der Antwortskalen der Mängelbeurteilung im Peer Review-Verfahren "Somatik" der Deutschen Rentenversicherung. DRV-Schriften, Bd 101. 81-82.
- Linting, M., Meulman, J., Groenen, P., van der Kooij, A.J. (2007): Nonlinear Principal Components Analysis: Introduction and Application. Psychological Methods, 12. 336-358.

Entwicklung einer Checkliste als Instrument zur Durchführung einrichtungsvergleichender Qualitätsanalysen bei der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft

*Ahnert, J. (1), Lukaszczik, M. (1), Neuderth, S. (1), Bahr, K. (2), Riedel, S. (2),
Vogel, H. (1), Froese, E. (2)*

(1) Abteilung für Med. Psychologie, Med. Soziologie und Rehabilitationswissenschaften,
Universität Würzburg, (2) Verwaltungs-Berufsgenossenschaft, Hamburg

Hintergrund

Vor dem Hintergrund der gesetzlichen Verpflichtung (§ 20 Abs. 1 SGB IX) zur vergleichenden Qualitätssicherung hat die Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG) ein neues Konzept für die Durchführung einrichtungsvergleichender Qualitätsanalysen in der stationären und ambulanten Rehabilitation der VBG in Auftrag gegeben. Neben Patientenassessments (u. a. Funktionsfähigkeit, Lebensqualität) und Routinedaten beinhaltet das Konzept als dritten Baustein den Einsatz einer Checkliste, mit der Reha-Manager der VBG die Behandlungsqualität einer Einrichtung für jeden abgeschlossenen Fall anhand bestimmter Indikatoren beurteilen können. Die Reha-Manager, die die unfallverletzten Rehabilitanden im Verlauf der Rehabilitation und Wiedereingliederung kontinuierlich betreuen, scheinen besonders geeignet zur Beurteilung der Qualitätsindikatoren, weil sie einen sehr engen Zugang zu qualitätsrelevanten Aspekten der Reha-Einrichtungen haben. Die Checkliste soll insbesondere auch das Erreichen von individuellen Reha-Zielen berücksichtigen.

Methodik

Zur Definition von Qualitätsindikatoren und Reha-Zielen wurden eine systematische Literaturrecherche und bestehende Vorarbeiten im Rahmen eines Projekts der Universität Würzburg (Lukaszczik et al., 2008) herangezogen. Im Rahmen von Workshops wurden relevante Ziele von Rehabilitationsmaßnahmen aus Sicht von Experten der VBG ermittelt. Die Ergebnisse der qualitativen Analyse und der Literaturrecherche wurden kategorisiert und dienten als Basis für die Erstellung einer vorläufigen Version der Checkliste. Diese umfasste sowohl auf Reha-Ziele bezogene als auch andere qualitätsrelevante Indikatoren formaler und organisatorischer Art. Die Checkliste wurde nach Durchlaufen einer Konsensprozedur an mehreren Fallbeispielen auf ihre Umsetzbarkeit geprüft und mit einem Glossar versehen, in welchem die einzelnen Indikatoren erläutert werden.

Ergebnisse

Die Checkliste für die Reha-Manager enthält in ihrer finalen Form die folgenden Indikatoren: Erreichen der Reha-Ziele, angemessene Relation von Behandlungsdauer und Nutzen, angemessene Kosten-Nutzen-Relation, Arbeits-/Berufsbezug, adäquater Umgang mit reha-relevanten Kontextfaktoren, zielführende Behandlungsplanung und -steuerung, weitere Reha-Planung/Überleitungsmanagement, Einhaltung der täglichen Mindesttherapiedauer, adäquate zeitliche Abstimmung und Kommunikation mit der VBG, aussagefähige und zeitnahe Berichterstattung, Patientenzufriedenheit. Die Auswertung erfolgt mittels zweier "Qualitätswerte" (Qualitätskennwert, Dokumentationsgüte). Diese Qualitätswerte sollen über alle Pati-

enten einer Klinik und die verschiedenen beteiligten Reha-Manager hinweg aggregiert und für das Qualitätsmonitoring nutzbar gemacht werden.

Diskussion

Die Checkliste wird zunächst im Rahmen der Qualitätssicherung bei muskuloskelettalen Verletzungen zum Einsatz kommen. In diesem Rahmen wird geprüft, inwieweit (und wie exakt) die Checkliste im Einrichtungsvergleich tatsächlich Qualitätsmängel identifizieren und Impulse zur Qualitätsverbesserung geben kann. Weitere statistische Analysen werden Aufschluss über zu bestimmende Grenzwerte (Cut-off-Werte) und eine ggf. vorzunehmende Gewichtung einzelner Items geben. Wesentliche Voraussetzung für eine gelingende Implementierung des Vorgehens und damit auch die Gewinnung vollständiger und valider Daten ist die transparente Information der Einrichtungen im Vorfeld über die geplanten Instrumente und Abläufe (z. B. Bewertungskriterien der Checkliste für Reha-Manager).

Förderung: Verwaltungs-Berufsgenossenschaft

Literatur

Lukasczik, M., Gerlich, C., Neuderth, S., Weber-Falkensammer, H., Vogel, H. (2008): Evaluation eines indikatorenbasierten Screening-Verfahrens zur Identifizierung potenzieller Qualitätsprobleme in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Unfallversicherung. *Die Rehabilitation*, 47. 275-282.

Internetbasierte Befragungen zur Qualitätssicherung – Chancen und Risiken am Beispiel des Ernährungsprogramms metabolic balance®

Gerdas, N., Meffert, C.

Hochrhein-Institut am Reha-Klinikum Bad Säckingen e.V.

Hintergrund

In Deutschland verfügen inzwischen 80-90 % der Personen unter 60 Jahren über einen Internetzugang (InitiativeD21, 2012). Damit eröffnen sich neue Möglichkeiten für Befragungen zur Qualitätssicherung, die auch im Bereich der Rehabilitation genutzt werden könnten. Über Chancen und Risiken dieser Befragungsform wird im Folgenden berichtet.

Im Auftrag der Firma metabolic balance® haben wir seit April 2011 ein Qualitätssicherungsverfahren für ihr Ernährungsprogramm entwickelt und erprobt. Zu den Charakteristika des Programms gehört die Erstellung eines ausführlichen individuellen Ernährungsplans und die obligatorische Betreuung jedes Klienten durch einen von der Firma geschulten und zertifizierten Betreuer (Funck, 2006; Meffert, Gerdas, 2010). Das QS-Verfahren sieht vor, dass alle neuen Klienten in ihrem Ernährungsplan über das QS-Programm informiert und eingeladen werden, sich an internetbasierten Erhebungen zu beteiligen, in denen sie zu Beginn sowie nach 3, 6, 12 und 24 Monaten zu ihrer Zufriedenheit mit der Betreuung, zu Problemen mit dem Ernährungsprogramm und zu den Ergebnissen (Gewichtsentwicklung, psychisches Befinden, Nebenwirkungen u. ä.) befragt werden.

Nach der Entwicklung und ersten Erprobung des Verfahrens sind alle Abläufe einschließlich Versand der Einladungs- und ggf. Erinnerungsmails inzwischen automatisiert und erfordern keinen personellen Aufwand mehr. Alle 6 Monate werden die pseudonymisierten Befragungsdaten aus den Datenbanken exportiert, ausgewertet und in einem Zwischenbericht an die Geschäftsleitung zusammengefasst. Außerdem erhalten alle Betreuer(innen), die mindestens 5 Klienten in die Befragungen zu Beginn und nach 3 Monaten eingebracht haben, einen individuellen Betreuerbericht, in dem die Ergebnisse ihrer eigenen (anonymisierten) Klienten dargestellt und mit den Ergebnissen aller anderen Betreuer verglichen werden, so dass sie eine Standortbestimmung ihrer eigenen Arbeit vornehmen können.

Die Erprobungsphase wurde zum Ende März 2013 abgeschlossen, und seitdem wird das QS-Programm von der Firma in Eigenregie weitergeführt. Für den letzten Zwischenbericht konnten ca. 11.000 Fragebögen zu Teilnahmebeginn, 4.500 nach 3 Monaten, 3.000 nach 6 Monaten und 1.200 nach 12 Monaten ausgewertet werden. Die Auswertungsergebnisse zeigten sehr positive Resultate: 85 % der Klienten waren mit der Betreuung zufrieden oder sehr zufrieden. Die durchschnittliche prozentuale Gewichtsreduktion gegenüber dem Anfangsgewicht betrug 11,8 % nach 3 Monaten, 13,1 % nach 6 Monaten und 11,5 % nach 12 Monaten. Die Betreuervergleiche zeigten bei der Klientenzufriedenheit und den Ergebnissen zwar sehr ausgeprägte Unterschiede zwischen den Betreuern, aber keine so starken Ausreißer nach unten, dass man von "bad apples" sprechen müsste.

Chancen der Internetbefragungen

Verglichen mit postalischen Befragungen eröffnen die internetbasierten Erhebungen ganz neue Möglichkeiten:

Wenn die Verfahrensabläufe und Internetprogramme etabliert sind, laufen die Befragungen automatisch ab und erfordern keinen administrativen Aufwand mehr (Versand von Fragebögen, Dateneingabe etc.).

Längerfristige Erhebungen mit mehreren Erhebungszeitpunkten und großen Fallzahlen wären bei postalischem Versand kaum möglich, weil dabei ca. 20 Euro pro Person allein für Porti und Dateneingabe anfallen würden. Diese Kosten sowie Personalkosten für den Versand der Fragebögen entfallen bei internetbasierten Erhebungen.

Internetbefragungen ermöglichen ein kontinuierliches routinemäßiges Monitoring von Kundenzufriedenheit und Behandlungsergebnissen – und zwar im Prinzip als Vollerhebungen mit längerfristigen follow-ups.

Risiken

Den Vorteilen steht im Grunde ein einziges Manko gegenüber, das sich in unserem Projekt letztlich als unlösbar erwiesen hat. Dieses Manko betrifft die problematische Repräsentativität der Befragungsstichprobe. Trotz der inzwischen erreichten hohen Fallzahlen stellt die Befragungsstichprobe nur ca. 15 % der neuen Klienten des Ernährungsprogramms dar, und bei den Nacherhebungen gab es drop-out-Quoten von jeweils ca. 50 %.

Damit stellt sich die prinzipielle Frage, ob die Befragungsteilnehmer nicht eine positive Selektion aus allen Klienten darstellen und die sehr guten Ergebnisse deshalb nicht auf die Grundgesamtheit aller Klienten verallgemeinert werden dürfen. Zur Prüfung dieser Frage wurden uns von der Firma für die Grundgesamtheit Daten zu Anfangs-BMI, Alter und Ge-

schlecht übermittelt. Der Vergleich mit den Befragungsteilnehmern zeigte zwar auf diesen Parametern keine bedeutsamen Unterschiede, aber da die drei Parameter nur 12 % der Gewichtsabnahme nach 3 Monaten erklären, belegt dies noch nicht die Repräsentativität der Befragungsstichprobe. Der entscheidende Prädiktor für die spätere Gewichtsabnahme ist mit einer Varianzaufklärung von ca. 75 % die Gewichtsreduktion zum vorangegangenen Messzeitpunkt. Für diesen Prädiktor aber gibt es sowohl für die Nichtteilnehmer als auch für die drop-outs zwischen Eingangsbefragung und 3-Monats-Katamnese naturgemäß keine Daten. Deshalb konnte nicht geprüft werden, ob es nicht die Klienten mit den besseren Anfangserfolgen waren, die in der Studie verblieben sind.

In drop-out-Analysen zur 6- und 12-Monats-Katamnese hat sich allerdings gezeigt, dass von der 3- zur 6-Monats-Katamnese und von dort zur 12-Monats-Katamnese tatsächlich eine positive Selektion stattgefunden hat in der Weise, dass die erfolgreicherer Klienten vermehrt in der Studie verblieben sind. Dieselbe Tendenz zu einer positiven Selbst-Selektion hat sich vermutlich auch bereits bei der 3-Monats-Katamnese ausgewirkt – auch wenn wir sie dort nicht nachweisen können, weil es zu diesem Messzeitpunkt keine entsprechenden Daten zu den zuvor erzielten Ergebnissen gibt. Die sehr hohe drop-out-Quote von 57,7 % von Teilnahmebeginn zur 3-Monats-Befragung ließe sich aber plausibel dadurch erklären, dass gerade Klienten, die bereits in den ersten ein bis zwei Monaten Probleme mit dem Ernährungsprogramm hatten und vielleicht sogar das Programm abgebrochen haben, vermehrt an der 3-Monats-Befragung nicht mehr teilgenommen haben und folglich in unseren Daten nicht mehr in vollem Umfang vertreten sind. Damit ist die Geltung der Auswertungen auf die Befragungsteilnehmer begrenzt und kann nicht auf die Grundgesamtheit aller Klienten verallgemeinert werden.

Fazit

Internetbasierte Befragungen eröffnen zwar vielversprechende Möglichkeiten für ein routinemäßiges Monitoring von Zufriedenheit und Ergebnisqualität, enthalten aber gleichzeitig das Risiko relativ geringer Teilnahmequoten und damit einer mangelnden Repräsentativität der Befragungsergebnisse.

Literatur

- Funfack, W. (2006): metabolic balance® – Die Diät. Schluss mit Hungerkuren! Das individuelle Ernährungsprogramm zum gesunden Körpergewicht. München: Südwest.
- InitiativeD21 (2012): (N)Onliner Atlas 2012. Basiszahlen für Deutschland. URL: <http://www.initiated21.de/wp-content/uploads/2012/06/NONLINER-Atlas-2012-Basiszahlen-für-Deutschland.pdf>.
- Meffert, C., Gerdas, N. (2010): Program adherence and effectiveness of a commercial nutrition program: The metabolic balance study. *Journal of nutrition and metabolism* 2010. open access: <http://www.hindawi.com/journals/jnume/2010/197656/>.

Wissenschaftsnetzwerk zur Förderung der Qualitätssicherung: Der Science Circle des NRW-Forschungsverbundes Rehabilitationswissenschaften

Menzel-Begemann, A., Exner, A.-K.

Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld

Einleitung

In einem Wissenschaftsnetzwerk besteht zwischen den Beteiligten ein "längerfristiges Beziehungsgeflecht" (Besio, 2011: 126), das sich durch unterschiedliche Dimensionen kennzeichnen lässt – einer sachlichen, einer sozialen und einer zeitlichen: Zur sachlichen Dimension gehören der Austausch zu bestimmten Themen, Theorien, Forschungsgegenständen und -feldern sowie die Entwicklung von Fragestellungen und neuen Ideen. Ebenso sind gemeinsame Veröffentlichungen, Kooperationsmöglichkeiten sowie der Zugang zu Infrastrukturen und Instrumenten Gegenstand einer solchen Vernetzung. Die soziale Dimension kennzeichnet sich durch die Kommunikation zwischen den wissenschaftlich Tätigen, die Interessen und Kontakte austauschen und sich somit Möglichkeiten für neue Themen und Kooperationen eröffnen. Über die Interaktion Vertrauen zu schaffen, ist dabei ein wesentlicher Aspekt eines funktionierenden Netzwerkes. Dies gelingt vor allem durch das Prinzip der generalisierten Reziprozität, wonach innerhalb eines Netzwerkes ein gegenseitiges Geben und Nehmen zu erfolgen hat, wobei Informationen frühzeitig zu erhalten und weiterzugeben sind (zeitliche Dimension) (Besio, 2011).

So verstanden und "gelebt" kann ein Wissenschaftsnetzwerk im Kontext der Rehabilitationsforschung einen wesentlichen Beitrag zur wissenschaftlichen und praktischen Qualitätssicherung leisten. Denn Rehabilitationsforschung wird von Forschenden aus unterschiedlichen Professionen, Disziplinen und Settings (Hochschule, Klinik, Kostenträger) und mit unterschiedlicher Expertise betrieben, denen innerhalb eines solchen Wissenschaftsnetzwerkes Raum zum Wissenstransfer gewährt wird. Dies ermöglicht einen umfassenderen Blick auf rehabilitationswissenschaftlich relevante Fragestellungen, erlaubt einen steten transferorientierten Blick zwischen Theorie und Praxis und lässt Synergien erkennbar und nutzbar werden. Zudem erlaubt der von Institutionen und Projektlaufzeiten unabhängige Diskurs ein zeitnahes Aufgreifen und multiperspektivisches Zusammentragen von Erkenntnissen zu aktuell relevanten Themen.

Der rehabilitativen Praxis, die sich die Ergebnisse des Diskurses aus dem multidisziplinären Wissenschaftsnetzwerk zunutze machen kann, steht damit eine wichtige Quelle für innovative Ideen und Optimierungsansätze zur Verfügung. Denn ein wichtiges Anliegen der Rentenversicherung als Rehabilitationsträger ist es, ihre Leistungen nicht nur zu sichern, sondern auch stetig zu verbessern. Welche Aspekte hierbei eine Rolle spielen, an welchen Punkten angesetzt werden sollte und wie die erwünschte Qualitätssicherung und -steigerung erfasst

werden kann, sind Fragestellungen, deren Beantwortung durch den Diskurs innerhalb eines multidisziplinären Wissenschaftsnetzwerkes maßgeblich gefördert werden kann.

Der im Jahr 2012 gegründete "Science Circle" des NRW-Forschungsverbundes Rehabilitationswissenschaften stellt ein solches Wissenschaftsnetzwerk dar.

Methode

Der ‚Science Circle‘ wurde auf der Grundlage zweier Zukunftsworkshops gegründet, die das Methodenzentrum des NRW-Forschungsverbundes Rehabilitationswissenschaften der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld 2012 durchführte (Menzel-Begemann, Exner, 2013). Er bietet eine Plattform zum wissenschaftlichen Diskurs, an dem sich (vorrangig) in NRW ansässige Reha-Forschende beteiligen und sich über aktuelle Themen und Fragestellungen in halbjährlich stattfindenden Treffen austauschen. Neben intensiven themenbezogenen Arbeitsgruppenphasen werden aktuell relevante Informationen zusammengetragen sowie Impulsreferate und Diskussionen im Plenum durchgeführt.

Zur Einführung des Science Circle wurden die Erwartungen und Wünsche der Teilnehmenden an das Wissenschaftsnetzwerk erhoben und gemeinsame Themen und Interessen zur Begründung der künftigen inhaltlichen Gestaltung herausgearbeitet.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Zukunftsworkshops sind in Tabelle 1 zusammenfassend dargestellt:

WÜNSCHE	THEMEN	ARBEITSGRUPPEN
<p>Ein Zusammentragen der Erwartungen der Workshop-Teilnehmenden an das Wissenschaftsnetzwerk legte folgende Wünsche der Teilnehmenden offen</p> <ul style="list-style-type: none"> • mehr Austausch • mehr gemeinsame und zielorientierte Aktivität • mehr Kooperation • Nutzung von Synergien • Stärkung der Reha-Forschung 	<p>Als künftig im gesamten Plenum zu diskutierende Themen des Wissenschaftsnetzwerkes wurden bisher herausgearbeitet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teilhabeforschung • Transfer – von der Forschung in die Praxis / von der Praxis in die Forschung • Entwicklung von Prozess-Leitlinien • ICF-Umweltfaktoren 	<p>Bisher sind folgende Arbeitsgruppen im Science Circle entstanden, aus denen u. a. gemeinsame Forschungsanträge und Publikationen entstehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gutes Team • Nachsorge • Arbeitsplatzbeschreibung • Zielarbeit • Storytelling • Umweltfaktoren • Vorbereitung auf die Reha

Tab. 1: Ergebnisse Zukunftsworkshops

Fazit

Der Science Circle lässt den Nutzen einer multiperspektivischen, interdisziplinären und projektübergreifenden Zusammenarbeit und damit das Ziel eines Wissenschaftsnetzwerkes erkennen. Diese ersten, subjektiv aus der Sicht der Teilnehmenden benannten Eindrücke zum Science Circle sind ein wesentliches Fundament für die künftig intensiver zu betreibende Netzwerkarbeit, die sich langfristig neben ihrem Beitrag zur Qualitätssicherung auch in Erfolgsfaktoren wie gemeinsamen Veröffentlichungen, Tagungen, neuen Kooperationen o. ä. zeigen soll.

Literatur

Besio, C. (2011): Netzwerke in der Wissenschaft. In: Bommers, M., Tacke, V. (Hrsg.): Netzwerke in der funktional differenzierten Gesellschaft. Wiesbaden: VS. 119-142.

Menzel-Begemann, A., Exner, A.-K. (zur Publikation angenommen): Rehabilitationsforschung in NRW – Ergebnisse aus dem Zukunftsworkshop des NRW-Forschungsverbundes Rehabilitationswissenschaften am 28.6.2012 in Bielefeld und 19.10.2012 in Münster (Westfalen). Die Rehabilitation.

Psychometrische Analyse einer kontinuierlichen Patientenbefragung in der medizinischen Rehabilitation

Kriz, D., Nübling, R., Schmidt, J.

Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen, Karlsruhe

Hintergrund

Kontinuierliche Patientenbefragungen sind als Routinemonitoring inzwischen fester Bestandteil des internen Qualitätsmanagements der meisten Rehabilitationskliniken. Sie gelten als wichtige Grundlage zur Evaluation und Steuerung von qualitätsrelevanten Prozessen (vgl. Nübling et al., 2007; 2011). Um den dabei anstehenden Anforderungen zu genügen, bedürfen Befragungsinstrumente neben einer methodisch gesicherten Entwicklung, auch einer kontinuierlichen Modifikation analog externer/interner Entwicklungen und Anforderungen. Eine solche Pflege des Diagnostikinstrumentes schließt ebenso die wiederholte testmethodische Prüfung des Verfahrens ein.

Methodik

Der im Fokus dieser Studie liegende Patientenfragebogen wurde auf Grundlage des DRV-QS-Programms Anfang 2005 zur kontinuierlichen Erfassung einer umfassenden Qualitätseinschätzung aus Patientensicht bei Entlassung (Vollerhebung) entwickelt (Müller-Fahnow et al., 2005). Der Fragebogen erfasst gleichermaßen Qualitätsbewertungen der Struktur- und Prozessqualität bspw. der ärztlichen, psychologischen und pflegebezogenen Versorgung wie auch den Behandlungserfolg (Outcome) inklusive der Erfassung der allgemeinen Patientenzufriedenheit (ZUF-8, Kriz et al., 2008). Aufgrund der Definition von klinikübergreifenden und -spezifischen Inhalten ist ein flexibles und gleichzeitig zum Benchmark geeignetes Instrument entstanden, das im Juni 2013 in insgesamt 29 Rehabilitationskliniken privater, städtischer und öffentlicher Trägerschaft eingesetzt wurde.

Zur testmethodischen Prüfung des Verfahrens steht ein Datensatz zur Verfügung, der die Ergebnisse aus allen beteiligten Kliniken für den Zeitraum von Januar 2005 bis Juni 2013 umfasst (jeweils Einpunkterhebungen). Aufgrund der Differenzierung von einrichtungsspezifischen Inhalten und der über den Zeitraum steigenden Anzahl beteiligter Kliniken, fokussiert die Analyse im Besonderen Kernbereiche bzw. -variablen; auf Missing-Imputationen wurde aus methodischen Überlegungen verzichtet. Neben Item- und Skalenanalysen, wurden kreuzvalidierte (zufallsgenerierte Stichprobenteilung), explorative Faktorenanalysen zur Prüfung der Dimensionalitäten gerechnet. Hierfür wurden insgesamt 60 Variablen ausgewählt, die in allen Kliniken zum Einsatz kamen (paarweiser Fallausschluss). Zur Bewertung der internen Konsistenz der Skalen wurde Cronbach's Alpha berechnet.

Ergebnisse

Der Datensatz umfasst insgesamt $N=196.947$ Fälle aus 29 Kliniken, mit einer mittleren Fallzahl pro Klinik von $M=6.720$ ($SD=7.997$, Range: 153-27.936). Der durchschnittliche monatliche Rücklauf lag bei 67,6 ($sd=12,70$). Mit der Onkologie (42 %), Orthopädie (30 %), Psychosomatik (16 %) und Kardiologie (9 %) können vier große Indikationen unterschieden werden (Sonstige 3 %). In knapp 60 % handelt es sich um eine Anschlussheilbehandlung, in 40 % um eine normale Rehabilitationsmaßnahme. Insgesamt sind 62 % der Beteiligten Frauen. Die schulische Bildung differenziert sich in 41% Haupt-/Volksschule, 29 % Realschule 24 % Fachhochschulreife/Abitur (2 % ohne Abschluss, sonstige 4 %). Fast jeder zweite (46 %) war bei Rehabilitationsbeginn berufstätig, ein gutes Drittel in Altersrente (35 %), 3 % bezogen eine Erwerbsunfähigkeitsrente, jeder Zehnte war arbeitslos (ALG I/II), 6 % gaben Hausmann/-frau an. Arbeitsunfähig waren $M=45,2$ % (bezogen auf Nichtrentner), wobei der Anteil mit 56,3 % in der Onkologie am größten in sonstigen Indikationen am niedrigsten (34,6 %) war. Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug für die Kardiologie 23,2, die Orthopädie 22,1, die Onkologie 22,7 und die Psychosomatik 51,2 Tage.

Die faktorenanalytische Prüfung der Dimensionalität erbringt nach dem Kaiserkriterium 15 Faktoren bei einer Gesamtvarianzaufklärung von 69 %. Das Variablen ordnen sich, kreuzvalidiert in beiden Zufallsstichproben wie auch in der Gesamtstichprobe identisch und überwiegend auch inhaltsbezogen hypothesenkonform zu: Lediglich die in der Praxis getrennten Skalen "Rehabilitationsthemen" und "Nachsorgevorbereitung", sowie "Freizeitangebot" und "Organisation" laden jeweils auf einem gemeinsamen Faktor; die bisherige Skala "Therapieablauf" differenziert sich hingegen in zwei Faktoren "Therapeuten-/Arztwechsel" und "verlässliche Therapie", die sich allerdings nicht als intern konsistent erweisen. Anders die anderen 13 Skalen, die ein mittleres Cronbach Alpha von .84 ($Min=.72$, $Max=.94$) aufweisen. Die Skalen setzen sich aus drei bis acht Items zusammen, mit einer mittleren Trennschärfe von .68 ($Min=.46$ $Max=.90$). Dargestellt werden zusätzlich verschiedene Konstellationen der Zusammenhänge der einzelnen Inhaltsbereiche sowie unterschiedlicher demografischer Daten, die sowohl in Hinblick auf eine Risikoadjustierung als auch bezüglich der Vorhersage des Rehabilitationserfolgs Bedeutung erlangen.

Diskussion

Die psychometrische Reanalyse des Fragebogens erbringt eine überwiegend konstruktionskonforme Dimensionalität, die Skalen erweisen sich als intern konsistent. Die Größe des Datensatzes erlaubt gleichermaßen differenziertere Analysen, insbesondere in Hinblick auf Binnenzusammenhänge, wie auch von langfristigen Verläufen.

Schlussfolgerung

Die hier vorgestellte Patientenbefragung versteht sich als Ergänzung zu externen Befragungen durch die Rentenversicherung oder die Gesetzlichen Krankenkassen. Der abermalige Nachweis der testmethodischen Güte komplementiert die bereits früher dargestellten deutlichen Zusammenhänge zu den Ergebnissen der katamnestischen, externen DRV-Befragung (Nübling et al., 2011). Der belegte auch praktische Nutzen im Alltag, insbesondere durch die Form der quartalsweisen Routinerückmeldungen (vgl. Nübling et al., 2007) unterstreicht den Mehrwert des Verfahrens gegenüber vielen, sehr oft "selbstgestrickten", meist un- oder wenig geprüften In-House-Befragungen.

Literatur

- Kriz, D., Nübling, R., Steffanowski, A., Wittmann, W.W., Schmidt, J. (2008): Patientenzufriedenheit in der stationären medizinischen Rehabilitation: Psychometrische Prüfung des ZUF-8. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 17. 67-79.
- Müller-Fahnow, 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. DRV-Schriften, Bd 59. 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., Alemany, F. (2011): Externe vs. interne Patientenbefragung – Zusammenhänge und Nutzen für das interne QM. DRV-Schriften, Bd 93. 115-117.
- Nübling, R., Rieger, J., Steffanowski, A., Kriz, D., Schmidt, J. (2010): Kontinuierliche Patientenbefragungen – ein Königsweg für Qualitätsverbesserungen in der medizinischen Rehabilitation?! DRV-Schriften, Bd 88. 62-64.

Ergebnisqualität medizinischer Rehabilitation – Katamnestische Ergebnisse der "Reha-QM-Outcome-Studie" des Qualitätsverbundes Gesundheit und der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg

Nübling, R. (1), Kaiser, U. (2), Kaluscha, R. (3), Krischak, R. (3), Kriz, D. (1), Müller, G. (4), Martin, H. (5), Renzland, J. (6), Reuss-Borst, M. (7), Schmidt, J. (1), Toepler, E. (8)

(1) Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen, Karlsruhe, (2) Hochgebirgsklinik Davos, (3) Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung, Universität Ulm, (4) Schlossklinik Bad Buchau, (5) Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, (6) Kur- und Klinikverwaltung Bad Rappenau, (7) Reha-Zentren der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg (8) Hochschule Bonn-Rhein-Sieg

Hintergrund

Vor dem Hintergrund knapper Ressourcen, dem zunehmendem Reha-Bedarf und der politischen Diskussion um eine demografische Anpassung der Reha-Budgets gewinnt der Nachweis der Ergebnisqualität medizinischer Reha-Leistungen weiter an zentraler Bedeutung (z. B. Haaf, 2005; Steiner et al., 2009). Die kontinuierliche und klinikvergleichende Überprüfung der Behandlungsergebnisse ist darüber hinaus ein wichtiger Baustein eines funktionierenden Qualitätsmanagements (Schmidt et al., in press). Sie ermöglicht ein "Lernen von den Besten" und führt zu organisatorischen Lernprozessen (Toepler et al., 2010).

Methodik

Im Rahmen der "Reha-QM-Outcome-Studie" erfolgt die Datenerhebung auf drei Ebenen: (1) Katamnestische Patientenbefragung, (2) QM-Kennzahlen der beteiligten Kliniken und (3) Routine-Daten der Reha-Statistik Datenbasis (RSD). In die Studie einbezogen wurden n=7.616 Versicherte der DRV Baden-Württemberg, die im zweiten Halbjahr 2011 in einer Klinik des Qualitätsverbundes Gesundheit (www.qualitaetsverbund-gesundheit.de/) behandelt wurden. Eingeschlossen wurden alle Indikationsbereiche (Ausnahme Suchterkrankungen). Im vorliegenden Beitrag wird über Ergebnisse der katamnestischen Patientenbefragung ein Jahr nach Behandlungsende berichtet. Insgesamt n=4.161 Patienten aus 21 Kliniken nahmen an der Befragung teil, nach Abzug postalisch nicht erreichbarer sowie verstorbener Patienten liegt die Rücklaufquote bei 55 %. Eingesetzt wurde ein Katamnesefragebogen (scannerlesbare Paper- und Pencil-Version), der zur Abbildung der Ergebnisqualität insbesondere Verfahren der direkten und quasi-indirekten (mit retrospektiver Erhebung der Prätestwerte) Veränderungsmessung verwendet (vgl. Schmidt et al., 2003).

Ergebnisse

42 % der Studienteilnehmer sind weiblich, das Durchschnittsalter beträgt 56 Jahre (sd=10). Jeweils ca. 2/3 sind verheiratet und haben Hauptschulabschluss, 17 % keinen Berufsabschluss und weitere 60 % eine Lehre. Die Reha-Dauer beträgt im Schnitt 3,6 Wochen. Ca. 37 % haben eine orthopädische, 23 % eine onkologische und jeweils ca. 10 % eine kardio-

logische oder psychische Hauptindikation; die Anteile der anderen Indikationen liegen zwischen 3,7 % (Atemwege) und 1,5 % (Haut). Über 90 % der Patienten geben an, dass sie sich durch ihre gesundheitlichen Probleme zu Beginn der Reha "stark" oder "extrem stark" belastet fühlten. Hinsichtlich der Behandlungsergebnisse haben über 50 % der Patienten ihre persönlichen Ziele "vollständig" oder "größtenteils", ein weiteres Drittel "teilweise" erreicht. Dementsprechend glauben über 70 % der Patienten, dass die stationäre Reha von "großem" oder "deutlichem" Nutzen für sie war (Abb. 1). Über 50 % der erwerbstätigen Patienten haben ihre Berufstätigkeit sofort nach der Reha wieder aufgenommen, ein weiteres Viertel nach durchschnittlich ca. 2 Monaten. 82 % der im Prä-Zeitraum berufstätigen Patienten waren dies auch im Post-Zeitraum, ca. 9 % wurden arbeitslos und nur 1,7 % in Zeit- bzw. 5,9 % in Dauerrente. Die mittlere Effektstärke liegt für die Skala GB10 (Gesundheitliches Befinden) auf der Basis der quasi-indirekten Veränderungsmessung bei $ES=0.61$ ($sd=1,01$), die mittlere Patientenzufriedenheit (ZUF8) bei $M=25,2$ ($sd=4,9$). Dabei bestehen z. T. deutliche Unterschiede zwischen Einrichtungen (Abb. 2).

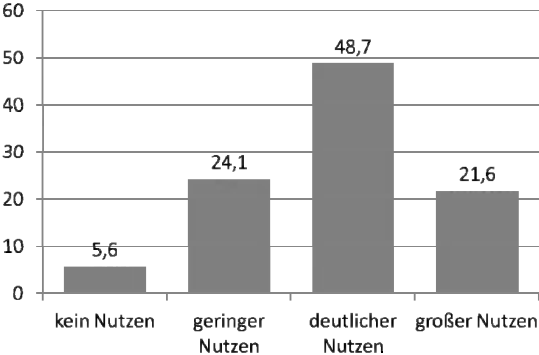


Abb. 1: Nutzenbeurteilung, n=3.929

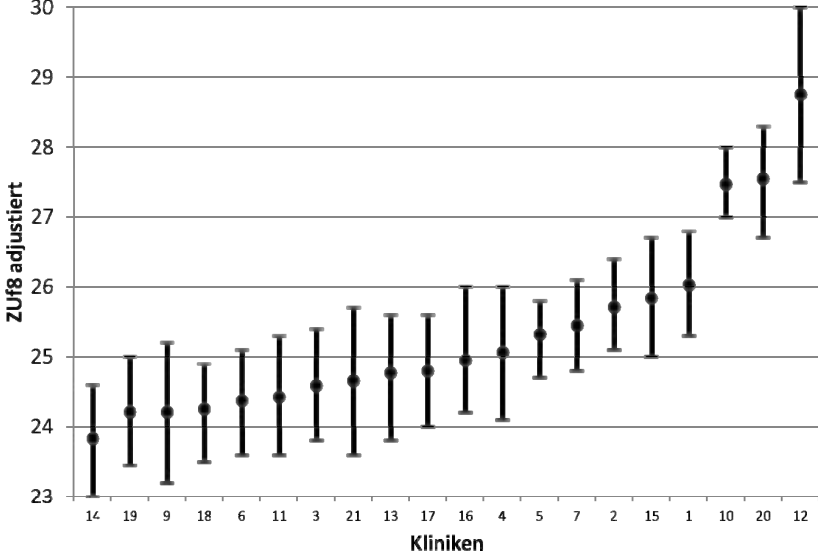


Abb. 2: Patientenzufriedenheit ZUF8, Adjustierte Werte, Klinikvergleich (n=3.038)

Diskussion

Die Ergebnisse weisen trotz eher schwieriger Ausgangsbedingungen (gesundheitlich und sozialmedizinisch/beruflich hoch belastete Patienten) in eine deutlich positive Richtung. Dabei korrespondieren die subjektiven Patienteneinschätzungen mit den "objektiveren" harten Parametern wie Beitragszahlungen (vgl. Kaluscha et al., 2014). Letzteres kann auch als Hinweis auf die Validität der patientenseitig selbstberichteten Outcomes interpretiert werden. Es zeigen sich z. T. deutliche Unterschiede zwischen Einrichtungen, die als Ausgangspunkt klinikübergreifender Lernprozesse im Sinne eines Benchmarkings gut geeignet erscheinen.

Förderung: Reha-Zentren Baden-Württemberg – Federseeklinik Bad Buchau

Literatur

- Haaf, H.-G. (2005). Ergebnisse zur Wirksamkeit der Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 44, e1-e20.
- Kaluscha, R., Nübling, R., Toepler, E., Kaiser, U., Müller, G., Martin, H., Renzland, J., Reuss-Borst, M., Kriz, D., Schmidt, J., Krischak, G. (2014): Zusammenhänge zwischen Patientenselbsteinschätzung und Sozialversicherungsbeiträgen ein Jahr nach Rehabilitation: Ergebnisse aus der "Reha-QM-Outcome-Studie" des Qualitätsverbundes Gesundheit und der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg. *DRV-Schriften*, Bd 103.
- Schmidt, J., Nübling, R., Schmid-Ott, G. (2014, in press): Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung. In: Schmid-Ott, G., Jacobi, C., Paar, G., Meermann, R., Lamprecht, F., Wiegand-Grefe, S. (Hrsg). *Rehabilitation in der Psychosomatik – Versorgungsstrukturen, Behandlungsangebote, Qualitätsmanagement*. Stuttgart, Schattauer.
- Schmidt, J., Steffanowski, A., Nübling, R., Lichtenberg, S., Wittmann, W.W. (2003): Ergebnisqualität stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Vergleich unterschiedlicher Evaluationsstrategien. Regensburg: Roderer.
- Steiner, M., Zwingmann, C., Riedel, W., Schüssler, R., Zweers, U. (2009): *Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger – Sicherung von Produktivität und Wachstum*. Basel, Prognos AG.
- Toepler, E., Forcher, R., Werner, O. (2010): *Qualitätsverbesserung durch Zusammenarbeit*. *DRV-Schriften*, Bd 88. 74-77.

Zusammenhänge zwischen Patientenselbsteinschätzung und Sozialversicherungsbeiträgen ein Jahr nach Rehabilitation: Ergebnisse aus der "Reha-QM-Outcome-Studie" des Qualitätsverbundes Gesundheit und der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg

Kaluscha, R. (1), Nübling, R. (2), Toepler, E. (3), Kaiser, U. (4), Müller, G. (5), Martin, H. (6), Renzland, J. (7), Reuss-Borst, M. (8), Kriz, D. (2), Schmidt, J. (2), Krischak, G. (1,9)

(1) Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung, Universität Ulm, Baud Buchau, (2) Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen, Karlsruhe, (3) Hochschule Bonn-Rhein-Sieg, (4) Institut für sportmedizinische Prävention und Rehabilitation Mainz, (5) Schlossklinik Bad Buchau, (6) Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, Stuttgart, (7) Kur- und Klinikverwaltung Bad Rappenau, (8) Reha-Zentren Baden-Württemberg, Bad Kissingen, (9) Federsee-Klinik Bad Buchau

Hintergrund

Neben Studien in Rehabilitationseinrichtungen (Nübling et al., 2004) gewinnt in jüngerer Zeit die Versorgungsforschung mit Routinedaten der Sozialversicherung zunehmend an Bedeutung (Kaluscha et al., 2013). Erstere haben den Vorteil, dass Art, Umfang und Detailliertheit der erhobenen Daten an die Erfordernisse der Studie angepasst werden können (prospektive Erhebung), während man sich bei letzterem auf die vorhandenen Daten beschränken muss. Allerdings gestaltet sich die prospektive Datenerhebung schwierig und aufwändig, wenn es um große Fallzahlen und/oder lange Beobachtungszeiträume geht. So stehen den Sozialversicherungsträgern sehr umfangreiche Datensätze zur Verfügung, die im Rahmen einer prospektiven Studie niemals zu erheben gewesen wären.

Die Vorteile beider Ansätze lassen sich vereinen, wenn neben der Unterstützung durch den Sozialversicherungsträger ein durchdachtes Datenschutzkonzept sowie ein adäquates Datenmanagement gegeben sind. In dieser Studie gelang dies zusammen mit der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg, die aus ihrer Rehabilitationsstatistikdatenbasis (RSD) anonymisierte Angaben zu 500.000 Rehabilitanden mit einem Zeitfenster von acht bzw. elf Jahren zur Verfügung stellte.

Methodik

Die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg schrieb 7.500 Rehabilitanden der Kliniken des Qualitätsverbundes (vgl. www.qualitaetsverbund-gesundheit.de) ein Jahr nach Rehabilitation an und bat um die Teilnahme an der Studie. Die befragten Rehabilitanden sandten bei Einverständnis den Fragebogen mittels beigefügtem Freiumschlag anonym direkt an die Forschungsinstitute zurück (Nübling et al., 2014).

Da auch für diejenigen, die nicht antworteten, RSD-Daten verfügbar waren, erfolgte als erster Schritt eine Non-Responder-Analyse, um die Repräsentativität der 4.162 eingegangenen Fragebögen bewerten zu können. Anschließend wurden anhand der in den Fragebogen eingedruckten Patientenpseudonyme dessen Angaben mit einer vorab erstellten Teilstichprobe der RSD 2012 zusammengeführt, so dass analysiert werden konnte, ob die subjektive Einschätzung des Rehabilitationsergebnisses aus dem Patientenfragebogen mit der Beitragszahlung gemäß den RSD-Daten im Jahr nach der Rehabilitation korrespondiert.

Dazu wurde für das Jahr vor und nach Rehabilitation jeweils eine gewichtete Summe der Beiträge aus Erwerbstätigkeit gebildet und ihrer Veränderung den entsprechenden Angaben im Patientenfragebogen gegenübergestellt.

Ergebnisse

Die eingegangenen Fragebögen dürfen als repräsentativ für die angeschriebene Stichprobe betrachtet werden; lediglich Befragte mit ausländischer Staatsangehörigkeit antworteten deutlich seltener.

Für 3.720 Befragte konnte die Art der Sozialversicherungsbeiträge im Jahr vor und nach der Rehabilitation ermittelt werden (vgl. Tabelle 1).

"Wieviel hat Ihnen die Reha geholfen ?"			Beiträge aus Erwerbstätigkeit		
Antwort	Anzahl	Prozent	vorher	nachher	Differenz
sehr	845	22,7 %	0,58	0,52	-0,07
ziemlich	1399	37,6 %	0,63	0,55	-0,09
etwas	1101	29,6 %	0,61	0,50	-0,11
gar nicht	259	7,0 %	0,64	0,43	-0,21
hat geschadet	28	0,8 %	0,72	0,51	-0,20
keine Angabe	88	2,4 %	0,45	0,36	-0,09

Tab. 1: Gegenüberstellung des subjektiven Rehabilitationsergebnisses mit der durchschnittlichen gewichteten monatlichen Beitragszahlung aus Erwerbstätigkeit im Jahr vor und nach Rehabilitation

Diskussion

Die Befragten schätzen den Nutzen der Rehabilitation zu zwei Dritteln positiv ein, nur ein kleiner Teil sieht keinen (oder einen negativen) Effekt.

Die Differenz der durchschnittlichen Beitragszahlung aus Erwerbstätigkeit ist im ersten Jahr nach Rehabilitation meistens negativ, da hier auch Sondereffekte wie z. B. auslaufende Lohnfortzahlung des Arbeitgebers oder stufenweise Wiedereingliederung eine Rolle spielen dürften. Der Rückgang der Beiträge ist jedoch für die kleine Gruppe der Befragten mit einer schlechten Einschätzung des Rehabilitationsergebnisses deutlich ausgeprägter. Diese Unterschiede bleiben auch im multivariaten Modell nach Adjustierung für Alter, Geschlecht, Reha-Indikation und Beitragszahlung sowie subjektiver Einschätzung des Gesundheitszustandes vor Rehabilitation bestehen.

Dieser deutliche Zusammenhang zwischen subjektiver Einschätzung des Rehabilitationsergebnisses und dem objektiven Kriterium der späteren Beitragszahlung stellt ein erstes interessantes Ergebnis der gemeinsamen Betrachtung von Patientenangaben und Routedaten dar. Als nächste Schritte stehen im Projekt gemeinsame Analysen von Daten aus dem internen Qualitätsmanagement der Kliniken sowohl mit den Patientenangaben als auch den Routedaten aus der RSD an. Vermutlich werden sich auch daraus Potentiale für das interne Qualitätsmanagement und Impulse für Verbesserungsprozesse in den Kliniken ergeben.

Förderung: Reha-Zentren Baden-Württemberg, – Federseeklinik Bad Buchau

Literatur

- Nübling, R., Steffanowski, A., Wittmann, W.W., Schmidt, J. (2004): Strategien der Ergebnismessung am Beispiel der psychosomatischen Rehabilitation. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 65. 35-44.
- Kaluscha, R., Jankowiak, S., Holstiege, J., Krischak, G. (2013): Beeinflusst die Arbeitslosenquote die (Wieder-)Eingliederung in das Erwerbsleben nach medizinischer Rehabilitation? DRV-Schriften, Bd 101. 182-184.
- Nübling, R., Kaiser, U., Kaluscha, R., Krischak, R., Kriz, D., Müller, G., Martin, H., Renzland, J., Reuss-Borst, M., Schmidt, J., Toepler, E. (2014): Ergebnisqualität medizinischer Rehabilitation – Katamnestische Ergebnisse der "Reha-QM-Outcome-Studie" des Qualitätsverbundes Gesundheit und der DRV Baden-Württemberg. DRV-Schriften, Bd 103.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als Basis des Organisationserfolgs und der Koproduktion von Gesundheit? – Ergebnisse eines Organisationssurveys mit 21 stationären Reha-Einrichtungen

Kockert, S., Schott, T.

Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld

Hintergrund und Zielsetzung

In Dienstleistungsorganisationen und somit in Reha-Einrichtungen ist die Qualität der interaktiven Arbeit als entscheidend zu betrachten, um übergeordnete Organisationsziele erreichen zu können. Im Sinne der Ko-Produzententhese ist dabei sowohl die Kooperation unter den Mitarbeitern als auch zwischen den Mitarbeitern und den Rehabilitanden von Relevanz (Gross, 1983). Eine hohe Fachkompetenz des Personals und die Einhaltung von allgemein anerkannten Qualitätskriterien der Behandlungsstrukturen und -prozesse scheinen dabei alleine noch nicht auszureichen, um das rehabilitative Kerngeschehen qualitativ hochwertig zu gestalten. Anzunehmen ist vielmehr, dass weitere organisationsbezogene Merkmale, wie z. B. gemeinsam geteilte Überzeugungen und Werte sowie ein gegenseitiges Vertrauen notwendig sind, um eine hohe Versorgungsqualität sicherzustellen. In Unternehmen außerhalb des Gesundheitswesens konnte der positive Effekt von organisationsbezogenen Merkmalen für die Leistungsfähigkeit des Personals eindrucksvoll gezeigt werden (Badura et al., 2013). Eine theoretische Fundierung ist dabei über das Konstrukt ‚Sozialkapital‘ gegeben (z. B. Coleman, 1991). Die praktische Relevanz findet sich in modernen Ansätzen zur Qualitätsentwicklung und zum betrieblichen Gesundheitsmanagement (z. B. Badura et al., 2010).

Im Rahmen der LORE-Studie wird hinterfragt, welche Bedeutung dem organisatorischen Kontext im rehabilitativen Versorgungsalltag zuzuschreiben ist. Der Untersuchung liegt die Annahme zugrunde, dass betriebliche, soziale und arbeitsplatzbezogene Merkmale zwischen Reha-Einrichtungen variieren und zudem in einem statistisch nachweisbaren Zusammenhang mit der Leistungsbereitschaft des Personals und dem Organisationserfolg stehen; letzterer bestimmt sich normativ anhand von patientenbezogenen Outcome-Merkmalen.

Methodik

Kernstück der LORE-Studie stellt ein quantitativer Organisationsurvey dar: Die Mitarbeiter aus 21 Reha-Einrichtungen wurden schriftlich zu sozialen Merkmalen ihrer Organisation sowie zu eigenen Verhaltensmustern und der eigenen Leistungsbereitschaft befragt. Im Rahmen der nach TDM-Empfehlungen gestalteten Befragung wurde ein Erhebungsinstrument genutzt, das getestete und bewährte Skalen aus den Arbeits- und Gesundheitswissenschaften beinhaltet. Eingeschlossen wurden alle Mitarbeiter, die nach Angabe der Klinikleitung zum Erfolg der Organisation beitragen und als beständige Mitglieder des sozialen Gefüges zu verstehen sind. Neben dem medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Personal wurden somit ebenfalls Personen aus Verwaltung, Management, Service und Technik um eine Teilnahme gebeten.

Im Rahmen der Organisationsanalyse galt es ein Kontinuum an Organisationsqualität von Reha-Einrichtungen abzubilden. Erfolgreiche und weniger erfolgreiche Organisationen wurden darüber hinaus unter Zugrundelegung von Routinedaten ärztlicher Entlassberichte und patientenbezogener Merkmale (n=39.000 Patienten) in einem normativen Sinne definiert. Der Hypothesentestung mittels bivariater und multivariater Verfahren ging eine psychometrische Prüfung der eingesetzten Messinstrumente voraus.

Ergebnisse

Aus den 21 Reha-Einrichtungen beteiligten sich 1.980 Mitarbeiter (55 %) an der Befragung. Mittels ANOVA und Kruskal-Wallis-Tests konnte gezeigt werden, dass sich organisations- und arbeitsplatzbezogene Merkmale im Mittel statistisch signifikant zwischen Einrichtungen unterscheiden. Von besonderer Relevanz erscheint die ungleiche Verteilung des sozialen Vermögens einer Organisation, das verstanden wird als Netzwerk-, Werte- und Führungskapital. Die empirischen Analysen zeigten, dass insbesondere das Wertekapital als Ressource zur Steigerung der Leistungsfähigkeit des Personals und einer berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit aufzufassen ist. Neben dem Wertekapital steht auch das Führungskapital in einem statistisch bedeutsamen Zusammenhang mit einer positiven Wahrnehmung von Qualitätsmanagementmaßnahmen. Darüber hinaus deutet sich an, dass ein hohes Maß an Netzwerkkapital nicht nur präventiv auf die Entstehung von Organisationspathologien (z. B. Mobbing) wirkt, sondern gleichsam einen Einfluss auf den normativ definierten Organisationserfolg hat. So scheint ein statistisch relevanter Zusammenhang zwischen Sozialkapital sowie Interdisziplinarität und einem geringen Ausmaß an Organisationspathologien einerseits und patientenbezogenen Ergebnisparametern andererseits zu existieren.

Diskussion und Ausblick

Im Rahmen der LORE-Studie konnten Theorie basierte Annahmen über die Wirkung des sozialen Vermögens einer Reha-Einrichtung empirisch bestätigt werden. Die weiterführende Untersuchung des Zusammenhangs von organisationsbezogenen Merkmalen und patientenseitigen Outcome-Merkmalen erscheint lohnenswert. Darüber hinaus ist eine Diskussion über die Aussagekraft von Routinedaten anzuregen.

Förderung: Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften NRW e. V. (GfR)

Literatur

- Badura, B., Walter, U., Hehlmann, T. (2010): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation (2. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Badura, B., Greiner, W., Rixgens, P., Ueberle, M., Behr, M. (2013): Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg (2. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Coleman, J. (1991): Grundlagen der Sozialtheorie. Band I: Handlungen und Handlungssysteme. München: Oldenburger Wissenschaftsverlag.
- Gross, P. (1983): Die Verheißungen der Dienstleistungsgesellschaft. Soziale Befreiung der Sozialherrschaft? Opladen: Westdeutscher Verlag.

Merkmale einer erfolgreichen Rehabilitationseinrichtung – Therapiezielvereinbarung

Stamer, M., Zeisberger, M., Kleineke, V., Brandes, I., Meyer, T.

Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung,
Medizinische Hochschule Hannover

Hintergrund

Eine vergleichende Analyse von Rehabilitationsergebnissen zeigt bisher nicht erklärbare, d. h. auch nicht allein anhand differenter individueller Prognosefaktoren begründeter Unterschiede im Ausmaß von Rehabilitationserfolg zwischen Rehabilitationseinrichtungen (z. B. Meyer, 2010 sowie Deck, Raspe, 2006 für den Bereich der medizinischen Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen). Dabei wird der einrichtungsbezogene Erfolg verstanden als Summe des Erfolgs der Rehabilitanden und Rehabilitandinnen der Einrichtung. Den Aspekt des differentiellen Rehabilitationserfolgs aufgreifend, steht im Mittelpunkt des Projektes "MeeR" (Merkmale einer erfolgreichen Rehabilitationseinrichtung, Meyer et al., 2013) die Frage, anhand welcher Merkmale sich die im Mittel als unterdurchschnittlich bzw. überdurchschnittlich erfolgreich definierten Rehabilitationseinrichtungen unterscheiden. Das Projekt wird von der Deutschen Rentenversicherung Bund finanziert.

Methodik

Basierend auf einer Fall-Mix-adjustierten Analyse von Qualitätssicherungsdaten sind sechs Reha-Einrichtungen – drei mit im Mittel überdurchschnittlichem und drei mit im Mittel unterdurchschnittlichem Erfolg – für die qualitative Stichprobe ausgewählt worden. In den sechs Einrichtungen fanden einwöchige Visitationen mit begleitenden Beobachtungen, Gruppendiskussionen mit Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen und Rehabilitandinnen/Rehabilitanden sowie Interviews mit Leitungspersonen statt. Die Auswertung der Beobachtungsprotokolle sowie der Gruppendiskussionen und Interviews erfolgte mittels zusammenfassender Inhaltsanalyse sowie anschließender Anfertigung von Fallvignetten auf der Grundlage thematischen Kodierens (Mayring, 2010 sowie Flick, 2007). Basierend auf den Fallvignetten wurden themenspezifische vergleichende Analysen zwischen den Reha-Einrichtungen durchgeführt. Verbunden mit den zu identifizierenden Unterscheidungsmerkmalen mündet das Projekt in der

Formulierung von Hypothesen zur Erklärung bisher nicht bekannter Gründe für bestehende Qualitätsunterschiede zwischen Rehabilitationseinrichtungen.

Ergebnisse

Die Ergebnisse setzen sich aus drei Kategorien zusammen, die im Hinblick auf die Qualität von Rehabilitationseinrichtungen unterscheidungsrelevante Merkmale beinhalten: die Kategorie der interdisziplinären Zusammenarbeit, die Kategorie der Therapiezielvereinbarung sowie die Kategorie der Angebotsgestaltung aus Perspektive von Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen und Rehabilitanden/Rehabilitandinnen. Im Mittelpunkt dieser Ergebnispräsentation steht die Kategorie der Therapiezielvereinbarung. Die dieser Kategorie analytisch innewohnende Frage lautet: Wie gestaltet sich die Aushandlung von Behandlung als Ausdruck von Partizipation der Rehabilitanden/Rehabilitandinnen und von Bildern der Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen über Rehabilitanden/Rehabilitandinnen? Den verschiedenen qualitativ erhobenen Materialien entsprechend, werden die Prozesse der Therapiezielvereinbarung aus der Beobachtungsperspektive, der Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen Perspektive und der Rehabilitanden/Rehabilitandinnen Perspektive – jeweils mit Zitaten unterlegt – im Einrichtungsvergleich dargestellt. Ziele werden in den Einrichtungen mit im Mittel unterdurchschnittlichem Erfolg ohne substanzielles Ausmaß an Partizipation der Rehabilitanden/Rehabilitandinnen festgelegt; in den Einrichtungen mit im Mittel überdurchschnittlichem Erfolg finden sich hingegen Hinweise für eine partielle Partizipation bei der Zielaushandlung. Damit verbunden ist ein jeweils unterschiedliches professionelles bzw. berufliches Selbstverständnis. Rehabilitandinnen/Rehabilitanden scheinen das Instrument der Therapiezielvereinbarung Wert zu schätzen; ein wiederholtes Aufgreifen der Ziele im Verlauf der Rehabilitation wird im Sinne eines ernst genommen Werdens erlebt. Demgegenüber wird eine formal anmutende Thematisierung von Zielen tendenziell kritisch konnotiert. Eine geringere Teilhabe von Rehabilitandinnen/Rehabilitanden am Prozess der Therapiezielvereinbarung scheint ihren Ausdruck zu finden in einer fehlenden Wertschätzung des Therapieziel-Instruments, das zu einer Formsache degradiert wird, oder aber in einem Verständnis des Instruments als (neues) Druckmittel zur Beförderung einer sog. Compliance von Rehabilitanden/Rehabilitandinnen.

Diskussion/Schlussfolgerungen

Diskutiert wird die Frage, welche Bedeutung der Therapiezielvereinbarung im Verhältnis zur Therapieplanung beigemessen wird. Dabei scheint dem Modus der Aushandlung von Behandlung insoweit eine zentrale Bedeutung zuzukommen, als dass Teilhabe eine Auseinandersetzung der Rehabilitanden/Rehabilitandinnen mit der Gestaltung ihres zukünftigen Lebens mit der Erkrankung befördern kann. Daran anknüpfend bleibt zu diskutieren, welche Bedeutung der Haltung von Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen – im Spannungsfeld von Kontrolle bis Begleitung – bei Fragen der Zukunftsgestaltung zukommt. Ferner gilt es, die Ergebnisse zur vorgestellten Kategorie in Bezug auf Fragen interdisziplinärer Zusammenarbeit wie auch Fragen konzeptioneller Angebotsgestaltung in Rehabilitationseinrichtungen mit Blick auf zukünftigen Handlungsbedarf in Praxis und Forschung unter dem Gesichtspunkt kontinuierlich angestrebter Qualitätsverbesserung zu betrachten.

Literatur

- Deck, R., Raspe, H. (2006): Regionale Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation. Qualitätsgemeinschaft medizinische Rehabilitation in Schleswig-Holstein – Hauptstudie und Ergebnisse aus orthopädischen Kliniken. *Die Rehabilitation*, 45 (5). 272-281.
- Flick, U. (2007): *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbek: Rowohlt.
- Mayring, P. (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (11. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz.
- Meyer, T. (2010): *Medizinische Rehabilitation für Menschen mit chronischen Rückenschmerzen: Variation des Erfolgs zwischen Rehabilitanden und Rehabilitationskliniken*. Habilitationsschrift Universität zu Lübeck.
- Meyer, T., Brandes, I., Zeisberger, M., Stamer, M. (2013): Merkmale einer erfolgreichen Reha-Einrichtung – Hintergrund und Vorgehen im Projekt MeeR. In *Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation BDP* (Hrsg.): (Selbst-)Konzepte bei veränderten Lebensbedingungen, Deutscher Psychologen Verlag GmbH, Berlin. 66-79.

Merkmale einer erfolgreichen Rehabilitationseinrichtung – Angebotsgestaltung aus Perspektive von Rehabilitanden/Rehabilitandinnen und Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen

Meyer, T., Zeisberger, M., Kleineke, V., Brandes, I., Stamer, M.

Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung,
Medizinische Hochschule Hannover

Hintergrund

Eine vergleichende Betrachtung von Rehabilitationseinrichtungen zeigt, dass diese sich im Hinblick auf die Rehabilitationsergebnisse unterscheiden. Dabei lassen sich die Unterschiede im Ausmaß von Rehabilitationserfolg zwischen Rehabilitationseinrichtungen bisher nicht hinreichend, z. B. nicht allein anhand differenter individueller Prognosefaktoren, erklären (z. B. Meyer, 2010). Mit dem von der Deutschen Rentenversicherung Bund finanzierten Projekt "MeeR" (Merkmale einer erfolgreichen Rehabilitationseinrichtung, Meyer et al., 2013) wird der Aspekt des differenter einrichtungsbezogenen Rehabilitationserfolgs aufgegriffen. Im Mittelpunkt des Projektes steht die Frage, anhand welcher Merkmale sich die im Mittel als unterdurchschnittlich bzw. überdurchschnittlich erfolgreich definierten Rehabilitationseinrichtungen unterscheiden.

Methodik

Zur Durchführung der qualitativen Hauptstudie wurde eine quantitativ begründete Auswahl von sechs Reha-Einrichtungen für die Stichprobe ausgewählt. In jeder der Einrichtungen fand eine einwöchige Visitation mit begleitenden Beobachtungen statt. Zur Erweiterung der Perspektivenvielfalt wurden ferner Gruppendiskussionen mit Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen und Rehabilitandinnen/Rehabilitanden sowie Interviews mit Leitungspersonen durchgeführt. Die Auswertung der Beobachtungsprotokolle sowie der Gruppendiskussionen und Interviews erfolgte in einem ersten Schritt mittels zusammenfassender Inhaltsanalyse, in einem

zweiten Schritt wurden – auf der Basis thematischen Kodierens – Fallvignetten erstellt (Mayring, 2010 sowie Flick, 2007). Anschließend folgten themenspezifische vergleichende Analysen zwischen den Reha-Einrichtungen. Das Projekt geht mit dem Ziel einher, Erklärungen für bisher nicht bekannte Gründe für bestehende Qualitätsunterschiede zwischen Rehabilitationseinrichtungen zu ergründen.

Ergebnisse

Die Ergebnisse setzen sich aus drei Kategorien zusammen, die im Hinblick auf die Qualität von Rehabilitationseinrichtungen unterscheidungsrelevante Merkmale beinhalten: die Kategorie der interdisziplinären Zusammenarbeit, die Kategorie der Therapiezielvereinbarung sowie die Kategorie der Angebotsgestaltung aus Perspektive von Rehabilitanden/Rehabilitandinnen und Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen. Im Mittelpunkt dieser Ergebnispräsentation steht die Kategorie der Angebotsgestaltung. Die dieser Kategorie analytisch innewohnende Frage lautet: Wie gestaltet sich der Reha-Alltag mit Blick auf die Rehabilitanden/innen und mit Blick auf die Mitarbeiter/innen als Ausdruck eines konzeptionellen Vorgehens auf der Ebene der Versorgung? Aus Perspektive von Rehabilitanden/Rehabilitandinnen geht es zum einen um einen geplanten Umgang mit Behandlungskonstanz bzw. Behandlungskonstanz und zum anderen um die Frage eines überlegten Aufgreifens von Heterogenität innerhalb der Gruppe der Rehabilitandinnen/Rehabilitanden. Das Ergebnis der Untersuchung zeigt, dass in wenigstens zwei der Einrichtungen mit im Mittel überdurchschnittlichem Erfolg ein größeres Ausmaß an Konstanz festzustellen ist als in den Einrichtungen mit im Mittel unterdurchschnittlichem Erfolg. Ferner zeichnet sich in den Einrichtungen mit im Mittel überdurchschnittlichem Erfolg in den Gruppenangeboten eine stärkere Beachtung der Heterogenität ab als in zwei der Einrichtungen mit im Mittel unterdurchschnittlichem Erfolg. Aus Perspektive von Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen schließt sich die Frage an, inwieweit sich die Gestaltung von Versorgungsangeboten als Ergebnis einer in der Einrichtung überindividuell geteilten Planung zeigt. Hinsichtlich der in die Untersuchung einbezogenen Einrichtungen entfaltet sich ein Spannungsbogen, der von Aussagen einer vom stationären Bereich abhängigen Gestaltung von Rehabilitationsangeboten über verabredete Handlungskorridore bis hin zu eigenständig entwickelten Teilkonzepten im Rahmen themenspezifisch gebildeter Arbeitsgruppen reicht, wobei die Einrichtungen mit im Mittel überdurchschnittlichem Erfolg als tendenziell teilhabeorientierter auf der Ebene der Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen anzusehen sind.

Diskussion/Schlussfolgerungen

Diskutiert wird die These eines Zusammenhangs zwischen dem Einrichtungserfolg und dem Vorkommen überindividuell erarbeiteter bzw. geteilter, handlungsorientierender Ansätze der Angebotsgestaltung. Das Vorhandensein konzeptueller Ansätze der Gestaltung von Rehabilitation als Ausdruck eines teilhabeorientierten professionellen Handlungsspielraums verstehend, spiegelt sich dieser sowohl auf der Ebene interdisziplinärer Zusammenarbeit als auch auf der Ebene der Behandlungsgestaltung wider. Insoweit sind die Ergebnisse zur Kategorie der Angebotsgestaltung in Verbindung mit den Ergebnissen der weiteren Kategorien zu diskutieren, explizit verbunden mit dem Ziel, zukünftigen Handlungsbedarf in Praxis und Forschung unter dem Gesichtspunkt kontinuierlich angestrebter Qualitätsverbesserung zu erörtern.

Literatur

- Flick, U. (2007): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek: Rowohlt.
- Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (11. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz.
- Meyer, T. (2010): Medizinische Rehabilitation für Menschen mit chronischen Rückenschmerzen: Variation des Erfolgs zwischen Rehabilitanden und Rehabilitationskliniken. Habilitationsschrift Universität zu Lübeck.
- Meyer, T., Brandes, I., Zeisberger, M., Stamer, M. (2013): Merkmale einer erfolgreichen Reha-Einrichtung – Hintergrund und Vorgehen im Projekt MeeR. In Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation BDP (Hrsg.): (Selbst-)Konzepte bei veränderten Lebensbedingungen, Deutscher Psychologen Verlag GmbH, Berlin. 66-79.

Bedeutung der Zusammensetzung der Gruppe der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden für den Reha-Erfolg – Finden sich Belege für die "Infektionshypothese"?

Nowik, D., Zeisberger, M., Meyer, T.

Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung,
Medizinische Hochschule Hannover

Hintergrund

Ziel der Mixed-Methods Studie MeeR (finanziert durch die Deutsche Rentenversicherung Bund) war es, Merkmale einer erfolgreichen Rehabilitationseinrichtung zu identifizieren (Meyer et al., 2013). Im Zuge der Durchführung der Studie ergaben sich Hinweise dafür, dass die Zusammensetzung der Gruppe der Rehabilitanden und Rehabilitandinnen in den Reha-Einrichtungen die Einrichtungsatmosphäre und möglicherweise darüber auch den Erfolg der Rehabilitationseinrichtung mit bedingen könnten, und zwar über die individuellen Merkmale der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden hinaus. Das könnte bedeuten, dass bei genügender Zahl gleichsam eine "Infektion" von weiteren Rehabilitandinnen und Rehabilitanden stattfindet, z. B. durch einen erhöhten Anteil von Rehabilitanden und Rehabilitandinnen mit Rentenbegehren, hohen AU-Zeiten oder auch psychischen Komorbiditäten. Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, diesen Hinweisen eine erste empirische Prüfung zu unterziehen.

Methodik

Datengrundlage waren Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung Bund aus den Bereichen Kardiologie und Orthopädie der Jahre 2007-2011. Eingeschlossen wurden die nach erfolgter Case-Mix-Adjustierung (Zeisberger et al., 2013) jeweils 9 erfolgreichsten und 9 am wenigsten erfolgreichen stationären Rehabilitationseinrichtungen, für die mindestens n=50 Datensätze von Rehabilitanden und Rehabilitandinnen vorlagen. Mittels relativer Risiken (RR mit 95 % Konfidenzintervallen) wurde geprüft, ob sich die erfolgreichen und weniger erfolgreichen Rehabilitationseinrichtungen trotz Case-Mix-Adjustierung hinsichtlich prognostisch relevanter Merkmale der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (Rentenbegehren, AU-Zeiten, Schulbildung, Stellung im Beruf, Reha-Verfahren und psychische Komorbidität) substantiell voneinander unterscheiden.

Ergebnisse

7.574 Rehabilitanden und Rehabilitandinnen aus 18 orthopädischen Rehabilitationseinrichtungen und 6.209 Rehabilitanden und Rehabilitandinnen aus 18 kardiologischen Rehabilitationseinrichtungen wurden eingeschlossen. In der Orthopädie zeigte sich, dass die weniger erfolgreichen Rehabilitationseinrichtungen anteilig signifikant mehr Rehabilitanden und Rehabilitandinnen mit Rentenbegehren (RR=3,43), AU-Zeiten über 3 Monaten (RR=2,21) und psychischen Krankheiten (RR=1,91) aufwiesen, sowie eine anteilig geringere Anzahl von

Rehabilitanden und Rehabilitandinnen mit höherem Schulabschluss ((Fach-)Abitur (RR=1,14)) oder Personen im Angestelltenverhältnis (gegenüber Arbeiter RR=1,65). Es gab jedoch keinen Unterschied in den Anteilen von AHB-Verfahren. Vergleichbare Ergebnisse zeigten sich in den kardiologischen Reha-Einrichtungen. Weniger erfolgreiche Rehabilitationseinrichtungen hatten anteilig signifikant mehr Patienten mit Rentenbegehren (RR=2,49), AU-Zeiten über 3 Monaten (RR=1,64), sowie einen geringeren Anteil von Rehabilitanden und Rehabilitandinnen mit (Fach-)Abitur (RR=1,17) oder Angestelltenverhältnis (RR=1,76). Allerdings wurden anteilig mehr AHB-Verfahren in den weniger erfolgreichen Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt (RR=1,18), sowie häufiger Rehabilitanden und Rehabilitandinnen mit psychischen Erkrankungen (RR=1,62) behandelt.

Diskussion

Aufgrund der Ähnlichkeit und Richtung der Ergebnisse aus Orthopädie und Kardiologie ergibt sich ein erster Hinweis für die "Infektionshypothese". In den weniger erfolgreichen Rehabilitationseinrichtungen fanden sich trotz Case-Mix-Adjustierung in beiden Indikationsgruppen substanziiell größere Anteile von Rehabilitanden und Rehabilitandinnen mit negativen prognostischen Faktoren (Rentenantragstellung, lange AU-Zeiten, geringere Bildung). Der Anteil dokumentierter psychischer Komorbiditäten und Unterschiede im Reha-Verfahren (AHB vs. Heilverfahren) waren jeweils nur in einem Indikationsbereich bedeutsam.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass für einen fairen Einrichtungsvergleich die Adjustierung individueller Merkmale von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu kurz greift und Phänomene, die sich aus der Zusammensetzung der Gruppen ergeben, nicht berücksichtigt. Die aus der Zusammensetzung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden entstehenden Gruppen- und Prozessdynamiken, die auch in der Interaktion mit dem Personal geschehen, sollten weitergehend untersucht werden, um dieses Phänomen besser zu verstehen und ggf. moderierend eingreifen zu können. Diese Ergebnisse können dafür sprechen, dass unsere Rehabilitationskonzepte noch nicht in der Lage sind, auf die unterschiedlichen Gruppenzusammensetzungen in einer Weise einzugehen, dass vergleichbare Ergebnisse erreicht werden können.

Literatur

- Meyer, T., Brandes, I., Zeisberger, M., Stamer, M. (2013): Merkmale einer erfolgreichen Reha-Einrichtung – Hintergrund und Vorgehen im Projekt MeeR. In: Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation BDP (Hrsg.): (Selbst-)Konzepte bei veränderten Lebensbedingungen, Deutscher Psychologen Verlag GmbH, Berlin. 66-79.
- Zeisberger, M., Nowik, D., Stamer, M., Brandes, I., Meyer, T. (2013): Einrichtungsunterschiede im Rehabilitationserfolg und personenbezogene Prognosefaktoren aus den Qualitätssicherungsdaten der Deutschen Rentenversicherung. DRV-Schriften, Bd 101. 173-185.

Prävalenz psychischer Beeinträchtigungen in der somatischen Rehabilitation

Brünger, M., Spyra, K.

Institut für Medizinische Soziologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund

Zahlreiche Studien belegen, dass Rehabilitanden mit psychischen Beeinträchtigungen – insbesondere solche mit depressiven und Angstsymptomen – eine erhöhte Morbidität, Mortalität und Arbeitsunfähigkeit sowie ein erhöhtes Inanspruchnahmeverhalten von Gesundheitsleistungen im Vergleich zu Patienten ohne psychische Komorbidität aufweisen (Baumeister, Härter, 2005). Es gibt daher Empfehlungen z. B. der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Bund zur Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der somatischen Rehabilitation (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2011). Es liegen jedoch keine aktuellen bundesweiten Studien zur Prävalenz psychischer Beeinträchtigungen in der somatischen Rehabilitation vor (Härter et al., 2007). Die vorliegende Arbeit hat daher die Bestimmung der Prävalenz psychischer Beeinträchtigungen von Rehabilitanden im erwerbsfähigen Alter zum Ziel. Weiterhin soll die Assoziation von psychischer Beeinträchtigung vor Reha-Beginn und sozialmedizinischer Leistungsbeurteilung zu Reha-Ende bestimmt werden.

Methoden

Zum Zeitpunkt der Bewilligung einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme wurden geschichtet für die sechs häufigsten somatischen Diagnosegrundgruppen insgesamt 6.000 DRV-Bund Versicherte postalisch kontaktiert und um Beantwortung eines Selbsterfassungsbogens gebeten. Psychische Beeinträchtigung wurde mithilfe des Patient Health Questionnaire (PHQ-4) operationalisiert. Der PHQ-4 erfasst auf Grundlage der DSM-IV-Kerndiagnosekriterien sowohl depressive (PHQ-2) als auch Angstsymptomatik (GAD-2) (Löwe et al., 2010). Neben soziodemographischen Angaben wurden als weitere Reha-relevante Konstrukte u. a. Komorbidität (SCQ-D), Beeinträchtigung durch Schmerzen (PDI), Selbstwirksamkeit (SWE), soziale Unterstützung (IRES) und besondere berufliche Problemlagen (SIMBO-Kurzform) erhoben. Weiterhin wurden von 90,5 % der Studienteilnehmer Angaben aus dem ärztlichen Entlassungsbericht, hierunter die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung, übermittelt und mit den Assessmentdaten verknüpft.

Neben deskriptiven Analysen wurde eine binäre logistische Regression mit der Zielgröße moderate oder schwere psychische Beeinträchtigung ($\text{PHQ-4} \geq 6$ Punkte) und den berichteten übrigen erhobenen Beeinträchtigungen und Ressourcen als Einflussgrößen unter Kontrolle von Geschlecht und Alter durchgeführt. Um die unterschiedliche Teilnahmebereitschaft von Frauen und Männern zu korrigieren und die stratifizierte Stichprobenbeziehung adäquat abzubilden, wurden entsprechend des tatsächlichen Geschlechterverhältnisses und der rea-

len Diagnosegrundgruppen-Verteilung bei DRV Bund-Rehabilitanden im Jahr 2011 Gewichtungsfaktoren gebildet.

Ergebnisse

Von 5.891 postalisch erreichten Rehabilitanden nahmen 2.152 an der Untersuchung teil (Rücklaufquote: 36,5 %). In die Complete Case-Analyse gingen 1.992 Personen ein. Die Studienteilnehmer waren im Mittel 50,8 Jahre alt und zu 70,1 % Frauen, Nichtteilnehmer 49,7 Jahre und zu 67,5 % Frauen. Die Prävalenz psychischer Beeinträchtigungen betrug indikationsübergreifend 26,3 % (Frauen 26,3 %, Männer 26,5 %). Jüngere Rehabilitanden wiesen häufiger eine psychische Beeinträchtigung auf als ältere Rehabilitanden. Die Prävalenz auf Ebene der untersuchten Diagnosegrundgruppen reichte deskriptiv von 19,7 % in der onkologischen Rehabilitation bis zu 32,3 % in der Neurologie. Im Prädiktionsmodell waren hohe Komorbidität und Beeinträchtigung durch Schmerzen, niedrige Selbstwirksamkeit und soziale Unterstützung sowie das Vorliegen einer besonderen beruflichen Problemlage mit psychischer Beeinträchtigung assoziiert.

Psychisch beeinträchtigte Rehabilitanden erhielten zu Reha-Ende im Vergleich zu Rehabilitanden ohne psychische Beeinträchtigung häufiger die Einschätzung, weniger als 3 Stunden täglich die letzte berufliche Tätigkeit (17,6 % vs. 5,1 %) und allgemein eine Tätigkeit ausüben zu können (6,9 % vs. 3,0 %).

Diskussion

Etwa ein Viertel der Patienten in der somatischen Rehabilitation weist aktuell eine psychische Beeinträchtigung gemäß PHQ-4 auf. Die Prävalenz liegt damit erheblich über derjenigen in der Allgemeinbevölkerung (Busch et al., 2013). Psychische Beeinträchtigung zu Reha-Beginn ist zudem ein Prädiktor für eine ungünstige sozialmedizinische Leistungsbeurteilung am Reha-Ende. Die Studie unterstreicht die Bedeutung von Diagnostik und Therapie psychischer Beeinträchtigungen in der somatischen Rehabilitation. Durch den Einsatz eines Screenings auf psychische Beeinträchtigungen bereits im Antragsverfahren könnte die Zuweisung in solche Rehabilitationseinrichtungen verbessert werden, die spezifische Konzepte zur Behandlung von Rehabilitanden mit psychischen Beeinträchtigungen (z. B. die "verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation") vorhalten.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Baumeister, H., Härter, M. (2005): Auswirkungen komorbider psychischer Störungen bei chronischen körperlichen Erkrankungen. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 14 (4). 175-189.
- Busch, M.A., Maske, U.E., Ryl, L., Schlack, R., Hapke, U. (2013): Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 56 (5-6). 733-739.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2011): *Psychologische Komorbidität. Leitfaden zur Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation*. Berlin.
- Härter, M., Baumeister, H., Bengel, J., (Eds.) (2007): *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen*. Heidelberg, Springer.

Löwe, B., Wahl, I., Rose, M., Spitzer, C., Glaesmer, H., Wingenfeld, K., Schneider, A., Brähler, E. (2010): A 4-item measure of depression and anxiety: Validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *Journal of Affective Disorders*, 122, 1-2. 86-95.

Sektorenübergreifende Versorgung im Bereich Psychosomatische Medizin und Abhängigkeitserkrankungen in der Region Südbaden

*Rapp-Engels, R. (1), Geigges, W. (2), Scheidt, C.E. (3),
Ammann, K. (4), Stegner, H. (5)*

- (1) Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, Clearingstelle Freiburg,
(2) Rehaklinik Glotterbad, (3) Thure von Uexküll-Klinik, Freiburg/Glotterbad,
(4) Rehaklinik Birkenbuck, (5) Rehaklinik Kandertal

Hintergrund

Die Versorgungssituation in den Indikationsbereichen Psychosomatik, psychotherapeutische Medizin und Sucht ist gekennzeichnet von einem steigenden Bedarf, dem keine ausreichenden Versorgungsangebote gegenüberstehen. Erschwerend kommt die mangelnde Vernetzung und Zusammenarbeit der Akteure hinzu.

Regionale Vernetzung und Kooperation in Südbaden

Die beiden Reha-Kliniken Birkenbuck und Kandertal am Standort Malsburg-Marzell, die Rehaklinik Glotterbad und die Thure von Uexküll-Klinik am Standort Glottertal sowie das Zentrum für Ambulante Psychosomatische Rehabilitation (ZAPR) der Reha-Zentren in Freiburg werden als Verbund für psychosomatische, psychotherapeutische und Suchtmedizin miteinander kooperieren. Dieser Verbund, der somit drei stationäre Reha-Kliniken, ein ambulantes Reha-Zentrum und eine Akutklinik im Verbund führt und über die Akutklinik die Vernetzung zu den ambulanten Behandlern stärkt, ist ein innovativer Schritt, der auf Dauer allen Beteiligten Vorteile bringt. Er nutzt die bereits etablierten Versorgungsstrukturen und Netzwerke der Partner im Raum Südbaden, um darauf aufbauend akutstationäre sowie ambulante Rehabilitationsphasen mit anschließender Nachsorge aufeinander abzustimmen ("Patientenpfad") und durchlässige Angebotsstrukturen anzubieten bzw. miteinander weiterzuentwickeln.

Hierdurch eröffnet sich die Chance, in der Region Südbaden die bestehende Versorgungssituation in den o. g. Indikationsbereichen weiter zu verbessern.

Lernendes System

Dreh- und Angelpunkt der Kooperation ist die Weiterentwicklung und Verbesserung der Versorgungsabläufe an der Schnittstelle zwischen Krankenhausbehandlung und Rehabilitation. Weiter ist eine Differenzierung des Behandlungsangebotes über traditionelle Behandlungsgrenzen hinweg (Psychosomatik/Sucht) (Erwachsene/Kinder) (Einzelperson/Familie) (ambulant/stationär) durch Zusammenführung der speziellen Kompetenz der jeweiligen Kliniken möglich.

Aufbauend auf früheren Kooperationen, Konzepten und Forschungsprojekten haben die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg und die Kur & Reha GmbH des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes als Träger ein Konzept entwickelt, das unter anderem das Pro-

jekt Frührehabilitation am Standort Glotterbad und Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankten im Familienkontext ("Suchtfamilie") am Standort Malsburg-Marzell beinhaltet. Eine Clearingstelle in Freiburg ist hierfür eingerichtet und übernimmt die Koordination und Zuweisungs-Moderation (Fallkonferenzen). Weitere Vernetzungen und Kooperationen sind ange-dacht, zeitnahe Auswertungen lassen kurzfristige Anpassungen zu.

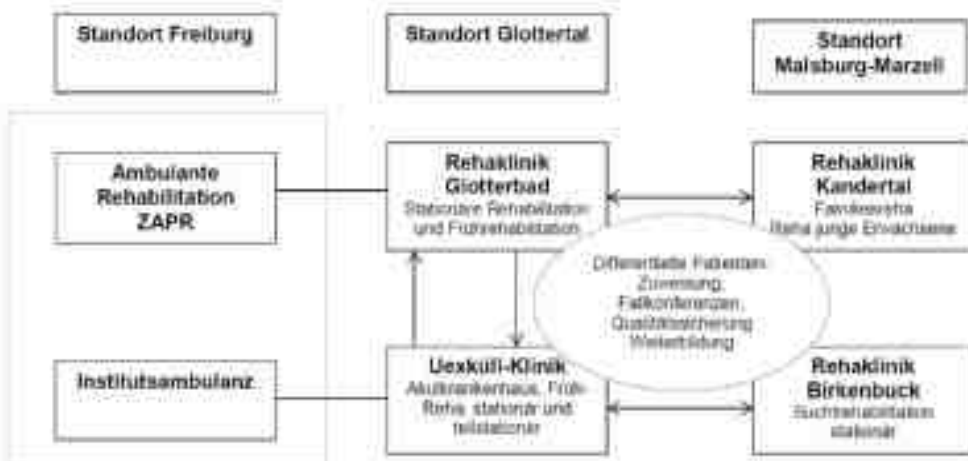


Abb. 1: Kompetenzzentrum Südbaden für Psychosomatische Medizin und Abhängigkeitserkrankungen (PAKS)

Wege in die psychosomatische Rehabilitation – Differenzielle Indikationsstellung an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und psychosomatischer Rehabilitationsklinik

Scheidt, C.E. (1), Hofmeier, M. (1), Kraft, J. (1), Geigges, W. (2), Joos, A. (1), Niemann, R. (3), Stegner, H. (4), Unterbrink, T. (5)

- (1) Zentrum für psychische Erkrankungen, Universitätsklinikum Freiburg,
- (2) Rehabilitationsklinik Glotterbad, Glottertal, (3) Ortenau Klinikum Offenburg-Gengenbach/Lahr Ettenheim, (4) Rehabilitationsklinik Kandertal, Malsburg-Marzell, (5) Kreiskrankenhaus Lörrach

Problemstellung und Hintergrund der Untersuchung

Krankenhaus und Rehabilitation stellen im Bereich der Psychosomatik wie auch in anderen medizinischen Fachgebieten zwei voneinander getrennte Behandlungssysteme dar. Die Möglichkeit einer Anschlussheilbehandlung (AHB), die es in anderen medizinischen Bereichen gibt, existiert in der Psychosomatik nicht. Eine nahtlose Verlegung aus der psychosomatischen Abteilung eines Krankenhauses in eine psychosomatische Rehabilitationsklinik wird deswegen derzeit kaum praktiziert (Maylath, 2011). Gleichzeitig ist die Abgrenzung zwischen Krankenhausbehandlung und Rehabilitation in der Psychosomatik schwieriger als in anderen Fächern (Schmelting-Kludas, 1999). Wichtigstes Kriterium ist die Behandlungs-

zielsetzung, die in der Krankenhausbehandlung kurativ ausgerichtet ist und in der Rehabilitation in der Abwendung einer drohenden Erwerbsminderung besteht (vgl. Wahlert, Mestel, 2008; Koch, Bengel, 2000).

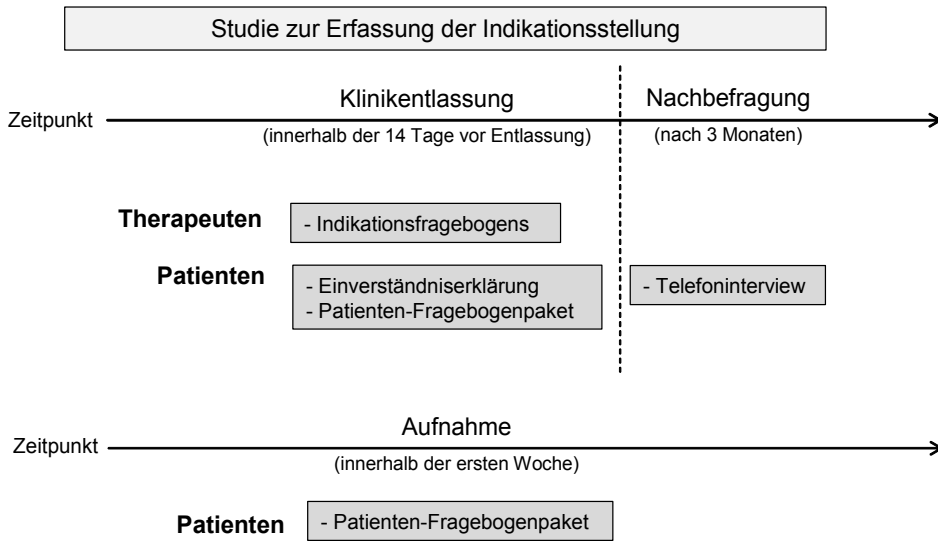
In der hier durchgeführten Untersuchung gehen wir der Frage nach, ob der Bedarf an Rehabilitation bei der Indikationsstellung in der psychosomatischen Krankenhausbehandlung unterschätzt wird. Dazu wurden Daten erhoben, die über die Indikationsstellung für berufsbezogene Therapiemaßnahmen bei Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und Rehabilitation Aufschluss geben. Die Untersuchung wurde an einer universitären Poliklinik durchgeführt, die als regionale Clearingstelle für Diagnostik und Indikationsstellung fungiert, sowie an vier psychosomatischen Krankenhausabteilungen. Wir gingen von der Annahme aus, dass die Ausschöpfung der Indikationsstellung für psychosomatische Rehabilitation im Krankenhaus dem eigentlichen Bedarf nicht entspricht. Um die Indikationsstellungen ex post zu beurteilen, wurde ein Vergleich zwischen Krankenhaus- und Reha-Patienten durchgeführt. Hierfür wurden Daten in zwei psychosomatischen Reha-Kliniken (Klinik Glotterbad und Kandertal) erhoben.

In einer Katamneseerhebung wurde ferner untersucht, ob und in welchem Prozentsatz Patienten, für die eine Indikation für psychosomatische Rehabilitation gestellt worden war, diese auch tatsächlich antraten.

Methodik

Im Design der vorliegenden Studie werden eine Querschnitts- und eine Längsschnittuntersuchung kombiniert. Die Querschnittuntersuchung besteht aus einem Patienten- und einem Therapeutenfragebogenpaket. Im Patientenfragebogenpaket werden neben der psychischen Symptombelastung (SCL-27) und dem subjektiven Gesundheitszustand (IRES) schwerpunktmäßig arbeitsbezogene Einstellungen und Beschwerden erfasst (IRES, AVEM). Ergänzend wird ein Fragebogen zur Erhebung der Alexithymie eingesetzt (TAS-26). Im Therapeutenbogen werden Diagnose- und Indikationsstellung sowie Einschätzungen, welche die Indikationsentscheidung betreffen, erfragt. Des Weiteren werden Fremdeinschätzungen bzgl. zukünftiger Erwerbsfähigkeit und Beeinträchtigungsschwere erhoben.

Die Längsschnittuntersuchung umfasst als zweiten Messzeitpunkt eine telefonische Nachbefragung (3-Monatskatamnese). Diese wird bei den Patienten durchgeführt, denen eine psychosomatische Rehabilitationsbehandlung empfohlen wurde. In diesem Gespräch wird erfragt, ob inzwischen ein Rehabilitationsantrag gestellt und bewilligt wurde. Außerdem wird die Ablehnungsquote bzw. Wartedauer bis zum Antritt der Reha-Maßnahme erfasst.



Zielstichprobe

- Ambulanz Freiburg
- Uexküll-Klinik Freiburg
- Psychosomatik Lörrach
- Psychosomatik Offenburg
- Psychosomatik Lahr

Vergleichsstichprobe

- Reha-Klinik Glotterbad
- Reha-Klinik Kandertal

Abb. 1: Studiendesign

Vorläufige Ergebnisse

Die Erhebung wird Mitte November 2013 abgeschlossen sein. Zwischen Oktober 2012 und Oktober 2013 wurden 872 Patienten im Krankenhausbereich über die Studie informiert. Davon willigten 583 (66.9 %) einer Teilnahme zu. Zudem werden zum Ende der Datenerhebungsphase ca. 400 vollständige Datensätze aus den Reha-Kliniken vorliegen. Eine Reha-Indikation wurde bei 63 Patienten (7.2 %) gestellt. Davon konnten bisher 72.6 % für die telefonische Nachbefragung erreicht werden.

Diskussion

Bis zum Reha-Kolloquium sollen erste Ergebnisse vorliegen und diskutiert werden. Wenn sich die Annahme bestätigt, dass der Bedarf an berufsbezogener Rehabilitation im psychosomatischen Krankenhaus deutlich unterschätzt wird, wären Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung angezeigt, um die Kompetenz zur Erfassung Reha-relevanter Aspekte psychosomatischer Störungen in der Primärmedizin und im Krankenhausbereich zu verbessern. Auch sollte diskutiert werden, wie der Übergang vom Krankenhaus in die psychosomatische Rehabilitation organisatorisch und administrativ möglicherweise verbessert werden kann.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Literatur

Koch, U., Bengel, J. (2000): Definition und Selbstverständnis der Rehabilitationswissenschaften. In: Bengel, J., Koch, U. (Hrsg.): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften.

- Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung. Heidelberg: Springer. 3-18.
- Maylath, E. (2011): Differenzierte Indikationsstellung zwischen stationärer Akutbehandlung und medizinischer Rehabilitation in der Psychosomatik. In: Zielke, M. (Hrsg.): Indikation zur stationären Verhaltenstherapie und medizinischen Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Lengerich: Pabst Science Publishers. 91-102.
- Schmeling-Kludas, C. (1999): Fachliche und rechtliche Aspekte zur Abgrenzung einer Krankenhausbehandlung im Gebiet 'Psychotherapeutische Medizin' von der psychosomatischen Rehabilitation. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 49 (9/10). 312-315.
- Von Wahlert, J., Mestel, R. (2008): Kriterien zur Indikation psychosomatischer Rehabilitation und Abgrenzung zur kurativen Psychotherapie. In: Schmid-Ott, G., Wiegand-Grefe, S., Jacobi, C., Paar, G., Meermann, R., Lamprecht, F. (Hrsg.): *Rehabilitation in der Psychosomatik: Versorgungsstrukturen – Behandlungsangebote – Qualitätsmanagement*. Stuttgart: Schattauer. 255-266.

Eilverfahren Psychosomatik – Projekt zur Verzahnung zwischen Akutversorgung und Psychosomatischer Rehabilitation

Schmitt, G. (1), Karl, E.-L. (2), Geigges, W. (1)

(1) Rehabilitationsklinik Glotterbad, Glottertal,

(2) Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, Karlsruhe

Hintergrund

Im Indikationsgebiet Psychosomatik besteht seit Jahren ein steigender Reha-Bedarf. Auch nahm die Anzahl vollstationärer Behandlungsfälle psychischer Störungen von 1998 bis 2008 um 46,4 % zu. Hiervon sind besonders affektive Störungen bezüglich Häufigkeit und Zuwachsdynamik betroffen (Schneider et al., 2011). Wegen der hohen Einzelfallkosten und der erheblichen Folgen für die Erwerbsfähigkeit, sollten potenzielle Reha-Patienten möglichst früh erkannt und möglichst schnell einer qualifizierten Reha-Behandlung zugeführt werden.

Methode

Im Rahmen eines Modellprojektes der Rehaklinik Glotterbad und der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Baden-Württemberg mit dem Zentrum für Psychiatrie in Emmendingen werden konsiliarisch vom Oberarzt der Rehaklinik entsprechende Patienten aus der Akutpsychiatrie Emmendingen gesehen. Durch die Beurteilung ihrer Reha-Fähigkeit, Reha-Motivation und positiven Reha-Prognose werden Patienten identifiziert, die für eine zeitlich zügig organisierte Reha-Maßnahme geeignet erscheinen. Nach Abwicklung des üblichen Antragsverfahrens der DRV Baden-Württemberg werden die Patienten baldmöglichst mit der Regelbewilligungsdauer in die Reha-Klinik aufgenommen. Die Reha-Maßnahme und die Entlassberichte werden sozialmedizinisch ausgewertet. Zum weiteren Verlauf der Erwerbstätigkeit werden die Patienten nach 6 bis 12 Monaten telefonisch befragt sowie ein Abgleich mit den Sozialversicherungsdaten der DRV Baden-Württemberg durchgeführt.

Ergebnisse

Im Zeitraum 11/2011 bis 11/2013 wurden mehr als 50 Patienten im "Eilverfahren Psychosomatik" zeitnah im Median von 10 Tagen nach Entlassung aus der Akutpsychiatrie in der Psychosomatischen Rehaklinik Glotterbad aufgenommen. Die Leitdiagnosen umfassten hauptsächlich die Gruppen F3 der affektiven Störungen mit erstmaligen sowie rezidivierenden Depressionen. In Abweichung zu den allgemeinen Patienten waren die Diagnosegruppen F4 seltener, eine leichte Häufung bestand in der ICD-10 Gruppe F2 (Schizophrenie und wahnhafte Störungen) und F6 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen). Im Klinikalltag waren diese Patienten sehr motiviert und zeigten eine gute Zugänglichkeit für eine schnelle Wiedereingliederung in das berufliche Umfeld. Der Altersdurchschnitt dieses Klientels lag bei 46,0 Jahren. Nach Entlassung konnte bei 55 % dieser Patienten durch Stufenweise Wiedereingliederung eine schnelle oder direkte Aufnahme der Erwerbstätigkeit erreicht werden. Die Ergebnisse der persönlichen Nachbefragung der Patienten zeigen eine deutlich höhere Rate einer dauerhaften Wiedereingliederung als durchschnittlich in unserer Klinik und der Literatur (Bürger et al., 2011). Insgesamt konnte bei den Versicherten, die im Rahmen des Modellprojektes "Eilverfahren Psychosomatik" in die Rehaklinik aufgenommen wurden, die Phase der Arbeitsunfähigkeit deutlich verkürzt werden mit entsprechenden Kosteneinsparungen für die verschiedenen Sozialleistungsträger.

Schlussfolgerungen

Die frühzeitige Identifizierung, Reha-Motivierung und Prüfung der positiven Reha-Prognose von Versicherten in der vollstationären akutpsychiatrischen Versorgung sowie die zeitnah erfolgende psychosomatische Rehabilitation, erbringen durch die hohe Rate der beruflichen Wiedereingliederung einen erheblichen Benefit. Sekundäre Chronifizierungsfaktoren wie lange AU-Zeiten oder Arbeitsplatzverlust, werden verringert. Gerade für Versicherte mit rezidivierenden depressiven Episoden ist das Risiko eines Arbeitsplatzverlustes und die Barriere auf dem Weg zurück ins Arbeitsleben hoch, wie die erhebliche Anzahl unter Langzeitarbeitslosen zeigt (Bühler et al., 2013). Geeignete Verzahnungen zwischen Akutversorgung und Psychosomatischer Rehabilitation vermindern entscheidend negative Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit. Die Implementierung standardisierter Abläufe der konsiliarischen Sichtung unter reha-spezifischer Zielsetzung, der zeitnahen Bescheiderteilung und zeitnaher Aufnahme in die Reha-Klinik ermöglichen einen ökonomischen und sozialmedizinischen Gewinn für Patienten, Sozialleistungsträger, Reha-Einrichtungen und Arbeitgeber.

Literatur

- Bühler, B., Kocalevent, R., Berger, R., Mahler, A., Preiß, B., Liwowsky, I., Carl, P., Hegerl, U. (2013): Versorgungssituation von Langzeitarbeitslosen mit psychischen Störungen, *Nervenarzt* 2013, 84. 603-607.
- Bürger, W., Glaser-Möller, N., Kulick, B., Pallenberg, C., Stapel, M. (2011): Stufenweise Wiedereingliederung zulasten der gesetzlichen Rentenversicherung – Ergebnisse umfassender Routineanalysen und Teilnehmerbefragungen, *Rehabilitation* 2011, 50. 74-85.
- Schneider, F., Falkai, P., Maier, W. (2011): *Psychiatrie 2020 – Perspektiven, Chancen und Herausforderungen*, Springer-Verlag Heidelberg.

Zuweisungsdiagnostik und -steuerung in der psychosomatischen und orthopädischen Rehabilitation auf Basis eines Mixed-Method-Designs

Gutt, S., Parthier, K., Rennert, D., Mau, W.

Institut für Rehabilitationsmedizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle/Saale

Hintergrund und Ziel der Untersuchung

Muskuloskeletale Erkrankungen gehen oft mit psychischen Erkrankungen einher, die zugleich auch die führenden Diagnosen in der psychosomatischen Rehabilitation sind. Deren Anteil an stationären Leistungen zur Rehabilitation ist bundesweit in den letzten Jahren (2000 bis 2011) um 41 % gestiegen. Betrachtet man hingegen den Anteil stationärer Leistungen aufgrund einer muskuloskeletalen Erkrankung, so stellt man einen Rückgang um 26 % fest (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2013). Der Erfolg einer Rehabilitation hängt wesentlich von den während einer Rehabilitation erhaltenden Therapien ab, sodass die entsprechende Zuweisung bedarfsgerecht gesteuert werden muss. Die Zuweisungssteuerung sowie die zu Grunde liegende Diagnostik ist bisher wenig transparent und scheint zudem sehr heterogen (Morfeld, Friedrichs, 2011). Im Rahmen der ZuVerSicht-Studie wurde den Fragen nachgegangen, wie die Zuweisungsdiagnostik und -steuerung aus Sicht der Kliniken erfolgt, welchen Grad der Übereinstimmung die ICD-Eingangsdiaagnosen mit den ICD-Entlassungsdiaagnosen aufweisen und in welchem Maße diese mit den Ergebnissen der in dieser Untersuchung eingesetzten Screeningverfahren übereinstimmen.

Methoden

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurden im Sinne des Mixed-Method-Designs (Kuckartz, 2011) zwei Forschungsmethoden kombiniert. Für quantitative Analysen wurde eine prospektive multizentrische (6 stationäre Reha-Kliniken) Kohortenstudie mit orthopädischen und psychosomatischen Rehabilitanden zu drei Messzeitpunkten (T1: Reha-Beginn, T2: Reha-Ende; T3: 6 Monate nach Reha-Ende) durchgeführt. Zum Screening der psychischen Belastung wurden der BSI-18 der PHQ-4 und der HADS-D eingesetzt. Auf Basis der Klinikroutinedaten wurde(n) zusätzlich die ICD-10-Diagnose(n) aus dem hausärztlichen Befundbericht sowie aus dem Reha-Entlassungsbericht erfasst. Zur Bewertung der Zuweisungsge-nauigkeit wurden neben den relativen Häufigkeiten Cohens Kappa (K) und Yules (Y) berechnet. Zudem wurden im Rahmen von qualitativen Experteninterviews leitende Ärzte (n=6) und Psychologen (n=6) der teilnehmenden Kliniken leitfadengestützt u. a. zur externen und internen Zuweisungssteuerung befragt. Die Auswertung erfolgte inhaltsanalytisch (Mayring, 2010).

Ergebnisse

Zu T1 wurden insgesamt N=592 Rehabilitanden für die Studie rekrutiert. Die psychosomatischen Rehabilitanden (n=300) waren M=49 (SD=10) Jahre alt, 67 % waren weiblich und 63 % erwerbstätig. 50 % wiesen als zuweisungsrelevante ICD-10-Diagnose eine affektive Störung (F30-F39) und 44 % eine neurotische, Belastungs- oder somatoforme Störung (F40-F48) auf. Bei 26 % trat mindestens eine weitere F-Diagnose auf. Die orthopädischen Rehabilitanden (n=292) waren M=51 (SD=8) Jahre alt, 47 % waren weiblich und 68 % erwerbstätig. Die Mehrheit (60 %) der zuweisungsrelevanten ICD-10-Diagnosen

zeigte sich im Bereich der Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M50-M54), gefolgt von Arthropathien (22 %; M00-M25). 21 % wiesen zusätzlich mindestens eine F-Diagnose auf.

Der Grad der Übereinstimmung zwischen der zuweisungsrelevanten ICD-10-Diagnose und der Entlassungsdiagnose war in beiden Indikationsbereichen moderat ausgeprägt: In der Orthopädie etwas höher (78 %: Cohens Kappa (K)=.65; 95 % KI: .57-.72; Yules Y=.55) als in der Psychosomatik (72 %: K=.50; 95 % KI: .41-.59; Y=.77). Die befragten Ärzte und Psychologen konstatieren in diesem Zusammenhang insgesamt eine hohe Passung der indikationsbezogenen Zuweisung durch den (die) Leistungsträger, obgleich für den Bereich der Psychosomatik häufiger Unschärfen angegeben werden, die sich jedoch meist auf den Schweregrad der Störung beziehen. Zudem wird der reha-relevante Informationsgehalt der ärztlichen Befundberichte als Zuweisungsgrundlage von den Befragten sehr unterschiedlich bewertet.

Die eingesetzten Screeninginstrumente ergaben für die Orthopädie einen Anteil an psychisch auffälligen Rehabilitanden von 37 % (BSI-18), 31 % (HADS-D) und 18 % (PHQ-4). Bei den psychosomatischen Rehabilitanden lag dabei der Anteil der im Screening auffälligen Rehabilitanden mit 79 %, 75 % sowie 59 % erwartungsgemäß höher. Das Vorgehen der Kliniken zur Identifizierung behandlungsrelevanter (psychischer) Komorbidität lässt sich auf Grundlage der Experteninterviews zwar als heterogen, aber insgesamt als umfassend und interdisziplinär beschreiben (Patientenfragebögen, Screenings, vertiefte (Psycho-)Diagnostik, Konsile).

Zwischen dem Vorhandensein einer zuweisungsrelevanten ICD-F-Diagnose und den Ergebnissen der o. g. Screenings ergaben sich bei den orthopädischen Rehabilitanden prozentuale Übereinstimmungen von 70 % bis 73 % (K=.15 bis .28; Y=.22 bis .36). In Zusammenhang mit den ICD-F-Entlassungsdiagnosen belaufen sich die entsprechenden Werte auf 68 % bis 78 % (K=.01 bis .25; Y=.31 bis .41). Zwischen der zuweisungsrelevanten ICD-F-Diagnose und dem Ergebnis der o. g. Screenings ergaben sich bei den psychosomatischen Rehabilitanden prozentuale Übereinstimmungen von 59 % bis 78 % (K=.01 bis .07; Y=.10 bis .43). Identische Werte ergaben sich im Zusammenhang mit den ICD-F-Entlassungsdiagnosen.

Diskussion und Ausblick

Bezogen auf die ICD-10-Eingangs- und Entlassungsdiagnosen ist eine moderate bis gute Übereinstimmung festzustellen. Die Übereinstimmung zwischen den ICD-10-Eingangs- und Entlassungsdiagnosen einerseits und den Screeningergebnissen andererseits wiesen mit 59 % bis 78 % eine hohe Schwankungsbreite auf. Dies kann u. a. durch die Unschärfe der ICD-Diagnosen und der Screeninginstrumente sowie die über Screeningergebnisse hinausgehenden komplexen Aspekte der Diagnostik in der Rehabilitation bedingt sein. Daher wäre z. B. der Einsatz eines strukturierten klinischen Interviews zu diskutieren (z. B. SKID; Wittchen et al., 1997). Detaillierte Analysen insbesondere hinsichtlich verschiedener Subgruppen sowie auch in Bezug auf Merkmale der Ergebnisqualität (u. a. Teilhabe, Lebensqualität, Erwerbsstatus) stehen noch aus.

Analog zu anderen Studien (Schubert et al., 2012) verweisen die Ergebnisse zudem auf Optimierungspotentiale im Zusammenhang mit der Gestaltung der ärztlichen Befundberichte

als Zuweisungsgrundlage. Hier sind praxisbezogene Informationsangebote an die entsprechenden Arztgruppen zu adressieren.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland

Literatur

Gesundheitsberichtserstattung des Bundes (2013): Abgeschlossene stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe für Erwachsene in der Gesetzlichen Rentenversicherung (Anzahl) Gliederungsmerkmale: Jahre, Wohnort, Geschlecht, 1. Diagnose (ICD10). Daten der Deutschen Rentenversicherung Bund. Dokumentationsstand 17.0.2013. URL: www.gbe-bund.de. Abruf: 08.10.2013.

Kuckartz, U. (2011): *Mixed Methods Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren*. Wiesbaden: VS Verlag.

Mayring, P. (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz.
Morfeld, M., Friedrichs, A. (2011): Psychische Komorbidität – Befunde zur Diagnostik und Hinweise auf Möglichkeit der Weiterversorgung in der medizinischen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 54. 90-97.

Schubert, M., Fiala, K., Grundke, S., Parthier, K., Behrens, J., Klement, A., Mau, W. (2012): Der Zugang zu medizinischer Rehabilitation aus Perspektive niedergelassener Ärzte – Probleme und Optimierungsmöglichkeiten. *Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin*, 20. 264-270.

Wittchen, H., Zaudig, M., Fydrich, T. (1997): *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID), Achse 1*. Göttingen: Hogrefe.

Barrieren für MigrantInnen beim Zugang in die medizinische Rehabilitation

Schwarz, B. (1), Starikow, K. (2), Salman, R. (2), Gutenbrunner, C. (1)

(1) Klinik für Rehabilitationsmedizin, Medizinische Hochschule Hannover,

(2) Ethno-Medizinisches Zentrum e. V., Hannover

Hintergrund

Studien haben gezeigt, dass MigrantInnen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) trotz eines erhöhten Bedarfes (höhere Frühberentungsquoten) und formalrechtlich gleichberechtigtem Zugang seltener in Anspruch nehmen als Personen ohne Migrationshintergrund (Dietzel-Papakyriakou, Olbermann, 2005; Razum et al., 2009). Höhere und längere Arbeitsunfähigkeitszeiten sowie stärker chronifizierte Gesundheitsprobleme bei Reha-Antritt weisen zudem auf eine häufig verspätete Inanspruchnahme hin (Möske et al., 2008). In der Fachliteratur werden daher verschiedene Zugangsbarrieren diskutiert. Diese fußen bislang überwiegend auf theoretischen Annahmen sowie auf der Übertragung von Ergebnissen aus anderen Versorgungszweigen (Brzoska et al., 2010). Im Rahmen des von der Deutschen Rentenversicherung Bund geförderten Projektes "MiMi-Reha: Implementierung und Evaluation eines Info-Angebotes für MigrantInnen zur medizinischen Reha auf Basis der „MiMi-Kampagnentechnologie“" wurde daher der Frage

nachgegangen, welche spezifischen Barrieren MigrantInnen den Zugang in die medizinische Rehabilitation der GRV erschweren.

Methodik

Zur Beantwortung der Fragestellung wurden insgesamt sechs Fokusgruppen durchgeführt: zwei (deutschsprachige) mit MigrantInnen *mit* und drei (eine deutsch-, eine türkisch- und eine russischsprachige) mit MigrantInnen *ohne* Reha-Erfahrung (heterogen bzgl. soziodemographischer Merkmale wie Migrationshintergrund, Alter, Geschlecht, Bildung und Beruf) sowie eine mit ExpertInnen aus Praxis, Verwaltung und Politik. Die Fokusgruppen wurden leitfadengestützt moderiert, tonaufgezeichnet und anschließend transkribiert. An den durchschnittlich 90-minütigen Fokusgruppen nahmen jeweils 7-14 Personen teil. Die Auswertung der Fokusgruppen erfolgte qualitativ-inhaltsanalytisch (Analysetechnik: Zusammenfassung, induktive Kategorienbildung) (Mayring, 2008) und wurde mit Hilfe der Software MAXQDA realisiert.

Ergebnisse

Die an den Fokusgruppen teilnehmenden MigrantInnen und ExpertInnen beschrieben eine Vielzahl von – teilweise system-, teilweise personenbezogenen – Zugangsbarrieren. Diese ließen sich ferner in für MigrantInnen spezifische sowie in vom Migrationsstatus primär unabhängige Barrieren differenzieren. Letztere können prinzipiell Personen mit und ohne Migrationshintergrund betreffen, aufgrund eines Migrationshintergrundes jedoch verstärkt wirksam werden.

MigrantInnen spezifische Zugangsbarrieren:

- Systembezogene Barrieren: mangelnde interkulturelle Öffnung der Reha-Träger und Reha-Einrichtungen, insb. mangelnde kultursensible und mehrsprachige Information und Aufklärung sowie interkulturelle Kompetenz der MitarbeiterInnen, gleichzeitige Skepsis gegenüber/Abwehr von peerbasierten Beratungs- und Unterstützungsangeboten, Stigmatisierung und Diskriminierung von MigrantInnen bei der Beratung, der Antragstellung und -begutachtung sowie in der Reha-Maßnahme
- Personenbezogene Barrieren: Wissensdefizite (fehlende oder falsche Kenntnisse bzgl. medizinischer Rehabilitation), unzureichende Deutschkenntnisse (gesprochene und/oder geschriebene Sprache), allgemeine sowie krankheitsbezogene religions- oder kulturspezifische Barrieren (Erlebens- und Verhaltensmuster, Normen und Werte, Vorschriften und Tabus), migrationsgebundene Barrieren (Akkulturationsstress, Angst vor Diskriminierung, Angst vor aufenthalts-, arbeits- oder versicherungsrechtlichen Folgen einer Reha-Maßnahme)

Zugangsbarrieren, primär unabhängig vom Migrationsstatus:

- Systembezogene Barrieren: Komplexität, Intransparenz und Bürokratie des Gesundheitssystems im Allgemeinen und des Reha-Systems im Besonderen, Mittelschichtorientierung, abwartende anstatt zugehende Strukturen (nach Infos muss man eigenständig und gezielt suchen – dies setzt gewisse Kompetenzen voraus), Gatekeeper (z. B. Hausärzte und -ärztinnen) erfüllen ihre Funktion nicht ausreichend
- Personenbezogene Barrieren: Barrieren, die sich aus dem Bildungsstand, dem sozialem und/oder dem Erwerbsstatus ergeben (mangelnde Health Literacy, (funktionaler) Anal-

phabetismus, Ängste vor Arbeitsplatzverlust bei prekärer Beschäftigung), Sorgen und Ängste im Zusammenhang mit der Reha-Maßnahme: allein in fremder Umgebung (ggf. weit entfernt vom Wohnort), Zurücklassen der Familie, ggf. Betreuungsprobleme

Diskussion

Die Studie identifiziert eine Vielzahl von Zugangsbarrieren, die sich auf Seiten des Systems oder auf Seite der Personen verorten, nur z. T. migrationspezifisch sind und sich häufig wechselseitig verstärken (z. B. fehlende mehrsprachige, einfach formulierte Informationsmaterialien auf der Systemseite, mangelnde Deutschkenntnisse sowie geringerer Bildungsstand auf der Personenseite). Bisher diskutierte Barrieren werden bestätigt, spezifiziert sowie durch weitere Zugangsbarrieren ergänzt. Die hier gewonnen Erkenntnisse werden systematisch bei der Konzeption des Info-Angebotes zur medizinischen Rehabilitation für MigrantInnen im Rahmen des "MiMi-Reha"-Projektes genutzt.

Förderer: Deutsche Rentenversicherung Bund, Deutsche Rentenversicherung Nord und Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen

Literatur

- Brzoska, P., Voigtländer, S., Reutin, B., Yilmaz-Aslan, Y., Barz, I., Starikow, K., Reiss, K., Dröge, A., Hinz, J., Exner, A., Striedelmeyer, L., Krupa, E., Spallek, J., Berg-Beckhoff, G., Schott, T., Razum, O. (2008): Rehabilitative Versorgung und gesundheitsbedingte Frühberentung von Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Unveröffentlichter Abschlussbericht. Bielefeld: Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften.
- Dietzel-Papakyriakou, M., Olbermann, E. (2005): Gesundheitliche Lage und Versorgung alter Arbeitsmigranten in Deutschland. In: Marschalck, P., Wiedl, K.H. (Hrsg.): Migration und Krankheit. IMIS Schriften, Bd 10. Göttingen: V & R unipress. 283-311.
- Mayring, P. (2008): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz.
- Möske, M., Schneider, J., Koch, U., Schulz, H. (2008): Beeinflusst der türkische Migrationshintergrund das Behandlungsergebnis? Ergebnisse einer prospektiven Versorgungsstudie in einer stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 58. 176-182.
- Razum, O., Voigtländer, S., Brzoska, P., Reutin, B., Yilmaz-Aslan, Y., Spallek, J., Schott, T. (2009): Medizinische Rehabilitation für Personen mit Migrationshintergrund – Zwischenergebnisse eines Forschungsprojektes im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. In: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Gesundheitliche Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales. 36-52.

Welche Kriterien werden im Alkoholentzug für die Weiterverweisung von Patienten herangezogen?

Buchholz, A. (1), Friedrichs, A. (1), Bartsch, M. (1), Spies, M. (1), Röhrig, J. (2)

(1) Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, (2) Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg

Hintergrund

Neben Suchtberatungsstellen und Hausärzten kommt der Entzugsbehandlung für Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit eine wichtige Rolle für die Zuweisung zu weiterführenden Behandlungen wie Beratung, ambulanter oder stationärer Rehabilitation zu. Mit den Zuweiskriterien der Vereinbarung "Abhängigkeitserkrankungen" (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 2001) existiert zwar eine Orientierungshilfe für die Wahl zwischen ambulanter und stationärer Rehabilitation, ob diese jedoch von den Kliniken auch genutzt wird, ist nicht bekannt. Zudem ist nicht bekannt, ob und wenn ja welche diagnostischen Hilfsmittel wie standardisierte Interviews oder Fragebögen eingesetzt werden, um für die Zuweisung relevante Indikationskriterien beurteilen zu können. In dieser Studie sollte daher die Vorgehensweise bei der Zuweisung von Patienten zu weiterführenden Behandlungsangeboten nach dem Alkoholentzug erhoben werden.

Methode

Zwischen Juni und Oktober 2013 wurden insgesamt 418 Kliniken mit dem Angebot einer qualifizierten und körperlichen Entgiftung für Personen mit alkoholbezogenen Störungen zur Teilnahme an der Studie eingeladen. Die Einladung sowie eine Erinnerung erfolgten per E-Mail, in einer dritten Erinnerungsrunde erhielten die Kliniken den Fragebogen postalisch. Die Beantwortung konnte online, per E-Mail oder mit Rückantwortfax erfolgen. Der Fragebogen sollte stellvertretend für die Station von einem Kollegen beantwortet werden, der an Zuweisungsentscheidungen beteiligt war. Die Teilnehmer wurden gebeten, den letzten Patienten zu beschreiben, in dessen Zuweisung nach dem Entzug sie involviert waren. Für diesen Patienten wurden die Ausprägung relevanter Indikationskriterien, deren Relevanz für die Zuweisungsentscheidung sowie die tatsächlich erfolgten Zuweisungsempfehlungen erfragt. Die Studie wurde im Rahmen des BMBF-geförderten Projekts MATE-LOC (Förderkennzeichen 01GY1114) durchgeführt.

Ergebnisse

Insgesamt beantworteten 86 Teilnehmer (20,6 %) die Befragung vollständig, davon waren die meisten Ärzte ($n = 70$; 81,4 %). Die Verwendung standardisierter diagnostischer Inventare wie z. B. SKID oder MALT wurden von 48 Teilnehmern (55,8 %) angegeben, während 26 Teilnehmer (30,2 %) die Verwendung von Entscheidungshilfen für die Weiterverweisung wie die Vereinbarungen Abhängigkeitserkrankungen angaben. Der Schweregrad der Abhängigkeit (Skala 1-6; $M = 5,01$, $SD = 0,95$), der Konsum innerhalb der letzten 30 Tage ($M = 5,12$, $SD = 1,02$) sowie das Rückfallrisiko ($M = 4,94$, $SD = 0,99$) der beschriebenen Patienten als sehr hoch und ebenfalls als sehr wichtig für die Zuweisungsentscheidung eingeschätzt. Als weniger relevant wurden z. B. Mobilität ($M = 2,24$, $SD = 1,65$) oder die aktuelle Wohnsituation beurteilt ($M = 1,65$, $SD = 1,53$), es wurden aber auch geringere Beeinträchtigung ange-

geben. Den meisten Patienten wurden Selbsthilfegruppen ($n = 63$; 73,3 %), Suchtberatungsstellen ($n = 58$; 67,4 %) und / oder eine stationäre Entwöhnung ($n = 46$; 53,5, %) empfohlen. Viele Patienten ($n = 67$; 77,9 %) hatten bezüglich der Weiterbehandlung einen konkreten Wunsch geäußert, dem auch in den meisten Fällen ($n = 63$; 94,0 %) entsprochen wurde.

Diskussion

Die Studienergebnisse unterstreichen die Bedeutung der Entzugsbehandlung auf dem Weg in die Rehabilitation. Hervorzuheben ist die hohe Relevanz des Patientenwunsches für die Weiterverweisung. Ob die eher seltene Anwendung systematischer Entscheidungshilfen für Zuweisungsentscheidungen auf einem Wissensdefizit oder auf Verbesserungspotential verfügbarer Materialien zurückzuführen ist, sollte weiter untersucht werden.

Literatur

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2001): Vereinbarung "Abhängigkeitserkrankungen". URL: http://www.suchthilfe.de/basis/vereinb_abhaengigkeitserkr5-2001.pdf.

Rehabilitation durch Information bei Menschen mit einer Hörschädigung

Weber, A. (1,2), Weber, U. (1,3)

- (1) Forschungsstelle zur Rehabilitation von Menschen mit kommunikativer Behinderung, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, (2) Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, (3) Institut für Rehabilitationspädagogik, Sprachbehindertenpädagogik, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund

Beeinträchtigungen des Gehörs und des Hörens führen zu Defiziten in der Kommunikationsfähigkeit und sind somit als partizipationsgefährdende Momente im Sinne der ICF dauerhaft relevant (Mathers, Loncar, 2006; Mathers et al., 2000). Nach einer Schätzung sind etwa 22,2 % der Menschen in Europa von einer Schwerhörigkeit betroffen (Shield, 2006). Diese Prävalenz wird sich auf Grund der demographischen Alterung der Bevölkerung in den kommenden Jahren noch weiter erhöhen, da ein ausgeprägter Zusammenhang zwischen Alter und Hörschädigung besteht (RKI, 2006). Ein bundesweites Projekt zur Erforschung beruflicher Teilhabe von Menschen mit einer Hörschädigung ist das Projekt GINKO (Gesetzeswirkungen bei der beruflichen Integration schwerhöriger, ertaubter und gehörloser Menschen durch Kommunikation und Organisation; Projektförderung: BMAS) (Weber et al., 2012). Ein Ziel von GINKO ist die Analyse der Bedingungen der beruflichen Integration von Menschen mit Hörbehinderung unter besonderer Berücksichtigung der Frage der Inanspruchnahme der Leistung zur Teilhabe nach SGB IX. Hierzu gehören auch die Leistungen zur medizinischen bzw. beruflichen Rehabilitation, die eine Teilhabe von Menschen mit einer (Hör-)Behinderung am Arbeitsleben und in der Gesellschaft sichern sollen. Dabei ist es gerade für Menschen mit kommunikativen Behinderungen wichtig, für sie geeignete Informationen (sowohl inhaltlich als auch in der Darbietung) über die möglichen Leistungen zu erhalten. Im folgenden soll deshalb der Frage nachgegangen werden, welche Informationsstellen von den GINKO-Teilnehmenden am häufigsten genutzt werden, wie viele der Befragten an einer Rehabilitation wegen ihrer Hörschädigung teilnahmen und ob ein Zusammenhang zwischen der informierenden Stelle und der Hörschädigung besteht.

Methodik, Studiendesign

In Kooperation mit dem Deutschen Schwerhörigenbund (DSB) e. V. und dem Deutschen Gehörlosen-Bund (DGB) e. V. wurde im Zeitraum von Juli 2010 bis Januar 2011 eine bundesweite schriftliche Befragung zu den Arbeitsbedingungen und Kommunikationskontexten durchgeführt. Diese erfolgte mittels eines Fragebogens, der wahlweise in Papierform als auch im Rahmen einer Online-Befragung, welche durch Gebärdensprach-Videos barrierefrei aufbereitet wurde, zur Verfügung stand.

Ergebnisse

Insgesamt beteiligten sich n=3.189 erwerbstätige Menschen mit einer Hörschädigung an der GINKO-Studie. Von diesen gab ein Viertel (n=766; 24,3 %) an, an einer Rehabilitation wegen ihrer Hörschädigung teilgenommen zu haben. Die Analysen zeigten keinen Zusammenhang der Inanspruchnahme einer Rehabilitation mit dem Geschlecht und dem Alter der Betroffenen. Ein geringer Zusammenhang ergab sich zwischen dem Grad der Hörschädigung und der Teilnahme an der Rehabilitationsmaßnahme. So liegt der Anteil der Schwerhörigen mit einer Rehabilitation bei 29,6 %, der ertaubten bei 20,9 % und der Gehörlosen bei 19,5 %. Im Hinblick auf die kontaktierten Informationsstellen seitens Rehabilitanden zeigte sich folgendes Bild: Am häufigsten haben die Teilnehmenden Informationen von Freunden und Bekannten erhalten (49,0 %), gefolgt vom Integrationsfachdienst (48,4 %), dem Integrationsamt (27,9 %), den Selbsthilfeverbänden (27,8 %) und der gesetzlichen Rentenversicherung (17,1 %). Für zwei der genannten Informationsstellen ergab sich ein geringer Zusammenhang mit dem Hörstatus. So geben einerseits mit 57,1 % überdurchschnittlich viele Gehörlosen an, Informationen von Freunden oder Bekannten erhalten zu haben. Andererseits ist der Anteil der Gehörlosen, die die gesetzliche Rentenversicherung als Informationsstelle nutzten mit 12,6 % geringer als bei den Ertaubten (31,0 %) und den Schwerhörigen (22,5 %).

Diskussion und Schlussfolgerung

Die Möglichkeit einer Rehabilitationsmaßnahme wird von etwa einem Viertel der befragten berufstätigen Teilnehmenden in Anspruch genommen. Dabei ist der fehlende Alterseffekt hervorzuheben. Die Analyse der kontaktierten Informationsstellen der Teilnehmenden ergab, dass die Informationsquelle "Freunde und Bekannte" eine wichtige Rolle einnimmt, besonders bei den gehörlosen Teilnehmenden. Diese Gruppe nutzte in geringem Maße die Möglichkeit zur Information durch die gesetzliche Rentenversicherung, so dass hier die bereits vorhandenen Angebote zur barrierefreien Kommunikation durch z. B. Gebärdensprache noch erweitert werden sollten. Ferner weisen die Analysen daraufhin, dass die Gruppen der Gehörlosen bzw. der Ertaubten im Vergleich zu den Schwerhörigen seltener an Rehabilitationsmaßnahmen teilnahmen.

Literatur

- Mathers, C.D., Loncar, D. (2006): Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*, 3 (11). e442.
- Mathers, C., Smith, A., Concha, M. (2000): Global burden of hearing loss in the year 2000. *Global Burden of Disease Geneva: World Health Organization*. 1-30.
- Robert-Koch-Institut (RKI) (Hrsg.) (2006): Hörstörung und Tinnitus. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, 29. URL: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Themenhefte/tinnitus_inhalt.html. Stand: 06.09.2013.
- Shield, B. (2006): Evaluation of the social and economic costs of hearing impairment. URL: http://www.german.hear-it.org/multimedia/Hear_It_Report_October_2006.pdf. Stand: 25.07.2013
- Weber, A., Weber, U., Günther, S., Gross, T., Schröder, S.L., Schlenker-Schulte, C. (2012): Kenntnis von sozialrechtlich relevanten Gesetzen bei Menschen mit einer Hörschädigung – erste Ergebnisse aus dem Projekt GINKO. *Phys Med Rehab Kuror*, 22. 258-263.

Praxis der Zielorientierung in der medizinischen Rehabilitation: Eine empirische Bestandsaufnahme

Quaschnig, K. (1), Bredehorst, M. (2), Dibbelt, S. (2), Glattacker, M. (1)

(1) Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg,

(2) Institut für Rehabilitationsforschung, Rehaklinikum Bad Rothenfelde
– Klinik Münsterland, Bad Rothenfelde

Hintergrund und Ziel der Untersuchung

Die Vereinbarung von Rehabilitationszielen zwischen RehabilitandInnen und BehandlerInnen gilt als zentraler Bestandteil der medizinischen Rehabilitation (DRV Bund, 2009; Schliehe, 2009). Trotz des hohen Stellenwerts hat sich eine konsequente Zielorientierung – unter aktivem Einbezug der RehabilitandInnen – in der Praxis noch nicht ausreichend durchgesetzt (Meyer et al., 2008; Dudeck et al., 2011).

Vor diesem Hintergrund wird im Rahmen des von der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund) geförderten Projekts "Arbeitsbuch Reha-Zielvereinbarung in der medizinischen Rehabilitation" in Zusammenarbeit mit der Auftraggeberin und einem Beirat, dem neben Vertretern aus der Verwaltung und der Forschung insbesondere Experten aus der Praxis sowie Patientenvertreter angehören, ein praxisnahes Arbeitsbuch entwickelt, das Rehabilitationseinrichtungen in der konkreten Umsetzung von Zielvereinbarungen unterstützt.

Im Rahmen des Projekts fand u. a. eine bundesweite Befragung von Rehabilitationseinrichtungen zur derzeitigen Praxis von Zielvereinbarungen statt. Die Ergebnisse werden im vorliegenden Beitrag vorgestellt.

Methodik und Stichprobe

Die Datenerhebung fand zwischen Oktober 2012 und Dezember 2012 in 1.502 ambulanten sowie stationären Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation Erwachsener sowie Kinder und Jugendlicher unterschiedlicher Indikationsgebiete, die von der DRV Bund federführend belegt werden, statt. Zur Erfassung der derzeitigen Praxis von Reha-Zielvereinbarungen wurde eine modifizierte Form des Fragebogens des Projekts "PARZIVAR" (Dudeck et al., 2011; Glattacker et al., 2013) mit insgesamt 33 Items verwendet. Neben soziodemografischen Variablen wurden u. a. das Vorgehen hinsichtlich Zielvereinbarungen zu verschiedenen Zeitpunkten im Reha-Verlauf, Teamaspekte, Nutzen, Barrieren und förderliche Bedingungen zur Umsetzungspraxis von Reha-Zielen erfasst. Die Auswertung erfolgte deskriptiv mittels Häufigkeitsanalysen.

Ergebnisse

Von den angeschriebenen Einrichtungen (N=1.502) sandten 716 den Fragebogen zurück, was einem Rücklauf von 47,7 % entspricht. Die Indikationsgebiete "Orthopädie" (N=230), "Abhängigkeitserkrankungen" (N=207) und "Psychosomatik" (N=74) sind mit rund 70 % am häufigsten vertreten. Die BehandlerInnen, welche die Fragebögen ausfüllten, sind im Durch-

schnitt 52 Jahre alt und zu zwei Dritteln männlich. Rund 63 % der Antworteten haben eine Chefarztposition inne, 87 % üben eine Leitungsfunktion aus und 85 % blicken auf mehr als 10 Jahre Berufserfahrung zurück.

Nach eigener Einschätzung führen 78,2 % der BehandlerInnen mit allen RehabilitandInnen Zielvereinbarungsgespräche durch. Diese finden vor allem während des Aufnahmegesprächs (92,2 %) statt. Ferner gibt die Mehrheit der BehandlerInnen (72,3 %) an, die Ziele für die Rehabilitation mit den RehabilitandInnen gemeinsam zu vereinbaren.

Während die Zielerreichung am Ende der Rehabilitation vom überwiegenden Teil der BehandlerInnen (79,1 %) angesprochen wird, werden Ziele für die Zeit nach der Rehabilitation lediglich in der Hälfte aller Gespräche (49,4 %) mit allen RehabilitandInnen thematisiert. Zielvereinbarungsgespräche geben den BehandlerInnen Struktur (82,5 %) und dienen sowohl der Bewusstseinsklärung (82,3 %) als auch der Zielabstimmung (86,9 %) zwischen BehandlerInnen und RehabilitandInnen. Ferner tragen sie zur Motivation der RehabilitandInnen (79,2 %), jedoch nicht der BehandlerInnen (22,2 %) bei. Rund die Hälfte aller BehandlerInnen (55,6 %) benennt Barrieren für die Durchführung von Zielgesprächen. Seitens der BehandlerInnen wird als häufigster Grund Zeitmangel (52,8 %) und seitens der RehabilitandInnen eine ungenügende Vorbereitung (52,0 %), falsche Erwartungen (79,0 %) und die Überforderung, Ziele zu benennen (71,2 %), genannt. Weitere Ergebnisse sowie indikationsspezifische Besonderheiten werden im Rahmen des Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums referiert.

Diskussion

Mit der vorliegenden Bestandsaufnahme liegen erstmals bundesweite Daten zur derzeitigen Praxis von Zielvereinbarungen aus Sicht von Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche sowie für Erwachsene unterschiedlicher Indikationsgebiete vor. Der Rücklauf kann mit rund 48 % als zufriedenstellend bezeichnet werden, wenngleich eine positive Selektivität der teilnehmenden Kliniken nicht ausgeschlossen werden kann. Die Ergebnisse zeigen eine differenzierte Einschätzung der BehandlerInnen bezüglich Nutzen, Schwierigkeiten, zentralen Erfordernissen sowie Entwicklungspotentiale für eine gelungene Umsetzung von Reha-Zielvereinbarungen in der Praxis auf und werden perspektivisch in das zu entwickelnde Arbeitsbuch Eingang finden.

Literatur

- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2009): Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Berlin.
- Dudeck, A., Glattacker, M., Gustke, M., Dibbelt, S., Greitemann, B., Jäckel, W.H. (2011): Reha-Zielvereinbarungen – gegenwärtige Praxis in der stationären medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 50. 316-330.
- Glattacker, M., Dudeck, A., Dibbelt, S., Quatmann, M., Greitemann, B., Jäckel, W.H. (2013): Evaluation einer Intervention zur partizipativen Vereinbarung von Rehabilitationszielen bei Patienten mit chronischem Rückenschmerz. *Die Rehabilitation*; 52 (4). 257-265.
- Meyer, T., Pohontsch, N., Maurischat, C., Raspe, H. (2008): Patientenzufriedenheit und Zielorientierung in der Rehabilitation. Lange: Jacobs-Verlag.
- Schliehe, F. (2009): Zielvereinbarung in der medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 48. 127.

Erhöhung der Patientenzufriedenheit bezüglich der Therapiezielerreichung durch Einführung ICF-basierter Rehabilitationskonzepte

Straßer, K. (1), Weigl, M. (2)

(1) klinik+more, Bad Feilnbach, (2) Klinik für Orthopädie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, Klinikum der Universität München

Hintergrund

Aufgrund der gesetzlich geforderten Qualitätsmanagement-Systeme für Rehabilitationskliniken ist die Anwendung von Behandlungskonzepten auf Grundlage der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) unerlässlich (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), 2009). Die Vollversion der ICF ist jedoch für den Einsatz im Klinikalltag nicht geeignet (Grill, Stucki, 2011). Somit sind die Rehabilitationskliniken aufgerufen, entsprechende Konzepte zu entwickeln und anzuwenden. Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Implementierung ICF-basierter Behandlungskonzepte in einer Rehabilitationsklinik sowie mit der Frage nach der Veränderung der Zufriedenheit mit der Therapiezielerreichung, wenn diese Ziele gemäß ICF mit dem Patienten vereinbart und gemessen werden.

Methodik

Projekt ICF-Implementierung

In drei Fachbereichen (Orthopädie, Kardiologie, Onkologie) wurden interdisziplinäre Workshops durchgeführt. Das Ergebnis waren Kategorien-Kurzlisten der jeweiligen Hauptindikationen, die im Krankenhaus-Informationssystem (KIS) hinterlegt wurden. Bei der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung werden mit der/dem Patientin/Patienten Therapieziele aus den Kategorien-Kurzlisten Körperfunktion, Aktivitäten und Partizipation festgelegt. Die interdisziplinäre Informationsweitergabe ist durch Hinterlegung der vereinbarten Therapieziele auf dem Pflege- und Therapiestammblatt gewährleistet. Für die Messung des jeweiligen Therapiezieles am Ende der Reha-Maßnahme ist eine Berufsgruppe definiert. Das Messergebnis wird im KIS dokumentiert und steht der/dem behandelnden Ärztin/Arzt bei der Abschlussuntersuchung sowie für die Berichterstellung zur Verfügung.

Fall-Kontroll-Studie

PatientInnen in der stationären Anschlussheilbehandlung nach Implementierung Hüft-TEP wurden mit einem Fragebogen am Ende der Rehabilitation evaluiert. Hierzu wurden Fragen aus dem IRES-Fragebogen Version 3.1 entnommen (AQMS/Universitätsklinikum Freiburg, 2013). Zusätzlich wurde die Frage "Wie zufrieden sind Sie mit der Erreichung der Therapieziele?" gestellt, welche mit Hilfe einer Ranking-Skala zu beantworten war. Die Kontrollgruppe wurde vor der Implementierung der ICF-Systematik befragt, die Fallgruppe danach; jeweils 30 konsekutive (Abreisedatum) PatientInnen (n=30) wurden kontaktiert. Die Rücklaufquote betrug in der Kontrollgruppe 77 % (n=23), in der Fallgruppe 86 % (n=26). 53 % der PatientInnen waren zwischen 70 und 79 Jahre alt, die Mehrheit (57 %) war weiblich.

Unterschiede zwischen Fall- und Kontrollgruppe wurde einseitig mit Hilfe des Chi-Quadrat nach Pearson auf Signifikanz überprüft. Weiterhin wurde der Zusammenhang zwischen Va-

riablen des Fragebogens mit bivariaten Korrelationen unter Verwendung des Korrelationskoeffizient Spearman's rho analysiert. Aufgrund der kleinen Stichprobe in dieser Studie wurde zur Interpretation das Auswertungsverfahren von Ebermann (Ebermann, 2013) verwendet.

Ergebnis

Die Studienergebnisse zeigen einen höheren, jedoch nicht signifikant veränderten, Zufriedenheitsgrad ($p = 0,411$) hinsichtlich der Erreichung der Therapieziele in der Fallgruppe.

Innerhalb der Fallgruppe finden sich bei der Variablen "Zufriedenheit mit der Erreichung der Therapieziele" zwei mittelstarke Korrelationen jeweils mit den Variablen "Der Therapieplan wurde mit der/dem Ärztin/Arzt besprochen" (0,581) und "Bewertung der Reha-Behandlung insgesamt" (0,583).

Diskussion

In der Studie zeigte sich keine signifikante Erhöhung der Zufriedenheit mit der Therapieziel-erreichung vor/nach Einführung der Behandlungskonzepte. Eine mögliche Ursache hierfür ist, dass bereits zum Zeitpunkt der Evaluation der Kontrollgruppe die Mitarbeiter in ICF-basierten Behandlungskonzepten geschult waren. Wenn die Mitarbeiter dieses Wissen angewandt haben, bevor die ICF-basierten Konzepte EDV-basiert eingeführt wurden, so kann dies zu einer Reduktion des Effekts beigetragen haben. Weitere wesentliche Limitationen dieser Studie sind die kleine Stichprobe und die eingeschränkte Generalisierbarkeit aufgrund der Begrenzung der Studienpopulation auf eine Diagnose.

Die PatientInnen profitieren bei der Anwendung von ICF-basierten Reha-Konzepten von einer standardisierten und dokumentierten Hinterlegung von Therapiezielen, die von ihnen mit der/dem behandelnden Ärztin/Arzt vereinbart und dadurch überprüfbar werden. Die MitarbeiterInnen der medizinischen Bereiche entwickeln ein umfassendes Verständnis hinsichtlich der Planung von Rehabilitationsprozessen und insbesondere hinsichtlich der Messung von Zielen. Weiterhin eröffnet dieses Konzept die Möglichkeit, neben der Struktur- und Prozessqualität einer Rehabilitationsklinik auch die Ergebnisqualität zu überprüfen.

Literatur

- AQMS, Universitätsklinikum Freiburg (2013): IRES-online – Internetbasierte Datenerfassung und Auswertung des Patientenfragebogens IRES.3. Hg. v. Universitätsklinikum Freiburg. <http://www.uniklinik-freiburg.de/aqms/live/IRES-online.html>. Abruf: 28.10.2013.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (Hrsg.) (2009): Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX. URL: <http://www.bar-frankfurt.de/34.html>. Abruf: 28.10.2013.
- Ebermann, E. (2013): Grundlagen statistischer Auswertungsverfahren. Hg. v. Universität Wien. URL: <http://www.univie.ac.at/ksa/elearning/cp/quantitative/quantitative-104.html>. Abruf 28.10.2013.
- Grill, E., Stucki, G. (2011): Criteria for validating comprehensive ICF Core Sets and developing brief ICF Core Set versions. In: Journal of Rehabilitation Medicine, 43. 87-91.

Partizipative Reha-Zielvereinbarung mit Patienten der Diagnosegruppe chronische Rückenschmerzen: Bedarfs- und Ist-Analyse aus dem Projekt PARZIVAR II

Freund, S. (1), Dibbelt, S. (1), Garbrecht, M. (2), Glattacker, M. (2), Greitemann, B. (1)

(1) Institut für Rehabilitationsforschung Abteilung Bad Rothenfelde, Klinik Münsterland, Bad Rothenfelde, (2) Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg

Hintergrund und Ziel der Untersuchung

Die Zielvereinbarung zwischen Arzt und Patient bildet zwar einen zentralen Bestandteil der medizinischen Rehabilitation (DRV Bund, 2009), jedoch hat sich eine partizipative Zielorientierung – mit aktivem Einbezug der RehabilitandInnen – in der Praxis noch nicht ausreichend durchgesetzt (Meyer et al., 2008). Im Projekt "PARZIVAR II" wurden Ärzte darin trainiert und individuell dabei beraten, konkrete und teilhabeorientierte Ziele im Dialog mit RehabilitandInnen zu erarbeiten, und diese wiederholt zu bilanzieren (Dibbelt et al., 2011; Glattacker et al., 2013). Die Effektivität des Trainings hinsichtlich zahlreicher Outcomes wird derzeit mit einer sequenziellen Kontrollgruppenstudie überprüft.

Methodik und Stichprobe

Vor dem Training wurde eine Bedarfs- und Ist-Analyse mit Ärzten von vier orthopädischen Reha-Kliniken (Johanniter-Ordenshäuser Bad Oeynhausens gemGmbH, Teutoburger-Wald-Klinik, Klinik Porta Westfalica, Fachklinik Bad Bentheim – Thermalsole- u. Schwefel- Bad Bentheim GmbH) durchgeführt, um die aktuelle Praxis der Reha-Zielvereinbarungen zu ermitteln. Dazu wurde der bestehende Fragebogen aus dem Projekt "Parzivar I" weiterentwickelt; die Endfassung enthielt 43 Fragen zur aktuellen Praxis, zum wahrgenommenen Nutzen von Zielvereinbarungen und Barrieren bei ihrer Umsetzung.

Ergebnisse

Von 26 angeschriebenen Ärzten sandten $n = 21$ (81 %) den Fragebogen ausgefüllt zurück. Der überwiegende Teil der BehandlerInnen 76 % (16) führt Zielvereinbarungsgespräche mit allen Rehabilitanden durch; diese finden vor allem während des Aufnahmegesprächs statt. Pro Aufenthalt beträgt die Dauer von Zielvereinbarungsgesprächen zwischen 1,5 und 15 Minuten ($M = 7,2$ Minuten, $SD = 4,8$). 66 % (14) fragen RehabilitandInnen immer oder häufig nach ihren persönlichen Zielen, aber nur 52 % (11) geben an, die persönlichen Ziele von Patienten auch berücksichtigen zu können. 94 % (17) der Behandelnden bilanzieren die Ziele am Ende der Reha, aber nur 57 % (12) sprechen immer oder häufig mit RehabilitandInnen über Ziele für die Zeit nach der Rehabilitation.

Den Nutzen von Zielvereinbarungsgesprächen sehen die Ärzte vor allem in der Motivierung von RehabilitandInnen 71 % (15), der Bewusstseinsklärung für BehandlerIn und RehabilitandIn 52 % (11) sowie der Abstimmung von Zielen und Erwartungen 52 % (11).

Als ungünstige Rahmenbedingungen für Zielvereinbarungsgespräche werden von Behandelnden am häufigsten genannt: Zeitmangel 71 % (15), falsche Erwartungen der RehabilitandInnen an die Reha 43 % (9) und unzureichende Schulung des Personals 29 % (6). "

Überforderung der RehabilitandInnen mit der Benennung von Zielen" schildern dagegen nur 4 Ärzte (19 %).

Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass die Anforderungen der PARZIVAR Intervention in der aktuellen Praxis teilweise gut umgesetzt werden. Es werden jedoch einige Optimierungsaspekte deutlich, so die Berücksichtigung persönlicher Ziele der Patienten und die Planung konkreter Ziele nach der Reha. Als limitierende Randbedingungen werden neben dem engen Zeitrahmen von fast einem Drittel der Befragten die unzureichende Schulung des Personals genannt.

Förderung: Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften Nordrhein-Westfalen e.V. (GfR)

Literatur

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

Meyer, T., Pohontsch, N., Maurischat, C., Raspe, H. (2008a): Patientenzufriedenheit und Zielorientierung in der Rehabilitation. Lange: Jacobs-Verlag.

Dibbelt, S., Quatmann, M., Dudeck, A., Glattacker, M., Greitemann, B. (2011): Partizipative Zielvereinbarung zwischen Arzt und Rehabilitand. Orthopädie Technik, 62/11. 440-448.

Glattacker, M., Dudeck, A., Dibbelt, S., Quatmann, M., Greitemann, B., Jäckel, W.H. (2013): Evaluation einer Intervention zur partizipativen Vereinbarung von Rehabilitationszielen bei Patienten mit chronischem Rückenschmerz. Die Rehabilitation, 52 (4). 257-265.

Individualisierte Therapiezielvereinbarung in der Rehabilitation von Unfallverletzten

Wenzel, T. (1), Bahr, K. (2), Froese, E. (2), Morfeld, M. (1)

(1) Hochschule Magdeburg-Stendal, (2) Verwaltungs Berufsgenossenschaft, Hamburg

Hintergrund und Fragestellung

Die Planung rehabilitativer Prozesse orientiert sich idealerweise an den Zielen, die zu Beginn einer Maßnahme formuliert werden. Dadurch wird einerseits die Prozessqualität maßgeblich beeinflusst und darüber hinaus ermöglicht die Erfassung des Grades der Zielerreichung Aussagen zur Ergebnisqualität. Therapieziele bilden somit eine wichtige Schnittstelle zwischen Prozess- und Ergebnisqualität. Das von der Verwaltungs- Berufsgenossenschaft (VBG) geförderte Forschungsprojekt "Individualisierte Therapiezielvereinbarung in der Rehabilitation Unfallverletzter" befasst sich vor dem genannten Hintergrund mit der Erfassung und Konsentierung von Therapiezielen. Im Beitrag werden die Ergebnisse der Studie vorgestellt und im Kontext eines praxistauglichen Konzepts in der Rehabilitation Unfallverletzter diskutiert.

Methodik

Die Erfassung von für Unfallverletzte relevanten Therapiezielen erfolgte im Rahmen einer umfassenden Literaturrecherche sowie der Befragung von Patienten und Rehabilitations-

managern der VBG anhand telefonischer Interviews und schriftlicher Befragungen. Alle Therapieziele wurden mit einer entsprechenden Kodierung der ICF versehen. Therapieziele die eine entsprechende ICF-Kodierung nicht erlaubten, wurden im weiteren Verfahren nicht berücksichtigt. In einer Expertenbefragung mittels eines Delphi-Verfahrens erfolgte in einer ersten Runde die Ergänzung der erfassten und ICF-kodierten Therapieziele und in einer zweiten Runde die Bewertung hinsichtlich der Relevanz der einzelnen Therapieziele für die Rehabilitation Unfallverletzter. Abschließend wurden die so aufbereiteten Therapieziele in einer Fokusgruppe mit Patienten und Experten konsentiert und mit Blick auf die Übertragung der Ergebnisse auf ein praxistaugliches Verfahren zur individualisierten Therapiezielvereinbarung diskutiert.

Ergebnisse

Insgesamt konnten 94 bedeutsame Therapieziele mit ICF Entsprechung identifiziert werden. Dabei entfallen von den Therapiezielen 29 auf die Komponente der Körperfunktionen, 12 auf die Komponente der Körperstrukturen, 41 auf die Komponente der Aktivitäten und Teilhabe und 12 auf die Komponente der Umweltfaktoren. Der Implementierung von Prozessen der patientenzentrierten Versorgung in der Rehabilitation stehen oftmals strukturelle und ökonomische Barrieren gegenüber. Als zentrales Ergebnis wird daher ein ICF-basiertes Konzept zur individualisierten Therapiezielvereinbarung vorgestellt, das zwischen allen am Rehabilitationsprozess beteiligten Akteuren konsentiert ist.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Der individuelle Zielerreichungsgrad erweitert gebräuchliche quantitativ erfasste Outcomeparameter um wichtige qualitative Informationen, sowohl hinsichtlich des Rehabilitationsprozesses als auch des Rehabilitationserfolges. Abstrakte Informationen über den Rehabilitationserfolg werden dabei mit konkreten Angaben zu individuellen Verbesserungen umbaut. Gleichzeitig ist bei einer stärkeren Beteiligung der Patienten von einer höheren Patientenzufriedenheit und verbesserter Rehabilitationsergebnisse auszugehen, die unter anderem auch aufgrund eigener therapeutischer Effekte des Verfahrens entstehen können.

Das ZAZO-Gruppentraining: Ergebnisse aus der Implementierungsstudie in der medizinischen Rehabilitation

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

(1) Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Münster,

(2) Klinik Münsterland, Deutsche Rentenversicherung Westfalen, Bad Rothenfelde

Hintergrund

Das ZAZO-Gruppentraining (Zielanalyse und Zieloperationalisierung) unterstützt Rehabilitanden bei der Analyse berufsbezogener Anliegen und Ziele (implizite Motive), fördert und stärkt die Zielumsetzung sowie die berufliche Zielorientierung (volitionaler Steuerungsprozess) und erhöht die Zielbindung und damit die Zielerreichungswahrscheinlichkeit. Das Trainingsprogramm wurde für den medizinischen Rehabilitationsbereich entwickelt und evaluiert (Hanna et al., 2010). Basierend auf dem ZAZO-Trainingsmanual (Fiedler et al., 2011) wird

im Rahmen dieser Implementierungsstudie die Transferierbarkeit des ZAZO-Gruppentrainings in der Routineversorgung der Rehabilitation evaluiert.

Methodik

Mitarbeiter aus kooperierenden Rehabilitationseinrichtungen nahmen an train-the-trainer ZAZO-Workshops teil (Optimierung der Durchführungsobjektivität) und führten das Training im eigenen Behandlungssetting ihrer Klinik durch. In einem quasi-experimentellen Studiendesign wurden in einem Prä-post-Design die Teilnehmer summativ und formativ evaluiert. Dabei stehen folgende Outcome-Parameter im Mittelpunkt: Berufliche Motivation (DIAMO; Fieder et al., 2005); Subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit (SPE; Mittag, Raspe, 2003); Selbstwirksamkeitserwartung (SWE; Schwarzer, Jerusalem, 1999); berufliche Wiedereingliederung; AU-Tage; Dauer der Arbeitslosigkeit. Im Follow Up werden die Teilnehmer nach 6 und 12 Monaten wiederholt befragt.

Ergebnisse

Im Projektverlauf wurden 12 ZAZO-Workshops durchgeführt, an denen 199 Mitarbeiter (50 % Ärzte/ Psychologen; 23 % Pädagogen; 17 % Sport-/Physiotherapeuten; 10 % andere Professionen) aus 25 Kliniken teilnahmen (Indikationsschwerpunkt: Psychosomatik; Orthopädie; Sucht). Die Evaluation der Workshops zeigte bei den Teilnehmern ein hohes Interesse für das Thema Arbeitsmotivation. Der berufliche Nutzen wurde als gut (Note 2,1) eingeschätzt.

Es nahmen 14 Reha-Kliniken an der ZAZO-Implementierungsstudie teil (Hinrichs et al., 2013; 4 Drop-Outs). Das Training wurde als Intervention der MBOR-Phasen 2 und 3 (Rehabilitanden mit beruflicher Problemlage) eingesetzt. Eine Zugangshürde bestand darin, dass zum Teil die Rehabilitanden nicht motiviert waren, an einem berufsbezogenen Motivations-training teilzunehmen. Eine Betonung auf gesundheitsbezogene Aspekte ("Belastungsreduktion durch Förderung der motivationalen Balance im Beruf") ab dem letzten Drittel der Projektlaufzeit zeigte einen positiven Effekt auf die Teilnahmemotivation.

In prä-post-Analysen hatte sich die SPE in den Trainings- und Kontrollgruppen (Nges=210) über die Zeit verbessert ($F=34.18$; $p=.000$). Ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen ergab sich nicht. Beim DIAMO zeigte sich auf den Skalen des motivationalen Selbstbildes (arbeitsbezogene Dispositionen und Einstellungen) ein ähnlicher Verlauf. Bei den berufsbezogenen stark gefährdeten Rehabilitanden (SPE-Summenwert=3) bildete sich im Gruppenvergleich für die Trainingsteilnehmer auf den volitionalen Skalen Ziel-Inhibition ($F=33.00$; $p<0.06$), Ziel-Aktivität ($F=2.15$; $p<0.16$) sowie der Selbstwirksamkeitserwartung ($F=10.07$; $p<0.01$) ein positiver Trend ab. Die Teilnehmer schätzten insgesamt den Nutzen und Trainingstransfer unmittelbar und 6 Monate nach dem Training als hoch ein (Tab. 1).

Indikationen: Psychosomatik - Orthopädie - Sucht	ZAZO-Trainingsteilnehmer (N=111)
Nach dem Training	[teils/teils bis voll & ganz]
Ich bin mir über meine eigenen Ziele klarer geworden.	85,10 %
Mir ist klar, welche Dinge ich anders tun könnte.	86,10 %
Nach 6 Monaten	
Ich habe nach der Reha meine Ziele umgesetzt.	36,20 % (hier: eher/voll und ganz)
Ich verfolge meine Ziele noch aktiv.	70,20%

Tab. 1: Transfereinschätzung durch die Teilnehmer nach dem Training und nach 6 Monaten.

Diskussion und Ausblick

Die ersten Ergebnisse zeigen, dass das ZAZO-Gruppentraining besonders in der Förderung volitionaler Fähigkeiten (Ziel-Aktivität↑; Ziel-Inhibition↓; Selbstwirksamkeitserwartung ↑) einen zusätzlichen Nutzen für Rehabilitanden mit beruflicher Problemlage hat. Die Transfereinschätzung der Rehabilitanden nach 6 Monaten zeigt zudem, dass die in den Trainings selbstgesetzten berufsbezogenen Ziele von ca. 70 % der Teilnehmer noch verfolgt werden, was die Annahme einer stärkeren Zielbindung zulässt. Das motivationale Selbstbild hingegen hat sich erwartungskonform über die Zeit kaum verändert, da es sich hierbei um zeit-stabile Dispositionen handelt.

Förderung: Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften Nordrhein-Westfalen e.V. (GfR), Förderkennzeichen: 09005

Literatur

- Fiedler, R.G., Ranft, A., Schubmann, C., Greitemann, B., Heuft, G. (2005): Diagnostik von Arbeitsmotivation in der Rehabilitation – Vorstellung und Befunde zur faktoriellen Struktur neuer Konzepte. *Psychother Psych Med*, 55. 476-482.
- Fiedler, R.G., Hanna R., Hinrichs, J., Heuft, G. (2011): Förderung beruflicher Motivation – Trainingsprogramm für die Rehabilitation. Weinheim: Beltz.
- 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.
- Hinrichs, J., Fiedler, R.G., Hawener, I., Greitemann, B., Heuft, G. (2013): Förderung beruflicher Motivation: Das ZAZO-Gruppentraining in der Routineversorgung der medizinischen Rehabilitation. Erste Ergebnisse aus der Implementierungsstudie. *DRV-Schriften*, Bd 101. 257-259.
- Mittag, O., Raspe, H. (2003): Eine kurze Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit: Ergebnisse einer Untersuchung an 4.279 Mitgliedern der Gesetzlichen Arbeiterrentenversicherung zu Reliabilität (Guttman-Skalierung) und Validität der Skala. *Die Rehabilitation*, 42. 169-174.
- Schwarzer, R., Jerusalem, M. (1999): Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. Berlin: Freie Universität Berlin.

Der Reha-Entlassungsbericht aus Sicht der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

Vogel, H. (1), Braun, C. (1), Escher, C. (1), Reuss-Borst, M. (2), Faller, H. (1)

(1) Abteilung für Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften, Universität Würzburg, (2) Rehabilitationsklinik Am Kurpark, Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, Bad Kissingen

Hintergrund

Medizinische Rehabilitation zielt nach modernem Verständnis in vielen Fällen auf eine längerfristige Veränderung von Lebensstil und Gesundheitsverhalten der Rehabilitand/innen. Neben den unmittelbaren Interventionen in der Reha-Einrichtung geht es somit vor allem darum, die Rehabilitand/innen zu befähigen, sich entsprechende Verhaltens- und Einstellungsänderungen zu erarbeiten und diese im Anschluss der Rehabilitation fortzusetzen und zu vertiefen. Dazu dienen die ärztlichen und therapeutischen Beratungsgespräche und Patientenschulungen. Eine besondere Funktion können im Sinne der Verstetigung von Rehabilitationsempfehlungen auch die Reha-Entlassungsberichte einnehmen. Sie fassen in schriftlicher Form die Reha-Diagnose/n, die Rehabilitationsziele und den bisher erreichten Stand zusammen und sie enthalten darüber hinaus in aller Regel auch strukturierte Empfehlungen, die eine weitere Förderung der gesundheitlichen Stabilisierung und der (beruflichen) Wiedereingliederung erlauben (Nachsorgeempfehlungen; vgl. DRV Bund, 2009). Die Reha-Entlassungsberichte können damit zu einem zentralen Mittel der Vernetzung mit Maßnahmen der Gesundheitsversorgung im Anschluss an die Reha werden, indem sie den Rehabilitanden in die Lage versetzen, sich selbst um die empfohlenen weiterführenden Maßnahmen zu bemühen bzw. die Empfehlungen umzusetzen (vgl. auch Pohontsch et al., 2013). Es ist jedoch noch unklar, ob Reha-Entlassungsberichte von den Rehabilitanden zu diesem Zweck genutzt werden können. Das vorliegende Projekt verfolgte deshalb das Ziel zu klären, welche Erwartungen Rehabilitanden selbst an die Reha-Entlassungsberichte haben und wie weit Reha-Entlassungsberichte derzeit diesen Erwartungen gerecht werden.

Methode

In einer Rehabilitationsklinik für onkologische und orthopädische Patient/innen der DRV Baden-Württemberg wurden im August 2012 zunächst 6 Focusgruppen mit insgesamt 27 Patient/innen beider Indikationen durchgeführt. Es wurden Leitfaden-orientierte, halbstrukturierte Gruppeninterviews durchgeführt, die sich auf die Kenntnis von Zweck, Struktur und Inhalten des Reha-Entlassungsberichtes bezogen sowie die Erwartungen der Patient/innen an ihren eigenen Entlassungsbericht eruieren sollten. Alle befragten Patienten hatten Interesse geäußert den Reha-Entlassungsbericht auch selbst zu erhalten. Etwa zwei Monate nach Abschluss ihrer Reha-Maßnahmen wurden die Rehabilitand/innen (die alle vorher ihr entsprechendes Einverständnis gegeben hatten) zu Hause angerufen und Leitfaden-orientiert danach befragt, ob sie den eigenen Entlassungsbericht erhalten haben, wie weit sie ihn verstanden haben und ob er ihren (zuvor geäußerten) Erwartungen entsprach.

Ergebnisse

Nur etwa 50 % der angesprochenen Rehabilitand/innen waren bereit, an einer Focusgruppe teilzunehmen, nur sehr wenige Teilnehmer/innen konnten über bisherige Erfahrungen mit Entlassungsbriefen berichten. Sie hatten zumeist auch keine näheren Vorstellungen über die Inhalte des Reha-Entlassungsberichtes. Das derzeit vorliegenden Gliederungskonzept (DRV Bund, 2009) schien für die Befragten durchaus überzeugend; dabei erwarteten sich erwerbsfähige Rehabilitand/innen insbesondere auch Hinweise zur beruflichen (Wieder-)eingliederung und bei allen Teilnehmer/innen zeigte sich ein ausgesprochenes Interesse an Hinweisen und Empfehlungen zur Weiterbehandlung/Nachsorge. Keinem der Teilnehmer/innen war bewusst, dass der Entlassungsbericht (im Prinzip) nur für die Rentenversicherung geschrieben wird und nur dann an weiterbehandelnde Ärzte und sie selbst geschickt wird, wenn sie selbst das ausdrücklich per Unterschrift erlauben.

Für die nachgehenden Telefoninterviews konnten ca. 2/3 der ursprünglichen Focusgruppenteilnehmer/innen (n=17) erreicht werden. In diesen Interviews wurde die Verständlichkeit der Briefe überwiegend mindestens "befriedigend" bewertet, die Länge wurde unterschiedlich bewertet. Einige Befragte äußerten sich verwundert über sehr persönliche Daten (im Kapitel Anamnese), die sie in den Entlassungsberichten über sich lasen, und fragten sich, ob die Rentenversicherung diese wirklich benötigt. Sehr interessant und wichtig bewerteten die Rehabilitanden die Empfehlungen zur Nachsorge, sie fanden diese aber häufig nicht ausreichend ausführlich dargestellt.

Diskussion

Die vorliegende qualitative Studie hat zunächst explorativen Charakter, in der Interpretation sind Einschränkungen der Repräsentativität und damit der Verallgemeinerbarkeit zu berücksichtigen. Jedoch zeigen sich bereits wichtige Anregungen, die bei der Weiterentwicklung des Konzeptes des Reha-Entlassungsberichtes (Ahnert et al., im Druck) berücksichtigt werden sollen – neben der Leser/innenfreundlichkeit (Verständlichkeit) betrifft dies auch die Schwerpunktsetzung bei der beruflichen (Wieder-)Eingliederung und die Umsetzungsorientierung bzw. Empfehlungen zur Weiterführung und Nachsorge.

Literatur

- Ahnert, J., Ladwig, J., Holderied, A., Brüggemann, S., Vogel, H. (im Druck): Optimierung des Reha-Entlassungsberichts der Deutschen Rentenversicherung – die Sichtweisen der Adressaten bzw. Nutzer. Gesundheitswesen.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2009): Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. Berlin.
- Pohontsch, N., Träder, J.-M., Scherer, M., Deck, R. (2013): Empfehlungen zur Überwindung von Schnittstellenproblemen in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung. Die Rehabilitation, 52. 322-328.

Vorbereitung auf die Reha: Auswirkungen leichtverständlicher Informationen

Höder, J., Deck, R.

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität zu Lübeck

Hintergrund

Bevor sie eine Reha antreten (besser noch: bevor sie den Antrag stellen), sollten potenzielle Rehabilitanden über wesentliche Aspekte der Reha eingehend und verständlich aufgeklärt werden. So steht es im Patientenrechtegesetz, es geschieht jedoch kaum (Höder, 2013). Hausärzte wissen selbst nur wenig über die Reha (Deck, 2009). Die Informationsblätter und Broschüren der Rentenversicherung sind für Personen mit einfacher Schulbildung kaum zu verstehen oder lassen Inhalte vermissen, die Experten und Rehabilitanden als wesentlich ansehen. Dasselbe gilt für das Informationsmaterial der typischen Reha-Einrichtung. Die drei größten Krankenkassen verfügen über kein nennenswertes Infomaterial. Auch bei verschiedenen Gesundheitsportalen im Internet, bei Selbsthilfegruppen, der sehr weit verbreiteten "Apotheken Umschau" und einschlägigen ärztlichen Verbänden findet man wenig bis nichts Brauchbares. Vor diesem Hintergrund haben wir neues Informationsmaterial entwickelt und geprüft, wie es sich auswirkt.

Material und Methode

Das Infomaterial besteht aus einer 16-seitigen Broschüre und einer Website (www.vor-der-reha.de). Die Broschüre informiert über sechs Themen, die von Experten und Rehabilitanden für besonders wichtig gehalten wurden, beispielsweise Sinn der Reha, Bedeutung der Nachsorge. Gemäß Analyse mit verschiedenen Lesbarkeitsindizes sind die Texte für Personen mit Hauptschulabschluss verständlich. Die Website enthält darüber hinaus Videomaterial mit einer Gesamtdauer von 90 Minuten, verteilt auf 37 Filme. Darin geben Rehabilitanden und Experten mündlich Auskunft über die relevanten Themen. Außerdem gibt es ein kleines Lexikon, das 176 rehatypische Ausdrücke verständlich erklärt. Ein Reha-Quiz mit erläuterter Auflösung, eine Kommentarfunktion und Links zu anderen Internetseiten runden den Auftritt ab.

Dieses Material prüften wir in einer kontrollierten, randomisierten Studie. Die Kontrollgruppe erhielt das übliche Infomaterial, die Interventionsgruppe zusammen mit der Einladung durch die Einrichtung zusätzlich die Broschüre und den Hinweis auf die Website. Zu Reha-Beginn erfassten wir bei orthopädischen Rehabilitanden beider Gruppen das Reha-Wissen mit einem Multiple-Choice-Test und die persönlichen Reha-Ziele (Freitext), ferner mit dem IMET (Deck et al., 2008) die Beeinträchtigungen infolge der Krankheit sowie soziodemografische Daten. Die Interventionsgruppe gab zusätzlich an, wie weit sie das neue Infomaterial genutzt hat und wie sie es bewertet. Vier Monate danach erfragten wir Nachsorgeaktivitäten und eine Einschätzung der Zielerreichung. Die folgende vorläufige Auswertung (November

2013) beruht auf den vollständigen Daten der Kontrollgruppe (zu t_1 $N = 466$, t_2 $N = 348$) sowie ersten t_1 -Daten aus der Interventionsgruppe ($N = 96$).

Ergebnisse

In der Interventionsgruppe gaben 81 Prozent an, die Broschüre ganz oder teilweise gelesen zu haben. Von diesen beurteilten jeweils 78 Prozent die Broschüre als leicht oder sehr leicht verständlich, angenehm oder sehr angenehm zu lesen sowie sehr, ziemlich oder teilweise nützlich. Für 64 Prozent waren die Informationen neu, ziemlich oder teilweise neu. Jeder Sechste verfügte über keinen Internetzugang. Von den übrigen 80 haben 24 Prozent die Seite vor-der-reha.de besucht und einige oder alle Texte gelesen. Diese Zahl ist zurzeit zu klein für weitere sinnvolle Analysen.

Interventions- und Kontrollgruppe unterschieden sich signifikant im Alter, Anzahl vorangegangener Reha-Maßnahmen und Haushaltseinkommen. Nach statistischer Kontrolle dieser Einflussgrößen ergab sich in der univariaten Varianzanalyse ein Unterschied zwischen den Gruppen im Wissenstest ($p < .002$). Im Mittel konnte die Interventionsgruppe etwa eine Frage mehr richtig beantworten. Die Auswirkungen auf Art und Erreichung der Reha-Ziele sowie auf Nachsorgeaktivitäten werden zurzeit untersucht.

Diskussion

Die Broschüre wird weitgehend angenommen und positiv beurteilt. Das Internet dagegen wurde nur von einer Minderheit genutzt. Hier zeigt sich ein Unterschied zu Befunden an psychosomatischen Rehabilitanden (Widera et al., 2011), vermutlich bedingt durch ein höheres Durchschnittsalter in der Orthopädie. Wir nehmen jedoch an, dass die Nutzung in den kommenden Jahren kontinuierlich steigen wird.

Die Intervention wirkte sich positiv, aber gering auf das Wissen der Rehabilitanden aus. Schriftliche Informationen können Gespräche, die ja auch vom Gesetz gefordert werden, nicht ersetzen, vermutlich aber sinnvoll ergänzen.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Deck, R., Muche-Borowski, C., Mittag, O., Hüppe, A., Raspe, H. (2008): IMET-Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe. In: Bengel, J., Wirtz, M., Zwingmann, C. (Hrsg.): Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation. Göttingen: Hogrefe. 372-374.
- Deck, R., Träder, J., Raspe, H. (2009): Identifikation von potenziellem Reha-Bedarf in der Hausarztpraxis: Idee und Wirklichkeit. *Die Rehabilitation*, 48. 73-83.
- Höder, J. (2013): Vorbereitung auf die Reha ist unzureichend. In: Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation (Hrsg.): (Selbst-)Konzepte bei veränderten Lebensbedingungen. Beiträge zur 32. Jahrestagung des Arbeitskreises Klinische Psychologie in der Rehabilitation. Berlin: Deutscher Psychologen Verlag. 80-91.
- Widera, T., Bonn, V., Klosterhuis, H. (2011): Nutzen Rehabilitanden das Internet zur Vorbereitung auf die Rehabilitation? *RVaktuell*, 8. 243-250.

Zielvereinbarung und Zielarbeit mit RehabilitandInnen – Strukturdatenanalyse von Konzepten und Materialien aus Reha- Einrichtungen in Deutschland

Bredehorst, M. (1), Dibbelt, S. (1), Quaschnig, K. (2), Glattacker, M. (2), Greitemann, B. (2)
Institut für Rehabilitationsforschung, Rehaklinikum Bad Rothenfelde – Klinik Münsterland,
Bad Rothenfelde, (2) Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin,
Universitätsklinikum Freiburg

Hintergrund

Die Vereinbarung von Reha-Zielen, und die Arbeit mit diesen Zielen im Reha-Team sowie im weiteren Reha-Verlauf, sind Bestandteil des Rahmenkonzeptes zur medizinischen Rehabilitation Erwachsener (DRV Bund, 2009). Sie sind auch in die Qualitätssicherung (QS) der DRV-Bund (Rehabilitandenbefragung, Peer Review-Verfahren) eingegangen. Auswertungen der Rehabilitandenbefragung nach stationärer Behandlung somatisch erkrankter Erwachsener erbrachten unbefriedigende Ergebnisse zur Umsetzung von Reha-Zielvereinbarungen (Meyer et al., 2009). Im Auftrag der DRV Bund wird derzeit eine entsprechende bundesweite Bestandsaufnahme zur Praxis in den Reha-Einrichtungen durchgeführt und ein Arbeitsbuch als Hilfestellung für die Einrichtungen erstellt (DRV Bund, 2013). In dem vorliegenden Beitrag wird von den Ergebnissen der Bestandsaufnahme berichtet und ein Überblick über die in Reha-Einrichtungen eingesetzten Materialien und Dokumente zur Reha-Zielarbeit gegeben. Die Ergebnisse werden in Bezug zu den Bedingungen des Untersuchungsfeldes gesetzt.

Methodik

1502 stationäre und ambulante Reha-Einrichtungen bzw. deren Abteilungen (Unterteilung nach indikationsspezifischem Fachabteilungsschlüssel) wurden postalisch zu ihrer Praxis der Reha-Zielarbeit befragt und um Zusendung relevanter Konzepte und Arbeitsmaterialien gebeten. Gleichzeitig wurde ein Non-Responder-Fragebogen mit 6 Antwortmöglichkeiten zur Begründung der Nicht-Teilnahme versandt. Die Systematisierung und Auswertung der Dokumente erfolgte anhand der Strukturdatenanalyse nach Lueger (2010). Zur Identifikation relevanter Strukturdaten wurde der Rücklauf nach 11 Indikationsbereichen sortiert. In einer ersten Sichtung wurden zudem 8 Kategorien von Dokumenten herausgearbeitet. Die formalen Merkmale der verschiedenen Dokumente einer Einrichtung wurden erfasst und die Dokumente den Kategorien zugeordnet. Um Beziehungen zu den externen Rahmenbedingungen und Vergleiche zwischen verschiedenen Indikationsbereichen zu herzustellen, wurden diese Merkmale anschließend deskriptiv statistisch ausgewertet.

Ergebnisse

Insgesamt haben 261 Einrichtungen bzw. Fachabteilungen (17,4 %) ihre Materialien zum Thema Reha-Ziele eingesendet, mit einem Gesamtumfang von ca. 2100 Seiten. Die höchste Rücklaufquote der Einrichtungen wies der Bereich Kinder/Jugendliche mit 26,0 % auf, ebenso wie die höchste Zahl der Dokumente pro Einrichtung ($n=2,8$). Im Bereich Abhängigkeitserkrankungen war die höchste Gesamtzahl der Einsendungen ($n=83$) mit insgesamt 836 Seiten und durchschnittlich 2,7 Dokumenten pro Einrichtung zu verzeichnen. 124 Ein-

richtungen sendeten den Non-Responder-Fragebogen zurück. Als Gründe für die Nicht-Teilnahme wurden neben vielzähligen Forschungsanfragen bzw. Zeitmangel auch angegeben, dass die Materialien erst in der Entstehung sind (n=32) oder dass man sie nicht aus der Hand geben möchte (n=21).

Über alle Indikationsbereiche hinweg wurden 578 einzelne Dokumente eingesendet, die sich folgendermaßen auf die 8 Dokumentenkategorien verteilen (absteigende Rangfolge): Zielbefragung (n=156), Zielvereinbarungsformular (n=122), Prozessdokumentation (n=107), Schulungsmaterial (n=55), Qualitätsmanagement-Manual (n=39), Konzept (n=35), Anschreiben/Erläuterung (n=33), Liste mit Zielformulierungen (n=31). Bei Erwachsenen im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen ist der Anteil der Kategorie Zielbefragung an allen Dokumenten besonders hoch (33,0 %). In den somatischen Indikationen, dominieren eher die Zielvereinbarungsformulare (range: 33,3 %-14,3 %). In der Neurologie fällt der hohe Anteil von Konzepten, Prozessdokumentationen und Anschreiben/Erläuterungen auf (jeweils 18,2 %). Häufige und typische Kombinationen von Dokumentarten in einer Einrichtung werden im Rahmen des Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums vorgestellt.

Diskussion

Die Strukturdatenanalyse ist ein Abstraktionsprozess, der dazu dient, den Aufbau und die Komplexität eines Untersuchungsfeldes zu erschließen. Die vergleichende Betrachtung der Materialien aus den verschiedenen Indikationsbereichen ergibt jeweils deutliche Unterschiede. Diese verweisen auf die externen und internen Bedingungen von Reha-Zielarbeit (z. B. bestehende Rahmenkonzepte, Vergütungsmechanismen, QS-Verfahren, Zusammensetzung der Klientel oder typische Rehabilitationsverläufe) und verschiedene Entwicklungsoptionen. Eine weitere mögliche Vergleichsdimension ist stationäre vs. ambulante Rehabilitation.

Schlussfolgerung

Der Rücklauf und Umfang der Materialien kann als zufriedenstellend bezeichnet werden und bietet eine gute Grundlage für das Arbeitsbuch.

Literatur

DRV Bund (2009): Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (Vol. 3). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. URL: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Fachbereiche/01_sozialmedizin_forschung/downloads/konzepte_systemfragen/konzepte/rahmenkonzept_medizinische_reha.html. Abruf: 25.10.2013.

DRV Bund (2012): Positionspapier der gesetzlichen Rentenversicherung zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen. URL: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/270624/publicationFile/50502/Positionspapier_Kinder_und_Jugendliche_Reha_2012.pdf. Abruf: 25.10.2013.

DRV Bund (2013): Arbeitsbuch Reha-Zielvereinbarung in der medizinischen Rehabilitation. (Projektbeschreibung). URL: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Fachbereiche/01_sozialmedizin_forschung/03_reha_wissenschaften/03_forschungsfoerderung/einzelprojekte_zielvereinbarung.html. Abruf: 25.10.2013.

Meyer, T., Pohontsch, N., Raspe, H. (2009): Zielfestlegungen in der stationären somatischen Rehabilitation – die Herausforderung bleibt. *Die Rehabilitation*, 48. 128-134.

Lueger, M. (2010): Formale Kontextinformationen: Strukturdatenanalyse. In: Lueger, M. (Hrsg.) Interpretative Sozialforschung. Die Methoden. Wien: Facultas. 226-251.

Intra- versus interindividuelle Veränderung: Verändert sich der subjektive Gesundheitszustand in Abhängigkeit von Selbstmanagementfertigkeiten oder erlebter sozialer Unterstützung?

*Schuler, M. (1), Musekamp, G. (1), Spanier, K. (2), Kittel, J. (3),
Fröhlich, S.M. (4), Faller, H. (1)*

- (1) Abteilung für Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften, Universität Würzburg,
- (2) Klinik für Rehabilitationsmedizin, Medizinische Hochschule Hannover,
- (3) Institut für Rehabilitationsforschung, Norderney, Universität Witten/Herdecke,
- (4) Institut für Rehabilitationsforschung Norderney e.V., Abteilung Bad Rothenfelde

Hintergrund

Wirkmodelle in der Rehabilitation sind meist intraindividuell formuliert. Beispielsweise soll bei einer Person die Steigerung von Selbstmanagementfertigkeiten oder die Zunahme der sozialen Unterstützung zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes führen (Faller et al., 2011; Thoits, 2011). Die meisten Studien untersuchen die Zusammenhänge aber interindividuell: Personen mit höheren Selbstmanagementfertigkeiten bzw. höherer erlebter sozialer Unterstützung weisen einen höheren subjektiven Gesundheitszustand auf als Personen mit geringeren Selbstmanagementfertigkeiten (Musekamp et al., 2012). Intra- und interindividuelle Zusammenhänge können, müssen aber nicht die gleiche Richtung aufweisen (Ryu et al., 2012). In dieser Studie sollen die Zusammenhänge zwischen Selbstmanagementfertigkeiten, erlebter sozialer Unterstützung und subjektivem Gesundheitszustand intra- und interindividuell untersucht werden.

Methode

Es handelt sich um Sekundäranalysen auf Grundlage des Projekts "Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern" (Betsi) (Kittel et al., in press). Versicherte, bei denen die Erwerbsfähigkeit absehbar bedroht war, erhielten frühzeitig eine durch verschiedene Kliniken implementierte Intervention mit 1-2 Refreshern nach 3 bzw. 6 Monaten. Daten zum subjektiven Gesundheitszustand (Visuelle Analog-Skala) und zu Selbstmanagementfertigkeiten bzw. zu erlebter sozialer Unterstützung (beides erfasst durch den heiQTM) liegen zu 5 Messzeitpunkten vor (T1: vor der Maßnahme; T2 nach stationärer Initial- und 12-wöchiger ambulanter Trainingsphase; T3/T4: 3/6 Monate nach Trainingsphase; T5: 12 Monate nach Maßnahmenbeginn) bei N=200 (46% weiblich; Alter: M=48,1) Teilnehmern.

Für jedes der drei untersuchten Konstrukte wurde ein latentes Wachstumsmodell spezifiziert. In latenten Wachstumsmodellen wird für jede Person der Verlauf der Werte durch einen Intercept- und einen Slope-Parameter modelliert und anschließend über alle Personen aggregiert. Abbildung 1 illustriert das Modell, aus Gründen der Übersichtlichkeit reduziert auf zwei Konstrukte und drei Zeitpunkte. Korrelationen zwischen den Intercepts und Slopes zei-

gen interindividuelle Zusammenhänge an. Sie geben also z. B. an, ob Personen mit höheren Zunahmen in Selbstmanagementfertigkeiten (SMSlope) auch höhere Zunahmen im subjektiven Gesundheitszustand aufweisen (SGSlope). Die Residuen stellen zeitpunktspezifische Abweichungen einer Person von ihrer eigenen typischen Verlaufskurve dar. Korrelationen zwischen den Residuen der Konstrukte zum gleichen Messzeitpunkt (r_{resTi}) können deswegen als intraindividuelle Zusammenhänge interpretiert werden (Ryu et al., 2012), also z. B. ob Personen, die zu einem bestimmten Zeitpunkt höhere soziale Unterstützung erleben als durch die Verlaufskurve vorhergesagt, zu diesem Zeitpunkt auch einen höheren subjektiven Gesundheitszustand aufweisen.

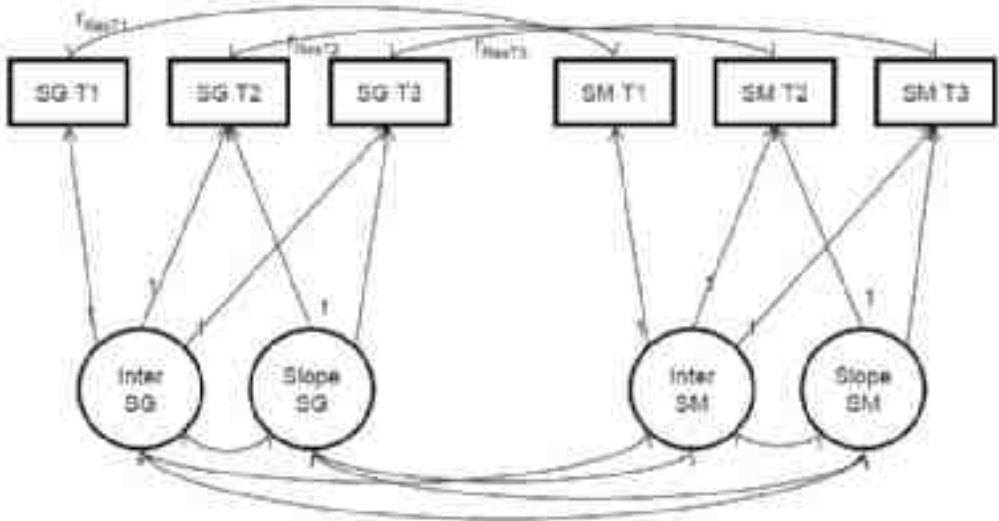


Abb. 1: Latente Wachstumsmodelle (Illustration)

Ergebnisse

Das Gesamtmodell zeigt akzeptable Fit-Werte ($\chi^2=138,96$; $df=95$; $p=0,002$; $CFI=0,972$; $RMSEA=0,048$). Es finden sich sowohl inter- (Tabelle 1) als auch intraindividuelle (Tabelle 2) statistisch signifikante Zusammenhänge: Zum Beispiel weisen interindividuell Personen mit höheren Zunahmen in Selbstmanagementfertigkeiten auch höhere Zunahmen in der subjektiven Gesundheit auf ($r=0,42$). Intraindividuell weisen Personen, wenn sie zu einem Zeitpunkt höhere Selbstmanagementfertigkeiten angeben als zu anderen Zeitpunkten, zu diesem Zeitpunkt ebenfalls einen höheren subjektiven Gesundheitszustand auf $r=0,13-0,23$. Intraindividuell fallen die Zusammenhänge aber niedriger aus als interindividuelle, was eventuell durch relativ geringe Residualvarianzen (hier nicht dargestellt) bedingt sein könnte.

	SGIntercept	SGSlope	SMIntercept	SMSlope	SUIntercept	SUSlope
SGSlope	-0,54*					
SMIntercept	0,21*	-0,17				
SMSlope	<0,01	0,42*	-0,54*			
SUIntercept	0,36*	-0,15	0,47*	-0,03		
SUSlope	-0,09	0,38*	0,03	0,41*	-0,12	

Anm.: *:p<0,05; SG: Subjektiver Gesundheitszustand; SM: Selbstmanagementfertigkeiten; SU: Soziale Unterstützung

Tab. 1: Korrelationen der Intercepts und Slopes

	SGRes	SMRes	SURes
SMRes	0,13*-0,23*		
SURes	0,18*-0,29*	0,34*-0,59*	

Anm.: *:p<0,05; SG: Subjektiver Gesundheitszustand; SM: Selbstmanagementfertigkeit; SU: Soziale Unterstützung

Tab. 2: Spanne der Korrelationen zwischen den Residuen eines jeweiligen Zeitpunkts

Diskussion

Zusammenhänge zwischen Selbstmanagementfertigkeiten, sozialer Unterstützung und subjektivem Gesundheitszustand können nicht nur inter-, sondern auch intraindividuell nachgewiesen werden: Zeitliche Schwankungen in der erlebten sozialen Unterstützung/ in den Selbstmanagementfertigkeiten spiegeln sich in verändertem Gesundheitszustand wider. Damit unterstützen diese auf korrelativen Analysen basierenden Ergebnisse Interventionsmodelle, die darauf abzielen, durch eine Steigerung von Selbstmanagementfertigkeiten oder sozialer Unterstützung den Gesundheitszustand einer Person zu verbessern.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Faller, H., Reusch, A., Meng, K. (2011): DGRW-Update: Patientenschulung. Die Rehabilitation, 50 (5). 284-291.
- Kittel, J., Fröhlich, S.M., Heilmeyer, P., Olbrich, D., Karoff, M., Greitemann, B. (in press): Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern (Betsi): Ergebnisse der Einjahreskattamnese von Präventionsmaßnahmen der Deutschen Rentenversicherung.
- Musekamp, G., Schuler, M., Faller, H. (2013): Zusammenhänge zwischen proximalen und distalen Zielkriterien von Patientenschulungen: Besseres Selbstmanagement = verbesserte Lebensqualität? DRV-Schriften, Bd 101. 233-236.
- Ryu, E., West, S.G., Sousa, K.H. (2012): Distinguishing between-person and within-person relationships in longitudinal health research: arthritis and quality of life. Annals of Behavioral Medicine, 43/3. 330-342.
- Thoits, P.A. (2011): Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. Journal of Health and Social Behavior 52/2. 145-161.

Was leistet die stationäre Rehabilitation im Hinblick auf das Reha-Ziel Schmerzbewältigung bei Patienten nach Knie- oder Hüftendoprothesenimplantation?

Linck-Eleftheriadis, S., Röhrig, B., Freidel, K., Nosper, M.

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK), Rheinland-Pfalz

Hintergrund

Mit eindimensionalen Schmerzintensitätsskalen lässt sich das Schmerzempfinden valide erfassen (Ferreira-Valente et al., 2011, Schmitter et al., 2013). Patienten, die nach Hüft- oder Knieendoprothesenimplantation in die stationäre Rehabilitation aufgenommen werden, stehen häufig noch unter analgetischer Medikation bzw. leiden unter Schmerzen. Medizinische Rehabilitation kann helfen, diese Schmerzen zu reduzieren (Michalski et al., 2009). Der vorliegende Beitrag greift die Frage auf, ob die in der Rehabilitation erreichte Schmerzreduktion nach Knie- oder Hüftendoprothetik auf einen verstärkten Einsatz von Analgetika zurück zu führen ist.

Methodik

Zu Reha-Beginn und vor Reha-Ende kreuzten die Patienten eine vertikale numerische Ratingskala (NRS) von 0 bis 10 an. Die Werte wurden wie folgt operationalisiert: 0-1 kein Schmerz, 2-3 leichte, 4-6 mäßige, 7-8 starke, 9-10 unerträgliche Schmerzen. Die analgetische Dauermedikation wurde ebenfalls zu Reha-Beginn und zu Reha-Ende nach dem Stufenschema der WHO erfasst. Die Daten wurden im Rahmen eines EVA-Reha® Projekts (Zieres, Weibler, 2012) erhoben. Leistungsträger war die Techniker Krankenkasse.

Ergebnisse

Insgesamt wurden die Daten von 5.315 im Jahr 2012 rehabilitierten Patienten aus 49 stationären Rehabilitationseinrichtungen berücksichtigt. 56,5 % waren Rehabilitanden mit Z. n. Hüftgelenkersatz, der Anteil der Anschlussrehabilitationen (AHB) betrug 97,6 %. 41,9 % der Rehabilitanden waren männlich. Das Alter betrug im arithmetischen Mittel 72,4 Jahre (SD=6,7 Jahre) und die Reha-Dauer 20,4 Tage (SD=2,9 Tage).

Ein relevantes Reha-Ziel war die Reduktion der "Schmerzhäufigkeit und -intensität" bei 89,6 % und die Verbesserung in Bezug auf "Beeinträchtigung der Alltagsaktivität durch Schmerzen" bei 83,6 % der Rehabilitanden. Schmerzfrei waren zu Reha-Beginn 7,4 % der Hüftpatienten, jedoch nur 2,7 % der Kniepatienten. Zu Reha-Beginn hatten die meisten Patienten mäßige Schmerzen (Hüfte: 56,6 %, Knie: 64,5%). Bei Reha-Ende waren 47,8 % der Hüftpatienten schmerzfrei, 44,4 % hatten noch leichte Schmerzen. Starke bis unerträgliche Schmerzen hatten bei Reha-Ende 0,3 % der Hüftpatienten, jedoch 1 % der Kniepatienten. Von den Kniepatienten waren lediglich 28,6 % schmerzfrei, 55,5 % hatten noch leichte Schmerzen. Gleichzeitig konnte bei vielen Patienten die Medikation während der Rehabilitation reduziert werden. Zu Reha-Beginn standen 94 % der Knie- und 77,5 % der Hüftpatienten unter einer Dauermedikation. Der größte Anteil der Patienten war bei beiden Gruppen zu Reha-Beginn mit Analgetika der Stufe WHO I versorgt (Hüfte: 58,8 %, Knie: 50,5 %). Zu Reha-Ende benötigten nur noch 40,3 % der Hüft- sowie 59,1 % der Kniepatienten eine Dauermedikation nach WHO Stufe I und darüber.

Diskussion

Bei Patienten nach endoprothetischem Gelenkersatz (Knie und Hüfte) besteht in hohem Umfang ein interventionsbedürftiger Schmerz, in mehr als 80 % ist als Reha-Ziel eine Beeinflussung der Schmerzsymptomatik angegeben. Im Rahmen der Komplexleistung Rehabilitation zielen viele Maßnahmen auf eine Verbesserung der Schmerzbewältigung ab: Physikalische Therapie, psychologische Methoden, Ergotherapie, aktivierende Pflege und Patientenschulungen (Müller et al., 2009). Häufig werden die Patienten nach Knie- und Hüftendoprothesenimplantation mit einer analgetischen Dauermedikation aus der stationären Krankenhausbehandlung entlassen. Die Ergebnisse zeigen, dass in hohem Umfang sowohl Medikamente reduziert werden können, als auch eine Minderung der Schmerzsymptomatik erreicht wird. Bei den Hüftpatienten waren die Schmerzen häufiger remittiert und sie benötigten seltener eine Dauermedikation über die Rehabilitation hinaus.

Schlussfolgerungen

Bei Rehabilitanden sowohl nach Hüft- als auch nach Knieendoprothetik lassen sich Verminderungen der Schmerzsymptomatik im Prä-Post Design darstellen bei gleichzeitigem Abbau der Medikation. Die Ergebnisse sind bei Patienten nach Hüftgelenkersatz günstiger als bei Patienten nach Kniegelenkersatz sowohl was den geringeren Bedarf an analgetischer Dauermedikation anbetrifft als auch hinsichtlich des Grades der Schmerzreduktion.

Förderung: Techniker Krankenkasse

Literatur

- Ferreira-Valente, M.A., Pais-Ribeiro, J.L., Jensen, M.P. (2011): Validity of four pain intensity rating scales. *Pain*, 152. 2399-2404.
- Michalski, D., Zweynert, U., Kittel, J., Hinz, A. (2009): Schmerzempfinden und -verhalten während der orthopädischen Rehabilitation. *Der Schmerz*, 23. 360-369.
- Müller E., Mittag O., Gülich M., Uhlmann A., Jäckel W.H. (2009): Systematische Literaturanalyse zu Therapien in der Rehabilitation nach Hüft- und Kniegelenks- Total-Endoprothesen: Methoden, Ergebnisse und Herausforderungen. *Die Rehabilitation*, 48. 62-72.
- Schmitter, M., List, S.T., Wirz, S. (2013): Erfassung der Schmerzintensität mit eindimensionalen Skalen. *Zeitschrift für Evidence Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 197. 279-284.
- Zieres, G., Weibler, U. (2012). *Qualitätsperspektiven in der medizinischen Rehabilitation*. Potsdam: latros.

Erwartungen der Patienten an ein Fallmanagement nach einer psychosomatischen Rehabilitation: Ergebnisse einer Bedarfsanalyse

Piegza, M. (1), Petermann, F. (1), Bassler, M. (2), Kobelt, A. (1,3)

(1) Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen,
(2) Rehazentrum Oberharz, Clausthal-Zellerfeld, (3) Deutsche Rentenversicherung
Braunschweig-Hannover, Laatzen

Hintergrund

Personen mit einem Migrationshintergrund leiden verstärkt unter psychischen Erkrankungen und fallen klinisch verstärkt durch somatoforme Beschwerden auf (Göbber et al., 2010). Gleichzeitig deutet die Studie von Kobelt et al. (2010) allerdings darauf hin, dass der Migrationshintergrund bei Berücksichtigung sozialmedizinischer Risikofaktoren eine nachgeordnete Bedeutung in der Vorhersage einer negativen Erwerbsprognose ausmacht.

Arbeitsplatzunsicherheit und Arbeitslosigkeit wirken sich negativ auf die psychische Gesundheit aus (Mewes et al., 2013). Die Reintegration ins Erwerbsleben bei psychisch erkrankten Rehabilitanden mit langen Arbeitsunfähigkeitszeiten und bestehenden Arbeitsplatzproblemen gelingt nur schwer (Kobelt et al., 2011).

Ein individuelles Fallmanagement, wie es die DRV Braunschweig-Hannover für Versicherte mit einer gefährdeten Erwerbsprognose einführen möchte, unterstützt die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben nach einer psychosomatischen Rehabilitation. Die vorliegende Analyse untersucht aus Sicht der Patienten den Bedarf an einem Fallmanagement und die daran gestellten Erwartungen.

Fragestellung

Welcher Bedarf an individueller Betreuung durch ein Fallmanagement besteht und welche Erwartungen haben Rehabilitanden, die sich in einer psychosomatischen Heilbehandlung befinden, an ein Fallmanagement.

Welche möglichen Kontextfaktoren (unterschiedliche Schichtgradienten, Migrationshintergrund, subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit) sollten besonderes berücksichtigt werden.

Material und Methoden

Die Erhebung wurde im Zeitraum von November 2012 bis Februar 2013, sowie von Juni bis Juli 2013 im Rehabilitationszentrum Oberharz durchgeführt. Die Stichprobe umfasste n=170 Rehabilitanden (48 % weiblich; Alter \bar{x} : 46 (\pm 9) Jahre).

Als mögliche Kontextfaktoren wurden das Alter, das Geschlecht, der Migrationshintergrund, der Schichtindex und die subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit (SPE) der Rehabilitanden untersucht.

Ergebnisse

Über 66 % der Befragten empfanden das ihnen vorgestellte Fallmanagement als sehr gut oder gut. Auch sind 74 % der Versicherten davon überzeugt, dass ihnen das Fallmanagement behilflich sein kann. Über 79 % würden das Angebot des Fallmanagements in Anspruch nehmen.

Es konnten weder differentielle Alters- oder Geschlechtsunterschiede noch Gruppenunterschiede zwischen Arbeitsfähigen und Arbeitsunfähigen bzw. zwischen unterschiedlichen Schichtzugehörigkeiten gefunden werden. Es zeigte sich jedoch als Tendenz, dass Arbeitsunfähige ein Fallmanagement eher in Anspruch nehmen würden.

Rehabilitanden mit Migrationshintergrund glaubten signifikant häufiger, dass ihnen das Fallmanagement helfen könnte und auch, dass sie das Angebot in Anspruch nehmen würden.

Des Weiteren ist festzustellen, dass sich 9 % der Patienten, die ein erhöhtes Risiko der Ausscheidung aus dem Berufsleben aufweisen, schlecht informiert fühlen. Es lassen sich daraus jedoch keine generalisierbaren Aussagen ableiten, da die Signifikanz sehr gering ist.

Zur Analyse des kombinierten Einflusses der Faktoren auf die Akzeptanz und die Bereitschaft, am Fallmanagement teilzunehmen, wurde eine binäre logistische Regression durchgeführt. Bei beiden Modellen liegt das R^2 bei nur knapp 9 %. Die Gesamtmodelle sind damit nur sehr eingeschränkt in der Lage die Varianz auf Basis der Kontextfaktoren zu beschreiben.

Diskussion

Unsere Ergebnisse zeigen den großen Bedarf und die mehrheitliche Zustimmung der Versicherten gegenüber dem Fallmanagement. Beim überwiegenden Teil der Kontextfaktoren fanden sich keine Auffälligkeiten bezogen auf das Angebot des Fallmanagements. Gerade für die Patienten mit gefährdeter Prognose der Erwerbstätigkeit sollte genauer spezifiziert werden, ob diese mangelnde Zuversicht mit persönlichen Motiven oder mit Kontextfaktoren der Erwerbstätigkeit begründet werden kann. Da sich das Fallmanagement vor allem an Patienten richtet, deren Erwerbstätigkeit gefährdet ist, muss ebenfalls geprüft werden, ob das Angebot alle Bedarfe dieser Patientengruppe abbildet oder abbilden kann.

Die Befragten mit Migrationshintergrund fühlen sich besser informiert und zeigen eine positivere Resonanz gegenüber dem Fallmanagement als die Befragten ohne Migrationshintergrund. Das hohe Interesse von Versicherten mit Migrationshintergrund am Fallmanagement weist auf die besonderen Probleme dieser Rehabilitandengruppe hin und unterstreicht deren besonderes Unterstützungsbedürfnis. Insgesamt lassen unsere Ergebnisse die Schlussfolgerung zu, dass ein individuelles Fallmanagement auf große Akzeptanz auf Seiten der Versicherten stößt und weiter ausgebaut werden sollte.

Literatur

Göbber, J., Pfeiffer, W., Winkler, M., Kobelt, A., Petermann, F. (2010): Stationäre psychosomatische Rehabilitationsbehandlung von Patienten mit türkischem Migrationshintergrund. *Z Psychiatr Psychol Psychother*, 58 (3). 181-187.

- Kobelt, A., Winkler, M., Petermann, F. (2011): Vorbereitung und Nachbereitung der medizinischen Rehabilitation am Beispiel der psychosomatischen Rehabilitation. Bundesgesundheitsblatt, 54 (4). 451-457.
- Kobelt, A., Winkler, M., Göbber, J., Pfeiffer, W., Petermann, F. (2010): Hängt die subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit vom Migrationsstatus ab? Z Psychiatr Psychol Psychother, 58 (3). 189-197.
- Mewes, R., Rief, W., Martin, A., Glaesmer, H., Brähler, E. (2013): Arbeitsplatzunsicherheit vs. Arbeitslosigkeit: Trotz der Unterschiede im sozioökonomischen Status sind die Auswirkungen auf psychische Gesundheit und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ähnlich. Psychother Psych Med, 63 (03/04). 138-144.

Internetbasierte Gesundheitsinterventionen: Stand der Forschung und Nutzungspotenzial für die medizinische Rehabilitation

Ebert, D.D. (1,2) Lin, J. (3,4), Baumeister, H. (3,4)

(1) EU – Innovationsinkubator, Arbeitsgruppe Gesundheitstraining online, Leuphana Universität Lüneburg, (2) Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Fachbereich Psychologie, Philipps-Universität Marburg, (3) Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie, Institut für Psychologie, Universität Freiburg, (4) Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Medizinische Fakultät, Universität Freiburg

Einleitung

Der vorliegende Beitrag fasst die Ergebnisse einer durch die Deutsche Rentenversicherung Bund geförderte Expertise zum Stand der Forschung zu Internetbasierten Gesundheitsinterventionen (IGIs) und deren Nutzungspotenzial für die medizinische Rehabilitation zusammen. Dabei wird zunächst ein Überblick über den Gegenstandsbereich und Einsatzbereiche von IGIs gegeben, anschließend erfolgt ein Überblick zur empirischen Evidenz sowie abschließend eine Diskussion des Nutzungspotenzials in der medizinischen Rehabilitation.

Gegenstandsbeschreibung

Bei IGIs handelt es sich primär um Selbsthilfeinterventionen, die auf einer Webseite bereitgestellt werden und von Personen genutzt werden, die gesundheitsbezogene Hilfe suchen. IGIs zeichnen sich in der Regel durch ausgeprägte Strukturiertheit, Standardisierung und Methodenfokussierung aus. Die Interventionen bestehen meistens aus mehreren Einheiten, die Zusammenstellung orientiert sich in der Regel an als empirisch wirksam erwiesenen Manualen. Menschlicher Support beschränkt sich zumeist auf die Klärung von Verständnisfragen sowie auf die Verstärkung und somit Motivation der Teilnehmer.

Einsatzbereiche

Das Spektrum der Einsatzbereiche ist vielfältig und reicht von Prävention, Behandlung sowie Nachsorge von 1) psychischen und 2) körperlichen Einschränkungen und Erkrankungen (z. B. Schmerzen, Asthma, Diabetes, Depression, Angst) bis hin zu Veränderungen von 3) Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen (z. B. Ernährung, körperliche Aktivität, Alkoholkonsum). Dabei können IGIs als erster Schritt in einer mehrstufigen Behandlungskette dienen (Stepped care), in dem Personen zunächst niedrigschwellig Unterstützung erhalten. Für Patienten, die nicht ausreichend von IGIs profitieren, erfolgt in einem nächsten Schritt die Weiterleitung zu intensiveren therapeutischen Angeboten. Tabelle 1 zeigt eine Auswahl störungsspezifischer Internetinterventionen im deutschen Sprachraum.

Anbieter	Störungsbereich(e)	Setting	Inhalt und Vorgehensweise
Leuphana Universität Lüneburg. www.geton- training.de	Depression Prävention; Depression vorstationär; Depression bei Diabetes; Panikstörung; Stressbewältigung; Schlafstörungen; Alkoholmissbrauch; Prokrastination; Rückfallprävention	Wissenschaftlichen Studien. Keine Kosten. Prävention und/oder Stand-Alone-Intervention.	Unterschiedliche Anzahl von aufeinander aufbauenden Modulen, größtenteils basierend auf kognitiv- verhaltenstherapeutischen Manualen. Guided Support.
St. Alexius/St. Josef Krankenhaus Neuss; www.net- step.de	Soziale Angst Depression Panikstörung	Erst- und Abschlussgespräch vor Ort, ansonsten Stand- Alone-Intervention. Keine Kosten in der Modellphase, ansonsten abhängig von Krankenkasse.	Unterschiedliche Anzahl von aufeinander aufbauenden Modulen, basierend auf kognitiv- verhaltenstherapeutischen Manualen. Guided Support (Psychotherapeuten).
Forschungsstelle für Psychotherapie der Universitätsklinik Heidelberg; www.proyouth.eu	Essstörungen, insbesondere für Schüler und Studierende zwischen 15-25 Jahren	Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. Stand-Alone-Inter-vention. Keine Kosten.	Internetportal mit Informationen über seelische Gesundheit, Gesundheitsförderung und Essstörungen, Unterstützung durch Peers, Moderatoren oder Experten.
Institut für Medizinische Physik (IMP), Universität Erlangen Nürnberg; http://www.fit-im- beruf.net/	Bewegungskonzepte am Arbeitsplatz zur Förderung der körperlichen Fitness und Gesundheit	Im Rahmen von wissenschaftlichen Studien zur Anwendbarkeit und Effektivität des Verfahrens. Stand-Alone- Keine Kosten.	Selbsthilfe-Training, Videosportprogramm direkt am PC-Arbeitsplatz 3-mal pro Woche für jeweils 20 Minuten. Kein Support

Tab. 1: Auswahl störungsspezifischer Internetinterventionen im deutschen Sprachraum (Baumeister et al., 2013)

Wirksamkeit

Inzwischen existieren über 100 randomisiert kontrollierte Studien, die das große Potenzial von IGIs nachgewiesen haben. Unter den psychischen Störungen sind IGIs zu den Störungsbereichen (leichte und mittelschwere) Depression sowie Angst besonders gut erforscht. Die aktuellste systematische Übersichtsarbeit zu internetbasierten Depressionsinterventionen berichtet eine über 19 randomisiert kontrollierte Studien gemittelte Effektstärke von $d = 0,56$ (Richards, Richardson, 2012). Andrews et al. (2010) ermittelten in einer Metaanalyse über 22 Studien eine gemittelte Effektstärke von $g = 0,83$ für Panikstörungen, $g = 0,92$ für soziale Phobie und $g = 1,11$ für Generalisierte Angststörung (GAS). Zu anderen psychischen Störungen (z. B. Zwangsstörungen, somatoforme Störungen, Essstörungen) liegen bislang deutlich weniger randomisierte, kontrollierte Studien vor und die Evidenz ist weniger eindeutig. Im Bereich der körperlichen Einschränkungen zeigten Cuijpers et al. (2008) in einer Metaanalyse zu 12 IGIs für gesundheitliche Probleme wie Schmerzen, Migräne oder Tinnitus, dass deren Ergebnisse vergleichbare Effektgrößen wie Face-to-Face Behandlungen aufweisen. Tabelle 2 gibt einen Überblick über aktuelle Metaanalysen auf Basis randomisiert-kontrollierter Wirksamkeitsstudien.

Zielpopulation	Autoren	SMD	[95 % KI]	N
Depressive Störungen	Richards, Richardson, 2012	0.56	[-0.71,-0.41]	19
Panikstörungen	Andrews et al., 2010	0.83	[0.45,1.21]	6
Soziale Phobie	Andrews et al., 2010	0.92	[0.74,1.09]	8
Generalisierte Angststörung	Andrews et al., 2010	1.11	[0.76,1.47]	2
Schmerz	Macea et al., 2010	0.29	[0.15,0.42]	11
Alkohol	Riper et al., 2011	0.39	[0.23,0.57]	7
	Rooke et al., 2010	0.22	[0.14,0.29]	28
Rauchen	Rooke et al., 2010	0.14	[0.06,0.23]	13
Körperliche Aktivität	Davies et al., 2012	0.14-0.37	[0.09,0.10]	34
Zielpopulation	Autoren	MD	[95 % KI]	N
Gewicht	Grunenberg et al., 2013	0.49 kg	[0.95,0.03]	5

Anm.: KI = Konfidenzintervall; MD= Mittelwertsdifferenz; N = Anzahl an der Metaanalyse zugrundeliegender randomisiert kontrollierter Studien (RCTs); SMD = Standardisierte Mittelwertsdifferenz (Cohens' d / Hedges' g)

Tab. 2: Wirksamkeit internetbasierter Gesundheitsinterventionen basierend auf ausgewählten aktuellen Metaanalysen (Baumeister et al., 2013)

Nutzungsmöglichkeiten für die medizinische Rehabilitation

Der ort- und zeitunabhängige Zugang sowie die Anonymität von IGI-Angeboten können den ersten Schritt in Richtung psychologischer bzw. Rehabilitationsinterventionen erleichtern. Die Selbsthilfe im Sinne von Empowerment als Schwerpunkt der meisten Interventionen kann dazu beitragen, dass Patienten vermehrt eigene Ressourcen zur Problemlösung einsetzen und somit der Entwicklung und Verstärkung von Problembereichen nachhaltig vorbeugen. Im Vorfeld einer Rehabilitationsmaßnahme können in IGLs spezifische Kompetenzen trainiert werden, die in die anschließende Therapie einfließen (z. B. Fähigkeit zur Selbstbeobachtung mittels Tagebuch). Vorbereitend können ebenfalls symptomatische Interventionen sinnvoll sein, z. B. zur Reduktion depressiver Beschwerden. Als Nachsorge können IGLs Rehabilitanden entweder dabei unterstützen, erzielte Erfolge aufrecht zu erhalten oder Komorbiditäten (bspw. Depression bei Diabetes) effektiv zu bewältigen.

Schlussfolgerung

Für die medizinische Rehabilitation ermöglichen IGLs eine Sicherung der Rehabilitationsqualität und bieten Optionen für eine Verbesserung und/oder Ökonomisierung der Rehabilitationsangebote. Gleichzeitig schränken berufs- und datenschutzrechtliche Rahmenbedingungen die Implementierung von IGLs in Deutschland ein. Für verschiedene Anwendungsgebiete gilt die Evidenz als gesichert und eine modellhafte Translation in das Routineangebot erscheint vielversprechend.

Literatur

Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M., Mc Evoy, P., Titov, N. (2010): Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis . PloS one, 5/10. e13196.

- Baumeister, H., Lin, J., Ebert, D. (2013): Internetbasierte Gesundheitsinterventionen: Stand der Forschung und Implementierungsmöglichkeiten in der medizinischen Rehabilitation. Unveröffentlichte Expertise für die DRV Bund.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G. (2008): Internet-administered cognitive behavior therapy for health problems: a systematic review. *Journal of behavioral medicine*, 31. 169-177.
- Richards, D., Richardson, T. (2012): Computer-based psychological treatments for depression: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* Jun. 32/4. 329-342.

Der Einfluss von Information auf die Akzeptanz gegenüber internetbasierten Interventionen bei Schmerz- und Diabetespatienten

Lin, J. (1,2), Seifferth, H. (1), Nowoczin, L. (1), Ebert, D.D. (3,4), Baumeister, H. (1,2)
(1) Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie, Universität Freiburg,
(2) Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universität Freiburg, (3) EU - Innovationsinkubator, Arbeitsgruppe Gesundheitstraining online, Leuphana Universität Lüneburg, (4) Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Philipps-Universität Marburg

Hintergrund

Klinische Studien zeigen, dass internetbasierte Gesundheitsinterventionen (IGIs) wirksam sind (Barak et al., 2008). Allerdings ist unklar, welcher Anteil der Zielpopulationen bereit wäre, sie zu nutzen, und es wird angenommen, dass er eher gering ist (Fleisher et al., 2012). In der vorliegenden Studie wird (1) die Akzeptanz gegenüber IGIs quantifiziert und (2) überprüft, ob sie durch gezielte Information erhöht werden kann. Die Beantwortung der Fragestellungen basiert auf zwei experimentellen Studien zu A) chronischen Schmerzpatienten und B) Diabetespatienten.

Methode

In Studie A wurden 104 chronische Schmerzpatienten aus zwei Schmerzambulanzen in Freiburg, Deutschland, randomisiert einer Interventionsgruppe (IG) und einer Kontrollgruppe (KG) zugeordnet. Der IG wurde ein kurzes Informationsvideo über IGIs gezeigt. In Studie B wurden 141 Diabetespatienten aus zwei Reha-Kliniken und einer ambulanten Praxis im Südwesten Deutschlands randomisiert einer IG und einer KG zugeordnet. Die Intervention bestand aus einer persönlichen Präsentation zu Depressions-IGIs für Diabetespatienten.

In beiden Studien erhielt die IG nach der Intervention einen Fragebogen. Die KG erhielt nur den Fragebogen. Darin wurde die Akzeptanz der Patienten gegenüber IGIs (Summen-Score: 4-20) sowie soziodemographische, klinische (z. B. Schmerz-, Diabetes- und Depression-bezogene) und internetbezogene Variablen erhoben.

Ergebnisse

Die Akzeptanz der KGs war in beiden Studien niedrig (Summen-Score: 4-9, 53,8 % (A) bzw. 50,7 % (B)) bis mittel (10-15, 42,3 % bzw. 40,8 %). Eine hohe Akzeptanz (16-20) berichteten nur 3,8 % bzw. 8.5 % der KGs. In Studie A konnte die Akzeptanz signifikant erhöht werden

(IG: M=12.17, SD =4.22; KG: M=8.94, SD=3.71; $t(102)=4.15$, $p=.00$) mit einer standardisierten Mittelwertsdifferenz (SMD) von $d=.81$ [CI: 0.41; 1.21]. In Studie B hatte die Intervention keinen signifikanten Effekt in der Gesamtstichprobe (IG: M=10.55, SD=4.69, N=70; KG: M=9.65, SD=4.27, N=70; $d=0.20$ [CI:-0.13, 0.53]. Allerdings zeigte die a-priori geplante Subgruppenanalyse mit depressiven (PHQ-8 ≥ 5) Diabetespatienten, dass sich die Akzeptanz signifikant erhöhen ließ [IG: M=11.76, SD=4.29, N=28; KG: M=9.43, SD=3.60, N=28; $p=.03$; SMD: $d=0.58$ (CI: 0.04, 1.12)].

Schlussfolgerung

Die Akzeptanz bei Patienten gegenüber IGIs ist vergleichsweise gering. Ein kurzes Informationsvideo ist jedoch in der Lage die Akzeptanz bedeutsam zu erhöhen. Das signifikante Ergebnis nur bei der Subgruppe aus depressiven Diabetespatienten deutet auf die Notwendigkeit einer möglichst zielgruppenspezifischen Information hin.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., Shapira, N. (2008): A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26 (2-4). 109-160.

Fleisher, L., Kandadai, V., Keenan, E., Miller, S.M., Devarajan, K., Ruth, K.J. Rodoletz, M., Bieber, E.J., Weinberg, D.S. (2012): Build It, and Will They Come? Unexpected Findings From a Study on a Web-Based Intervention to Improve Colorectal Cancer Screening. *Journal of Health Communication*, 17 (1). 41-53.

Ein internetbasiertes Problemlösetraining zur Reduktion psychischer Beanspruchung bei belasteten Arbeitnehmern – Ergebnisse einer randomisiert kontrollierten Studie

Boß, L. (1), Thiart, H. (1), Heber, E. (1), Lehr, D. (1), Berking, M. (1,2), Riper, H. (1,3,4), Cuijpers, P. (1,3,4), Ebert, D.D. (1,2)

- (1) Leuphana University, Innovation Incubator, Division Health Trainings online, Lueneburg, (2) Philipps University Marburg, Department of Psychology; Clinical Psychology and Psychotherapy, Marburg, (3) GGZ inGeest, Regional Mental Health Service Centre, VU University Medical Centre, Amsterdam, (4) Department of Clinical Psychology and EMGO Institute for Health and Care Research, VU University, Amsterdam

Hintergrund

Die Prävalenz von Depressionen bei Arbeitnehmern ist hoch (Andrea et al., 2004). Diese sind nicht nur mit einer eingeschränkten Lebensqualität, sondern auch mit hohen sozioökonomischen Kosten aufgrund einer eingeschränkten beruflichen Leistungsfähigkeit und Frühberentungen verbunden (Lerner, Henke, 2008). Während bei Betroffenen ein erhöhtes Beanspruchungserleben schon häufig früh im Berufsleben auftritt, dauert die Aufnahme einer entsprechenden Behandlung häufig mehrere Jahre. Niedrigschwellige Angebote, wie bspw. internetbasierte Gesundheitsinterventionen, haben möglicherweise das Potential, Betroffene

schon früher als traditionelle Versorgungsangebote zu erreichen, und können so möglicherweise verhindern, dass es zur Entwicklung einer voll ausgeprägten psychischen Störung kommt (Ebert, Erbe, 2012). Die Ausrichtung von Problemlösetrainings ist lebensbereichsübergreifend, daher können sie sowohl auf private als auch berufliche Probleme angewandt werden. Inzwischen liegen verschiedene Studien zur Wirksamkeit von internetbasierten Therapieangeboten für Betroffene mit Depression vor (Richards, Richardson, 2012). Zum jetzigen Zeitpunkt liegen allerdings keine Studien zur Evaluation solcher Interventionen bei belasteten Arbeitnehmern vor. Ziel der vorliegenden Studie war es daher, die Effektivität eines internetbasierten Problemlösetrainings (iPLT) bei psychisch beanspruchten Arbeitnehmern zu überprüfen.

Methode

In dieser randomisiert kontrollierten Studie wurden 150 Arbeitnehmer mit depressiven Beschwerden (ADS > 16) zufällig einem iPLT oder einer Warte-Kontrollgruppe (WKG) zugewiesen. iPLT bestand aus 5 Lektionen basierend auf systematischen Problemlösetechniken, Strategien zur Bewältigung von Rumination sowie Verhaltensaktivierung in Bezug auf wichtige Werte im Leben. Selbstberichtsdaten wurden vor Trainingsbeginn (T1), nach 7 Wochen (T2) sowie 3 und 6 Monate (T3, T4) später erfasst. Primäres Zielkriterium war die Reduktion depressiver Symptomatik (ADS). Sekundäre Zielkriterien umfassten u. a. die Anzahl der Teilnehmer mit Response (RCI nach Jacobson, Truax, 1991), emotionale Erschöpfung (MBI), allgemeine Selbstwirksamkeit (SWS), arbeitsbezogene Selbstwirksamkeit (SWS-L), Problemlösekompetenzen (SPSI), körperliche und psychische Lebensqualität (SF-12) sowie Absentismus.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Intent-to-Treat Analysen zeigen, dass iPLT-Teilnehmer eine signifikant geringere depressive Symptomatik nach 7 Wochen ($p < .01$), sowie deutlich häufiger einen Response zeigten (iPLT: 49.3 % WKG: 21.3 %, $p = .01$; NNT = 3.5) als Teilnehmer der WKG. Die Interventionsgruppe zeigte sich zudem überlegen hinsichtlich sekundärer Zielkriterien wie allgemeiner Selbstwirksamkeit, arbeitsbezogener Selbstwirksamkeit, Problemlösefähigkeit, wahrgenommenen Stresses, emotionaler Erschöpfung. Es fanden sich keine signifikanten Effekte auf Absentismus (AU Tage 6-Monats-Katamnese: iPLT: $M = 1.18$, $SD = 4.27$; WKG: $M = 2.76$, $SD = 7.75$; siehe Tabelle 1 für Effektstärken und 95 %-Konfidenzintervalle). Die Erfolge wurden bis zu den 3- und 6-Monats-Katamnesen aufrechterhalten.

Outcome	T1-T2			T1-T3			T1-T4		
	d	KI _{low}	KI _{upp}	d	KI _{low}	KI _{upp}	d	KI _{low}	KI _{upp}
Depressive Symptome	0.59	0.26	0.92	0.37	0.05	0.70	0.38	0.05	0.70
Allg. Selbstwirksamkeit	0.47	0.15	0.80	0.38	0.06	0.70	0.40	0.08	0.73
Berufsbez. Selbstwirksamkeit	0.56	0.23	0.88	0.47	0.15	0.80	0.40	0.07	0.72
Emotionale Erschöpfung	0.24	-0.08	0.56	0.54	0.22	0.87	0.38	0.06	0.70
Problemlösekompetenz	0.63	0.30	0.96	0.62	0.29	0.95	0.54	0.21	0.86
Stress	0.36	0.04	0.69	0.28	-0.05	0.60	0.36	0.03	0.68
Lebensqualität (körperlich)	0.26	-0.07	0.58	0.56	0.23	0.88	0.36	0.04	0.68

Outcome	T1-T2			T1-T3			T1-T4		
	d	KI _{low}	KI _{upp}	d	KI _{low}	KI _{upp}	d	KI _{low}	KI _{upp}
Lebensqualität (psychisch)	0.48	0.16	0.81	0.30	-0.02	0.62	0.63	0.30	0.96
Absentismus	0.22	-0.10	0.54	0.14	-0.18	0.46	0.37	0.04	0.69

Anm.: Positive Effektstärken zeigen Überlegenheit der Interventionsgruppe an.

Tab. 1: Intergruppen Effektstärken (Cohen's d) und 95 %-Konfidenzintervalle der Effektstärken zu allen Messzeitpunkten

Schlussfolgerung

iPLT ist effektiv in der Reduktion depressiver Symptome bei belasteten Arbeitnehmern. Die Intervention zeigte sich nicht wirksam hinsichtlich der Reduktion von AU-Zeiten. Allerdings war die Anzahl von AU-Tagen in der Stichprobe äußerst gering. Daher kann von einem eventuellen Bodeneffekt ausgegangen werden. Solche Interventionen könnten ein sinnvolles niedrigschwelliges Angebot zur Ergänzung der Leistungsangebote im Rahmen der Routineversorgung darstellen. Die Stichprobe stellte eine im Mittel hoch gebildete Gruppe dar. Zukünftige Studien sollten daher das Potential solcher Interventionen bei Arbeitnehmern mit geringem sozioökonomischem Status evaluieren.

Förderung: Europäische Union

Literatur

- Andrea, H., Bultmann, U., Beurskens, A.J.H.M., Swaen, G.M.H., van Schayck, C.P., Kant, I.J. (2004): Anxiety and depression in the working population using the HAD Scale – psychometrics, prevalence and relationships with psychosocial work characteristics. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39/8. 637-646.
- Ebert, D.D., Erbe, D. (2012): Internetbasierte psychologische Interventionen. [Internet-based psychological Interventions]. In: Berking, M., Rief, W. (Hrsg.): *Lehrbuch Psychotherapie*. (Bd. 2). Heidelberg: Springer. 131-140.
- 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.
- Lerner, D., Henke, R.M. (2008): What Does Research Tell Us About Depression, Job Performance, and Work Productivity? *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50/4. 401-410.
- Richards D., Richardson T. (2012): Computer-based psychological treatments for depression: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32/4. 329-342.

Log in and breathe out: Effektivität eines Online-Regenerationstrainings für besseren Schlaf bei Arbeitnehmern mit hoher berufsbezogener Beanspruchung

Thiart, H. (1), Lehr, D. (1), Ebert, D.D. (1,2), Sieland, B. (1), Berking, M. (2), Riper, H. (1,3)

(1) EU – Innovationsinkubator, Arbeitsgruppe Gesundheitstraining online, Leuphana Universität Lüneburg, (2) Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Fachbereich Psychologie, Philipps-Universität Marburg, (3) Abteilung für Klinische Psychologie, Fakultät für Psychologie und Pädagogik, Freie Universität Amsterdam

Hintergrund

Arbeitsbezogener Stress ist ein weit verbreitetes, mit individuellem Leiden, Funktionseinschränkungen, sowie hohen sozioökonomischen Kosten verbundenes Phänomen, das mit Gesundheitsproblemen und psychischen Störungen wie Schlafstörungen assoziiert ist (Hasselhorn, Nübling, 2004). Um solchen ernsthaften Gesundheitsbeeinträchtigungen entgegenzuwirken, ist tägliche Regeneration wichtig (Geurts, Sonnentag, 2006). Regeneration ist die Wiederherstellung verbrauchter Ressourcen durch psychophysiologische Entspannung nach arbeitsverbundener Anstrengung. Entscheidende Bedingung für Regeneration ist die gedankliche Distanzierung von arbeitsbezogenen Problemen, die durch die Pflege von Erholungsaktivitäten gefördert werden kann (Cropley, Zijlstra, 2011). Zentraler Baustein von und Indikator für erfolgreiche Regeneration ist erholsamer Schlaf, da grundlegende Ressourcen im Schlaf aufgefüllt werden können. Interventionen, die erholsamen Schlaf fördern, basieren in der Regel auf kognitiv-behavioraler Therapie für Insomnien (KVT-I), für deren Wirksamkeit überzeugende meta-analytische Evidenz vorliegt. Dennoch liegt eine Diskrepanz zwischen dem Bedarf auf der einen Seite und der Verfügbarkeit und Verbreitung von KVT-I auf der anderen Seite vor (Fietze, Penzel, 2011). Online KVT-I Trainings wurden als eine Möglichkeit vorgestellt, diese Lücke zu schließen, weil sie niedrigschwellig zugänglich, flexibel und breit einsetzbar sind und als wirksam evaluiert wurden (Cheng, 2012). Über die Wirksamkeit von Online-KVT-I Trainings bei Arbeitnehmer/innen ist dagegen wenig bekannt. In der vorliegenden Studie wurde ein neues, speziell für berufliche Belastungen entwickeltes Online-Regenerationstraining evaluiert. Das Training basiert auf KVT-I, im Training kommt der Förderung von gedanklicher Distanzierung und Erholungsaktivitäten eine zentrale Stellung zu.

Methode

In einer zweiarmigen, randomisiert-kontrollierten Studie (N=128) wurden die Effekte eines Online-Regenerationstrainings (mit unterstützendem Email-Feedback durch einen Online Coach) mit einer Warte-Kontroll-Bedingung verglichen. Deutsche Lehrerinnen und Lehrer (74% weiblich, Altersdurchschnitt 47 Jahre) mit klinisch signifikanten insomnischen Beschwerden (Insomnia Severity Index >14) und überdurchschnittlich ausgeprägten Werten in arbeitsbezogenem Grübeln (Irritationsskala, Subskala Kognitive Irritation >14) wurden in die Studie eingeschlossen. Das primäre Erfolgskriterium ist die Reduktion des Schweregrades insomnischer Beschwerden. Sekundäre Endpunkte beinhalten u. a. arbeitsbezogene Rumination und depressive Symptome. Alle Endpunkte wurden zum Baseline-Zeitpunkt (prä-treatment), 8 Wochen (post-treatment) und 6 Monate nach Randomisierung erhoben.

Ergebnisse

Vollständige Ergebnisse von allen Messzeitpunkten werden im März 2014 verfügbar sein. Zurzeit sind in Completer-Analysen Daten zum Vergleich zwischen Baseline und Post-Messzeitpunkt von 113 (von 128) Teilnehmer/innen ausgewertet. In Bezug auf den primären Endpunkt (Schweregrad insomnischer Beschwerden) zeigt sich deskriptiv, dass sich die Kontrollgruppe ($n = 56$) von $M_{\text{prä}} = 17.57$ ($SD = 3.04$) zu $M_{\text{post}} = 15.73$ ($SD = 4.57$) und die Interventionsgruppe ($n = 57$) von $M_{\text{prä}} = 17.95$ ($SD = 3.56$) zu $M_{\text{post}} = 9.40$ ($SD = 5.07$) verbessert. Im Vergleich der Mittelwerte zum Postmesszeitpunkt ergibt sich aus univariater ANOVA, dass sich die Interventionsgruppe statistisch signifikant deutlicher als die Kontrollgruppe ($F = 59,23$, $p < .000$) verbessert. Analysen zur Größe des Effektes ergeben unter Verwendung der gepoolten Standardabweichung und Mittelwerte der beiden Gruppen zum Post-Messzeitpunkt eine Effektstärke von $d = 1.45$.

Auch im Hinblick auf depressive Symptome unterscheiden sich Interventionsgruppe [M_{post} (SD) = 13,72 (7,19)] und Kontrollgruppe [M_{post} (SD) = 20,16 (8,55)] statistisch signifikant ($F = 18,82$, $p < .000$) mit einer Effektstärke von $d = .82$. In Bezug auf arbeitsbezogene Rumination ergibt sich unter gleicher Berechnung eine vorläufige Effektstärke von $d = .68$.

Diskussion

Nach unserem Wissen ist dies die weltweit erste Studie, die ein speziell auf die Bedürfnisse von gestressten Arbeitnehmer/innen zugeschnittenes Online KVT-I Training auf seine Wirksamkeit hin evaluiert. Die Ergebnisse geben einen ersten Hinweis, dass ein solches Training die Diskrepanz zwischen Verfügbarkeit und Bedarf an KVT-I verringern könnte und Arbeitnehmer/innen in der Bewältigung von Schlafproblemen und damit assoziierten, verschiedenen anderen psychischen Beschwerden unterstützen könnte. Zukünftige Studien sollten die Ausweitung auf andere Berufsgruppen ebenso beinhalten wie die Untersuchung der Wirksamkeit der Intervention als poststationäre Maßnahme nach einer medizinischen Rehabilitation.

Förderung: Europäische Union, Unfallkasse Nordrhein-Westfalen

Literatur

- Cheng, S., Dizon, J. (2012): Computerised cognitive behavioural therapy for insomnia: a systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81. 206-216.
- Cropley, M., Zijlstra, F. (2011). Work and Rumination. In Langan-Fox, J., Cooper, L. (Hrsg.): *Handbook of Stress in the Occupations*. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing Ltd. 487-503.
- Fietze, I., Penzel, T. (2011): Schlafmedizinische Versorgung in Deutschland [Health care of sleep disorders in Germany]. *Bundesgesundheitsblatt*, 54. 1344-1349.
- Geurts, S., Sonnentag, S. (2006): Recovery as an explanatory mechanism in the relation between acute stress reactions and chronic health impairment. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 32. 482-492.
- Hasselhorn, H.M., Nübling, M. (2004): Arbeitsbedingte psychische Erschöpfung bei Erwerbstätigen in Deutschland [Work-related exhaustion in the working population of Germany]. *Arbeitsmedizin. Sozialmedizin. Umweltmedizin*, 39. 568-576.

Strategien der Reichweitensteigerung für internetbasierte Interventionen – Wie wirksam sind Patientenschulung und E-Mail-Reminder?

Schweier, R., Richter, C., Grande, G.

Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur Leipzig

Hintergrund

In den letzten Jahren lässt sich ein regelrechter Boom an internetbasierten Interventionen beobachten. Als Vorteile internetbasierter Interventionen werden die orts- und zeitunabhängige Verfügbarkeit der Angebote, der niederschwellige Zugang sowie die potentielle Kostenreduktion für das Gesundheitssystem angeführt (Griffiths et al., 2006). Doch obwohl die Ergebnisse zur Wirksamkeit einzelner Interventionen in kontrollierten Studien insgesamt vielversprechend sind (Kohl et al., 2013), kämpfen viele internetbasierte Projekte nach ihrer Veröffentlichung mit niedrigen Zugriffszahlen und hohen Absprungraten (Eysenbach, 2005).

Proaktive Strategien der Dissemination scheinen ein vielversprechender Ansatz, um diesem Problem zu begegnen (Schneider et al., 2013), sind aber bislang wenig erprobt. Getestet wurden deshalb der Effekt einer einstündigen Patientenschulung sowie der eines E-Mail-Reminders auf die Nutzung der sekundärpräventiven Internetplattform "lebensstil-aendern.de". Auf der Website berichten chronische Herz- und Rückenpatienten von ihren Strategien und Erfahrungen bei der Umsetzung und Aufrechterhaltung einer gesunden Lebensweise (Richter et al., 2013).

Methodik

Im Rahmen eines sequentiellen Kontrollgruppendesigns wurden insgesamt 700 Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen (M50-54) und koronarer Herzkrankheit (I20-24) aus sieben Reha-Einrichtungen eingeschlossen. Die Interventionsgruppe (n = 344) erhielt eine einstündige Schulung, in welcher das Internetportal www.lebensstil-aendern.de vorgestellt, ein Manual ausgeteilt und Fragen geklärt wurden. Vier Wochen nach der Patientenschulung erhielten alle Patienten, die eine E-Mail-Adresse angegeben hatten (n = 140), eine Erinnerung an die Intervention. Die Kontrollgruppe (n = 356) erhielt keine Intervention. Beide Gruppen füllten zu t1 während des Reha-Aufenthalts einen Fragebogen aus, in welchem der Gesundheitszustand, das gesundheitsbezogene Verhalten, die Änderungsmotivation sowie die Soziodemographie der Teilnehmer erhoben wurden. Der Fragebogen zu t2 enthielt einen zusätzlichen Fragenkomplex zur Nutzung der Website und wurde zwölf Wochen nach der Reha postalisch verschickt.

Ergebnisse

Das Durchschnittsalter der Teilnehmer in der Gesamtstichprobe betrug 52,91 Jahre (SD=9,01); die Geschlechterverteilung war ausgeglichen. Die kardiologischen Patienten (n = 277) waren im Durchschnitt älter (M=56,42 J.) und häufiger männlich (83,4 %), während die orthopädischen Patienten (n = 423) etwas jünger (M=50,64 J.) und eher weiblich (70,9 %) waren. Der Drop-Out betrug 15 %.

Die Patientenschulung als Mittel der Reichweitensteigerung erwies sich als erfolgreich. Von den Teilnehmern der Interventionsgruppen gaben fast zwei Drittel an, die Website zu kennen und über ein Drittel hatte die Website besucht. Jedoch gab so gut wie kein Teilnehmer

an, regelmäßiger Nutzer zu sein. Bei der Kontrollgruppe lag die Website-Nutzung im einstelligen Prozent-Bereich. Bei Teilnehmern, die nach der Schulung einen E-Mail-Hinweis auf die Website bekommen hatten, erhöhte sich die Bekanntheit der Website signifikant, nicht aber die Nutzung.

Soziodemographische Merkmale sowie die Veränderungsmotivation hatten keinen Einfluss auf die Nutzung. Rückenpatienten nutzen die Website etwas häufiger als Herzpatienten. Bei Rückenpatienten, die zu t2 eine höhere Schmerzintensität angaben, lag die Websitenutzung signifikant höher als bei Patienten mit weniger Schmerzen.

Diskussion

Die Patientenschulung hat vor allem zu einer Bekanntheitssteigerung der Website bei den Teilnehmern geführt. Sie reicht aber scheinbar nicht aus, um eine nachhaltige Motivation zur Nutzung unter Alltagsbedingungen herzustellen. Der E-Mail-Reminder trug zur Bekanntheit, aber nicht zur Nutzung bei. Damit repliziert sich das für internetbasierte Interventionen beschriebene "Law of Attrition" (Eysenbach, 2005). Der Einfluss der Diagnose und der Rückenschmerzintensität auf die Website-Nutzung deutet auf einen Effekt des Gesundheitszustandes auf die Nutzungsmotivation hin.

Schlussfolgerungen

Fördernde und hemmende Faktoren der Inanspruchnahme webbasierter Interventionsangebote für chronisch Kranke müssen besser verstanden werden als Voraussetzung wirksamer Methoden der Dissemination. Es sollten weitere Wege der Dissemination erprobt werden, die Patienten unter Alltagsbedingungen erreichen.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Eysenbach, G. (2005): The Law of Attrition. *Journal of Medical Internet Research*, 7 (1), e11.
- Griffiths, F., Lindenmeyer, A., Powell, J., Lowe, P., Thorogood, M. (2006): Why Are Health Care Interventions Delivered Over the Internet? A Systematic Review of the Published Literature. *Journal of Medical Internet Research*, 8 (2). e10.
- Kohl, L., Crutzen, R., de Vries, N. (2013): Online Prevention Aimed at Lifestyle Behaviors: A Systematic Review of Reviews. *Journal of Medical Internet Research*, 15 (7). e146.
- Richter, C., Schweier, R., Romppel, M., Grande, G. (2013): Erfolgreiche Peers als Modell. Ein internetbasiertes Unterstützungsangebot zur nachhaltigen Lebensstilmodifikation. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 23 (5). 283-291.
- Schneider, F., Schulz, D., Pouwels, L., de Vries, H., van Osch, L. (2013): The Use of a Proactive Dissemination Strategy to Optimize Reach of an Internet-Delivered Computer Tailored Lifestyle Intervention. *BMC Public Health*, 13 (1). 721.

ICD-Forum.de – Ein webbasiertes Programm zur psychosozialen Unterstützung von Patienten nach Implantation eines Implantierbaren Kardioverter Defibrillators

*Schulz, S.M. (1,2), Zniva, R. (1), Hammer, F. (1,3), Ritter, O. (1,3),
Bauer, W. (1,3), Pauli, P. (1,2)*

- (1) Deutsches Zentrum für Herzinsuffizienz Würzburg, Universitätsklinikum Würzburg,
- (2) Lehrstuhl für Psychologie I, Universität Würzburg,
- (3) Medizinische Klinik und Poliklinik I, Universitätsklinikum Würzburg

Hintergrund

Implantierbare Kardioverter Defibrillatoren (ICD) sind in der Behandlung von Patienten mit potentiell tödlichen ventrikulären Tachykardien oder Fibrillation zur Behandlung der Wahl avanciert (Bardy et al., 2005). Gegenüber diesem enormen medizinischen Erfolg tritt manchmal in den Hintergrund, dass viele Patienten auch psychische Probleme haben. Bis zu 87 % haben Angst, bis zu 38 % entwickeln eine klinische Angststörung, bis zu 30 % leiden an Depression (Bostwick, Sola, 2011; Crössmann et al., 2007). Prospektive Daten zeigen, dass eine hohe Rate von ICD-Schockabgaben Angst in ICD-Patienten begünstigt (Schulz et al., 2012), wobei andere Studien diesem Bild widersprechen (Bostwick, Sola, 2011). Der medizinischen Routineversorgung fehlt es an den notwendigen Ressourcen, um auf diese Probleme angemessen zu reagieren. Aufgrund der oft geringen Mobilität von ICD-Patienten und einem Mangel geeigneter Angebote vor Ort wie z. B. Selbsthilfegruppen oder Expertenrat empfehlen sich internetgestützte Angebote auch aufgrund erster Belege ihrer Wirksamkeit (Andrews et al., 2010) als ideale Ergänzung zu traditionellen psychosozialen Unterstützungsangeboten (Schulz, Pauli. 2011).

Methodik

Mit ICD-Forum.de wurde ein sechs-wöchiges webbasiertes Programm zur Prävention von Angst und Depression sowie zur Verbesserung der Lebensqualität von ICD-Patienten entwickelt. Es enthält technische und medizinische Informationen zum ICD, Anleitungen zur Selbsthilfe, die auf Modellen und Interventionen der kognitiven Verhaltenstherapie beruhen, sowie eine professionell moderierte virtuelle Selbsthilfegruppe. In einem multi-center, multidisziplinären, halb-offenen, teil-randomisierten kontrollierten klinischen Trial (ClinicalTrials.gov Identifier: NCT01589913) wird die Wirksamkeit von ICD-Forum.de an N=200 Patienten evaluiert. Patienten werden per Zufall entweder einer Gruppe zugeteilt, welche die übliche medizinische Nachsorge erhält, oder einer Gruppe, die zusätzlich an ICD-Forum.de teilnimmt. Demographische, explizite und implizite psychologische Maße u. a. für Angst, Depression und Lebensqualität sowie physiologische und medizinische Variablen werden bei Einschluss, vor und nach der Intervention sowie im 1-Jahres Follow-Up erhoben.

Ergebnisse

Die vorliegenden Daten zeigen eine typische Stichprobe von ICD-Patienten. Ein umfangreiches Screening von ICD-Patienten (N = 375) bestätigt, dass etwa ein Drittel der Patienten an den teilnehmenden Kliniken psychisch belastet ist. Im prä-post Vergleich der bereits durchgeführten Interventionsgruppen erscheint das Programm vielversprechend; Inhalte und

Gestaltung des Angebotes wurden sehr gut bewertet. Die Ergebnisse werden dem aktuellen Stand entsprechend überarbeitet präsentiert. Empfehlungen für die Gestaltung und Umsetzung vergleichbarer Programme werden diskutiert. Die Ergebnisse werden außerdem mit der einzigen vergleichbaren internationalen Studie (WEBCARE, NL) verglichen.

Schlussfolgerungen

ICD-Forum.de ist ein wegweisendes internetbasiertes Programm für ICD-Patienten. Die geringen Kosten sprechen für eine dauerhafte Nutzung als Ergänzung zu traditionellen Unterstützungsangeboten selbst bei geringen Fallzahlen oder kleinen Effekten.

Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), Förderkennzeichen: 01EO1004

Literatur

- Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M., McEvoy, P., Titov, N. (2010): Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis. *PLoS one*, 5. e13196.
- Bardy, G., Lee, K., Mark, D., Poole, J., Packer, D., Boineau, R., Domanski, M., Troutman, C., Anderson, J., Johnson, G., Mc Nulty, S., Clapp-Channing, N., Davidson-Ray, L., Franlo, E., Fishbein, D., Luceri, R. (2005): Amiodarone or an implantable cardioverter-defibrillator for congestive heart failure. *The New England Journal of Medicine*, 352. 225-237.
- Bostwick, J.M., Sola, C.L. (2011): An updated review of implantable cardioverter/defibrillators, induced anxiety, and quality of life. *Heart Failure Clinics*, 7 (1). 101-108.
- Crössmann, A., Pauli, P., Dengler, W., Köhlkamp, V., Wiedemann, G. (2007): Stability and cause of anxiety in patients with an implantable cardioverter-defibrillator: a longitudinal two-year follow-up. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 36. 87-95.
- Schulz, St. M., Massa, C., Grzbiela, A., Dengler, W., Wiedemann, G., Pauli, P. (2012): Implantable cardioverter defibrillator shocks are prospective predictors of anxiety. *Heart und Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2012.08.006>.
- Schulz, S.M., Pauli, P. (2011): Internettherapie für ICD-Patienten. *Herzschrittmachertherapie + Elektrophysiologie*, 22. 166-173.

Entwicklung eines konsentierten Kriterien-Sets zur Bewertung von Reha-Nachsorgeangeboten

Schramm, S., Himstedt, C., Deck, R.

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie,
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Lübeck

Hintergrund

Das Versorgungsangebot der existierenden Reha-Nachsorgemaßnahmen ist unübersichtlich, sowohl was die Indikationen und Inhalte als auch deren (bundesweite) Verfügbarkeit und Kostenregelung betrifft. Bislang fehlt eine systematische Sammlung und transparente Synopse. Deshalb bemühen wir uns derzeit am ISE um den Aufbau des webbasierten Zentrums Reha-Nachsorge (Schramm et al., 2011). Um die Bewertung der inkludierten Nachsorge-Angebote in Hinblick auf deren Qualität zu realisieren, wurde ein Set relevanter (indikationsübergreifender, allgemeingültiger) Qualitätskriterien entwickelt, denn die Qualität eines Versorgungsangebots kann nur dann objektiv bewertet werden, wenn eine allgemein akzeptierte Vorstellung von guter Qualität existiert, möglichst in Form von definierten Prüfkriterien (Geraedts et al., 2002).

Methodik

Für den methodischen Ablauf wurde das RAND/ UCLA-Verfahren (Fitch et al., 2001) adaptiert; es hat sich als international anerkannte, valide Methode in diesem Kontext etabliert (Campbell et al., 2003): Zur Vorbereitung des Starter-Sets wurden auf der Basis systematischer Recherchen (MEDLINE-Abfrage [am 08.02.2012 via PubMed], Handsuche, ZEFQ-Screening) zunächst potentielle Qualitätskriterien zur Bewertung der eingeschlossenen Reha-Nachsorgeprogramme aufgesucht und in eine Access-Datenbank überführt. Nach Aufbereitung (Bereinigung um Duplikate und redundante Inhalte) bestand die Aufgabe eines jeden Projektbeiratsmitglieds (n = 11) darin, jedes Item des Starter-Sets separat anhand einer Likertskala von 1-9 hinsichtlich der Bewertungskriterien "Relevanz", "Machbarkeit/ Praktikabilität" und "Eignung für die öffentliche Berichterstattung" zu bewerten. Zur interindividuellen Auswertung dienten a) der Median (Lagemaß) und b) die Kategorien Konsens/ Dissens (Streuungsmaß). Dissens lag definitionsgemäß vor, wenn jeweils 30 % der Bewertungen abweichend von der Kategorie/ Güteklasse des Medians in die gegenüberliegende Extremkategorie (1-3 bzw. 7-9) fielen und verwies auf Diskussionsbedarf im Panel (Konsensrunde 2,3). Alle Items, die nach Ablauf des Konsensprozesses als "relevant" und "machbar" galten sowie sich als für die öffentliche Berichterstattung "geeignet" erwiesen, sind Bestandteil des finalen Kriterien-Sets.

Ergebnisse

Die Ergebnisse des Konsensverfahrens sind in Abbildung 1 zusammengefasst: Aus 249 eingeschlossenen Volltexten wurden 3.603 potentiell relevante Kriterien extrahiert; nach Beendigung des Konsensprozesses resultierten 20 Originalkriterien. Items, die zwei oder mehrere Sachverhalte beinhalteten, wurden in Folge entsprechend zerlegt. Für alle Kriterien wurde eine neutrale Formulierung bevorzugt. Schlussendlich besteht das Final-Set zur qualitativen Bewertung von Reha-Nachsorgeangeboten aus 35 beschreibenden Kriterien, die 8 inhaltlichen Clustern (Allgemeines, Rahmenbedingungen, Ausstattung, Information, Konzeptqualität, interne und externe Qualitätssicherung sowie Vernetzung/ Ressourcen) zuzuordnen sind.

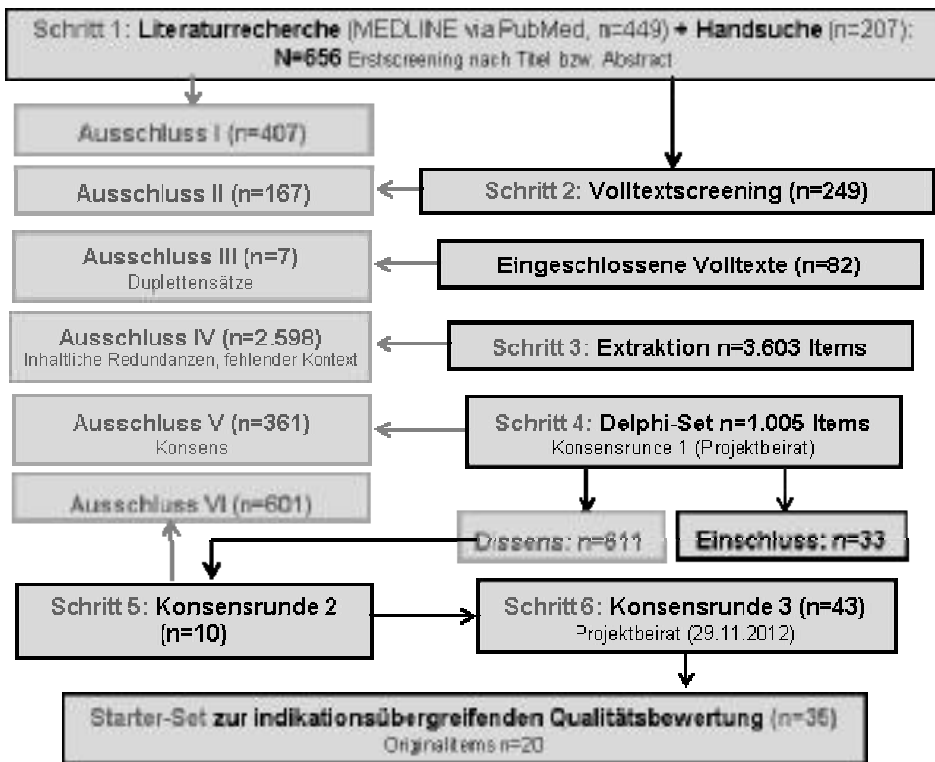


Abb. 1: ZeReNa-Konsensprozess – Ablauf und Ergebnisse

Schlussfolgerung/ Ausblick

Mit 35 Items ist ein handhabbares, allgemeingültiges Set zur Beschreibung der Struktur, Konzept- und Prozessqualität von Reha-Nachsorgeangeboten kreiert worden. Qualitätsindikatoren im klassischen Sinn (charakterisiert durch Zähler und Nenner) fanden sich nicht. Die aufgetretenen Probleme (z. B. Aufwand für die Mitglieder des Projektbeirats, Einschränkung auf Erhebungsebene) bei der Anwendung und Durchführung des Verfahrens sind durch den projektspezifischen Hintergrund bedingt. Inwieweit die Kriterien zur Optimierung der Versorgung beitragen können, bleibt abzuwarten.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Campbell, S.M., Braspenning, J., Hutchinson, A., Marshall, M.N. (2003): Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *BMJ* 326 (7393). 816-819.
- Fitch, K., Bernstein, S.J., Aguilar, M.D., Burnand, B., LaCalle, J.R., Lazaro, P., van het Loo, M., McDonnell, J., Vader, J., Kahan, J.P. (2001): The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual. Santa Monica: RAND 2001.
- Geraedts, M., Selbmann, H.K., Ollenschläger, G. (2002): Beurteilung der methodischen Qualität klinischer Messgrößen. *Z Ärztl Fortbild Qualitätssich*, 96. 91-96.

Ein-Jahres-Verlauf nach gestufter bewegungsorientierter Reha und Nachsorge (boRN) bei Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen und chronischem Rückenschmerz

Mattukat, K. (1), Golla, A. (1), Ehlebracht-König, I. (2), Kluge, K. (3), Mau, W. (1)

- (1) Institut für Rehabilitationsmedizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle
(2) Rehazentrum Bad Eilsen, (3) Teufelsbad Fachklinik Blankenburg

Hintergrund

Die medizinische Rehabilitation zielt durch bewegungstherapeutische Maßnahmen auf die Verbesserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes der Rehabilitanden. Zur Vermeidung einer Unter- bzw. Überforderung muss deren individuelle Leistungsfähigkeit berücksichtigt werden (Greitemann, Stein, 2005). Für die gezielte Belastungssteuerung im Rahmen gruppentherapeutischer Interventionen ist eine im Routineablauf von Rehabilitationseinrichtungen gut durchführbare Belastungsdiagnostik wünschenswert. Ein Schwerpunkt der boRN-Studie lag daher auf der Entwicklung eines einfach umsetzbaren Screenings der körperlichen Leistungsfähigkeit zur verbesserten Therapiesteuerung (Golla et al., 2013a).

Im Anschluss an eine Rehabilitationsmaßnahme gelingt es vielen Patienten nicht, die ärztlichen Empfehlungen und ihre eigenen positiven Absichten bzgl. regelmäßiger körperlicher Aktivität langfristig zu realisieren (Lippke, Schwarzer, 2007). Ganzheitliche Konzepte zur Motivationssteigerung und nachhaltigen Förderung körperlicher Bewegungsaktivitäten sind daher ein bedeutsamer Bestandteil von Rehabilitations- und Nachsorgemaßnahmen (Deck et al., 2009). Die Implementierung bewegungsbezogener Motivationsarbeit ins bewegungstherapeutische Gruppensetting, die gezielte Vorbereitung der Zeit nach der Rehabilitation sowie die Entwicklung und Evaluation eines Nachsorgekonzeptes unter Nutzung neuer Kommunikationsmedien bildeten daher einen weiteren Schwerpunkt der boRN-Studie (Golla et al., 2013b).

Die Intervention zielte insgesamt auf nachhaltige Verbesserungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, die langfristige Aufrechterhaltung von Bewegungsaktivitäten und einen verbesserten sozialmedizinischen Verlauf der Rehabilitanden gegenüber den Teilnehmern der Kontrollgruppe mit konventioneller muskuloskeletaler Rehabilitation.

Studiendesign

Im Förderschwerpunkt "Chronische Krankheiten und Patientenorientierung" wurden in einer multizentrischen prospektiven kontrollierten Studie mit sequenziellem Design Patientendaten im Ein-Jahres-Verlauf zu vier Messzeitpunkten erhoben (t1=Reha-Beginn, t2=Reha-Ende, t3=6 Monate nach Reha-Ende, t4=12 Monate nach Reha-Ende). Insgesamt 865 Rehabilitanden des Reha-Zentrums Bad Eilsen (BE) und der Teufelsbad Fachklinik Blankenburg (BL) mit nicht entzündlich-bedingten chronischen Rückenschmerzen (RS) oder entzündlich-rheumatischen Erkrankungen (chronische Polyarthritiden [cP] bzw. Spondyloarthritiden [SpA]) wurden in der ersten Projektphase einer Kontrollbedingung (KG) bzw. nach anschließender Implementierung des neuen Behandlungsprogramms einer Interventionsbedingung (IG) zugewiesen.

Aktuell liegen vollständige Datensätze (Fragebogen: t1-t4) von 423 Rehabilitanden vor (KG: n=253, IG: n=170): 48 % Frauen, Alter: M=50 (\pm 8) Jahre, Diagnosen: 60 % RS (ICD-10: M51-M54), 28 % cP (ICD-10: : M05-M07) und 12 % SpA (ICD-10: M45-M46), Krankheitsdauer: M=8 (\pm 7) Jahre, Klinik: 26 % BL, 74 % BE, 75 % soziale Mittelschicht, 92 % erwerbstätig, Lebensqualität (SF-12): körperlich: M=36 \pm 9, psychisch: 43 \pm 12, HADS-D: auffällig depressiv: 29 %, auffällig ängstlich: 28 %.

Ergebnisse

Ein Jahr nach Reha-Ende berichteten alle Probanden eine verbesserte körperliche Funktion (Hauptzielgröße: Körperliche Rollenfunktion [SF-36]) ($p < 0,001$), weniger Schmerzen (NRS: 0-10) ($p < 0,001$), geringere Depressions- ($p < 0,05$) und Angstwerte ($p < 0,01$) sowie weniger AU-Tage als im Vorjahr ($p < 0,05$).

Nach Kontrolle der Baselineunterschiede zwischen KG und IG (Jahreszeit der Rehabilitation und körperliche Belastung der beruflichen Tätigkeit) sowie Alter, Geschlecht, Diagnose, Klinik und Sozialstatus zeigten sich signifikante Interaktionseffekte (Zeit x Studiengruppe) bzgl. der körperlichen Alltagsaktivität und der Aufrechterhaltungsselbstwirksamkeit (je $p < 0,05$): Während die KG zu t4 weniger Alltagsaktivitäten und eine geringere Selbstwirksamkeit gegenüber t1 berichtete, hatte sich die IG in beiden Bereichen deutlich verbessert. Von den gruppenübergreifenden Zeiteffekten blieb die verbesserte körperliche Rollenfunktion (SF-36) signifikant ($p < 0,05$).

Diskussion

Die vorläufigen Ergebnisse der 12-Monats-Katamnese zeigen in beiden Gruppen verschiedene nachhaltige Verbesserungen. Die gegenüber der bereits inhaltsreichen konventionellen Rehabilitation durchgeführten Studieninterventionen zeigen geringe zusätzliche Effekte im Bereich der körperlichen Alltagsaktivität und Bewegungsmotivation. Abschließende Ergebnisse unter Einschluss aller Rückläufer zu t4 und nach Datenkontrolle sind im 1. Quartal 2014 zu erwarten. Darüber hinaus werden die im Projekt integrierten Interventionsbestandteile sowie die in diesem Zusammenhang erzielten Produkte (z. B. Nachsorge-App, Motivationsmaterialien), deren Evaluation durch die Rehabilitanden und deren Wert für die rehabilitative Versorgung dargestellt.

Förderung: Im gemeinsamen Förderschwerpunkt "Chronische Krankheiten und Patientenorientierung" von BMBF, Kranken- und Rentenversicherung.

Literatur

- Golla, A., Mattukat, K., Ehlebracht-König, I., Kluge, K., Pfeifer, K., Mau, W. (2013a): Entwicklung eines Screeningverfahrens der körperlichen Leistungsfähigkeit für die Intensität der Bewegungstherapie in der orthopädisch-rheumatologischen Rehabilitation. DRV-Schriften, Bd 101. 356-358.
- Golla, A., Mattukat, K., Hoffmann, R., Ehlebracht-König, I., Kluge, K., Mau, W. (2013b): Nutzung vorrangig neuer Kommunikationstechnologien und der "boRN-App" zur Umsetzung einer patientenzentrierten bewegungsorientierten Nachsorge. DRV-Schriften, Bd 101. 59-61.
- Greitemann, B., Stein, V. (2005): Rehabilitation in Orthopädie und Unfallchirurgie. Heidelberg: Springer.
- Lippke, S., Schwarzer, R. (2007): Maßgeschneiderte Gesundheitsförderung in der Rehabilitation. In: Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation – Fachgruppe der Sektion Klinische Psychologie im Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (Hrsg.): Motivation und Lebensstiländerung – Strategien und Konzepte. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag. 15-29.
- Deck, R., Hüppe, A., Art, A. C. (2009): Optimierung der Rehabilitationsnachsorge durch eine längerfristige Begleitung der Rehabilitanden – Ergebnisse einer Pilotstudie. Die Rehabilitation, 48, 1. 39-46.

Intensivierte medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitationsnachsorge: Ergebnisse der randomisiert kontrollierten Multicenter-Studie

Briest, J., Bethge, M.

Klinik für Rehabilitationsmedizin, Medizinische Hochschule Hannover

Hintergrund

Die Intensivierte medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitationsnachsorge (IMBORENA) ergänzt die herkömmliche Intensivierte Rehabilitationsnachsorge (IRENA) um die vier Module Arbeitsplatzbezogenes Training, berufsbezogene psychosoziale Gruppen, Sozialberatung und Entspannungsverfahren (Briest, Bethge, 2013). Bei der Teilnahme an einer IMBORENA sollten mindestens drei der vier Module mit einer für jedes Modul definierten zeitlichen Mindestdosis wahrgenommen werden (Mindestumfang 435 Minuten). Die spezifischen Angebote der IMBORENA ersetzen dabei einen Teil der herkömmlichen IRENA (24 Termine je 90 bis 120 Minuten). Ziel der von uns durchgeführten Studie war die Überprüfung der Wirksamkeit der IMBORENA im Vergleich zur herkömmlichen IRENA.

Methodik

Die Wirksamkeit der IMBORENA wurde in einer randomisiert kontrollierten Multicenter-Studie überprüft (DRKS-ID: DRKS00003360). Teilnehmer wurden in 11 ambulanten Rehabilitationszentren rekrutiert. Die Interventionsgruppe erhielt die IMBORENA, die Kontrollgruppe die IRENA. Schriftliche Befragungen wurden am Beginn der Nachsorge (T1) und sechs Monate später (T2) durchgeführt. Eingeschlossen wurden erwerbstätige orthopädische Re-

habilitanden im Alter von 18 bis 65 Jahren mit a) mindestens 3-monatiger Arbeitsunfähigkeit im Jahr vor Beginn der Rehabilitation oder b) aktueller Arbeitsunfähigkeit am Nachsorgebeginn oder c) ungünstiger subjektiver Erwerbsprognose.

Primäre Zielgröße war der Work Ability Index (WAI) (Ilmarinen, 2007). Sekundäre Zielgrößen waren unter anderem die Skalen des SF-36 und die Arbeitsunfähigkeitsdauer.

Ergebnisse

Etwa die Hälfte (55 %) der 307 Studienteilnehmer war weiblich (Durchschnittsalter 46,5 Jahre; SD = 10,2). Im Durchschnitt waren die Studienteilnehmer vor ihrer Rehabilitation 9,4 Wochen arbeitsunfähig (SD = 4,7). 241 Personen (78,5 %) nahmen an der Befragung zu T2 teil.

Die Behandlungsgenauigkeit der IMBORENA entsprechend des definierten Leistungsumfangs war lediglich moderat. 66,2 % der IMBORENA-Patienten erhielten mindestens 75 % der definierten minimalen Gesamtdosis. Die Behandlungsgenauigkeit variierte auf Klinikenebene stark. Lediglich in sechs der elf teilnehmenden Rehabilitationszentren wurden im Mittel mindestens 75 % der definierten minimalen Gesamtdosis erbracht und sowohl das arbeitsplatzbezogene Training als auch die psychosozialen Module substantiell abgebildet.

Beide Gruppen erreichten eine moderate Verbesserung auf dem WAI. Der Zwischengruppeneffekt zugunsten der IMBORENA war marginal und nicht signifikant (Standardisierte Mittelwertdifferenz [SMD] = 0,01; $p = 0,921$). Die Arbeitsunfähigkeitsdauer verringerte sich in beiden Behandlungsgruppen deutlich (IMBORENA: Standardisierte Effektstärke [SES] = 1,38; IRENA: SES = 1,21), allerdings in vergleichbarer Höhe (SMD = 0,12; $p = 0,371$). Die Chance einer stabilen beruflichen Wiedereingliederung (erwerbstätig und innerhalb der letzten 3 Monate höchstens 1 Woche arbeitsunfähig) war für die IMBORENA etwas, aber nicht signifikant günstiger (OR = 1,69; $p = 0,081$). In beiden Behandlungsgruppen waren insbesondere auf der körperlichen Rollenfunktionsskala und der Schmerzskala des SF-36 deutliche Verbesserungen beobachtbar. Allerdings zeigten sich nur marginale und nicht signifikante Effekte zugunsten der IMBORENA. In jenen Kliniken, die das Anforderungsprofil konsequent umgesetzt hatten, waren die Effekte insgesamt günstiger, blieben aber auf geringem Niveau.

Die durchgeführten Moderatoranalysen zeigten, dass die Behandlungseffekte für stärker belastete Patienten, z. B. Personen mit geringen Werten auf dem WAI, höher ausgeprägt waren. Stark beeinträchtigte Personen erreichten in der IMBORENA signifikant günstigere Ergebnisse als in der IRENA (körperliche Funktionsfähigkeit: SMD = 0,32; $p = 0,031$; Arbeitsunfähigkeitsdauer: SMD = 0,41; $p = 0,020$).

Schlussfolgerung

Die IMBORENA führte nicht zu günstigeren Behandlungsergebnissen. Die Behandlungsgenauigkeit bei der Umsetzung der IMBORENA war trotz der vorangegangenen Implementierungsphase lediglich moderat; v. a. der multimodale Ansatz wurde in einigen Rehabilitationszentren nicht ausreichend berücksichtigt. Zum jetzigen Zeitpunkt liefert die Studie keinen Nachweis dafür, dass sich durch die Dissemination der IMBORENA die Ergebnisse der Rehabilitationsnachsorge verbessern lassen. Allerdings deuten die Ergebnisse auch an, dass

stark beeinträchtigte Rehabilitanden insbesondere bei konsequenter Umsetzung der IMBO-RENA durchaus günstigere Ergebnisse erreichen können als in der herkömmlichen IRENA.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

Briest, J., Bethge, M. (2013): Präferenzen für berufsorientierte Interventionen in der Rehabilitationsnachsorge: Ergebnisse einer Befragung in ambulanten Rehabilitationseinrichtungen. *Phys Med Rehab Kuror*, 23. 161-166.

Ilmarinen, J. (2007): The Work Ability Index (WAI). *Occup Med (Lond)*, 57. 160.

Flexibilisierte Nachsorge für Rehabilitanden mit unterschiedlichen Belastungsprofilen

Walther, A.L., Deck, R.

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck

Hintergrund

Das Nachsorgekonzept "Neues Credo" fokussiert auf eine längerfristige begleitete Eigeninitiative des Rehabilitanden über einen Zeitraum von 12 Monaten (Deck et al., 2012; Deck et al., 2009). Rehabilitanden, die mit geringen gesundheitlichen Beeinträchtigungen die Rehabilitation erreichen, können jedoch nicht in optimaler Weise von dieser Nachsorgestrategie profitieren (Deck et al., 2013). Es stellt sich die Frage, ob ein flexibilisiertes Nachsorgeangebot angepasst an die jeweiligen Ausprägungen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zielführender bzw. ausreichend ist. Demzufolge erhalten Rehabilitanden, die bei Rehabilitationsbeginn geringe Beeinträchtigungen aufweisen, ein reduzierteres Nachsorgeangebot als Personen mit mittleren oder starken Beeinträchtigungen.

Methodik

Die flexibilisierte Nachsorge wurde in einer prospektiven Längsschnittstudie in zwei Rehabilitationskliniken in Schleswig-Holstein mit Hilfe einer historischen Kontrollgruppe evaluiert. Eingeschlossen wurden Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen (M51-M54 nach ICD-10).

Zu Beginn der Reha wurden die Studienteilnehmer auf Grundlage der Beeinträchtigungen der Teilhabe (IMET) und der Funktionsbehinderungen im Alltag (FFBH-R) in zwei Gruppen eingeteilt: Rehabilitanden mit relevanten Einschränkungen (FFBH-R <80 und IMET \geq 10) durchliefen das komplette Nachsorgeprogramm gemäß des Neuen Credo (Deck et al., 2012). Studienteilnehmer ohne relevante Beeinträchtigungen erhielten ein reduziertes Nachsorge-Angebot.

Die Evaluation erfolgte durch schriftliche Befragung zu drei Messzeitpunkten, zu Beginn und am Ende der Reha sowie 12 Monate nach Rehabilitationsende. Als primäre Zielvariablen wurden Einschränkungen der Teilhabe (IMET) und Funktionsbehinderung im Alltag (FFBH-R) definiert. Verschiedene Skalen der subjektiven Gesundheit wurden als sekundäre Zielvariablen erhoben. Die Auswertung der Langezeiteffekte erfolgte deskriptiv (Kreuztabellen)

und multivariat (Varianzanalysen mit Messwiederholung), gegebenenfalls wurde für einzelne soziodemografische Variablen adjustiert.

Ergebnisse

Nach Abschluss der Studie liegen die kompletten Daten von 195 Rehabilitanden der IG vor (Teilnahmequote 69 %). Davon wiesen 114 Rehabilitanden (59 %) relevante und 81 Rehabilitanden (41 %) geringe Beeinträchtigungen auf. Die Dropoutquote lag bei 31 % bzw. bei 19 %. Die beiden Substichproben der IG unterscheiden sich hinsichtlich Alter, Geschlecht, Schulbildung und beruflicher Stellung nicht signifikant voneinander. Die Anteile der beiden Beeinträchtigungsgruppen in der KG waren vergleichbar mit denen der IG (57 % vs. 43 %).

12 Monate nach Reha zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Beeinträchtigungsgruppen der IG hinsichtlich der Nutzung von verschiedenen Präventionsangeboten (Sportverein, Fitness-Studio, Ausdauertraining). Rehabilitanden mit dem umfangreichen als auch mit dem reduzierten Nachsorgeprogramm sind im Katamnesezeitraum gleichermaßen körperlich aktiv.

Beide Subgruppen profitieren von der Reha-Maßnahme, die Rehabilitanden mit relevanten Beeinträchtigungen kurz- und langfristig erwartungsgemäß stärker als die Rehabilitanden mit geringen Beeinträchtigungen.

Beim Vergleich von Rehabilitanden mit relevanten Beeinträchtigungen zwischen IG und KG ergibt sich im Langzeitverlauf über 12 Monate ein signifikanter Unterschied in den primären und allen sekundären Outcomeparametern zum Vorteil der IG ($p < 0.01$).

Der Langzeitverlauf von Rehabilitanden ohne relevante Beeinträchtigungen in der IG und KG ergibt für eines der beiden primären Outcomes (IMET) und für zwei der vier sekundären Outcomes (Allgemeinbeschwerden und katastrophisierende Kognitionen) deutliche Unterschiede, die statistische Signifikanz wird mit Ausnahme der katastrophisierenden Kognitionen knapp nicht erreicht.

Diskussion und Schlussfolgerung

Dass auch Rehabilitanden mit geringen Beeinträchtigungen bzw. generell geringem Reha-Bedarf die Reha erreichen, ist bekannt. Vor diesem Hintergrund wurde das Nachsorgeangebot flexibilisiert. Der geringere Umfang an Nachsorgeleistungen hat keinen negativen Einfluss auf die Reha-Ergebnisse. Für die Rehabilitanden der IG ergeben sich trotzdem, zumindest tendenziell, bessere Langzeiteffekte.

Als versorgungsrelevantes Ergebnis kann aus dieser Studie abgeleitet werden, dass nicht alle Rehabilitanden für eine erfolgreiche Nachsorge jedes zur Verfügung stehende Unterstützungsangebot benötigen. Für Rehabilitanden mit geringeren gesundheitlichen Beeinträchtigungen ist ein reduziertes Nachsorgeprogramm ausreichend, während Rehabilitanden mit hohen gesundheitlichen Einschränkungen von einem intensiven Nachsorgeprogramm profitieren. Es ist zu überlegen, ob eine solche Flexibilisierung auch in anderen Therapiebereichen der Rehabilitation möglich wäre.

Aus der Perspektive der Forschung lässt sich vermuten, dass die häufig berichteten mittleren Erfolge der Reha auf diese unterschiedliche Zusammensetzung von Rehabilitandenstichproben zurückgeführt werden können.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Deck, R., Schramm, S., Hüppe, A. (2012): Begleitete Eigeninitiative nach der Reha ("Neues Credo") – ein Erfolgsmodell? Die Rehabilitation, 51. 316-325.
- Deck, R., Hüppe A., Arlt, C. (2009): Optimierung der Rehabilitationsnachsorge durch eine längerfristige Begleitung der Rehabilitanden – Ergebnisse einer Pilotstudie. Die Rehabilitation, 38. 39-46.
- Deck, R., Schramm, S., Hüppe, A. (2013): Unterschiedliche Belastungsprofile – Kann und soll die Reha flexibilisiert werden? DRV-Schriften, Bd 101. 72-74.

Evaluierung der Ergebnisse der Intensivierten Rehabilitationsnachsorge (IRENA) bei Patienten mit Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates

Erler, K., Janke, D., Heyne, A.

Gräfliche Kliniken Ambulantes Reha Zentrum Jena GmbH & Co. KG

Hintergrund

Die unbefriedigende Nachhaltigkeit von Rehabilitationsergebnissen erfordert die Optimierung von Nachsorgeangeboten. Die Intensivierte Rehabilitationsnachsorge (IRENA) wird als eines dieser Konzepte favorisiert und zeigt gute Ergebnisse (Lamprecht, 2011, 2012; Erler, 2011, 2012, 2013). Ziel der Studie war die Evaluierung der Ergebnisse der IRENA bei Patienten mit Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates.

Methode

Insgesamt wurden 1.000 Patienten, die eine IRENA in der Moritz Klinik Bad Klosterlausnitz mit mehr als 10 Behandlungstagen absolviert hatten, in die Studie einbezogen. Mittels verschiedener Assessmentverfahren wurden jeweils zu Beginn und am Ende der IRENA Daten zur Lebensqualität (SF 36) und zur indikationsspezifischen funktionellen Leistungsfähigkeit (Lequesne-Index, DASH, FfbH-R) sowie soziodemographische und patientenspezifische Daten erhoben.

Ergebnisse

Die Patienten erreichten im Untersuchungszeitraum eine signifikante Steigerung in der physischen Summenskala (Wilcoxon-Test, $p=0,01$; Effektstärke: $d= 0,49$) als auch in der psychischen Summenskala des SF 36 (Wilcoxon-Test, $p=0,01$; Effektstärke: $d= 0,13$).

Ihre funktionelle Leistungsfähigkeit konnten die Patienten der Gruppen 1 (Knie), 2 (Hüfte), 3 (Schulter), 6 (LWS/OP) und 7 (LWS) signifikant verbessern (WILCOXON-Tst $p=0,05$ bzw. $p=0,01$). Die hinsichtlich der Verbesserung der funktionellen Leistungsfähigkeit erzielten Effektstärken lagen zwischen 0,02 (Gruppe 9: HWS) und 0,86 (Gruppe 3: Schulter).

Die Zahl der arbeitsfähigen Patienten erhöhte sich von 18,2 % am Anfang der IRENA auf 76,7 % am Ende der IRENA.

Insgesamt beurteilten die untersuchten Patienten, dass ihnen die IRENA viel (81,5 %), wenig (18,4 %) oder gar nichts (0,1 %) gebracht habe.

Diskussion

Die Verbesserungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der indikationsspezifischen funktionellen Leistungsfähigkeit bei Patienten mit Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates sowie die Abnahme der Zahl der arbeitsunfähigen Patienten im Verlauf der IRENA zeigen, dass die IRENA als Nachsorgemaßnahme zur Sicherung der Rehabilitationsergebnisse beitragen kann. Nachsorge ist wichtig und lohnt sich.

Literatur

- Erlor, K., Heyne, A., Brückner, L. (2011): Evaluierung der Ergebnisse der IRENA bei orthopädischen Patienten. DRV-Schriften Band 93, "Nachhaltigkeit durch Vernetzung". 32-33.
- Erlor, K., Heyne, A., Neumann, U. (2012): Vergleich der Lebensqualität und der funktionellen Leistungsfähigkeit von Teilnehmern an einer IRENA-Maßnahme und Nicht-Teilnehmern. DRV-Schriften, Bd 98. 34-35.
- Erlor, K., Heyne, A., Neumann, U. (2013): Ergebnisse zur Nachhaltigkeit der Intensivierten Rehabilitationsnachsorge – IRENA. DRV-Schriften, Bd 101. 55-56.
- Lamprecht, J., Behrens, J., Mau, W., Schubert, M. (2011): Das Intensivierte Rehabilitationsnachsorgeprogramm (IRENA) der Deutschen Rentenversicherung Bund – Berufsbegleitende Inanspruchnahme und Veränderungen berufsbezogener Parameter. Die Rehabilitation, 50. 186-194.
- Lamprecht, J., Behrens, J., Mau, W., Schubert, M. (2012): Das Intensivierte Rehabilitationsnachsorgeprogramm (IRENA) der Deutschen Rentenversicherung Bund: Therapiegeschehen und Ein-Jahres-Verlauf gesundheitsbezogener Parameter bei Rehabilitanden mit muskuloskelettalen Erkrankungen. Phys Med Rehab Kuror, 22. 253-257.

Nachhaltigkeit der Rauchfreiheit von Patienten, die im Anschluss an eine kardiologische Rehabilitationsmaßnahme am SeKoNa-Nachsorgeprogramm teilnehmen – Katamnese nach einem Jahr

Thönes, P.

Klinik Roderbirken der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, Leichlingen

Hintergrund und Fragestellung

In der Rehabilitationsforschung ist die Frage der Nachhaltigkeit im Laufe der letzten Jahre zunehmend in den Blickpunkt gerückt. Es wird immer bedeutsamer, ob bzw. wie weit der Rehabilitand das erarbeitete Gesundheitsverhalten in den Alltag transferieren und aufrecht erhalten kann. In der kardiologischen Reha gilt dies im Besonderen für die Nikotinentwöhnung. Was wird aus dem "frischen" Nichtraucher, wenn er in sein gewohntes Umfeld zurückkehrt und den ersten Belastungsproben ausgesetzt ist?

Methodik

Dies ist eine deskriptive Erhebung ohne Kontrollgruppe.

Das SeKoNa-Nachsorgeprogramm der Klinik Roderbirken (SeKoNa = Sekundärprävention bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit durch Anschlussheilbehandlung und anschlie-

ßender konzeptintegrierter Nachsorge) (Mayer-Berger et al., 2012) wurde analog zur randomisierten Studie (2004 bis 2008) Ende 2011 in das Routineprogramm der Rehabilitationsklinik eingeführt. Es gibt einen Einblick in den weiteren Umgang mit den gesundheitlichen Risikofaktoren (z. B. Fehlernährung, Bewegungsmangel, inadäquates Stressmanagement, Rauchverhalten) nach der Rehabilitationsmaßnahme.

SeKoNa-Programm

Einschlusskriterien: < 58 J., KHK, ca. 25 Patien(inn)en/Monat

- tel. Abfrage des Rauchstatus 1, 2, 3, 6, 9, 12 Monate nach Entlassung (bis 36. Monat)
- 6 Monate nach Entlassung amb. Reha-Tag mit erneuten Schulungen

Abgefragt wurden bisher die SeKoNa- Patienten von Juli 2011 bis September 2012, die mindestens bis zum 6. Telefonat mitgemacht haben. Dies waren 266 Patienten.

In einem Zusatzbogen werden auch die Rauchgewohnheiten erhoben.

1. Teilnahme am Raucherentwöhnungsprogramm der Klinik Roderbirken
2. Status bei der Entlassung
3. Status 12 Monate nach der Entlassung
4. Rauchverhalten der "Noch-Raucher" (1 – 5; 6 – 10; >10 Zig.)

Die Aussagen über das Gesundheitsverhalten basieren auf der Auswertung der im Telefonkontakt erhobenen Daten. Bis Ende Oktober 2013 wurden in das SeKoNa-Programm der Klinik Roderbirken insgesamt 266 Patienten aufgenommen.

Gerade beginnende Nicht-Raucher und Noch-Raucher nahmen routinemäßig am mehrdimensionalen Tabakentwöhnungsprogramm - orientiert am Rauchfreiprogramm für den stationären Rehabilitationsaufenthalt IFT, München 2009 - teil. Dies umfasst neben Gruppensitzungen (à 10 Patienten) einen Vortrag mit medizinischem Schwerpunkt, eine Ernährungsberatung (u. a. wegen der Gewichtszunahme) und zusätzliche Einzelsitzungen zur Unterstützung der Motivation – falls vom Patienten gewünscht. Die Klinik Roderbirken ist silberzertifiziert im Deutschen Netz rauchfreier Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (DNRFK).

Ergebnisse

Bei der klinikinternen Befragung (2012) verließen von 847 an der Raucherentwöhnung teilgenommenen Rehabilitanden 305 (36 %) die Klinik rauchfrei. Über das weitere Rauchverhalten nach der Reha gibt es keine Daten.

Die Erhebungen des SeKoNa-Programms geben nun Einblick in das Rauchverhalten nach der Reha (Tabelle 1):

152 Patienten waren vor der Erkrankung Raucher. 84 % (127) Patienten nahmen am Raucherentwöhnungsprogramm teil. Bei der Entlassung rauchten 31 % (47) Patienten noch, 69 % (105) waren "gerade beginnende Nichtraucher". Im Rahmen der routinemäßigen Telefonkontakte wurden die Patienten nach einem Jahr erneut bezüglich ihrer Rauchgewohnheiten befragt.

34 % (52) Patienten rauchten nach 12 Monaten weiterhin bzw. wieder, 66 % (100) Patienten rauchten auch nach 12 Monaten noch nicht.

	in %	absolut
Anzahl Raucher	100 %	152
Teilnahme Rauchentwöhnung	84 %	127
Raucher bei Entlassung	31 %	47
Nichtraucher bei Entlassung	69 %	105
Raucher nach 12 Monaten	34 %	52
Nichtraucher nach 12 Monaten	66 %	100

Tab. 1: Rauchverhalten nach der Reha

Fazit

Die nahezu gleichbleibenden Ergebnisse der Rauchfreiheit (69 → 66 %) nach 12 Monaten zeigen, dass bei Teilnehmern des SeKoNa-Nachsorgeprogramms der Rehabilitationsprozess mit der Entlassung nicht abgeschlossen ist. Es gelingt ein stärkerer Alltagstransfer der während der Reha erlernten gesundheitsförderlichen Lebensweise und es trägt zur Verstetigung und Weiterentwicklung des Therapieerfolgs bei. Die regelmäßigen Impulse im Rahmen des Programms fördern die Nachhaltigkeit der in der Reha erreichten Raucherentwöhnung und haben zusätzlich einen stabilisierenden Charakter.

Literatur

- Mayer-Berger, W., Simic, D., Mahmoodzad, J., Burtscher, R., Kohlmeyer, M., Schwitalla, B., Redaelli, M. (2012): Efficacy of a long-term secondary prevention programme following inpatient cardiovascular rehabilitation on risk and health-related quality of life in a low-education cohort: a randomized controlled study. *European Journal of Preventive Cardiology*. DOI: 10.1177/2047487312465526.
- Mittag, O., China, C., Hoberg, E., Juers, E., Kolenda, K.D., Richardt, G., Maurischat, C., Raspe, H. (2006): Outcomes of cardiac rehabilitation with versus without a follow-up intervention rendered by telephone (Luebeck follow-up trial) overall and gender-specific effects. *International Journal of Rehabilitation Research*, 29. 295-302.
- Karoff, M., Held, K., Bjarnason-Wehrens, B. (2007): Cardiac rehabilitation in Germany. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 14. 18-27.

Untersuchung der Wirksamkeit der Nachsorgekonzepte IRENA und EvoCare-Teletherapie bei Patienten mit Erkrankungen des Bewegungsapparates in Bezug auf körperliche Parameter

*Schellenberger, M. (1), Dittrich, M. (3), Eichner, G. (3), Kleist, B. (3),
Schupp, W. (2), Beyer, W.F. (3)*

(1) Deutsches Telemedizin Zentrum (DTZ) e. V., Nürnberg,

(2) m&i Fachklinik Herzogenaurach,

(3) Orthopädie-Zentrum Bad Füssing der Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd

Hintergrund

Im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation können Leistungen zur Rehabilitationsnachsorge sinnvoll sein, um einerseits die positiven Effekte der Rehabilitationsleistung zu verfestigen und zu stabilisieren sowie andererseits individuelle gesundheitsbezogene Verhaltens- und Lebensstiländerungen in den Alltag zu integrieren. Primär dienen die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Nachsorge der Deutschen Rentenversicherung (DRV) dem dauerhaften Erhalt der Erwerbsfähigkeit (Lamprecht et al., 2011a; 2011b).

Jedem Patienten sind individuelle Nachbehandlungsempfehlungen zu geben, z. B. ein häusliches Trainingsprogramm zur Fortsetzung des in der Rehabilitation Erlernten. Ziel ist es, die Nachhaltigkeit des Rehabilitationseffektes zu verbessern. Dafür ist die Qualität der Nachsorge sicherzustellen. Nachsorgekonzepte der Rentenversicherer sollten entsprechend Anwendung finden, z. B. das Nachsorgekonzept der Deutschen Rentenversicherung Westfalen, IRENA (Fischer et al., 2007).

In einer Phase wachsenden Qualitätsanspruchs bei gleichzeitig limitierendem Kostendruck in der Rehabilitation sind innovative Konzepte gefragt, die unter Nutzung moderner informations- und kommunikationstechnischer Möglichkeiten für die Patienten einen nachhaltigen Erfolg versprechen, der zumindest das Niveau traditioneller Behandlungsformen erreicht. Tele-Rehabilitation bietet hier prinzipiell (Teil-) Lösungen an. Die für den Einsatz in der orthopädischen Rehabilitation entwickelte EvoCare-Teletherapie (ECT) ermöglicht Patienten ein multimediales Real-Time-Training ausgewählter rehabilitationsrelevanter motorischer Fähigkeiten und die Kommunikation mit einem Therapeuten. ECT erlaubt die Konfiguration der Trainingsprogramme und die begleitende Analyse des Trainings anhand objektiver und subjektiver Daten. Der Datentransfer erfolgt telematisch, so dass die ECT prinzipiell in allen Stadien der Rehabilitation eingesetzt werden kann (Eisermann et al., 2004).

Patienten, die nach der Rehabilitation in den Alltag zurückkehren, weisen Schwierigkeiten bei der Organisation ihrer Aktivitäten im Alltag auf (Gerdes et al., 2005; Köpke, 2004). Die vergleichende Untersuchung der Wirksamkeit der Nachsorgekonzepte IRENA und EvoCare-Teletherapie ist Gegenstand der Beurteilung des folgenden Beitrags.

Methodik

Es handelt sich um eine prospektive multizentrische Kohortenstudie im Prä-/Post-Design mit drei Messzeitpunkten (t 1 Reha-Ende, t 2 Ende der Nachsorgemaßnahme, t 3 sechs Monate nach Ende der Nachsorgemaßnahme), in der die Wirksamkeit der Nachsorgekonzepte IRENA (KG) und EvoCare-Teletherapie (IG) bei Patienten überprüft wurde, die wegen Krankheiten des Haltungs- und Bewegungssystems eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme der DRV Bayern-Süd erhalten hatten. Die Auswahl der Assessments richtete sich nach der bio-psycho-sozialen-Modelltheorie (Nagel et al., 2002), mit Anwendung folgender Fragebögen: modifizierter Schmerzfragebogen nach von Korff, Selbsteinschätzungsskala der Lebensqualität EQoL 5D (EuroQoL Group, 1990), Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand SF-12 und Zufriedenheit modifiziert ZUF-8. Die Erhebung der Daten zu den Zeitpunkten t 2 und t 3 wurde postalisch durchgeführt. Für die Studie wurden nach Einwilligung Patienten aus den Rehabilitationseinrichtungen der Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd eingeschlossen. Die Zuordnung in die jeweilige Teilnehmergruppe wurde durch die Präferenz der Patienten durchgeführt.

Intervention

Die IRENA Nachsorge wird in dafür zugelassenen wohnortnahen Einrichtungen in Form von Gruppentherapien und MTT-Therapien durchgeführt. Es wird von einer maximalen Dauer von sechs Monaten ausgegangen, in der eine maximale Anzahl von 24 Therapieeinheiten durchgeführt werden muss. Die EvoCare-Teletherapie wird von Teilnehmern zu Hause unter telematischer Supervision eines Physiotherapeuten durchgeführt. Die maximale Anzahl der Therapieeinheiten lag ebenfalls bei 24. Auf Grund der zeit- und ortsungebundenen Situation der EvoCare-Teletherapie-Teilnehmer können diese Einheiten in einem kürzeren Zeitraum absolviert werden, eine direkte zeitliche Parallelität zu IRENA ist daher nicht gegeben.

Ergebnisse

Die Interventionsgröße wurde mit 175 Teilnehmern pro Gruppe vorgesehen. Der Rekrutierungsverlauf umfasste zum Zeitpunkt t 1 276 Rehabilitanden (KG: n=129; IG: n=147), zum Zeitpunkt t 2 156 Rehabilitanden (KG: n=74; IG: n=82) und zum Zeitpunkt t 3 127 Rehabilitanden (KG: n=58; IG: n=69).

Bei der Analyse der herangezogenen Daten zur Schmerzintensität zum Zeitpunkt t 1 zeigten beide Gruppen (KG: M=53,74 SD=15,51; IG: M=54,33 SD=16,40) beinahe gleich hohe Werte. Die Veränderung zwischen t1 und t2 zeigte in beiden Gruppen (KG: M=34,93, SD=17,73, p=0,000, E=-1,13; IG: M=38,25, SD=19,19, p=0,000, E=-0,90) eine höchst signifikante Reduktion (KG: MD=-18,81; IG: MD=-16,08). Zwischen t 2 und t 3 ist in beiden Teilnehmergruppen (KG: M=35,17, SD=20,34, p=0,268, E=+0,12; IG: M=39,85, SD=21,49, p=0,179, E=+0,15) eine statistisch unbedeutende Zunahme der Schmerzen zu erkennen. Insgesamt ist die Abnahme der Schmerzen in beiden Teilnehmergruppen als vergleichbar hoch zu bewerten.

Hinsichtlich der Selbsteinschätzung der Lebensqualität beider Teilnehmergruppen zeigten diese in den Ausgangswerten zu t 1 (KG: M=59,26; IG: M=57,51) beinahe gleich hohe Werte. Die zum Zeitpunkt t 2 (KG: MD=+2,70, p= 0,246; IG: MD=+3,98, p=0,082) und t 3 (KG: MD=+1,16, p=0,671; IG: MD=-2,48, p=0,267) gemessenen leichten Veränderungen sind in beiden Gruppen statistisch nicht relevant.

Ebenfalls gleich hohe Werte wurden in der körperlichen Summenskala bei SF-12 in beiden Gruppen zum Zeitpunkt t 1 (KG: M=36,56, SD=8,83; IG: M=35,31, SD=8,77) festgestellt. Zum Zeitpunkt t2 konnten in beiden Teilnehmergruppen (KG: MD=+3,44, p=0,007, E=+0,39; IG: MD=+2,94, p=0,008, E=+0,33) hoch signifikante Verbesserungen erzielt werden. Die im Vergleich von t2 zu t3 in beiden Gruppen (KG: MD=+1,32, p=0,361; IG: MD=+1,47, p=0,361) gemessene leichte Steigerung ist statistisch nicht signifikant.

Die Zufriedenheit der Patienten mit der Nachsorge wurde mit einem modifizierten ZUF-8 Fragebogen erfasst. Der maximale Summenscore liegt bei 32 Punkten. Der Ausgangswert zum Zeitpunkt t 2 (KG: M=26,38, SD=3,64; IG: M=25,08, SD=3,94) zeigte bereits sehr hohe Werte in beiden Gruppen an. Zum Zeitpunkt t3 (KG: MD=-0,45, p=0,275, E=-0,12; IG: MD=-0,91, p=0,048, E=-0,22) konnte in beiden Teilnehmergruppen ein leichter Rückgang gemessen werden, wobei nur die EvoCare-Gruppe eine statistische Signifikanz, bei geringer Effektstärke, aufwies.

Diskussion

Die Ergebnisse dieser Untersuchung belegen, dass Nachsorgemaßnahmen positive Effekte auf Schmerz und (gesundheitsbezogene) Lebensqualität haben können. Die in der Rehabilitation erzielten Schmerzniveaus und Gesundheitszustände können poststationär stabilisiert und teilweise verbessert werden. In beiden untersuchten Gruppen ist die Entwicklung zu den drei Befragungszeitpunkten sehr ähnlich. Somit sind die beiden Nachsorgekonzepte nach diesen Ergebnissen vergleichbar; einschränkend muss aber festgehalten werden, dass die Zuweisung nicht randomisiert, sondern nach Patientenpräferenz erfolgte. Die Erfolge der Teilnehmer bleiben zum Teil bis zu sechs Monate nach Ende der Nachsorgemaßnahme erhalten. Bezüglich der rückläufigen Patientenzufriedenheit mit der jeweils erhaltenen Nachsorge sechs Monate danach sind verschiedene Deutungen möglich. Eine weitere wissenschaftliche Analyse zu Faktoren, die die längerfristige Zufriedenheit mit der Art der Versorgung beeinflussen, wird angeregt.

Hinsichtlich der untersuchten zwei unterschiedlichen Nachsorgekonzepte ist kein größerer Unterschied in den kurz- und mittelfristigen Effekten bei Rehabilitanden zu erkennen, die die jeweilige Form der Nachsorge präferieren. Welche Faktoren die Wahl der Rehabilitanden für die eine oder andere Methode beeinflussen, sollte ebenfalls Gegenstand weiterer Studien sein, um zukünftig individualisierte Nachsorgekonzepte anbieten zu können.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd

Literatur

Eisermann, U., Haase, I., Kladny, B. (2004): Computer-Aided Multimedia Training in Orthopedic Rehabilitation. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83 (9). 670-680.

Fischer, J., Sitter, H., Schnabel, M., Sewtz, S. (2007): Leitlinien zur medizinischen Rehabilitation für Patientinnen und Patienten im erwerbsfähigen Alter nach lumbaler Bandscheibenoperation. Stuttgart: Thieme.

Gerdes, N., Bührlein, B., Lichtenberg, S., Jäckel, W. (2005): Rehabilitationsnachsorge, Analyse der Nachsorgeempfehlungen und ihre Umsetzung. Regensburg: Roderer.

Köpke, K.H. (2004): Nachsorge in der Rehabilitation – Eine Studie zur Optimierung von Reha-Leistungen in der gesetzlichen Rentenversicherung. DRV Schriften, Bd 52. 160-167.

- Lamprecht, J., Behrens, J., Mau, W., Schubert, M. (2011a): Das Intensivierte Rehabilitationsnachsorgeprogramm (IRENA) der Deutschen Rentenversicherung Bund – Berufsbegleitende Inanspruchnahme und Veränderungen berufsbezogener Parameter. *Die Rehabilitation*, 50, 3. 186-194.
- Lamprecht, J., Schubert, M., Behrens, J., Steinrack, R., Mau, W. (2011b): Rahmenbedingungen einer IRENA-Teilnahme aus Rehabilitandensicht und Therapiegeschehen im IRENA-Nachsorgeprogramm bei orthopädischen Erkrankungen. *DRV-Schriften*, Bd 93. 36-38.
- Nagel, B., Gerberhagen, H.U., Lindena, G., Pflingsten, M. (2002): Entwicklung und empirische Überprüfung des Deutschen Schmerzfragebogens der DGSS. *Schmerz*, 16. 263-270.

Kurzfristige Wirksamkeit der internetbasierten Nachsorge "GSA-Online" für beruflich belastete Patienten

Zwerenz, R. (1), Gerzymisch, K. (1), Becker, J. (1), Holme, M. (2), Kiwus, U. (3), Knickenberg, R.J. (4), Spoerl-Doench, S. (5), Beutel, M.E. (1)

- (1) Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin, Johannes Gutenberg-Universität Mainz,
 (2) Reha-Zentrum Bad Pyrmont, Klinik Weser, (3) Reha-Zentrum Bad Nauheim, Klinik Wetterau, (4) Psychosomatische Klinik Bad Neustadt/Saale der Rhön-Klinikum AG,
 (5) Klinik Haus Franken GmbH, Bad Neustadt/Saale

Hintergrund und Fragestellung

In der stationären medizinischen Rehabilitation haben berufsbezogene Behandlungsangebote mittlerweile einen hohen Stellenwert (Streibelt, Buschmann-Steinhage, 2011) und deren Wirksamkeit für den stationären Kontext konnte belegt werden (Steffanowski et al., 2007). Allerdings gibt es noch kaum Befunde dazu, wie der Transfer der während der Rehabilitationsmaßnahme erreichten Veränderungen in den Berufsalltag gelingen kann. Von der Deutschen Rentenversicherung Bund werden verschiedene Reha-Nachsorgeprogramme angeboten (z. B. IRENA, KARENA), die berufsbegleitend in Verbindung mit der medizinischen Rehabilitation zu einer Verbesserung berufsbezogener Parameter führen sollen (Lamprecht et al., 2012). Es ist jedoch davon auszugehen, dass nur ein geringer Teil der Rehabilitanden eine ambulante Nachsorgebehandlung wahrnimmt, v. a. wenn diese nicht mit den beruflichen Verpflichtungen vereinbar ist oder mit einem hohen Zeitaufwand bzw. schlechter Erreichbarkeit der Nachsorgeeinrichtung einhergeht (Sibold et al., 2011). An dieser Schnittstelle erscheinen internetbasierte Nachsorgemaßnahmen vielversprechend. Basierend auf dieser Annahme wurde das Nachsorgeprogramm "GSA-Online" entwickelt, das sich auf das stationäre Behandlungsangebot "Gesundheitstraining Stressbewältigung am Arbeitsplatz" (GSA) stützt.

Methodik

Im Rahmen einer multizentrischen kontrollierten randomisierten Studie (Zwerenz et al., 2013) wurden in den teilnehmenden Kliniken indikationsübergreifend (Kardiologie, Orthopädie, Psychosomatik) konsekutiv Patienten nach Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien in die Studie aufgenommen und randomisiert entweder der Interventions- (IG) oder der Kontrollgruppe (KG) zugewiesen. Patienten der Interventionsgruppe erhielten nach Entlassung aus der stationären Rehabilitation die spezielle internetbasierte Nachsorge "GSA-Online" (Gerzymisch et al., 2013). Patienten der Kontrollgruppe erhielten, über die üblichen Nachsorgeempfehlungen hinaus, regelmäßig Hinweise auf im Internet zugängliche Informationen zu Gesundheitsverhalten und Stressbewältigung. Drei sowie 12 Monate nach der stationären Rehabilitation wurden beide Gruppen über die Internetplattform katamnestisch mit standardisierten Verfahren (u. a. SIBAR, AVEM, SF-12, PHQ) untersucht.

Ergebnisse

Zwischen Juli 2011 und August 2013 haben insgesamt N=660 Patienten (Kardiologie: N=322; Psychosomatik: N=203; Orthopädie: N=135) die Einschlusskriterien erfüllt und sich zur Teilnahme an der Studie bereiterklärt; N=343 (52 %) wurden in die Kontrollgruppe und N=317 (48 %) in die Interventionsgruppe randomisiert. Die Teilnehmerate nach Entlassung aus der stationären Rehabilitation (mindestens einmal Login) betrug 73 % (N=250) in der KG und 77 % in der IG (N=244). An der Befragung zum Ende der Intervention (drei Monate nach der Reha) haben 75 % (IG 73 %, KG 77 %) der Patienten teilgenommen, der Rücklauf der noch laufenden Katamnese (12 Monate nach der Reha) beträgt aktuell ca. 68 % (IG 67 %, KG 68 %).

Das Hauptzielkriterium, der Sozialmedizinische Risikoindex im SIBAR (Bürger, Deck, 2009) lag drei Monate nach der stationären Rehabilitation bei M=3,36 (SD=3,34) in der IG und M=3,79 (SD=3,29) in der KG ($t[487]=1,44$, $p=.149$). Auch hinsichtlich anderer Indikatoren der beruflichen Reintegration waren beide Gruppen zum Ende der Intervention vergleichbar (z. B. Arbeitsunfähigkeitsdauer, Erwerbstätigkeit). Allerdings zeigte sich in der Teilstichprobe der Psychosomatik ein signifikanter Unterschied im Sozialmedizinischen Risikoindex zugunsten der IG (M=3,87, SD=3,67) verglichen mit der KG (M=5,25, SD=4,05, $t[153]=2,21$, $p=.027$).

Schlussfolgerung und Ausblick

Mit unserer Studie konnte gezeigt werden, dass eine internetbasierte Nachsorge mit berufsbezogenem Schwerpunkt indikationsübergreifend bei Patienten der stationären medizinischen Rehabilitation auf eine hohe Akzeptanz stößt. Allerdings konnten drei Monate nach Entlassung aus der stationären Rehabilitation mit Ausnahme der Teilstichprobe der psychosomatischen Patienten noch keine bedeutsamen Unterschiede im Sozialmedizinischen Risikoindex festgestellt werden. Zu überlegen ist, ob der Sozialmedizinische Risikoindex als Zielkriterium zu streng ist, insbesondere da unsere Stichprobe schon im Screening einen vergleichsweise niedrigen Wert in diesem Risikoindex aufwies (Bodeneffekt). Darüber hinaus stellt sich die Frage, wie änderungssensitiv der Sozialmedizinische Risikoindex für den relativ kurzen Zeitraum von drei Monaten ist, so dass sich erst nach Abschluss der 12-Monatskatamnese die Frage nach der Wirksamkeit der internetbasierten Nachsorge ab-

schließlich beantworten lässt. Weitere Ergebnisse zu den Nebenfragestellungen und zu indikationsspezifischen Untergruppen werden berichtet.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Bürger, W., Deck, R. (2009): SIBAR – ein kurzes Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 48. 211-221.
- Gerzymisch, K., Beutel, M.E., Zwerenz, R. (2013): Zurück an den Arbeitsplatz mit GSA-Online - Internetbasierte Nachsorge auf Basis einer therapeutischen Schreibaufgabe. In: *Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation* (Hrsg.): (Selbst-)Konzepte bei veränderten Lebensbedingungen. Berlin: Deutscher Psychologen Verlag. 41-54.
- Lamprecht, J., Behrens, J., Mau, W., Schubert, M. (2012): Das Intensivierte Rehabilitations-nachsorgeprogramm (IRENA) der Deutschen Rentenversicherung Bund: Therapiegeschehen und Ein-Jahres-Verlauf gesundheitsbezogener Parameter bei Rehabilitanden mit muskuloskelettalen Erkrankungen. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 22. 253-257.
- Sibold, M., Mittag, O., Kulick, B., Müller, E., Opitz, U., Jäckel, W. (2011): Prädiktoren der Teilnahme an einer Nachsorge nach ambulanter Rehabilitation bei erwerbstätigen Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen. *Die Rehabilitation*, 50. 363-371.
- Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittman, W.W., Nübling, M. (2007): Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Bern: Huber.
- Streibelt, M., Buschmann-Steinhage, R. (2011): Ein Anforderungsprofil zur Durchführung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation aus der Perspektive der gesetzlichen Rentenversicherung. *Die Rehabilitation*, 50. 160-167.
- Zwerenz, R., Gerzymisch, K., Edinger, J., Holme, M., Knickenberg, R.J., Spörl-Dönch, S., Kiwus, U., Beutel, M. (2013): Evaluation of an internet-based aftercare program to improve vocational reintegration after inpatient medical rehabilitation: study protocol for a cluster-randomized controlled trial. *Trials*, 14. 26.

Wirksamkeit Smartphone-gestützter Reha-Nachsorge (eATROS) für Patienten mit affektiven Störungen nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation

Bischoff, C. (1,2), Schmädeke, S. (1)

(1) AHG-Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim, (2) Universität Mannheim

Hintergrund

Reha-Nachsorge mit eATROS ist ein ambulantes Angebot für Patienten mit unipolaren affektiven Störungen, die mit Erfolg an einer stationären, psychosomatischen Reha-Maßnahme teilgenommen haben. Sie greift die Elemente der stationären Depressionsbehandlung auf und führt sie konzeptkonstant fort. Die therapietheoretische Basis sind evidenzbasierte Erkenntnisse der kognitiv-behavioralen Verhaltenstherapie und Konzepte der Voliti-

onspsychologie. Innerhalb der drei Monate des Nachsorgeprogramms finden drei Intensivphasen von 10, 7 bzw. 5 Tagen Dauer statt. In diesen Phasen bewertet der Patient Smartphone-gestützt allabendlich den abgelaufenen Tag daraufhin, inwieweit es ihm gelungen ist, seine individuellen, im stationären Setting gelernten antidepressiven Strategien einzusetzen, und er plant den Folgetag unter Berücksichtigung dieser Strategien. Außerdem bietet eATROS dem Patienten weitere, tagsüber einsetzbare, verhaltenstherapeutische Anwendungen. Der Patient wird in seinen Bemühungen telefonisch und über SMS Tele-Coaches der Klinik betreut. Wöchentlich füllt er via Smartphone einen Fragebogen zur aktuellen Depressivität (ADS, Hautzinger, Bailer, 1993) und Medikamenteneinnahme aus. Im Bedarfsfall reagiert der Tele-Coach telefonisch. Zentrale Hypothese: Patienten mit unipolaren depressiven Störungen können aufgrund der Reha-Nachsorge mit eATROS (Experimentalbedingung) den Therapieerfolg einer stationären, psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahme hinsichtlich Depressivität und Selbststeuerungskompetenzen besser aufrecht erhalten als Vergleichspatienten mit der üblichen, poststationären Regelversorgung (TAU).

Methoden

In die Studie aufgenommen wurden Patienten mit affektiven Störungen als Hauptbehandlungsdiagnose, die im Zuge der Behandlung eine einzelfallstatistisch signifikante Besserung ihrer depressiven Symptomatik erzielt hatten. Die Patienten wurden konsekutiv wochenweise ("quasi-randomisiert") entweder der EG oder der KG zugewiesen. Patienten der EG erhielten eine psychoedukative Einführung in der Gruppe, und sie konnten das Smartphone-Programm im Klinikalltag erproben. Die Datenbasis für den Wirksamkeitsnachweis lieferten Erhebungen an drei Messzeitpunkten – Prä (Anfang der poststationären Phase), Post (Ende der ambulanten Interventionen mit eATROS drei Monate nach Entlassung), Katamnese (sechs Monate nach Ende der ambulanten Interventionen). Als Assessmentverfahren dienten das BDI (Hautzinger et al., 1995) und ausgewählte Skalen des SSI-K3 (Kuhl, Fuhrmann, 2003). Zur Einführung in das Nachsorgeprogramm eATROS eingeladen wurden 81 Patienten, 65 nahmen an ihr teil, 50 wollten Nachsorge mit eATROS erhalten. Die EG bilden alle 50 zur Behandlung vorgesehenen (intended to treat) Patienten. Zur Teilnahme in der Kontrollgruppe der Studie erklärten sich 64 Patienten bereit. Bei 42 von diesen liegen vollständige Datensätze für die Auswertungen vor. Zwischen Patienten von EG und KG bestanden Ausgangswertunterschiede, die kovarianzanalytisch kontrolliert wurden.

Ergebnisse

Dargestellt werden die Ergebnisse nach der dreimonatigen Intervention. Die Patienten der EG sind am Ende der Nachsorgephase in der Höhe eines mittleren Effekts signifikant weniger depressiv als Patienten der KG. Sie verfügen, verglichen mit der KG, über ein bedeutsam höheres Ausmaß an Kompetenzen, sich selbst zu motivieren und Absichten in die Tat umzusetzen. Erwartungsgemäß sind die Reduktion der Depressivität der Patienten und die Steigerung ihrer Selbststeuerungskompetenzen positiv korreliert.

Diskussion

eATROS erfüllt bei Interventionsende die Erwartungen sehr gut. Es bleibt zu prüfen, ob dieser Erfolg katamnestic stabil ist.

Förderung: AHG Allgemeine Hospital Gesellschaft AG

Literatur

- Hautzinger, M., Bailer, M. (1993): Allgemeine Depressions Skala. Manual. Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., Keller, F. (1995): BDI Beck-Depressions-Inventar, Testhandbuch, 2., überarbeitete Aufl.. Bern: Hans Huber.
- Kuhl, J., Fuhrmann, A. (2003): Selbststeuerungs-Inventar SSI-K3. Unveröffentlichtes Manuskript, Universität Osnabrück.

Kann telefonische Nachsorge die Nachhaltigkeit der medizinischen Rehabilitation verbessern? – Eine Literaturübersicht

Sewöster, D., Haaf, H.G., Martin, S.

Bereich Reha-Wissenschaften, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Hintergrund

Die kurzfristigen Erfolge der medizinischen Rehabilitation sind gut belegt (Haaf, 2005; Haaf, 2009; Knaller et al., 2012). Demgegenüber bestehen bezogen auf die Nachhaltigkeit der Reha-Erfolge weiterhin Verbesserungspotenziale (Knaller et al., 2012). Die Deutsche Rentenversicherung hat ihre Nachsorgeaktivitäten in den letzten Jahren deutlich verstärkt.

Die telefonische Nachsorge ist ein vergleichsweise einfacher und kostengünstiger Ansatz, der auf die Verstetigung der Rehabilitationseffekte zielt. Über Telefonate kann der Kontakt zwischen Reha-Einrichtung und Rehabilitand aufrechterhalten werden. Es können u. a. der aktuelle Status der Rehabilitanden erfasst, die Motivation gestärkt und Empfehlungen für weitere Aktivitäten gegeben werden. Damit können nicht zuletzt Versicherte erreicht werden, die nicht an einer Nachsorge in einer Reha-Einrichtung teilnehmen können, weil beispielsweise die Anreise zu weit wäre. Positive Erfahrungen mit Telefonnachsorgeprogrammen für die Kardiologie liegen schon seit längerem beispielsweise aus den USA vor (Mittag et al., 2006).

Literaturrecherche

In die Übersichtsarbeit wurden deutsche Studien zur Wirksamkeit der telefonischen Nachsorge nach medizinischer Rehabilitation eingeschlossen. In diesen Forschungsprojekten wurde eine Interventionsgruppe mit telefonischer Nachsorge nach medizinischer Rehabilitation in einem randomisierten Design mit einer Kontrollgruppe ohne telefonische Nachsorge verglichen. Forschungsprojekte mit mehreren Interventionsgruppen (z. B. telefonische Nachsorge und E-Mail-Nachsorge) wurden nicht ausgeschlossen.

Zunächst erfolgte eine Handsuche in den Tagungsbänden des Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums (1999 bis 2013) und in reha-relevanten deutschen Zeitschriften (u. a. Die Rehabilitation) der Jahrgänge 2003 bis 2013. Zudem wurde in Medline mit den Stichworten "rehabilitation", "telefone aftercare", "telefone counselling" sowie "telefone follow-up" ab 1990 gesucht. Ferner wurden die Literaturverzeichnisse der gefundenen Artikel zum Auffinden weiterer Studien genutzt.

Ergebnisse

Die Literaturrecherche erbrachte 16 RCT, die die Einschlusskriterien erfüllten. Am häufigsten wurde die telefonische Nachsorge nach kardiologischer Rehabilitation untersucht (6 Studien). Weitere Indikationsbereiche waren Orthopädie (3), Adipositas (2), Psychosomatik (2), Onkologie (2) sowie Diabetes mellitus und Mutter-Kind-Rehabilitation. In einem Projekt wurden zwei Indikationen untersucht.

Die telefonischen Nachsorgekonzepte unterschieden sich in wesentlichen Aspekten (Tab. 1). Da nicht nur unterschiedlich häufig, sondern auch unterschiedlich lange mit den Rehabilitanden telefoniert wurde, differiert die Intensität der Kontakte zwischen den Studien nicht unerheblich. Aus den vorliegenden Artikeln lässt sich diese Intensität nicht für alle Studie quantifizieren.

Charakteristikum des Konzepts	Ausprägungen
Vorbereitung in Reha-Einrichtung	Unterschiedlich
Nachsorgezeiträume	3 bis 18 Monate
Zahl der Telefonkontakte	bis 12
Profession des Anrufers	Pflegekraft, geschultes Personal, Psychologe, Sporttherapeut

Tab. 1: Ausgewählte Merkmale der telefonischen Nachsorge. Unterschiede zwischen den evaluierten Konzepten

In Tabelle 2 sind wichtige Outcome-Kriterien aufgeführt, die in den betrachteten RCT erhoben wurden. Eine eindeutige Überlegenheit der telefonischen Nachsorge ergab sich für die körperliche Aktivität. In sieben von acht Studien, die diese Zielgröße untersuchten, berichteten die Rehabilitanden nach der telefonischen Nachsorge über eine höhere körperliche Aktivität im Nachsorgezeitraum als die Kontrollgruppe.

Zielgröße	Wirksamkeitseinschätzung
Körperliche Aktivität	wirksam (7/1)
Koronares Risiko	tendenziell wirksamer (3/1)
Lebensqualität	uneinheitlich (4/3)
Berufliche Situation	uneinheitlich (2/2)
Rauchen	uneinheitlich (1/1)
Depressivität	tendenziell nicht wirksamer (1/3)
Schmerzen	nicht wirksamer (0/2)

Tab. 2: Ausgewählte Zielgrößen der betrachteten RCT. Bei der Wirksamkeitseinschätzung ist angegeben, bei wie vielen Studien sich eine signifikante Überlegenheit (1. Zahl) bzw. keine Überlegenheit (2. Zahl) der telefonischen Nachsorge ergeben hat.

Diskussion

Die in einer systematischen Literaturrecherche gefundenen 16 randomisierten und kontrollierten Studien sprechen insgesamt dafür, dass durch telefonische Nachsorge die Nachhaltigkeit der Rehabilitation vor allem bezogen auf die körperliche Aktivität der Rehabilitanden verbessert werden kann. Die Vergleichbarkeit der Konzepte ist aufgrund einer breiten Varia-

tion wichtiger Charakteristika nicht einfach möglich. Insbesondere lässt sich auch kein Zusammenhang zwischen Betreuungsintensität und Wirksamkeit aufzeigen, da dazu die vorliegenden Informationen nicht ausreichen. Das Konzept mit der höchsten Betreuungsintensität (SeKoNa) zeigte allerdings die stärksten Effekte (Kohlmeyer et al., 2008). Die Autoren berichten u. a. über eine niedrigere Sterblichkeit nach 18 Monaten für die kardiologischen Rehabilitanden der telefonischen Nachsorgegruppe.

Für einen möglichen Routineeinsatz der telefonischen Nachsorge müssten u. a. die Rahmenbedingungen geklärt werden. Dabei geht es nicht zuletzt um Fragen der Intensität der Nachbetreuung, der Vergütung, der Qualitätssicherung und der Vernetzung mit anderen Nachsorge-Angeboten.

Literatur

- Haaf, H.G. (2005): Ergebnisse zur Wirksamkeit der Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 44 (5). 259-276.
- Haaf, H.G. (2009): Reha-Erfolg. Ist die Reha überhaupt wirksam? In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): *Ergebnisqualität in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung*. Berlin. 9-45.
- Knaller, C., Eisenmann, A., Pertl, D. (2012): Wirksamkeit der stationären Rehabilitation für Erwachsene nach zwölf Monaten - Systematische Übersichtsarbeit. URL: www.goeg.at/de/BerichtDetail/Wirksamkeit-der-stationaeren-Rehabilitation.html, Abruf: 31.10.2012.
- Kohlmeyer, M., Redaelli, M., Büscher, G., Schwitalla, B., Lauterbach, K.W., Mayer-Berger, W. (2008): Nachhaltigkeit in der Sekundärprävention. Sekundärprävention bei Patienten mit Koronarer Herzkrankheit durch Anschlussheilbehandlung und anschließende konzeptintegrierte Nachsorge (SeKoNa). *DRV-Schriften*, Bd 77. 404-405.
- Mittag, O., China, C., Hoberg, E., Juers, E., Kolenda, K., Richardt, G., Maurischat, C., Raspe, H. (2006): Outcomes of cardiac rehabilitation with versus without a follow-up intervention rendered by telephone (Luebeck follow-up Trial): Overall and gender specific effects. *International Journal of Rehabilitation Research*, 29 (4). 295-302.

Ergebnisse eines internetbasierten Nachsorgeprogramms bei verhaltensmedizinisch-orthopädischen Patienten im Anschluss an eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme

Pfautler, S. (1), Hoberg, E. (2), Benninghoven, D. (2)

(1) Helios Klinikum Schleswig,

(2) Mühlenbergklinik-Holsteinische Schweiz, Bad Malente Gremsmühlen

Hintergrund

Bisherige Wirksamkeitsnachweise für die Effektivität von Rehabilitationsmaßnahmen bei orthopädisch begründeten Schmerzsyndromen legen eine lediglich in Teilen erfolgreiche Nachhaltigkeit der während der Rehabilitation erzielten Erfolge bzw. deren Abschwächung im zeitlichen Verlauf nahe (Hüppe, Raspe, 2005; Bethge, Müller-Farnow, 2008). Zur längerfristigen Aufrechterhaltung der erzielten Erfolge und deren Weiterentwicklung im Alltag

wird daher die Entwicklung von an die stationäre Rehabilitation anschließenden Maßnahmen als wesentlicher Bestandteil angesehen (PGNS, 2010), wobei vermehrt internetbasierte Angebote zum Einsatz kommen (Mößner, 2010). Die abschließende Bewertung des Nutzens solcher Interventionen bei Patienten mit orthopädisch begründeten Schmerzsyndromen erfordert jedoch weiterführende Untersuchungen. Unklar insbesondere ist, wie und von welchen Patienten Angebote, die auf die neuen elektronischen Medien zurückgreifen, angenommen werden.

Methodik

Insgesamt n=177 Rehabilitanden wurde die Teilnahme an einem 6-monatigen internetbasierten Nachsorgeprogramm im Anschluss an eine vierwöchige Rehabilitationsmaßnahme in der verhaltensmedizinisch-orthopädischen Abteilung der Mühlenbergklinik – Holsteinische Schweiz angeboten. Noch während des stationären Aufenthaltes legten die Programmteilnehmer in einem Einzelgespräch mit den Nachsorgetherapeuten (Psychologin, Physiotherapeut) mindestens ein Ziel für den psychologischen und ein Ziel für den physiotherapeutischen Bereich fest. Innerhalb der Nachsorgezeit stellten die Teilnehmer einmal wöchentlich einen persönlichen Bericht in ein Internetforum ein, in welchem sie Erfolge bzw. Schwierigkeiten bei der Umsetzung ihrer Nachsorgeziele thematisierten und von den Therapeuten individuelle Rückmeldungen erhielten.

Die Hauptfragestellungen der Studie bezogen sich auf 1. die Einschätzung der Akzeptanz des Nachsorgeprogramms durch die Teilnehmer und 2. auf Veränderungen hinsichtlich der subjektiven Prognose der Erwerbsfähigkeit (SPE-Skala, primäres Outcomemaß) vor (t_1) und nach (t_2) der Programmteilnahme. Die Untersuchung von Nebenzielkriterien bezog sich auf folgende Aspekte: Ausprägungsveränderungen hinsichtlich sekundärer Outcomemaße [Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE-Skala), Beschwerdegrad (BSI-18)], Non-Responder-Analyse, Drop-Out-Analyse, Evaluation einzelner Programmelemente.

Ergebnisse

Hauptfragestellung 1: Die Akzeptanz des Nachsorgeprogramms lag bei 21 % (n=38, 71 % weiblich, 29 % männlich). 79 % der Befragten willigten hingegen nicht in eine Teilnahme ein (n=139; 63 % weiblich, 37 % männlich).

Hauptfragestellung 2: Der Gesamtwert der Skala zur subjektiven Prognose der Erwerbsfähigkeit (SPE-Skala) unterschied sich zwischen den Zeitpunkten t_1 (M=1,27, s=1,11) und t_2 (M=1,23, s=1,07) nicht signifikant voneinander ($t(29)=0,226$, $p=,823$).

Nebenzielkriterien: Weder die Ausprägungen in der Skala Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE-Skala) (t_1 : M=28,25, s=5,14; t_2 : 29,38, s=4,46; $t(23)=-1,274$, $p=,215$) noch in der Skala Beschwerdegrad (BSI-18) (t_1 : M=9,73, s=9,86; t_2 : M=9,47, s=11,27; $t(29)=0,178$, $p=,860$) unterschieden sich signifikant voneinander.

Non-Responder-Analyse: Zur Vorhersage des Kriteriums Programmteilnahme vs. Nicht-Teilnahme erwies sich der Prädiktor Internetnutzung als signifikant (Wald- χ^2 : 13,33 (2), $p=,001$), wobei die Entscheidung zur Teilnahme bei täglicher Internetnutzung um den Faktor 6,72 im Vergleich zu denjenigen Probanden erhöht war, die das Internet wenig oder gar nicht nutzen.

Drop-out-Analyse: Keiner der ins Modell eingeschlossenen Prädiktoren (Schulbildung, Chronifizierungsgrad, Alter) erwies sich zur Vorhersage der regulären vs. vorzeitigen Teilnahmebeendigung als signifikant.

Evaluation einzelner Programmelemente: Die einzelnen Programmelemente wurden ebenso wie das gesamte Nachsorgeprogramm von den Teilnehmern deutlich überwiegend als "sehr gut" oder "eher gut" bewertet. 76,3 % (n=29) würden die Teilnahme anderen Rehabilitanden "unbedingt" oder "eher" weiterempfehlen.

Diskussion und Ausblick

Die Ergebnisse legen eine hohe Praktikabilität und eine moderate Akzeptanz des Nachsorgeprogramms nahe, wobei sich die Intensität der Internetnutzung für die Inanspruchnahme als besonders bedeutsam herausstellte. Diejenigen, die sich zu einer Teilnahme entschlossen, bewerteten das internetbasierte Nachsorgeprogramm positiv. Zu erwarten ist, dass mit steigender Nutzungsselbstverständlichkeit des Internets in der untersuchten Personengruppe ein breiterer Einsatz internetbasierter Interventionen möglich werden wird. Die Beibehaltung der bei Rehabilitationsende vorliegenden Ausprägungen in den Dimensionen Subjektive Prognose der Erwerbsfähigkeit, Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung und Beschwerdeggrad über einen Zeitraum von 6 Monaten ist positiv zu bewerten. Die internetbasierte Nachsorge könnte bei Teilnehmern dazu beitragen, Erfolge der stationären Rehabilitation aufrecht zu erhalten und das häufig beschriebene Nachlassen der Effektivität im Katamnesezeitraum (Hüppe, Raspe, 2005) vermeiden helfen.

Förderung: Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein (vffr)

Literatur

- Bethge, M., Müller-Fahnow, W. (2008): Wirksamkeit einer intensivierten stationären Rehabilitation bei muskuloskelettalen Erkrankungen: systematischer Review und Meta-Analyse. *Die Rehabilitation*, 47. 200-209.
- Hüppe, A., Raspe, H. (2005): Zur Wirksamkeit von stationärer medizinischer Rehabilitation in Deutschland bei chronischen Rückenschmerzen: Aktualisierung und methodenkritische Diskussion einer Literaturübersicht. *Die Rehabilitation*, 44. 24-33.
- Mößner, M. (2010): Internet-basierte Nachsorge nach multimodaler Therapie chronischer Rückenschmerzen – Ergebnisse einer randomisierten Kontrollgruppenstudie. Dissertation, Technische Universität Darmstadt.
- Projektgruppe Nachsorge (PGNS) der Deutschen Rentenversicherung Bund (2008): Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Reha-Nachsorge in der Rentenversicherung. URL: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/207030/publicationFile/2265/rahmenkonzept_nachsorge.pdf. Abruf: 31.10.2013.

Ergebnisqualität einer Web-basierten Tele-Nachsorge nach stationärer medizinischer Rehabilitation Alkoholabhängiger

Arens, J. (1), Missel, P. (1), Preßler, A.-L. (2), Kramer, D. (2)

(1) AHG Kliniken Daun, (2) salus klinik Friedrichsdorf

Theoretischer Hintergrund

Verschiedene Studien konnten bereits die erfolgreiche Implementierung von Nachsorgekonzepten nach einer stationären psychosomatischen Rehabilitation mit Hilfe neuer Medien zeigen (Ebert et al., 2008; Golkaramnay et al., 2003; Wolf et al., 2008; Zimmer et al., 2010). Allerdings fehlen vergleichbare Ansätze bezogen auf die Rehabilitation Alkoholabhängiger. Daher wurde das vorliegende, von der Deutschen Rentenversicherung Bund geförderte, Projekt einer web-basierten Tele-Nachsorge initiiert. Hier sollen der Erhalt einer abstinenten Lebensweise im Alltag gesichert und die poststationäre Schnittstellenproblematik überwunden werden (Wollmerstedt et al., 2013).

Methodik

In zwei Fachkliniken für Abhängigkeitserkrankungen wird die vorliegende prospektive, randomisierte Längsschnittstudie mit zwei Bedingungen durchgeführt: Die Experimentalgruppe (n = 120) wurde als therapeutisch geleitete Chatgruppe (wöchentlich, 26 Sitzungen) realisiert. Die Kontrollgruppe (n = 120) nimmt an einem telefonischen Kurzkontakt mit einem Therapeuten (monatlich, 6 Sitzungen) teil. Beide Gruppen werden über einen Zeitraum von sechs Monaten nach Entlassung aus der stationären Rehabilitation durchgeführt. Als Datenbasis dienen die standardisierte Basisdokumentation und Katamnestik, psychometrische Fragebögen sowie spezifische Instrumente beispielsweise zur Erhebung von Rückfällen und zur Programmevaluation.

Ergebnisse

Bislang nahmen N=284 Patienten (EG: n = 136, KG: n = 148) an der Tele-Nachsorge teil. Die Anzahl der dokumentierten Rückfälle im Interventionszeitraum beträgt 18,98 % in der Experimental- und 29,73 % in der Kontrollgruppe, welche sich somit signifikant voneinander ($p = .04$) unterscheiden. Keine signifikanten Unterschiede zum Interventionsende konnten hingegen bezogen auf die psychische Belastung (GSI: MWEG = 0,58, MWKG = 0,45), die Inanspruchnahme weiterer Nachsorgeangebote (EG: 49,65 %, KG: 44,06 %) oder die Weiterempfehlungsbereitschaft der Tele-Nachsorge (EG: 27,01 %, KG: 28,47 %) festgestellt werden.

Die drop-out-Quoten liegen bei 10,88 % in der Experimental- bzw. 7,37 % in der Kontrollgruppe.

Diskussion

Bezogen auf die Abstinenzsicherung geben erste Ergebnisse Hinweise auf die Wirksamkeit einer therapeutisch geleiteten Chat-Nachsorge.

Schlussfolgerungen

Wenn es gelingt, diesen Trend zu bestätigen, sollten telemedizinische Nachsorgeangebote in Kooperation von Leistungsträgern und Leistungserbringern weiter evaluiert und ggf. regelmäßig eingesetzt werden.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- 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.): E-Mental-Health. Neue Medien in der psychosozialen Versorgung. Heidelberg: Springer. 251-265.
- Golkaramnay, V., Wangemann, T., Dogs, J., Dogs, P., Kordy, H. (2003): Neue Brücken für Lücken in der psychotherapeutischen Versorgung durch das Internet: Hoffnungen, Herausforderungen und ein Lösungsansatz. Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie, 53. 399-405.
- Wolf, M., Zimmer, B., Dogs, P. (2008): Chat- und E-Mail-Brücke: Nachsorge nach stationärer Psychotherapie. In: Bauer, S., Kordy, H. (Hrsg.): E-Mental-Health. Neue Medien in der psychosozialen Versorgung. Heidelberg: Springer. 219-235.
- Wollmerstedt, N., Kramer, D., Arens, J., Missel, P. (2013): Chat-Nachsorge für stationär entwöhnte Alkoholabhängige - Verlauf der Studie. DRV-Schriften, Bd 101. 68-69.
- Zimmer, B., Moessner, M., Kordy, H. (2010): Die Kommunikation von Patienten mit einer chronischen Erkrankung in einem Internet-Chat zur Nachsorge einer stationären psychosomatischen Behandlung. Die Rehabilitation, 49. 301-307.

Effekte einer intensivierten Einbindung des Hausarztes in die Nachsorge auf die Nachsorgeaktivität

Jankowiak, S. (1), Kaluscha, R. (1), Krischak, G. (1,2)

(1) Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung, Universität Ulm, Bad Buchau,

(2) Federseeklinik, Bad Buchau

Einführung

Um positive Wirkungen der Rehabilitation über die Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung hinaus langfristig zu sichern, müssen die initiierten Verhaltens- und Lebensstiländerungen durch eine adäquate Umsetzung des Nachsorgeplanes gefestigt werden (Erler et al., 2013). Es ist jedoch bekannt, dass lediglich ca. die Hälfte der mit Nachsorgeempfehlungen ausgestatteten Rehabilitanden diese nach der Rehabilitation auch tatsächlich umsetzten (Sibold et al., 2011). Zur Intensivierung von Nachsorgeaktivitäten wurden bereits verschiedene Strategien entwickelt, jedoch mit unterschiedlichem Erfolg (Faller et al., 2012; Fleig et al. 2012; Theissing et al., 2013). Die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg (DRV BW) erprobt gemeinsam mit dem Hausärzterverband Baden-Württemberg (HVBW) in einem Modellprojekt eine intensivierete Einbindung der Hausärzte (Jankowiak et al., 2013). Dabei führen diese mit ihren Patienten nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme sowie 12 Monate später ein Gespräch und übermitteln an die DRV BW einen Statusbericht. Dieses Vorgehen soll das Augenmerk der Hausärzte verstärkt auf die nötige Nachsorge für ihre Patienten lenken. Um auch die Sicht der Rehabilitanden einbeziehen zu können, erfolgt zusätzlich eine postalische Befragung aller Teilnehmer am Modellprojekt sowie einer zufällig ausgewählten Vergleichsgruppe etwa ein Jahr nach Rehabilitation. Im Folgenden wird in einer Zwischenauswertung des noch nicht abgeschlossenen Projekts untersucht, ob die Teilnehmer am Modellprojekt häufiger Nachsorgeaktivitäten umsetzen, als die Vergleichsgruppe.

Methodik

Die Angaben von Hausärzten und Patienten wurden mit Daten aus der Rehabilitationsstatistikdatenbasis (RSD) zusammengeführt und anonymisiert ausgewertet. Für die Analysen standen Daten von 2.082 Rehabilitanden des Jahrgangs 2010, darunter 665 Teilnehmer am Modellprojekt, zur Verfügung. Die Rehabilitanden wurden u. a. befragt, welche Nachsorgeaktivitäten sie im Anschluss an die Rehabilitation begonnen haben und welche sie ein Jahr später noch durchführen. Art und Anzahl der Aktivitäten der Teilnehmer wurden denen der Vergleichsgruppe gegenübergestellt. Ferner erfolgte ein Vergleich der Nachsorgeempfehlungen der Rehabilitationskliniken.

Ergebnisse

Für 99 % der Projektteilnehmer und 98 % der Vergleichspersonen wurden Nachsorgeempfehlungen von der Rehabilitationseinrichtung angegeben. Von der Rehabilitationseinrichtung

wurden für die Projektteilnehmer und Vergleichspersonen im Mittel 3,5 (von 17) Empfehlungen angegeben (vgl. Tab. 1). Während die Rehabilitanden im Anschluss an die Rehabilitation lediglich zwischen ein und zwei (von 18) Nachsorgeempfehlungen realisieren, setzten sie ein Jahr nach der Rehabilitation bereits ca. vier Empfehlungen um. Etwas mehr als die Hälfte der mit Empfehlungen ausgestatteten Rehabilitanden setzten im Anschluss an die Rehabilitation Nachsorgeaktivitäten um (vgl. Tab. 2). Von diesen konnten nahezu alle die Nachsorgeaktivitäten bis 12 Monate nach der Rehabilitation aufrechterhalten. Von den Rehabilitanden mit Empfehlungen, die jedoch im Anschluss an die Rehabilitation noch keine Maßnahmen umgesetzt haben, konnte der überwiegende Teil während eines Jahres nach der Rehabilitation mit Nachsorgeaktivitäten beginnen.

	Nachsorgeempfehlungen der Klinik	Umfang der Nachsorge im Anschluss an die Rehabilitation	Umfang der Nachsorge ein Jahr nach der Rehabilitation
Projektteilnehmer	3,5	1,6	4,1
Vergleichsgruppe	3,5	1,7	4,0

Tab. 1: Durchschnittliche Anzahl an Nachsorgeempfehlungen aus der Klinik sowie durchschnittliche Anzahl an Nachsorgeempfehlungen, die direkt bzw. ein Jahr nach Rehabilitation umgesetzt werden.

	Projektteilnehmer	Vergleichsgruppe
mit der Umsetzung von Nachsorgeaktivitäten im Anschluss an die Rehabilitation begonnen	59 % (221)	62 % (456)
davon Aufrechterhaltung von Nachsorgeaktivitäten ein Jahr nach der Rehabilitation	94 % (207)	91 % (411)
nicht mit der Umsetzung von Nachsorgeaktivitäten im Anschluss an die Rehabilitation begonnen	41 % (156)	38 % (277)
davon Aufnahme von Nachsorgeaktivitäten ein Jahr nach der Rehabilitation	92 % (143)	93 % (257)

Tab. 2: Häufigkeit der Umsetzung von Nachsorgeempfehlungen unter Rehabilitanden, die Nachsorgeempfehlungen von der Klinik erhalten haben.

Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass zunächst nur ein geringer Teil der Rehabilitanden die Nachsorgeempfehlungen adäquat umsetzt. Allerdings erhöht sich die Nachsorgeaktivität im Jahr nach der Rehabilitation deutlich, sodass das ursprünglich angestrebte Aktivitätsniveau sogar noch übertroffen wird. Zwar konnten zwischen Projektteilnehmern und Vergleichspersonen keine statistisch signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Anzahl umgesetzter Nachsorgeaktivitäten festgestellt werden. Dennoch gelingt es den Teilnehmern am Modellprojekt tendenziell häufiger, die bereits nach der Rehabilitation begonnenen Nachsorgeaktivitäten aufrecht zu erhalten. Möglicherweise fördert das langjährige Vertrauensverhältnis zwischen Hausarzt und Patient die Umsetzung von Nachsorgeempfehlungen. Demgegenüber gelingt es den Vergleichspersonen tendenziell etwas häufiger, während eines Jahres nach der Rehabilitation mit der Umsetzung von Nachsorgeempfehlungen zu beginnen. Hier ist eine weitergehende Analyse von hemmenden und unterstützenden Faktoren bei der Initiierung und Aufrechterhaltung von Nachsorgeaktivitäten erforderlich. Im Rahmen weiterer Untersuchun-

gen werden nicht nur prognostische Faktoren für die Umsetzung von Nachsorgeempfehlungen identifiziert, sondern auch geprüft, welche Personengruppen von einem hausarztbasiertem Ansatz zur Intensivierung der Nachsorge besonders profitieren.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Literatur

Erler, K., Heyne, A., Neumann, U. (2013): Ergebnisse zur Nachhaltigkeit der Intensivierten Rehabilitationsnachsorge – IRENA. DRV-Schriften, Bd 101. 55-56.

Faller, H., Ströbl, V., Landgraf, U., Knisel, W. (2012): Telefonische Nachsorge zur Bewegungsförderung bei Rehabilitanden mit Adipositas: Ergebnisse 12 Monate nach der Rehabilitation. DRV-Schriften, Bd 98. 42-43.

Fleig, L., Pomp, S., Schwarzer, R., Pimmer, V., Lippke, S. (2012): Reha-Nachsorge per computergestützter Telefonberatung? Effektivität und Wirkmechanismen eines psychologischen Nachsorgeprogrammes zur Aufrechterhaltung von körperlicher Aktivität bei kardiologischen und orthopädischen Rehabilitanden. DRV-Schriften, Bd 98. 42-43.

Jankowiak, S., Kaluscha, R., Krischak, G. (2013). Nachsorgeempfehlungen und deren Umsetzung aus Sicht der Hausärzte. DRV-Schriften, Bd 101. 61-63.

Sibold, M., Mittag, O., Kulick, B., Müller, E., Opitz, U., Jäckel, W.H. (2011): Prädiktoren der Teilnahme an einer Nachsorge nach ambulanter Rehabilitation bei erwerbstätigen Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen. Die Rehabilitation, 50 (6). 363-371.

Theissing, J., Deck, R., Raspe, H. (2013): Liveonline-Nachsorge in der kardio-diabetologischen Rehabilitation – Ergebnisse der 12-Monatskatamnese. DRV-Schriften, Bd 101. 58-59.

Effekte von zwei Implementierungsinterventionen auf die Umsetzung einer standardisierten Patientenschulung

Meng, K. (1), Schultze, A. (1), Peters, S. (1,2), Pfeifer, K. (2), Faller, H. (1)

(1) Abteilung für Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften, Universität Würzburg, (2) Institut für Sportwissenschaft und Sport, Universität Erlangen-Nürnberg

Hintergrund

Ein Ansatz zur Förderung einer patientenorientierten Schulungspraxis in der medizinischen Rehabilitation ist die Dissemination standardisierter und evaluierter Schulungsprogramme. Studien zeigen, dass deren Implementierung eine Herausforderung für die Klinikroutine darstellt und häufig auch nicht vollständig gelingt. Programme werden nur zum Teil implementiert bzw. modifiziert (u. a. deVries et al., 2008), was deren Effektivität in der Routine in Frage stellt. Studien zum Vergleich von Implementierungsstrategien und zum Nachweis der Wirksamkeit in der Routineanwendung stehen für Schulungsprogramme in der medizinischen Rehabilitation weitgehend aus. In einem Projekt werden diese Fragestellungen für die Dissemination des Curriculum Rückenschule der DRV Bund untersucht.

Fragestellung des Beitrags ist die Wirksamkeit von zwei Implementierungsstrategien zur Programmimplementierung (implementation effectiveness). Mit welcher Implementierungsintervention – Train-the-Trainer-Seminar (TTT) oder Implementierungsleitfaden (LF) zum Manual – kann eine bessere Umsetzung der standardisierten Rückenschulung in Bezug auf Manualinhalte und patientenorientierte Didaktik sowie eine höhere Patientenzufriedenheit erreicht werden?

Methodik

Implementierungsstudie mit multi-methodaler Prozessforschung in 10 Rehabilitationskliniken. Die Implementierungsinterventionen wurden jeweils 5 Kliniken randomisiert zugewiesen. Die Interventionsentwicklung erfolgte auf Grundlage einer Bedarfsanalyse sowie bestehender Konzepte. Das TTT ist eine interaktive, interdisziplinäre in-house-Schulung an zwei halben Tagen. Der LF beinhaltet Informationen zu organisatorischen Rahmenbedingungen und zur Schulungsdurchführung und wird durch ein Implementierungsgespräch begleitet (Meng et al., im Druck). Das Implementierungsergebnis wurde 12 Wochen nach den Interventionen in einer Routinephase erfasst. Schulungsleiter und Patienten bewerteten die Schulungsdurchführung jeweils im Anschluss an die sieben Schulungsmoduln mittels Fragebogen. Einige Schulungsmoduln wurden durch Beobachter mit strukturierten Beobachtungsbögen bewertet. Zur Auswertung wurden Gruppenvergleiche mittels t-Test oder Chi²-Test vorgenommen.

Daten liegen für 38 Schulungsgruppen vor. Die 261 Schulungsmoduln wurden durch 59 Schulungsleiter und 405 Patienten bewertet. Schulungsleiterbewertungen liegen für 233

(89 %), Patientenbewertungen für 251 (96 %) Module vor. 47 Module (18 %) wurden durch Projektmitarbeiter und 87 Module (33 %) durch Klinikmitarbeiter beobachtet.

Ergebnisse

9 der 10 Kliniken haben die Rückenschulung eingeführt. Die strukturelle Implementierung von Kernelementen erfolgte zu 60 % nach Manual, 27 % mit geringen Anpassungen und 13 % mit größeren Anpassungen. Dabei besteht kein signifikanter Unterschied ($p=0.38$, $W=0.13$) zwischen TTT-Kliniken (69 % nach Manual, 23 % geringe Anpassung) und LF-Kliniken (53 % nach Manual, 30 % geringe Anpassung).

Die Schulungsleiter in den TTT-Kliniken bewerten die patientenorientierte Schulungsumsetzung ($p<0.001$, $d=1.37$) und die Lernzielerreichung ($p<0.001$, $W=0.18$) in den Schulungsmodulen signifikant besser als die Schulungsleiter in den LF-Kliniken.

In den drei Beobachtungsindices zeigen sich keine Unterschiede zwischen TTT-Kliniken und LF-Kliniken hinsichtlich der Schulungsumsetzung (Inhalte: $p=0.75$, $d=-0.10$; Patientenorientierte Methoden: $p=0.94$, $d=0.02$; Förderung körperlicher Aktivität: $p=0.91$, $d=0.05$).

Die Patienten in den TTT-Kliniken bewerten die patientenorientierte Schulung signifikant besser als die Patienten in den LF-Kliniken ($p<0.001$, $d=0.44$); auch bei den offenen Rückmeldungen besteht ein vergleichsweise höherer Anteil von positiven in Relation zu negativen Nennungen zur patientenorientierten Schulungspraxis ($p<0.001$, $W=0.20$).

Schlussfolgerung und Ausblick

Die strukturelle Schulungseinführung kann als erfolgreich bewertet werden (Durlak, DuPre, 2008). Anpassungsmöglichkeiten sind dabei wichtig, um strukturelle Barrieren zu überwinden und die Akzeptanz zu erhöhen.

Hinsichtlich der Implementierungsinterventionen zeigen sich für das interaktive TTT einige Vorteile im Vergleich zum schriftlichen LF. Die Schulungsumsetzung wird von Schulungsleitern und Patienten in den TTT-Kliniken besser bewertet. Auf Basis der Beobachtungen sind jedoch keine Unterschiede nachweisbar, was durch methodische Aspekte (u. a. Heterogenität der Teilstichprobe, Sensitivität der Beobachtungsbögen) bedingt sein könnte. Auch wird das TTT von den Schulungsleitern besser bewertet als der LF (Meng et al., im Druck). Die Ergebnisse sind konform mit Reviews, die schlussfolgern, dass interaktive Edukation effektiv ist, während die Effekte von schriftlichem Material auf Prozessoutcomes begrenzt und unklar im Vergleich zu anderen Interventionen sind (Farmer et al., 2008; Forsetlund et al., 2009). Für die Dissemination von standardisierten Schulungen sollten daher spezifische Trainer-Seminare eingesetzt werden. In der Folge werden in einem zweiten Studienteil die Effekte der Implementierungsinterventionen und der Schulungsdurchführung unter Praxisbedingungen auf den Patientenoutcome geprüft.

Förderung: Im gemeinsamen Förderschwerpunkt "Chronische Krankheiten und Patientenorientierung" von BMBF, Kranken- und Rentenversicherung.

Literatur

Durlak, J.A., DuPre, E.P. (2008): Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41. 327-350.

- Farmer, A.P., Légaré, F., Turcot, L., Grimshaw, J., Harvey, E., McGowan, J.L., Wolf, F. (2008): Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. CD004398. DOI: 10.1002/14651858.CD004398.pub2.
- Forsetlund, L., Bjørndal, A., Rashidian, A., Jamtvedt, G., O'Brien, M.A., Wolf, F.M., Davis, D., Odgaard-Jensen, J., Oxman, A.D. (2009): Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. CD003030. DOI: 10.1002/14651858.CD003030.pub2.
- Meng, K., Peters, S., Schultze, A., Pfeifer, K., Faller, H. (im Druck): Bedarfsorientierte Ent- wicklung und Teilnehmerbewertung von zwei Implementierungsinterventionen für eine standardisierte Rückenschulung in der stationären medizinischen Rehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*.
- de Vries, U., Brandes, I., Krauth, C., Petermann, F. (2008): Patientenschulungsprogramme in der pneumologischen Rehabilitation: Ergebnisse einer Implementierungsstudie. *Ge- sundheitswesen*, 70. 572-581.

Kurzfristige Effektivität des Curriculums Herzinsuffizienz zur Förderung von Selbstmanagementkompetenzen

Musekamp, G. (1), Seekatz, B. (1), Glatz, J. (2), Karger, G. (2), Kiwus, U. (2), Knoglinger, G. (2), Schubmann, R. (2), Westphal, R. (2), Faller, H. (1), Meng, K. (1)

- (1) Abteilung für Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften, Universität Würzburg,
 (2) Arbeitsgruppe Patientenschulung der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e.V.

Hintergrund

Patientenschulung ist ein wichtiger Bestandteil der Rehabilitation von Menschen mit Herzin- suffizienz. Entsprechend bestehender Leitlinien sollen die Patienten zum Selbstmanage- ment angeleitet werden (z. B. McMurray et al., 2012). Bislang gibt es im deutschsprachigen Raum nur wenige standardisierte und evaluierte Schulungsprogramme für diese Patienten- gruppe.

Ziel des Projekts ist die Entwicklung und Evaluation einer Selbstmanagement-Schulung für Rehabilitanden mit Herzinsuffizienz (Meng et al., 2013; gefördert von der Deutschen Ren- tenversicherung Bund) unter Berücksichtigung von Qualitätskriterien wie Manualisierung, patientenorientierter Didaktik, theoriebasierten Techniken und Kleingruppensetting. Die Pa- tientenschulung umfasst 5 Module und wird interdisziplinär in geschlossenen Kleingruppen durchgeführt. Zentrale Bausteine sind neben der Vermittlung von Krankheits- und Behand- lungswissen die Befähigung zur informierten Medikamenteneinnahme, zur Symptomkontrol- le im Alltag und zur Handlungsregulation in Bezug auf körperliche Aktivität. Die formative Evaluation ergab eine gute Akzeptanz und Umsetzbarkeit der Patientenschulung (Seekatz et al., 2012). Im vorliegenden Beitrag werden die Ergebnisse zur kurzfristigen Wirksamkeit am Ende der Rehabilitation vorgestellt.

Methode

Die Evaluation erfolgt in einer multizentrischen clusterrandomisierten Kontrollgruppenstudie mit 4 Messzeitpunkten (Reha-Beginn, Reha-Ende, 6- und 12-Monatskatamnese). Die Cluster, denen eine der beiden Studienbedingungen zufällig zugeteilt wird, sind Gruppen von Patienten mit Herzinsuffizienz (NYHA-Klassen II und III, Ejektionsfraktion $EF \leq 40$), die innerhalb eines bestimmten Zeitraums in der Reha-Klinik rekrutiert werden. Diese erhalten entweder das Curriculum Herzinsuffizienz (Interventionsgruppe) oder einen einstündigen Vortrag, welcher die wesentlichen Schulungsinhalte in kompakter Form vermittelt (Kontrollgruppe). Primäres Zielkriterium ist die wahrgenommene Selbstmanagementkompetenz der Patienten (heiQ, Skalen Erwerb von Fertigkeiten und Handlungsstrategien und Selbstüberwachung und Krankheitsverständnis; KCCQ, Skala Selbstwirksamkeit). Sekundäre Zielgrößen sind Verhaltensdeterminanten (medikamentenbezogene Einstellungen; HAPA-Variablen für körperliche Aktivität) und Selbstmanagementverhalten (Symptombemerkung, körperliche Aktivität, Medikamentenadhärenz), Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit. Die Wirksamkeit des Curriculums im Vergleich zur Kontrollbedingung wird durch den Intergruppenvergleich zu den Post-Messzeitpunkten mittels hierarchischen linearen Modellen unter Kontrolle der Baseline-Unterschiede geprüft.

Die Stichprobe besteht aus 478 Rehabilitanden, mit einem mittleren Alter von 62 Jahren ($SD=11,4$). 78 % der Teilnehmer sind männlich und 69 % leben in einer Partnerschaft. Erwerbstätig sind 40 % der Rehabilitanden, 44 % sind berentet und 8 % arbeitslos. Die mittlere EF beträgt 32 ($SD=6,9$), 65 % haben als Grunderkrankung eine koronare Herzerkrankung und 43 % haben einen Defibrillator oder Herzschrittmacher. Eine Anschlussrehabilitation erhalten 80 % der Patienten, 20 % ein medizinisches Heilverfahren. Zu Reha-Ende liegen die Daten von 425 Rehabilitanden (89 %) vor.

Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen zum Ende der Rehabilitation keinen signifikanten Gruppenunterschied in der wahrgenommenen Selbstmanagementkompetenz. Bei den heiQ-Skalen zeigen sich tendenziell bessere Werte bei der Interventionsgruppe (Skala Erwerb von Fertigkeiten und Handlungsstrategien: $p=0,10$, $d=0,16$; Skala Selbstüberwachung und Krankheitsverständnis: $p=0,11$, $d=0,16$). Bei den sekundären Outcomes unterscheiden sich die Gruppen signifikant hinsichtlich der Schulungszufriedenheit. Patienten der Interventionsgruppe sind zufriedener mit der Schulung insgesamt sowie mit Schulungsinhalten und Gruppenaspekten (kleine Effekte). In Bezug auf die weiteren sekundären Zielparameter können keine kurzfristigen Effekte zugunsten der Interventionsgruppe nachgewiesen werden.

Schlussfolgerungen

Zu Rehabilitationsende konnte keine signifikante Überlegenheit des Curriculums Herzinsuffizienz in Bezug auf das primäre Outcome Selbstmanagementkompetenz und weitere Verhaltensdeterminanten nachgewiesen werden. Dennoch sind die Rehabilitanden mit dem standardisierten Schulungsprogramm zufriedener als mit der Kurzschulung. Die bessere Bewertung von interaktiven Schulungen konnte auch in anderen Studien nachgewiesen werden (z. B. de Vries et al., 2008). Wichtig für die abschließende Bewertung des Curriculums sind die mittel- bis langfristigen Effekte auf das Selbstmanagementverhalten.

Literatur

- de Vries, U., Muhlig, S., Waldmann, H.C., Petermann, F. (2008): Patient satisfaction with different asthma-training variants. *Patient Education and Counseling*, 70. 266-275.
- Meng, K., Musekamp, G., Seekatz, B., Glatz, J., Karger, G., Kiwus, U., Knoglinger, E., Schubmann, R., Westphal, R., Faller, H. (2013): Evaluation of a self-management patient education program for patients with chronic heart failure undergoing inpatient cardiac rehabilitation: Study protocol of a cluster randomized controlled trial. *BMC Cardiovascular Disorders*, 13. 60. DOI: 10.1186/1471-2261-13-60.
- McMurray, J.J.V., Adamopoulos, A., Anker, S.D., Auricchio, A., Böhm, M., Dickstein, K., Falk, V., Filippatos, G., Fonseca, C., Gomez-Sanchez, M.A., Jaarsma, T., Køber, L., Lip, G.Y.H., Maggioni, A.P., Parkhomenko, A., Pieske, B.M., Popescu, B.A., Rønnevik, P.K., Rutten, F.H., Schwitter, J., Seferovic, P., Stepinska, J., Trindade, P.T., Voors, A.A., Zannad, F., Zeiher, A. (2012): ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 14. 803-869.
- Seekatz, B., Musekamp, G., Faller, H., Meng, K., Arbeitsgruppe Patientenschulung der DGPR (2012): Entwicklung einer Patientenschulung für Patienten mit Herzinsuffizienz in der kardiologischen Rehabilitation. *DRV-Schriften*, Bd 98. 386-388.

Verbessertes Wissen über Stressrisiken und Stressbewältigung nach frauenspezifischem Stressbewältigungsprogramm in der orthopädischen Rehabilitation: Ergebnisse einer clusterrandomisierten Studie

Wallrabe, J. (1), Höhne, S. (1), Kasten, Y. (1), Spyra, K. (1), Bethge, M. (2)

(1) Institut für Medizinische Soziologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin,

(2) Klinik für Rehabilitationsmedizin, Medizinische Hochschule Hannover

Hintergrund

Erhöhte Anforderungen im Berufsleben können Stress auslösen und erhöhen das Risiko für orthopädische Beschwerden, wie chronischen Rückenschmerz (Linton, 2001). Bedeutende Ansatzpunkte in der orthopädischen Rehabilitation sind daher das Wissen um stressauslösende Faktoren und Möglichkeiten der Stressbewältigung (Reusch et al., 2013). Allerdings führen unterschiedliche Lebens- und Arbeitsbedingungen bei Frauen und Männern zu verschiedenen Belastungssituationen (Beermann et al., 2008). Besonders für Frauen stellt beispielsweise die Vereinbarkeit von Familie und Beruf eine große Herausforderung dar (Cornelißen, 2008). In der Rehabilitation werden geschlechtsspezifisch unterschiedliche Bedürfnisse derzeit jedoch kaum berücksichtigt. In einem frauenspezifischen Stressbewältigungsprogramm sollten daher die Einflussfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten erwerbstätiger Frauen thematisiert werden.

Methoden

Die Teilnehmerinnen wurden in fünf stationären orthopädischen Rehabilitationszentren rekrutiert. Teilnehmerinnen der Interventionsgruppe erhielten neben den üblichen Rehabilitationsleistungen das Schulungsprogramm "Women@work – Stressmanagement für er-

werbstätige Frauen". Teilnehmerinnen der Kontrollgruppe bekamen ebenfalls das übliche Rehabilitationsangebot und anstelle der Intervention ein gering beanspruchendes Angebot der Bewegungstherapie oder Ergotherapie. Die Studienregistrierung erfolgte im Deutschen Register Klinischer Studien (DKRS-ID: 5160).

Die Behandlungsgenauigkeit wurde anhand der aus den ärztlichen Entlassungsberichten extrahierten Behandlungsdosis überprüft. Wissen über Stressrisiken und Stressbewältigung wurde mit zwei Skalen erfasst. Die Anzahl der korrekten Antworten wurde auf einen Wertebereich von 0 bis 100 transformiert, so dass die individuellen Punktwerte jeweils dem Anteil korrekter Antworten entsprachen. Als weitere Zielkriterien wurden Depressivität (PHQ-9), Angst (GAD-7), Selbstmanagementfähigkeiten (FERUS) und die mit dem Work Ability Score erfasste Arbeitsfähigkeit erhoben. Die Überprüfung der Behandlungseffekte erfolgte mit gemischten linearen Modellen unter Berücksichtigung der Ausgangswerte und weiterer Kovariaten sowie zufälligem Klinik- und Clusterfaktor. Fehlende Kovariaten wurden modellbasiert imputiert und die Parameterschätzer der Regressionsmodelle für die zehn unabhängig erzeugten Datensätze anschließend entsprechend der Rubinschen Regel kombiniert. Die Berechnung von Intergruppeneffekten (d_{inter}) erfolgte durch Standardisierung der Gruppendifferenzwerte an der gepoolten Standardabweichung; die Berechnung von Intragruppeneffekten (d_{intra}) durch Standardisierung der Nachher-Vorher-Differenz an der Standardabweichung der Ersterhebung.

Ergebnisse

376 Teilnehmerinnen wurden in 79 Clustern entweder der Interventionsgruppe ($n = 197$) oder der Kontrollgruppe ($n = 179$) zugewiesen. Das mittlere Alter der Teilnehmerinnen betrug 50,9 Jahre ($SD = 7,9$). 73,3 % der Teilnehmerinnen waren ganztags erwerbstätig. 79,5 % der Teilnehmerinnen hatten mindestens ein Kind. Die Umsetzungsgenauigkeit des Stressbewältigungsprogramms war sehr gut: 185 (94 %) der Interventionsgruppenteilnehmerinnen nahmen an mindestens vier von fünf Sitzungen teil; 177 (90 %) erhielten wenigstens 80 % der geplanten 450 Minuten. Für beide Behandlungsgruppen waren ein vergleichbarer Gesamtleistungsumfang und eine vergleichbare Rehabilitationsdauer dokumentiert. Am Rehabilitationsende hatten die Teilnehmerinnen höheres Wissen über Stressrisiken ($b = 3,17$; 95 % KI: 0,10 bis 6,24) und Stressbewältigung ($b = 8,29$; 95 % KI: 2,11 bis 14,47). Die Intergruppeneffekte waren mit $d_{inter} = 0,22$ und $d_{inter} = 0,30$ allerdings gering. Die Zufriedenheit mit der Behandlung war bei Teilnehmerinnen der Interventionsgruppe ebenfalls etwas, allerdings nicht signifikant, höher. Beide Gruppen berichteten gleichermaßen verbesserte Werte hinsichtlich Depressivität ($d_{intra} = 0,56$), Angst ($d_{intra} = 0,66$), Selbstmanagementfähigkeit ($d_{intra} = 0,38$) sowie der mit dem Work Ability Score erfassten Arbeitsfähigkeit ($d_{intra} = 0,35$).

Schlussfolgerung

Das frauenspezifische Schulungsprogramm zur Stressbewältigung ist kurzfristig zwar mit verbessertem Wissen über Stressrisiken und Stressbewältigung assoziiert; nicht aber mit besseren Ergebnissen hinsichtlich anderer Zielkriterien. Im Rahmen multimodaler Programme zur medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (Streibel, Buschmann-Steinhage, 2011) könnte das vorgestellte Stressbewältigungsprogramm zukünftig als berufsbe-

zogene Gruppe in Betracht gezogen werden, wenn von Rehabilitandinnen eine geschlechtersensible Durchführung gewünscht ist.

Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)

Literatur

- Beermann, B., Brenscheidt, F., Siefer, A. (2008): Unterschiede in den Arbeitsbedingungen und -belastungen von Frauen und Männern. In: Badura, B., Schröder, H., Vetter, C. (Hrsg.): Fehlzeitenreport 2007. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit. Heidelberg: Springer Medizin Verlag. 69-82.
- Cornelißen, W. (2008): Vereinbarkeit von Familie und Beruf. In: Badura, B., Schröder, H., Vetter, C. (Hrsg.): Fehlzeitenreport 2007. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit. Heidelberg: Springer Medizin Verlag. 175-189.
- Linton, S.J. (2001): Occupational psychological factors increase the risk for back pain: a systematic review. *J Occup Rehabil*, 11. 53-66.
- Reusch, A., Schug, M., Kuffner, R., Vogel, H., Faller, H. (2013): Gruppenprogramme der Gesundheitsbildung, Patientenschulung und Psychoedukation in der medizinischen Rehabilitation 2010 - Eine Bestandsaufnahme. *Die Rehabilitation*, 52. 226-233.
- Streibelt, M., Buschmann-Steinhage, R. (2011): Ein Anforderungsprofil zur Durchführung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation aus der Perspektive der gesetzlichen Rentenversicherung. *Die Rehabilitation*, 50. 160-167.

Ergebnisse der formativen Evaluation einer patientenorientierten Schulung zur Förderung der Gesundheitskompetenz bei chronisch Kranken ("Aktiv in der Reha")

Ullrich, A. (1), Schöpf, A.C. (1), Nagl, M. (2), Farin-Glattacker, E. (1)

- (1) Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg,
(2) Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Technische Universität Dresden

Hintergrund

In der rehabilitativen Versorgung von Patienten mit chronischen Krankheiten haben sich Patientenschulungen als ein zentrales Behandlungselement etabliert (Faller et al., 2011). Eine geringe Gesundheitskompetenz des Patienten kann einen Risikofaktor beim Verständnis von gesundheitsbezogenen Informationen darstellen (Dirmaier, Härter, 2011). Im Rahmen des Projekts "Entwicklung und Evaluation einer Patientenschulung zur Förderung der Gesundheitskompetenz von chronisch Kranken" wurde eine auf die besonderen Bedürfnisse von Rehabilitanden mit geringer Gesundheitskompetenz abgestimmte Basisschulung entwickelt.

Die manualisierte Patientenschulung "Aktiv in der Reha" besteht aus vier Modulen (jeweils 60 Minuten) und beinhaltet zentrale Themen aus dem rehabilitationsbezogenen Kontext: "Bio-psycho-soziales Krankheitsmodell", "Eigene Reha-Ziele entwickeln" und "Kommunikation mit Behandlern".

Der aktuelle Beitrag stellt die Ergebnisse der formativen Evaluation der Patientenschulung aus fünf der sechs am Projekt beteiligten Kliniken vor (Stand November 2013).

Methodik

Die Implementierung der Patientenschulung fand im Zeitraum von Januar bis September 2013 in sechs Rehabilitationseinrichtungen statt. Die Einrichtungen führten fünf bis acht Durchgänge der Schulung durch, die möglichst in den ersten 14 Tagen nach Reha-Beginn stattfinden sollten. Die Akzeptanz der einzelnen Module der Schulung wurde mit Hilfe eines Evaluationsbogens (Patienten und Dozenten) erfasst (in Anlehnung an Meng et al., 2009). Die Beurteilung der Schulung erfolgte auf einer sechsstufigen Skala (1-6). Die Dozenten wurden zudem um eine Einschätzung der Erreichung der Lernziele ("ja", "teilweise", "nein") gebeten. Am Ende des Fragebogens bestand die Möglichkeit, Rückmeldungen auf offene Fragen zu geben (Meng et al., 2009).

Ergebnisse

Zur Bewertung der Patientenschulung liegen 274 Evaluationsbögen von Patienten und 34 von Dozenten vor. Das mittlere Alter der Patienten lag bei 50,88 Jahren (SD=9,00).

Die Ergebnisse der formativen Evaluation zeigen, dass die Schulung insgesamt als gut bewertet wurde (Patienten: $M=2,03$, $SD=0,98$; Dozenten: $M=2,44$, $SD=0,80$). Die Gesamtbewertung der Module basierend auf den acht Beurteilungskriterien variiert im Durchschnitt zwischen dem guten bis sehr guten Bereich (Patienten: $1,78 \leq M \leq 2,07$; Dozenten: $1,80 \leq M \leq 2,31$). Besonders positiv wurde das Thema "Kommunikation mit Behandlern" (Modul 3) bewertet.

Nach Angaben der Dozenten lag der Erfüllungsgrad der 17 Lernziele zwischen 53,10 % - 94,10 %. Als Gründe für die fehlende Erreichung der Lernziele gaben die Dozenten z. B. den zeitlichen Umfang der Schulung oder gruppenspezifische Aspekte (wie schwieriges Klientel) an. Hinsichtlich der Freitexte konnten insgesamt 793 Nennungen der Patienten berücksichtigt werden. 72,26 % der Anmerkungen konnten dem positiven und 23,46 % dem negativen Bereich zugeordnet werden. 4,29 % der Nennungen entfallen auf sonstige Anmerkungen und Hinweise. Als besonders positiv wurden der Referent (wie Vortragsweise) und die Möglichkeit zur Partizipation (wie Erfahrungsaustausch in der Gruppe) genannt. In den Bereich der negativen Bewertungen fallen hauptsächlich Angaben zu Rahmenbedingungen in der Rehabilitationseinrichtung (wie Raumausstattung), zu Materialien (wie Folien) sowie zum zeitlichen Umfang der Schulung.

Diskussion

Der vorliegende Beitrag stellt Ergebnisse der formativen Evaluation einer neuen patientenorientierten, manualisierten Schulung vor, die in der Rehabilitation zur Förderung der Gesundheitskompetenz eingesetzt werden kann.

Die Gesamtbewertung der Schulung ist als positiv zu bewerten, insbesondere, wenn berücksichtigt wird, dass die Schulung neben den bereits in den Kliniken etablierten Patientenschulungen implementiert wurde, d. h. für Dozenten wie Patienten mit zusätzlichem Aufwand verbunden war. Als besonders positiv wurde der partizipative Charakter der Schulung, der Referent und das Modul "Kommunikation mit Behandlern" von den Patienten bewertet. Als

besonders problematisch wurde der Umfang der Schulung eingeschätzt (z. B. vier Module mit 60 Minuten bzw. zu viel Inhalt innerhalb der Module).

Unter Berücksichtigung der Freitexte der Evaluationsbögen sowie einer Nachbefragung der Dozenten (per Telefon und Fragebogen) werden aktuell Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Schulung entwickelt. Die finale Version der Schulung soll über das Zentrum für Patientenschulung disseminiert werden.

Förderung: Im gemeinsamen Förderschwerpunkt "Chronische Krankheiten und Patientenorientierung" von BMBF, Kranken- und Rentenversicherung.

Literatur

Faller, H., Reusch, A., Meng, K. (2011): DGRW-Update: Patientenschulung. Die Rehabilitation, 50. 284-291.

Dirmaier, J., Härter, M. (2011): Stärkung der Selbstbeteiligung in der Rehabilitation. Bundesgesundheitsblatt, 54. 411-419.

Meng, K., Seekatz, B., Roßband, H., Worringer, U., Faller, H., Vogel, H. (2009): Entwicklung eines standardisierten Rückenschulungsprogramms für die orthopädische Rehabilitation. Die Rehabilitation, 48. 335-344.

Entwicklung einer Checkliste zur Bewertung der didaktischen und methodischen Konzeption von Patientenschulungen

Feicke, J. (1), Wirtz, M. (2), Spörhase, U. (1)

(1) Institut für Biologie und ihre Didaktik, Pädagogische Hochschule Freiburg,

(2) Institut für Psychologie; Pädagogische Hochschule Freiburg

Hintergrund

Patientenschulungen als ein zentraler Bestandteil der medizinischen Rehabilitation weisen häufig erhebliche Mängel bezüglich der Didaktik und Methodik auf (Reusch et al., 2011). Gründe hierfür sind u. a. fehlende didaktische und methodische Kenntnisse bei den Personen, die Patientenschulungen entwickeln und/oder durchführen. Von den Praktikern wird explizit Unterstützung in diesem Bereich gefordert (Friedl-Huber et al., 2007; Worringer, Beckmann, 2007). Ziel ist die Entwicklung einer Checkliste zur Bewertung der didaktischen und methodischen Konzeption von Patientenschulungen anhand von Unterrichtsqualitätsfaktoren (Feicke, Spörhase, 2012) als ein Hilfsmittel der Qualitätskontrolle. Die Checkliste kann zusätzlich eine Hilfestellung bei der Konzeption von Patientenschulungen darstellen.

Methodik

Ausgehend von einer systematischen Literaturrecherche (Feicke, Spörhase 2012) wurden die drei identifizierten empirisch validierten und theoretisch fundierten Qualitätsmerkmale "Klare Strukturierung", "Teilnehmerorientiertes Sozialklima" und "Kognitive Aktivierung" unter Einbeziehung des Theorie- und Erfahrungswissens der Didaktik für den Bereich Patientenschulungen in Form einer Checkliste operationalisiert. Die Validierung erfolgte durch eine Expertenbefragung. Formativ wurde die Checkliste in zwei Schritten mit Studierenden der

Gesundheitspädagogik (n=5; n=15, Pädagogische Hochschule Freiburg) evaluiert. Unter Berücksichtigung der Erkenntnisse wurde die Checkliste anschließend überarbeitet.

Ergebnisse

Das Kriterium "teilnehmerorientiertes Sozialklima" wird untergliedert in drei Sub-Kategorien (32 Items), das Kriterium "kognitive Aktivierung" in zwei Sub-Kategorien (22 Items) und das Kriterium "klare Strukturierung" in neun Sub-Kategorien (49 Items) (siehe Tabelle 1). Der Usability-Test hat ergeben, dass eine Bewertung der Manuale möglich ist. Diese ist aktuell jedoch sehr umfangreich und zeitintensiv. Eine Kürzung der Checkliste und das Einfügen eines Glossars wurden angeraten. Probleme bei der Anwendung traten dann auf, wenn in den Manualen didaktische Begriffe fehlerhaft verwendet wurden oder die Manuale sehr unstrukturiert und umfangreich waren. Zudem konnte festgestellt werden, dass die Anwendung bei dem Begutachter didaktisch-methodische Kompetenzen sowie krankheitsspezifisches Wissen und praktische Schulungserfahrung voraussetzt. Bezüglich des Aufbaus der Checkliste wurde empfohlen, dass die Checkliste sich nach dem Aufbau der Manuale richten und eine Unterteilung in modulübergreifende und modulspezifische Angaben vorgenommen werden sollte. Darüber hinaus wurden das Einfügen der Antwortmöglichkeit "keine Angabe möglich" für einzelne Items sowie der Einsatz von Freitext-Items und eines Gesamturteils empfohlen.

Unter Berücksichtigung dieser Aspekte ergibt sich für die finale Checkliste folgende Form und folgender Aufbau: Die Checkliste umfasst 22 Seiten. Neben dem Bewertungsbogen beinhaltet die Checkliste eine genaue Anleitung bezüglich der Anwendung sowie konzeptionelle Hintergrundinformationen. Der Aufbau der Checkliste ist analog zu dem geforderten Aufbau von Patientenschulungsmanualen (Ströbel et al., 2007). Zur Bewertung stehen insgesamt 109 Items inklusive eines Gesamturteils über das zugrunde liegende Manual.

teilnehmerorientiertes Sozialklima	klare Strukturierung	Kognitive Aktivierung
<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der Lehr-Lernsequenz (15 Items) • Einrichtungsbezogene Rahmenbedingungen (9 Items) • Organisatorische Merkmale der Gruppe (8 Items) 	<ul style="list-style-type: none"> • Lehrziele (11 Items) • Aufgaben (10 Items) • Inhalte (6 Items) • Methoden (5 Items) • Medien (5 Items) • Sozialformen (3 Items) • Folge des methodischen Grundrhythmus (4 Items) • Strukturierung der Verhaltensebene (2 Items) 	<ul style="list-style-type: none"> • Auseinandersetzung mit anspruchsvollen Aufgaben (12 Items) • Methodenvielfalt (10 Items)

Tab. 1: Operationalisierung der Qualitätskriterien

Diskussion

Die entwickelte Checkliste erlaubt bereits jetzt schon erstmalig, kriteriengeleitet Manuale von Patientenschulungen hinsichtlich ihrer didaktischen und methodischen Qualität zu bewerten. Sie kann darüber hinaus bei der Konzeption, der Weiterentwicklung und Implementierung von Patientenschulungen als Orientierung dienen. Gezielte Stärken- und Schwä-

chen-Analysen können als Grundlage für die Optimierung bei Relaunch dienen. Weiterer Forschungsbedarf besteht bezüglich der Interpretation und Auswertung der Ergebnisse und hinsichtlich der Inter-Rater-Reliabilität. Fernziel kann die Identifikation typischer Muster Profile sein. Mit Hilfe der Checkliste könnte untersucht werden, welche Aspekte sich auf die Erreichung welcher Effekte der Schulung auswirken.

Ausblick

Die entwickelte Checkliste erlaubt es erstmalig, kriteriengeleitet Manuale von Patientenschulungen aus didaktischer Sicht zu bewerten. Eine testtheoretische Überprüfung der Checkliste folgt.

Literatur

- Feicke, J., Spörhase, U. (2012): Impulse aus der Didaktik zur Verbesserung von Patientenschulungen. *Die Rehabilitation*, 51. 300-307.
- Reusch, A., Schug, M., Küffner, R., Vogel, H., Faller, H. (2011): Sind nach 5 Jahren mehr Patientenschulungen manualisiert und evaluiert und zeigen sich Unterschiede zwischen somatischen und psychosomatischen Reha-Einrichtungen? *DVR-Schriften*, Bd 93. 178-179.
- Ströbel, V., Küffner, R., Reusch, A., Vogel H., Faller, H. (2007): Hinweise zur Erstellung eines Schulungsmanuals. URL: http://www.zentrum-patientenschulung.de/manuale/manual_erstellung/Leitfaden_Manualerstellung_Zentrum-Patientenschulung.pdf. Letzter Abruf: 31.10.2013.
- Worringen, U., Beckmann, U. (2007): Gesundheitstraining – Qualitätssicherung und -entwicklung durch die Deutsche Rentenversicherung Bund. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 75. 21-28.

Dissemination eines evaluierten Schulungsprogramms bei chronischem Rückenschmerz – Kostenanalyse der Programmimplementierung

Ivancevic, S. (1), Biermann, J. (1), Meng, K. (2), Faller, H. (2), Wasem, J., Neumann, A. (1)

(1) Lehrstuhl für Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen,

(2) Abteilung für Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften, Universität Würzburg

Hintergrund

Die Indikation chronischer Rückenschmerz stellt aufgrund ihrer Prävalenz eine Krankheit mit erheblicher medizinischer und gesundheitsökonomischer Relevanz dar. Die starke körperliche und psychische Belastung der Patienten führt zu einer häufigen Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems sowie vielfach zu einer Arbeitsunfähigkeit. Einen wichtigen Bestandteil der rehabilitativen Versorgung von Rückenschmerz-Patienten stellen Patientenschulungen dar, welche in der Praxis nur zu einem geringen Teil über evaluierte und zentralen Qualitätsanforderungen gerecht werdende Programme erfolgen (Reusch et al., 2013). Hinsichtlich möglicher Wege zur Dissemination eines neuen Schulungsprogramms in die klinische Praxis sind wenige Informationen vorhanden (z. B. Brandes et al., 2008). Ziel des vorliegenden Projektes ist die Ermittlung der Kosten alternativer Implementierungsstrategien eines in einem Manual zusammengefassten Schulungsprogramms, welches über einen Leitfaden zum Manual und im Vergleich dazu in Form eines Train-the-Trainer-Seminars in Rehabilitationskliniken implementiert wird.

Methodik

Im Rahmen einer Disseminationsstudie in 10 Rehabilitationskliniken (5 Kliniken je Implementierungsstrategie) wurde der Zeitaufwand der Programmimplementierung mittels Datenerhebung über Dokumentationsbögen sowie über Befragungen der klinikinternen Schulungsteilnehmer erhoben. Hierbei wurde sowohl der Zeitaufwand für die Vorbereitung 6 Wochen vor der Schulung, die initiale Schulung sowie die Nachbereitung der Schulungsinhalte nach 6 und 12 Wochen in die Kosten-Analyse eingeschlossen. Die resultierenden personellen Ressourcen wurden mittels berufsbezogener Brutto-Personalkosten bewertet. Des Weiteren wurden die Kosten für Sachmittel (Manuale, Leitfaden, Handouts) sowie Reise- und Unterbringungskosten der Schulungsleiter berücksichtigt. In Form einer Sensitivitätsanalyse wurden verschiedene Szenarien der klinikinternen Trainerteam-Besetzung simuliert und die resultierenden Kosten verglichen.

Ergebnisse

Die klinikbezogenen Gesamtkosten der Programmimplementierung liegen bei der Implementierung mittels der Train-the-Trainer Schulung in Abhängigkeit der klinikinternen Besetzung des Trainerteams zwischen 3.735 € und 4.160 € und somit um 11-28 % höher als die Gesamtkosten der Implementierung über einen Leitfaden welche sich zwischen 2.763 € und

3.691 € belaufen. Von den Gesamtkosten entfallen in beiden Implementierungsstrategien rund 95 % auf Personalkosten. Die Personalkosten der Train-the-Trainer Schulung betragen zwischen 1.170 € und 1.494 € je Klinik. Bei Implementierung über einen Leitfaden, erfolgt die Schulung initial über ein Implementierungsgespräch und verursacht Personalkosten je Klinik zwischen 137 € und 174 €. Der monetär bewertete Personalaufwand für die Nachbereitung der Programminhalte im Anschluss an die Train-the-Trainer Schulung beträgt zwischen 1.542 € und 1.627 € und für die Nachbereitung im Anschluss an das Implementierungsgespräch zum Leitfaden zwischen 2.017 € und 2.576 €. Die Sachkosten bei Dissemination über ein Train-the-Trainer Seminar betragen durchschnittlich 68 € je Klinik. Bei der Implementierung über einen Leitfaden liegen diese im Durchschnitt bei 76 €.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Durch die Analyse der Implementierungskosten der beiden Schulungsstrategien im Vergleich lassen sich Aussagen über die bei Umsetzung in der Klinik entstehenden Personal- und Sachkosten treffen. Bei Dissemination eines patientenorientierten Schulungsprogramms in Form einer Train-the-Trainer-Schulung sind bis zu einem Drittel höhere Gesamtkosten angefallen. Dies ist vor allem auf den höheren personellen Ressourcenaufwand durch die Teilnahme an der Schulung zurückzuführen. Im Vergleich zeigt sich allerdings, dass der personelle Aufwand und damit auch die Kosten der Nachbereitung der Programminhalte bei der Implementierung über einen Leitfaden um bis zu 60 % höher sind als bei der Implementierung über ein Train-the-Trainer-Seminar. Daraus lässt sich vermuten, dass die langfristigen Kosten im weiteren Verlauf der klinikinternen Programmumsetzung über eine Train-the-Trainer-Schulung im Vergleich zur Dissemination über einen Leitfaden geringer ausfallen dürften. Im Hinblick auf die Kostendifferenz der Dissemination eines Schulungsprogramms über die beiden Implementierungsstrategien, scheinen Ergebnisse zur Effektivität der Implementierungsstrategien von besonderem Interesse, um daraus Empfehlungen für die klinische Umsetzung ableiten zu können. Weitere Projektergebnisse zeigen, dass in den Kliniken mit dem Train-the-Trainer-Seminar zum Teil eine bessere Umsetzung der standardisierten Rückenschulung und eine höhere Patientenzufriedenheit erreicht werden konnte. Im weiteren Projektverlauf werden im Rahmen einer Effectiveness-Studie neben klinischen Parametern der Patienten die primären Zielkriterien Krankheits- und Behandlungswissen sowie Häufigkeit von Rückenübungen untersucht. Des Weiteren erfolgt eine gesundheitsökonomische Gesamtbewertung.

Förderung: Im gemeinsamen Förderschwerpunkt "Chronische Krankheiten und Patientenorientierung" von BMBF, Kranken- und Rentenversicherung.

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.
- Reusch, A., Schug, M., Küffner, R., Vogel, H., Faller, H. (2013): Gruppenprogramme der Gesundheitsbildung, Patientenschulung und Psychoedukation in der medizinischen Rehabilitation 2010 - Eine Bestandsaufnahme. *Die Rehabilitation*, 52. 226-233.

Patientenbewertungen von Schulungen in der orthopädischen Rehabilitation – Ergebnisse einer qualitativen Freitextanalyse

Schöpf, A.C., Ullrich, A., Farin-Glattacker, E.

Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg

Hintergrund

Patientenschulungen in der medizinischen Rehabilitation von chronischen Krankheiten dienen unter anderem zur Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten, um das Selbstmanagement zu verbessern (Faller et al., 2008). Für das Verständnis von Patientenschulungen spielt die Gesundheitskompetenz eine zentrale Rolle. Diese kann als Interaktion zwischen den Fähigkeiten eines Individuums und Merkmalen des Gesundheitswesens angesehen werden (Berkman et al., 2010). Um die Verständlichkeit von Patientenschulungen i. S. eines Kontextmerkmals zu erfassen, wurde im Rahmen des Projekts "Entwicklung und Evaluation einer Patientenschulung zur Förderung der Gesundheitskompetenz von chronisch Kranken" der COHEP-Fragebogen entwickelt (Farin et al., 2013). Bei der psychometrischen Prüfung dieses Fragebogens wurden den Patienten auch offene Fragen zur Beurteilung der Schulungen der aktuellen Rehabilitationsmaßnahme vorgelegt.

Der vorliegende Beitrag berichtet über die Ergebnisse der Freitextauswertung und geht folgender Frage nach: Wie bewerten Patienten die besuchten Schulungen in der stationären orthopädischen Rehabilitation (positive und negative Aspekte)?

Methodik

Die Freitextfelder wurden von N=577 Patienten mit chronischen Rückenschmerzen und/oder Arthrose in acht stationären Rehabilitationseinrichtungen am Ende ihres Rehabilitationsaufenthalts bearbeitet. Die offenen Fragen lauteten: (1) Was hat Ihnen an den Schulungen gefallen? (2) Was hat Ihnen an den Schulungen nicht gefallen? Basierend auf den Patientenaussagen erfolgte eine induktive Kategorienbildung.

Ergebnisse

Die Auswertung ergab 14 Kategorien, deren Häufigkeiten in Abbildung 1 dargestellt sind.

Besonders häufig wurde der Schulungsleiter als positiv erlebt. Die Patientenaussagen beziehen sich auf dessen Auftreten, Vortragsweise, Kompetenz und Aktivierung von Patienten zur Mitarbeit. Am zweithäufigsten wurden positive Aussagen zum Inhalt genannt. Allerdings äußerten sich einige Patienten auch negativ über diesen Aspekt. Patienten empfanden vor allem Wiederholungen von Informationen als negativ. Viele positive Kommentare gab es außerdem hinsichtlich der Verständlichkeit und den Praxisbezug der Schulungen. Bezüglich des Praxisbezugs bewerteten die Patienten positiv, wenn ein Bezug zum Leben außerhalb der Rehabilitationseinrichtung hergestellt wurde und wenn während der Schulung praktische Beispiele genannt und konkrete Maßnahmen für die Zeit nach der Rehabilitation erlernt wurden. Das Zeitmanagement der Schulungen enthält die meisten negativen Aussagen. Die Schulungslänge wurde manchmal als zu lang und manchmal als zu kurz angesehen, (aktive) Pausen während und zwischen Schulungen wurden vermisst und es wurden negative Folgen der Zeitplanung genannt. Kritik gab es auch für die Passung von Patient und Schulung. Mehrere Patienten bemängelten, dass Patienten mit unterschiedlichen Problemen in

der gleichen Schulung sitzen oder dass Patienten an Schulungen teilnehmen müssen, die nicht zu deren individuellen Merkmalen (z. B. Vorwissen, Krankheit, Interesse) passen.

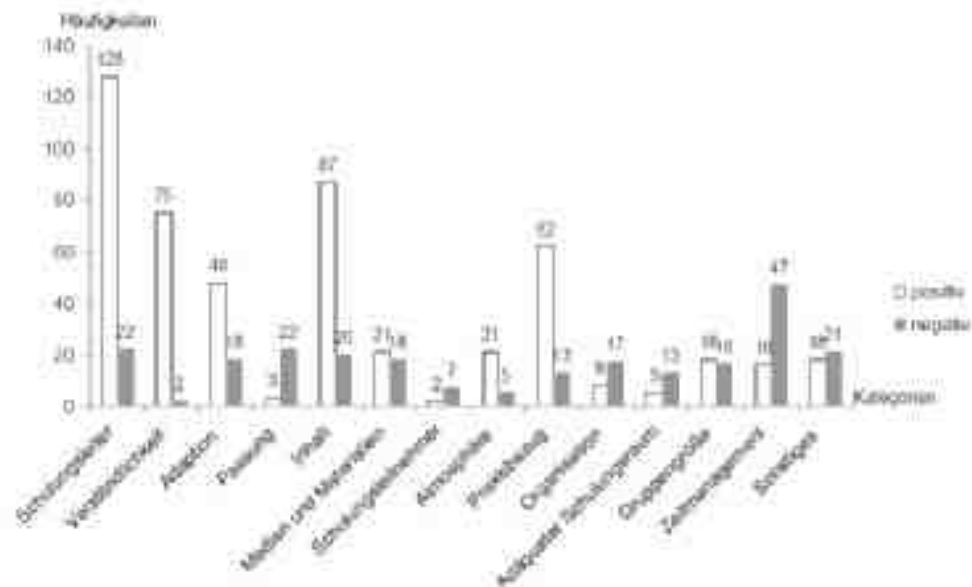


Abb. 1: Häufigkeiten der positiven und negativen Patientenaussagen

Diskussion

Die positiven Aussagen zum Schulungsleiter umfassen viele Aussagen bezüglich dessen Auftreten gegenüber Patienten (z. B. Freundlichkeit), die auf die Wichtigkeit der Patient-Behandler-Beziehung hinweisen. "Zeitmanagement" enthält die meisten negativen Aussagen. Schulungen werden als zu kurz angesehen, wenn nicht genug Zeit für individuelle Fragen ist, aber als zu lang, wenn Patienten zu lange sitzen müssen. Hier zeigen sich Zusammenhänge mit anderen Kategorien. Die "Gruppengröße" wirkt sich entscheidend auf die Zeit aus, die für individuelle Patienten zur Verfügung steht. Darüber hinaus ist auch die "Passung" wichtig. Wenn Patienten mit ähnlichen Problemen und Vorkenntnissen an einer Gruppe teilnehmen, ist es wahrscheinlich, dass die Patienten ähnliche Bedürfnisse und Fragen haben. Das Problem des zu langen Sitzens kann durch eine schlechte Bestuhlung verstärkt werden. Dieser Aspekt zusammen mit anderen Aussagen zum "Schulungsraum" und der "Organisation" zeigen die Wichtigkeit von Rahmenbedingungen, die Qualitätskriterien der Schulungsumsetzung darstellen (Ströbl et al., 2009). Insgesamt belegt die Analyse die Wichtigkeit, eine Vielzahl an patienten- und schulungsbezogenen sowie Umweltfaktoren bei der Erstellung und Umsetzung von Patientenschulungen zu beachten.

Förderung: Im gemeinsamen Förderschwerpunkt "Chronische Krankheiten und Patientenorientierung" von BMBF, Kranken- und Rentenversicherung.

Dank: Wir danken den beteiligten Rehabilitationseinrichtungen.

Literatur

Berkman, N.D., Davis, T.C., McCormack, L. (2010): Health Literacy: What Is It? Journal of Health Communication, 15. 9-19.

- Faller, H., Reusch, A., Ströbl, V., Vogel, H. (2008): Patientenschulung als Element der Patientenorientierung in der Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 47. 77-83.
- Farin, E., Nagl, M., Ullrich, A. (2013): The comprehensibility of health education programs: Questionnaire development and results in patients with chronic musculoskeletal diseases. *Patient Education and Counseling*, 90. 239-246.
- Ströbl, V., Küffner, R., Müller, J., Reusch, A., Vogel, H., Faller, H. (2009): Patientenschulung: Qualitätskriterien der Schulungsumsetzung. *Die Rehabilitation*, 48. 166-173.

Interprofessionelle Teamarbeit zur Behandlung von chronischen Erkrankungen – Ein systematisches Review

Körner, M. (1), Bütof, S. (2), Müller, C. (1), Zimmermann, L. (1), Bengel, J. (3)

(1) Medizinische Fakultät, Universität Freiburg, (2) Institut für Neurophysiologie und Pathophysiologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, (3) Institut für Psychologie, Universität Freiburg

Theoretischer Hintergrund

Interprofessionelle Teamarbeit (IPT) ist ein Erfolgsmerkmal für die patientenorientierte Behandlung chronischer Erkrankungen (Körner et al. (submitted)). Bislang gibt es jedoch kaum Erkenntnisse über die wesentlichen Dimensionen interprofessioneller Teamarbeit sowie die Möglichkeiten, diese durch Teamentwicklungsinterventionen zu verbessern. Das Ziel der Studie war die Identifikation der wesentlichen Determinanten der IPT sowie der Interventionen zur Verbesserung der IPT und/oder der team-, patienten-, mitarbeiter- und organisationsbezogenen Ergebnisparameter in der Behandlung von chronischen Erkrankungen.

Methode

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde ein systematisches Review zur interprofessionellen Teamarbeit in der Behandlung von chronischen Erkrankungen für die Jahre 2002-2012 in den medizinischen Datenbanken Medline und PsycInfo durchgeführt. Dabei wurden sowohl theoretische Arbeiten, Praxisberichte als auch alle Studientypen in das Review eingeschlossen.

Ergebnisse

Es konnten 2.256 Abstracts identifiziert werden, wovon 1.981 anhand des Titels und/oder Abstracts aus der Analyse ausgeschlossen wurden. 36 Artikel waren Duplikate und 27 Artikel nicht beziehbar, so verblieben 212 Artikel für die Volltextanalyse. Von diesen wurden letztendlich 32 Artikel in die Analyse eingeschlossen. Fünf der 32 Artikel waren theoretische Arbeiten, sechs Praxisberichte, neun Querschnittstudien und zwölf Interventionsstudien. Die theoretischen Arbeiten sowie die Querschnittstudien beschrieben die strukturellen und prozessualen Determinanten der Teamarbeit, während die Praxisberichte und Längsschnittstudien sich auf die Interventionen zur Verbesserung der Teamarbeit bezogen.

Als strukturelle Dimensionen erfolgreicher interprofessioneller Teamarbeit zeigten sich in den theoretischen Arbeiten sowie den Querschnittstudien der interprofessionelle Teamansatz, die Charakteristika der Teammitglieder, die Besprechungs-/Meetingstruktur, Autonomie des Teams, die Teamcharakteristika (Größe, Zusammensetzung) und der Führungsstil. Erfolgsmerkmale, bezogen auf den Teamprozess, sind gemeinsame Ziele, Koordination der Patientenversorgung, gemeinsame Arbeitspraxis, Kommunikation, Konfliktmanagement, Kohäsion, Kooperation, wechselseitiges Vertrauen, Respekt, Rolle und Feedback. Zur Ver-

besserung der interprofessionellen Teamarbeit wurden insbesondere komplexe Interventionen eingesetzt, aber auch interprofessionelle Trainings und Workshops, Leistungsfeedback, Ergänzung neuer Teammitglieder im Team sowie Implementierungsstrategien, wie z. B. SBAR (Situation-Background-Assessment-Recommendation), ICF-basierte Strukturierung für Teambesprechungen, elektronische ICF-basierte Dokumentationssysteme sowie Action Learning Cycles wurden als Interventionsstrategien beschrieben und teilweise auch evaluiert. Keine der eingeschlossenen Studien verfügte über ein kontrolliertes, randomisiertes Design.

Schlussfolgerung

Obwohl die IPT als ein wesentliches Organisationsmerkmal der Behandlung chronisch Erkrankter angesehen wird, gibt es nur wenige Studien zu den Erfolgsmerkmalen und zum Erfolg von Interventionen. Insgesamt wurden 21 Studien identifiziert, deren Evidenz als schwach bis sehr schwach einzustufen ist.

Literatur

Körner, M., Bütof, S., Müller, C., Zimmermann, L., Bengel, J. (submitted): Interprofessional teamwork in the medical treatment of chronic diseases. A systematic review. Medical Care Research and Review.

Merkmale einer erfolgreichen Rehabilitationseinrichtung – Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kleineke, V., Stamer, M., Zeisberger, M., Brandes, I., Meyer, T.

Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung,
Medizinische Hochschule Hannover

Hintergrund und Zielsetzung

Durch das von der Deutschen Rentenversicherung Bund finanzierte Projekt MeeR – Merkmale einer erfolgreichen Reha (Meyer et al. 2013) – sollten Merkmale identifiziert und untersucht werden, die Einfluss auf den Erfolg der Rehabilitationseinrichtungen auf RehabilitandInnen-Ebene haben. Ausgangspunkt für dieses Projekt war die Feststellung, dass es hinsichtlich des Einrichtungserfolges Unterschiede zwischen den Einrichtungen medizinischer Rehabilitation gibt, die nicht durch Merkmale der Rehabilitanden und Rehabilitandinnen beeinflusst werden (Meyer, 2010). Ziel des Projektes ist die Generierung von Hypothesen zur Erklärung dieser Unterschiede.

Methoden

In der Hauptphase des Projektes wurde in sechs Rehabilitationseinrichtungen eine Visitation im Umfang von einer Woche durchgeführt. Die Auswahl der teilnehmenden Einrichtungen erfolgte auf Grundlage einer quantitativen Analyse von Routinedaten der Qualitätssicherung der DRV. Es handelt sich um vier orthopädische und zwei kardiologische Einrichtungen, die drei Paare aus je einer Einrichtung der oberen 10 % und je einer Einrichtung der unteren 10 % der Rangreihe (bezogen auf den Rehabilitationserfolg) bilden. Innerhalb der Visitati-

onswochen wurden Gruppendiskussionen mit MitarbeiterInnen und mit RehabilitandInnen, Interviews mit ärztlichen Leitungspersonen und der Verwaltungsleitung sowie begleitende Beobachtungen in verschiedenen Bereichen des täglichen Rehabilitationsablaufes durchgeführt. Die erhobenen Daten wurden mittels zusammenfassender Inhaltsanalyse und einem themenspezifischen Vergleich zwischen den Einrichtungen ausgewertet (Flick, 2007). Zusätzlich wurden die Gruppendiskussionen der MitarbeiterInnen in Hinblick auf die interdisziplinäre Kooperation und auf Interaktionsaspekte mittels der dokumentarischen Methode (Bohnsack, 2010) analysiert.

Ergebnisse

Folgende Kategorien wurden als erfolgsrelevant identifiziert: Die Therapiezielvereinbarung, die Angebotsgestaltung aus Perspektive der MitarbeiterInnen und RehabilitandInnen sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Dieser Beitrag fokussiert auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Die Ausgestaltung der interdisziplinären Zusammenarbeit unterscheidet sich in den Einrichtungen hinsichtlich verschiedener Aspekte. So scheint die Wertschätzung interdisziplinärer Teamsitzungen in den weniger erfolgreichen Einrichtungen geringer und von weniger wechselseitiger Interaktion zwischen AkteurInnen unterschiedlicher Berufsgruppen geprägt zu sein. Hinsichtlich der Stellung der ärztlichen MitarbeiterInnen innerhalb des Rehabilitationsteams lässt sich feststellen, dass die Kommunikation in den erfolgreichen Einrichtungen weniger Ärzte/Ärztinnen-zentriert abläuft und die Dominanz der ärztlichen Verantwortungsübernahme im Versorgungsprozess weniger umfangreich erscheint. Zudem scheinen Hierarchiestrukturen in den erfolgreichen Einrichtungen weniger ausgeprägt zu sein. In einer erfolgreichen Einrichtung erfolgt der Informationsfluss nicht grundsätzlich über das Team, sondern auch gezielt über die RehabilitandInnen. Zudem erscheinen Beispiele für misslungene interdisziplinäre Zusammenarbeit in den weniger erfolgreichen Einrichtungen drastischer zu sein.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Interdisziplinäre Kooperation sollte als ein Merkmal erfolgreicher Rehabilitation in den Einrichtungen medizinischer Rehabilitation besonders berücksichtigt werden. Auf Grundlage der Ergebnisse wurde die These entwickelt, eine kontinuierliche Weiterentwicklung von berufsgruppenübergreifender Teilhabe sowie einer damit einhergehenden berufsgruppenübergreifenden Verteilung von Verantwortung bei der Versorgungsplanung und Versorgungsgestaltung reduziere das Misslingen interdisziplinärer Zusammenarbeit und befördere neue Ansätze der Gestaltung von Reha-Prozessen. Diese These, sowie daraus resultierende Schlussfolgerungen für die Praxis, wie beispielsweise das Überdenken der ärztlichen Rolle im Versorgungsprozess, sollen in weiterführenden Untersuchungen überprüft werden.

Literatur

- Bohnsack, R. (2010): Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden. 8. Aufl. Opladen: Budrich.
- Flick, U. (2007): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek: Rowohlt.
- Meyer, T. (2010): Medizinische Rehabilitation für Menschen mit chronischen Rückenschmerzen: Variation des Erfolgs zwischen Rehabilitanden und Rehabilitationskliniken. Habilitationsschrift Universität zu Lübeck.

Meyer, T., Brandes, I., Zeisberger, M., Stamer, M. (2013): Merkmale einer erfolgreichen Reha-Einrichtung – Hintergrund und Vorgehen im Projekt MeeR. In: Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation BDP (Hrsg.): (Selbst-)Konzepte bei veränderten Lebensbedingungen, Deutscher Psychologen Verlag GmbH, Berlin. 66-79.

Wie gut gelingt die Wissensintegration in multiprofessionellen Teams der medizinischen Rehabilitation?

Körner, M. (1), Rundel, M. (2), Müller, C. (1), Zimmermann, L. (1)

(1) Medizinische Fakultät, Universität Freiburg, (2) Celenus Kliniken, Offenburg

Theoretischer Hintergrund

Zur Bewältigung von komplexen Problemen, wie z. B. der Behandlung von chronischen Erkrankungen in der medizinischen Rehabilitation wird multiprofessionellen Teams das Potenzial für eine effektive Behandlung zugeschrieben. Dabei führt jedoch die heterogene Zusammensetzung der Behandlungsteams, insbesondere die Integration von unterschiedlichen Perspektiven und Wissensbeständen der Gesundheitsberufe, zu hohen Anforderungen an alle Teammitglieder. Es sind geteilte mentale Modelle, d. h. gemeinsames Wissen der Teammitglieder über relevante Merkmale der Aufgabe (Ziele, Arbeitsschritte, Aufgabenteilung, Methoden und Werkzeuge) als auch des Teams (Kompetenzen der einzelnen Teammitglieder) zu entwickeln. Ziel der Arbeit ist die Bewertung dieses Prozesses zum Aufbau einer disziplinübergreifenden Wissensbasis für Teams in der medizinischen Rehabilitation. Hierfür wird das Ausmaß der Probleme bei der Integration des Wissens erfasst und zwischen den Berufsgruppen und Kliniken verglichen.

Methode

In einer multizentrischen Querschnittsstudie wurden Mitarbeiter von Rehabilitationsteams schriftlich befragt. Die Fragebogen konnten über die Studienverantwortlichen in zehn Kliniken unterschiedlicher Indikationsbereiche (Orthopädie, Neurologie, Onkologie) an 945 Mitarbeiter verschiedener Gesundheitsberufe verteilt werden. Für die Befragung wurde die Skala zur Erfassung von Wissensintegrationsproblemen in interdisziplinären Projektteams (WIP) (Steinheider et al., 2009) für die Arbeit der Behandlungsteams in der medizinischen Rehabilitation adaptiert ("Projekt" durch "Aufgabe" ersetzt und Item 1 eliminiert) und eingesetzt. Die modifizierte Skala besteht aus sieben fünfstufigen Likert-skalierten Items (0 = "trifft nicht zu" bis 4 = "trifft völlig zu") zu. Die Datenanalyse erfolgte deskriptiv-explorativ und varianzanalytisch mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS 21.

Ergebnisse

An der Mitarbeiterbefragung der Rehabilitationsteams beteiligten sich in den zehn Kliniken 293 Mitarbeiter (Rücklauf: 31 %). Drei Kliniken wurden aufgrund einer derzeitigen Rücklaufquote unter 20 % aus der Analyse ausgeschlossen, so dass sich die nachfolgende vorläufige Analyse auf sieben Rehabilitationskliniken (N=272 Mitarbeiter) bezieht. Dabei sind die Mehrzahl der Antwortenden Pflegekräfte (29 %) und Physiotherapeuten (28 %), gefolgt von Ärzten (16 %), Psychologen und Sozialarbeitern (9 %) sowie den sonstigen Berufsgruppen

(Logopäden, Ergotherapeuten, Ernährungsberater/Diätassistenten) (18 %). In der Stichprobe sind ca. 2/3 Frauen und knapp 70 % der befragten Mitarbeiter zwischen 40 und 59 Jahre alt. Über die Hälfte (57 %) sind bereits länger als zehn Jahre in der Klinik beschäftigt.

Die Skala besitzt eine gute Reliabilität (Cronbachs Alpha .87). Bei der Analyse der Problemhäufigkeit ("trifft zu" und "trifft eher zu" zu einer Kategorie zusammengefasst) auf Itemebene zeigt sich, dass knapp 27 % der Teammitglieder unterschiedliche Vorstellungen von der Erledigung ihrer Aufgabe haben (WIP4, siehe Tabelle 1). 21.8 % merken an, dass sich Teammitglieder zu wenig bemühen, "die Denkweisen und methodischen Vorgehensweisen der anderen Fachrichtungen zu verstehen" (WIP3). Des Weiteren sind knapp 30 % der Meinung, dass zu wenig "Zeit und Mühe aufgewendet wird, um ein gemeinsames Aufgabenverständnis zu entwickeln" (WIP2). Nimmt man die Kategorie "trifft manchmal zu" in die Analyse mit auf, so sind wir bei allen drei aufgeführten Aspekten bei einer Problemhäufigkeit von weit über 50 % (WIP2: 59.6 %; WIP3: 54 %; WIP4: 67 %).

	N	Min	Max	M	SD	Problemhäufigkeit n %*	
						trifft zu u. trifft eher zu	trifft manchmal zu
WIP1: Teammitglieder können die eigene Sichtweise den anderen Teilnehmern nur unzureichend verständlich machen.	262	0	4	1.44	0.94	11.0 %	38.2 %
WIP2: Es wird zu wenig Zeit und Mühe aufgewendet, um ein gemeinsames Aufgabenverständnis zu entwickeln.	262	0	4	1.81	1.15	29.4 %	30.2 %
WIP3: Teammitglieder bemühen sich zu wenig, die Denkweisen und methodischen Vorgehensweisen der anderen Fachrichtungen zu verstehen.	262	0	4	1.71	1.07	21.8 %	32.2 %
WIP4: Teammitglieder haben unterschiedliche Zielvorstellungen für die Erledigung ihrer Aufgaben.	261	0	4	1.91	0.99	26.8 %	40.2 %
WIP5: Die interprofessionelle Zusammensetzung des Teams erschwert die Entwicklung eines gemeinsamen Aufgabenverständnisses.	259	0	4	1.14	1.01	9.2 %	24.7 %
WIP6: Die fachspezifischen Denkweisen der einzelnen Teammitglieder erschweren die Bildung einer gemeinsamen Basis für die Erledigung der Aufgabe.	260	0	4	1.40	1.07	15.1 %	25.7 %
WIP7: Die Methoden der anderen Fachrichtungen bleiben unklar.	257	0	4	1.45	0.99	15.2 %	31.5 %

Legende: Skalierung der Skala: 0 = "trifft nicht zu", 1 = "trifft eher nicht zu", 2 = "trifft manchmal zu", 3 = "trifft eher zu", 4 = "trifft völlig zu". * Gültige Prozente

Tab. 1: WIP – Deskriptive Statistiken für die einzelnen Variablen

Ein Vergleich der Skalenmittelwerte ergibt sowohl für die Kliniken ($F = 2.80, p < .001, \eta^2 = 0.06$) als auch für die Berufsgruppen ($F = 5.59, p < .001, \eta^2 = 0.082$) signifikante Unterschiede. Die Ärzte sehen durchschnittlich die geringsten Probleme bei der Wissensintegration, während die Physiotherapeuten ($M = 1.72, SD = 0.72$) und die sonstige Berufsgruppen (Diätassistenten, Ergo-, Logotherapeuten etc.) eher Probleme angeben ($M = 1.76, SD = 0.72$).

Diskussion

Die vorläufige Analyse der Wissensintegrationsprobleme gibt Hinweise darauf, dass es derzeit noch Hindernisse beim Aufbau eines gemeinsamen mentalen Modells in interprofessionellen Teams der medizinischen Rehabilitation gibt. Insbesondere der Integration der verschiedenen Denkweisen, Methoden und Zielvorstellungen der verschiedenen Berufsgruppen bzw. der Entwicklung eines gemeinsamen Aufgabenverständnisses sollte in den Kliniken mehr Bedeutung beigemessen werden.

Schlussfolgerung

Teamentwicklung kann an diesem Punkt anknüpfen und sich darauf konzentrieren, die Teams zu unterstützen die gemeinsame Aufgabe zu klären, ein gemeinsames Aufgabenverständnis bzw. ein geteiltes mentales Modell zu entwickeln.

Förderung: Im gemeinsamen Förderschwerpunkt "Chronische Krankheiten und Patientenorientierung" von BMBF, Kranken- und Rentenversicherung.

Literatur

Steinheider, B., Bayerl, P.S., Menold, N., Bromme, R. (2009): Entwicklung und Validierung einer Skala zur Erfassung von Wissensintegrationsproblemen in interdisziplinären Projektteams (WIP). Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 53, 3. 121-130.

Förderfaktoren und Barrieren interprofessioneller Kooperation in Rehabilitationskliniken – Eine Befragung von Führungskräften

Müller, C. (1), Zimmermann, L. (1), Rundel, M. (2), Körner, M. (1)

(1) Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universität Freiburg,
(2) Celenus Kliniken Offenburg

Hintergrund

Interprofessionelle Kooperation ist ein wesentliches Qualitäts- und Erfolgsmerkmal der Rehabilitation (Körner, Bengel, 2004). Die Komplexität von chronischen Erkrankungen oder Behinderungen in der Rehabilitation erfordert Leistungen, die von keiner Berufsgruppe alleine erbracht werden können (Leggat, 2007). Dies impliziert für die Praxis, dass Gesundheitsberufe im Sinne einer interprofessionellen Kooperation arbeitsteilig zusammenarbeiten (Mickan, Rodger, 2005). Dabei kann die interprofessionelle Kooperation durch verschiedene Faktoren gefördert oder limitiert werden. Insbesondere die Management- und Führungsebene kann durch die Gestaltung der Kooperationsbedingungen Einfluss auf die interprofessionelle Kooperation nehmen (McCallin, McCallin 2009). Bisher liegen im deutschen Versorgungskontext keine Erkenntnisse zu Förderfaktoren und Barrieren interprofessioneller Kooperation in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen vor. Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, sowohl Förderfaktoren, als auch Barrieren der interprofessionellen Kooperation in Rehabilitationskliniken zu identifizieren.

Methodik

In einer Querschnittsstudie mit einem qualitativen Design wurden Förderfaktoren und Barrieren interprofessioneller Kooperation in fünf Rehabilitationseinrichtungen mit Hilfe von leitfadengestützten Interviews erfasst. Insgesamt wurden 18 Führungskräfte im Alter zwischen 36 und 62 Jahren (M= 49,2 Jahre) aus den Indikationsbereichen Orthopädie (n=7), Neurologie (n=5), Onkologie (n=4) und Kardiologie (n=2) interviewt. Unter den befragten Führungskräften befanden sich fünf Chefärzte, vier Pflegedienstleitungen und sechs Leitungen therapeutischer sowie drei Leitungen psychologischer Abteilungen. Die Interviews wurden digitalisiert und transkribiert. Die Transkripte wurden unter Verwendung der Software MAXQDA 10 nach der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2010) in einem deduktiven Vorgehen ausgewertet. Neun Hauptkategorien, die anhand theoretischer Vorannahmen gebildet wurden, wurden der Analyse zugrunde gelegt.

Ergebnisse

Die Ergebnisse sind themenbezogene Zusammenfassungen der befragten Führungskräfte zu Förderfaktoren sowie Barrieren interprofessioneller Kooperation. Insgesamt lassen sich den neun Hauptkategorien 480 kodierte Aussagen zuordnen. Dabei beziehen sich 337 Aussagen auf Förderfaktoren sowie 143 Aussagen auf Barrieren interprofessioneller Kooperation.

Von den 337 Aussagen der Führungskräfte zu Förderfaktoren interprofessioneller Kooperation entfallen die meisten Äußerungen auf die Hauptkategorie "Interprofessionelle Koordination der Behandlung" (82 Aussagen), gefolgt von der Hauptkategorie, "Organisation" an zweiter Stelle (77 Aussagen), "Managementsysteme" an dritte Stelle (66 Aussagen) und "Kultur" an vierte Stelle (33 Aussagen). Die Verteilung der vier häufigsten Kategorien verdeutlicht die Relevanz der Themen. Als wichtiger Förderfaktor der interprofessionellen Behandlungskoordination wird das Vorhandensein eines Gesamtrehabilitationskonzeptes proklamiert, das sich an der Teilhabeorientierung ausrichtet und Rehabilitationsziele zur Planung der rehabilitativen Versorgungsleitungen beinhaltet. Dabei spielen Teamprozessvariablen, wie z. B. der interaktive Informationsaustausch, die multilaterale Kommunikation der Teammitglieder untereinander, klar definierte Teamrollen, definierte Aufgaben des Teams oder einzelner Teammitglieder eine wesentliche Rolle. Der interdisziplinären Patientenbesprechung wird für die Koordination der Behandlung das größte Potenzial zugeschrieben.

Barrieren interprofessioneller Kooperation werden von den Führungskräften in 143 Aussagen thematisiert. Die am häufigsten genannten hinderlichen Einflussfaktoren beziehen sich auf die Hauptkategorie "Organisation" (60 Nennungen). An zweiter Stelle werden hinderliche Faktoren thematisiert, die sich auf die Hauptkategorie "Organisations- und Teamkultur" (20 Aussagen) beziehen, an dritter Stelle werden Kommunikationsbarrieren (17 Aussagen) genannt und an vierter Stelle werden Faktoren angeführt, die Barrieren für Teamentwicklung darstellen (14 Aussagen). In Bezug auf die Organisation werden vor allem die hohe Arbeitsbelastung (Zeitdruck, hohe Behandlungsfrequenzen, veränderter Schweregrad der Rehabilitanden, großer Administrationsaufwand), unzureichende Bezahlung und unzureichende Zeitkorridore, sich im interprofessionellen Team abzusprechen, als limitierende Faktoren gewertet. Zum Teil werden damit negative Auswirkungen auf die Arbeitsmoral und Einstel-

lung zur Zusammenarbeit assoziiert, die sich auch auf die Rehabilitanden-Behandler-Beziehungsebene auswirken können.

Schlussfolgerung

Die drei wichtigsten Förderfaktoren sind die interdisziplinäre Patientenbesprechung für die Koordination der Behandlung, adäquate organisatorische Rahmenbedingungen sowie ein partizipativ ausgerichtetes Management. Zu den drei wichtigsten Barrieren zählen inadäquate organisatorische Rahmenbedingungen, eine unzureichende Teamkultur und Kommunikationsbarrieren. Die in dieser Studie identifizierten Förderfaktoren und Barrieren der interprofessionellen Kooperation sind vergleichbar mit den in internationalen Studien genannten Faktoren.

Förderung: Im gemeinsamen Förderschwerpunkt "Chronische Krankheiten und Patientenorientierung" von BMBF, Kranken- und Rentenversicherung. Förderkennzeichen: 01GX1024.

Literatur

- Körner, M., Bengel, J. (2004): Teamarbeit und Teamerfolg bei multi- und interdisziplinären Teams in der medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 43. 348-357.
- Leggat, S.G. (2007): Effective healthcare teams require effective team members: defining teamwork competencies. *BMC Health Serv Res.*, 6. 7-17.
- Mayring, P. (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (11. aktual. u. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz-Verlag. 118-212.
- McCallin, A., McCallin, M. (2009): Factors influencing team working and strategies to facilitate successful collaborative teamwork. *New Zealand Journal of Physiotherapy*, 37. 61-67.
- Mickan, S., Rodger, S. (2005): Effective health care teams: a model of six characteristics developed from shared perceptions. *J Interprof Care*, 19. 358-370.

Delphi-Befragung zur Erfassung relevanter Dimensionen im Wirkungsgefüge der Therapeuten-Patienten-Interaktion und Übereinstimmung der Beurteilung des therapeutischen Milieus durch Therapeuten und Patienten

Waldeck, T. (1,2), Rüdgel, H. (1), Waldeck, E. (2)

(1) St. Franziska-Stift, Bad Kreuznach, (2) Edelsteinklinik, Bruchweiler

Hintergrund und Fragestellung

Das therapeutische Milieu ist wahrscheinlich ein wichtiger Wirkfaktor für eine gute Rehabilitation in der Psychosomatik und Kinder- und Jugendrehabilitation (Baudisch et al., 2011; Heim, 1985; Linden, 2011).

Methodik und Ergebnisse

Im Vorfeld der Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung relevanter Kriterien eines guten therapeutischen Milieus wurde eine Delphi-Befragung (Kirsch, 2001) unter Experten eingeleitet. Ziel war die Bewertung und Diskussion von relevanten Dimensionen für die Erfassung zur Qualität des therapeutischen Milieus, sowohl durch Patienten, als auch durch Mitarbeiter eines Teams in Kliniken der psychosomatischen Rehabilitation sowie in einer Klinik der Kinder- und Jugendmedizin.

Die so entwickelten und ausgewerteten Fragebögen geben möglicherweise Aufschlüsse über die Übereinstimmung der Therapeuten-Beurteilung mit der Patientenbeurteilung im Bezug auf das therapeutische Milieu. Weiterhin, ob Unterschiede zwischen den beiden Kliniken bestehen und auch zwischen den Stationen selbst.

Die Delphi-Befragung war insgesamt an über 40 Experten, jeweils zur Hälfte aus den Fachbereichen Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, sowie Kinder- und Jugendmedizin gerichtet. Es wurden dafür Experten ausgewählt, die vornehmlich in der Rehabilitation tätig sind und bereits langjährige klinische Erfahrungen in ihren Bereichen besitzen.

Aufgabe der Experten war es, in einem Fragebogen mit Likert-Skala vorgegebene Aspekte bzw. Qualitäten oder Dimensionen des therapeutischen Milieus nach der Relevanz für die Schaffung einer soliden und anregenden therapeutischen Beziehung zum Patienten zu bewerten. Weiterhin wurden die Experten in einem Freitext auch nach eigenen Aspekten und Dimensionen befragt, die ihnen als Einflussfaktor auf das therapeutische Milieu wichtig erschienen und auch diese Faktoren sollten nach der Relevanz eingestuft werden.

Die erste Version von möglichen Fragebögen war im Anhang der Delphi-Umfrage enthalten. Dieser Fragebogen war in einer Ausführung an die Therapeuten gerichtet und in einer an die Patienten. Auch diese Bögen konnten optional durch die Experten danach bewertet werden, ob die darin gestellten Fragen die dazugehörige Dimension richtig abbildeten.

Der so entstandene Fragebogen kann auf Anfrage per Mail erhalten werden.

Zur Testung der methodischen Validität erhielten Rehabilitanden in einer psychosomatischen Reha-Klinik bzw. in einer Klinik der Kinder- und Jugendmedizin zeitgleich einen Fragebogen zum therapeutischen Milieu ausgehändigt, der anonym ausgefüllt wurde, sowie die

Mitglieder des jeweiligen Teams (Ärzte, Psychologen, Pflegepersonal, Funktionstherapeuten).

Im St. Franziska-Stift nahmen 164 Patienten und 48 Therapeuten an der Untersuchung teil. In der Edelsteinklinik 82 Patienten und 19 Therapeuten.

Sowohl im Fragebogen für Therapeuten als auch für Patienten resultierte für die Psychosomatik aus der explorativen Faktorenanalyse (VARIMAX) ein Hauptfaktor mit Eigenwerten über 2 (4.0 bzw. 9.3). Für die Kinder- und Jugendmedizin zeigte sich eine Zweifaktorenstruktur mit Eigenwerten über 2. Bei Kindern und Jugendlichen (sowie deren Therapeuten) wurde zusätzlich zu dem Hauptfaktor die alterstypische Passung des Settings als wichtig angegeben.

Nach einer Rücklaufquote von 66 % wurden zunächst die Fragebögen der Experten ausgewertet.

Als Ergebnis der Delphi-Befragung sind folgende Dimensionen als relevant bewertet worden (in absteigender Bedeutsamkeit):

- Wertschätzung
- Ehrlichkeit und Offenheit
- Ansprechpartner und Verfügbarkeit
- Fachliche und soziale Kompetenz
- Gruppenkohäsion und Gruppenerleben
- Transparenz
- Organisationsqualität
- Erfahrung der Therapeuten
- Gruppengröße
- Altersspanne der Patienten
- Architektur
- Verlässlichkeit und Verbindlichkeit Absprachen
- Kontakt zu Mitpatienten nach der Reha
- Vorurteilsfreie Behandlung der Patienten
- Arbeitsklima
- Erfüllbarkeit der qualitativen und quantitativen Anforderungen an den Therapeuten
- Nachhaltigkeit der Arbeit

In einem nächsten Schritt wurden die in der psychosomatischen Reha-Klinik und in der Klinik der Kinder- und Jugendmedizin verteilten Fragebogen zum therapeutischen Milieu ausgewertet.

Über alle Rehabilitanden und Therapeuten wurde ein Parameter des therapeutischen Milieus errechnet, der aus den 5 Items mit höchster Faktorenladung bestand. Diese "Güte des therapeutischen Milieus" unterschied sich im T-Test nicht signifikant zwischen Therapeuten und Patienten ($T = .197$). In einer Varianzanalyse fanden sich hochsignifikante Effekte zwischen den beiden Kliniken, ($f = 41.23$, $p < .001$) ohne Wechselwirkung. Die Bedeutsamkeit des therapeutischen Milieus wurde auf der 5er Likert-Skala mit 3,96 und in der Edelsteinklinik mit 3,36 bewertet. Diese Unterschiede entsprechen einer großen Effektstärke von 0,9.

Die Zusammenhänge zwischen Einschätzung des therapeutischen Milieus von Rehabilitanden und Therapeuten unterschieden sich zwischen den einzelnen Therapiestationen in beiden Kliniken kaum.

Perspektive

Nach der Delphi-Befragung liegt ein kurzer praxistauglicher Fragebogen zur Erfassung des therapeutischen Milieus vor. Allerdings sollte der Fragebogen für die psychosomatische Rehabilitation anders ausgestaltet sein als in der Kinder- und Jugendrehabilitation. In einer Folgestudie wird geprüft, welche Bedeutsamkeit die Güte des therapeutischen Milieus für die Rehabilitationsergebnisse haben.

Literatur

- Baudisch, F., Lischka, A., Linden, M. (2011): Das therapeutische Milieu – Die primäre Indikation zur Einweisung in eine stationäre Behandlung. In: Zielke, M. (Hrsg.): Indikation zur stationären Verhaltenstherapie und medizinischen Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Heim, E. (1985): Praxis der Milieuthherapie. Berlin: Springer.
- Kirsch, A. (2001): Trauma und Wirklichkeit. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Linden, M. (2011): Therapeutisches Milieu. Healing Environment in medizinischer Rehabilitation und stationärer Behandlung. Berlin: Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Entwicklung innovativer E-Learning-Angebote für die rehabilitationsbezogene Lehre am Beispiel einer interaktiven Lernplattform

Parthier, K., Mau, W.

Institut für Rehabilitationsmedizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle/Saale

Hintergrund und Ziel der Untersuchung

Behandelnde Ärzte haben im Rehabilitationszugangsprozess eine zentrale Steuerungsfunktion, gleichzeitig bestehen aber arztseitig Defizite hinsichtlich der Akzeptanz von und Kenntnis über Rehabilitation (Schubert et al., 2012). Dies unterstreicht die Notwendigkeit, rehabilitationsbezogene Inhalte bereits in der medizinischen Ausbildung praxisnah zu vermitteln. Obwohl mit der 9. Revision der Approbationsordnung für Ärzte 2002 der 12. Querschnittsbereich "Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren" (Q12) als verbindlicher Bestandteil der Lehre festgelegt und curricular verankert wurde, bestehen weiterhin ungenutzte Entwicklungspotentiale hinsichtlich der didaktischen Umsetzung (Mau et al., 2010). So dominieren im Fach Q12 nach wie vor traditionelle, meist passiv-rezeptive Lehr- und Lernmethoden. Hingegen werden nur an 22 % der Fakultäten problemorientiertes Lernen (POL) und an 11 % der Fakultäten E-Learning-Angebote eingesetzt. Diese eignen sich jedoch insbesondere, um die bestehende Präsenzlehre durch einen höheren Praxisbezug nachhaltig zu bereichern bzw. zu ergänzen (Schwarzkopf et al., 2007). Projektbezogen wurden daher 2 POL-basierte Fallbeispiele didaktisch aufbereitet, modularisiert verfilmt und in Form von interaktiven Lernmodulen neben weiteren E-Learning-Komponenten auf einer Online-Lernplattform eingebettet, um sie Studierenden der Humanmedizin zum Selbststudium zur Verfügung zu stellen.

Methoden

Die didaktische Ausgestaltung der rehabilitationsbezogenen Fallbeispiele orientierte sich an der Methode des problemorientierten Lernens (Pfaff, 1996). Die inhaltliche Konzeption basierte auf dem von den beiden Fachgesellschaften DGRW und DGPMR publizierten Lernzielkatalog für den Q12-Bereich (Mau et al., 2004). Entsprechend ausgewählter Lernziele wurden die Kasuistiken jeweils in Module unterteilt und mit Frage- und Aufgabenstellungen sowie weiterführendem Material angereichert. Hierbei wurde darauf geachtet, dass die einzelnen Abschnitte sowohl losgelöst voneinander (als "short cases"), als auch aufeinander aufbauend (als "long case") verwendet werden können. Analog zu den modular konzipierten Patientengeschichten entstanden die Drehbücher und Storyboards zur filmischen Umsetzung. Die produzierten Filmsequenzen wurden auf der Lernplattform ILIAS in Lernmodule eingebettet und werden um weitere E-Learning-Komponenten ergänzt.

Ergebnisse

Bei den entstandenen POL-Fällen handelt es sich um einen Patienten mit muskuloskeletta-
ler Erkrankung sowie um eine Patientin mit psychosomatischer Symptomatik. Beide Fälle
nehmen dabei insbesondere das für die Steuerung der Rehabilitation zentrale Aufnahmege-
spräch zwischen Rehabilitand und Arzt einer Reha-Klinik in den Blick – ergänzt um Befunde
und Ergebnisse rehabilitationsdiagnostischer Untersuchungen sowie kurze Darstellungen
einzelner Interventionen. Zudem wird im erstgenannten Fall schwerpunktmäßig Bezug auf
berufsorientierte Interventionen genommen. Der zweite Fall fokussiert zusätzlich den Zu-
gang aus der ambulanten Versorgung sowie die Problematik der Komorbidität. Die Einbet-
tung der Filmsequenzen in die Lernmodule der Lernplattform erfolgte entsprechend der vor-
her festgelegten Lernziele. Den roten Faden bildet die jeweilige Kasuistik. Der Nutzer kann
mittels Navigation selbst entscheiden, ob er chronologisch vorgehen oder nur einzelne Blö-
cke der Fälle bearbeiten will. Jeder Abschnitt folgt dabei der gleichen Struktur: einführende
Worte nehmen Bezug zum jeweiligen Themenschwerpunkt und leiten inhaltlich zur Filmse-
quenz über. Nacheinander findet der Nutzer darauf bezogene praktische Aufgaben, die ent-
sprechenden Lösungsvorschläge und Erläuterungen sowie weiterführende Literatur und
Links.

Schlussfolgerungen und Ausblick

In der didaktischen Umsetzung liegt ein wesentlicher Ansatzpunkt für eine optimierte Gestal-
tung rehabilitationsbezogener Lehre. Die Kombination aus POL und E-Learning ist dabei
besonders geeignet, um bei den Studierenden Interesse für rehabilitationsbezogene Fragen
zu wecken, wissenschaftlich fundierte Kenntnisse praxisnah zu vermitteln und Strategien
der Wissensaneignung nachhaltig zu fördern. Durch die (inter-)aktive Auseinandersetzung
mit dem Stoff geht der Kompetenzzugewinn zwar über die deskriptiven Kompetenzen hinaus,
kann aber den realen Patientenkontakt oder Präsenzveranstaltungen nicht ersetzen. Die
aufgezeigten Angebote sind daher nicht als Hauptmedium, sondern vielmehr als ein weiterer
integraler Bestandteil in einem übergeordneten Lernprozess zu verstehen und dienen der
Vertiefung rehabilitationsbezogener Inhalte im Rahmen eines räumlich und zeitlich unab-
hängigen Lernszenarios. Obgleich die Erstellung der beschriebenen E-Learning-Angebote
insgesamt mit einem hohen zeitlichen Aufwand einhergeht, ermöglicht die modulare Kon-
zeption des entwickelten Materials einen flexiblen Einsatz im Rahmen verschiedener Lern-
szenarien. Damit auch bereits praktizierende Ärzte von den erstellten Angeboten profitieren
können, werden die Materialien in anstehenden Projektschritten leicht modifiziert für die
ärztliche Fortbildung auf einer außeruniversitären Media-Share-Plattform für externe User
zur Nutzung und zum Austausch zur Verfügung gestellt. Zudem wird die Evaluation von In-
anspruchnahme und Akzeptanz der Plattformen Gegenstand der nächsten Projektphase
sein.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland, Deutsche Rentenversicherung
Bund

Literatur

Mau, W., Gülich, M., Gutenbrunner, C., Lampe, B., Morfeld, M., Schwarzkopf, S.R., Smo-
lenski, U.C. (2004): Lernziele im Querschnittsbereich Rehabilitation, Physikalische Medi-

zin und Naturheilverfahren nach der 9. Revision der Approbationsordnung für Ärzte. Die Rehabilitation, 43. 337-347.

Mau, W., Kowski, S., Lay, W., Morfeld, M., Schwarzkopf, S.R., Uhlmann, A. (2010): Erfordernisse der Ausbildung zur Rehabilitation in der humanmedizinischen Lehre: Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW). Die Rehabilitation, 49. 114-119.

Pfaff, M. (1996): Problemorientiertes Lernen. Weinheim: Chapman & Hall.

Schubert, M., Fiala, K., Grundke, S., Parthier, K., Behrens, J., Klement, A., Mau, W. (2012): Der Zugang zu medizinischer Rehabilitation aus Perspektive niedergelassener Ärzte – Probleme und Optimierungsmöglichkeiten. Phys Rehab Kur Med, 22 (05). 264-270.

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. 64-73.

Entwicklung und Evaluation eines Peer-Schulungsprogramms für das trägerübergreifende Qualitätssicherungsverfahren der sozialmedizinischen Begutachtung

*Strahl, A. (1), Gerlich, C. (1), Müller-Garnn, A. (2), Brüggemann, S. (2),
Gehrke, J. (2), Vogel, H. (1)*

- (1) Abteilung für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften, Universität Würzburg,
(2) Bereich Sozialmedizin, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Hintergrund

Für die Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Begutachtung bewerten im Rahmen eines Peer Review-Verfahrens erfahrene Sozialmediziner der Rentenversicherungsträger anonymisierte sozialmedizinische Gutachten. Das Peer Review basiert auf einem konsensuell abgestimmten Prüffragenkatalog mit spezifisch definierten Bewertungskriterien (VDR, 2004). In der Evaluation erwies sich dieses Vorgehen einerseits als praktikabel, andererseits zeigte die methodische Überprüfung im Kontext vorhandener Forschungsdaten und Studien vergleichbare Rehabilitätswerte (Vogel et al., 2013). Bei der Implementierung des Verfahrens ist dennoch auf einheitliche Beurteilungsmaßstäbe seitens der Peers zu achten. Ziel des Forschungsprojekts war es daher, einheitliche Bewertungsmaßstäbe der Peers durch Entwicklung und Evaluation eines standardisierten Peer-Schulungscurriculums herzustellen und zu sichern.

Methoden

Die Schulungskonzeption erfolgte mittels Literaturrecherche, Rückmeldungen der Peers aus der Pilotphase sowie sozialmedizinischer Expertise. In einem mehrstufigen Entwicklungsprozess wurde das Schulungscurriculum zum Prüffragenkatalog zur Qualitätssicherung der Sozialmedizinischen Begutachtung konzeptionell erarbeitet und manualisiert. Die Schulung wurde in zwei Schulungsworkshops mit jeweils 19 Sozialmedizinern aller 16 Rentenversicherungsträger durchgeführt und evaluiert. Für die formative Evaluation des Peer-Schulungsprogramms wurde ein Bewertungsinstrument eingesetzt, das sich an etablierten formativen Evaluationsinstrumenten orientierte, wie sie z. B. im Bereich der Patientenschulung eingesetzt werden. Unter anderem wurde die Sicherheit im Umgang mit den einzelnen Bereichen des Prüffragenkatalogs subjektiv auf einer Skala von 0-100 % erhoben. Der Schulungserfolg wird im Anschluss an das Schulungsprogramm bestimmt, indem als "Hausaufgabe" drei sozialmedizinische Gutachten anhand des Prüffragenkatalogs zum Peer Review-Verfahren beurteilt werden sollen. Mittels eines konsentierten Referenzgutachtens wird dabei für jeden Peer ein Schulungsergebnis bestimmt.

Ergebnisse

Die im Ergebnis dreitägige Peer-Schulung wurde in ein Basismodul mit vier Lernzielen sowie ein Anwendermodul mit fünf Lernzielen unterteilt. Die konkreten und überprüfbaren Lernziele werden jeweils mit geeigneten Vermittlungsmethoden hinterlegt (Birkenbihl, 2008). Das Basismodul richtet sich an Sozialmediziner, die die Peer-Funktion neu übernehmen und erstmalig im Umgang mit dem Verfahren geschult werden. Dabei befähigt das Basismodul alleine nicht zur Ausübung der Peertätigkeit. Erst mit der Teilnahme an dem sich anschließenden Anwendermodul für Sozialmediziner, die das Basismodul durchlaufen haben oder bereits eine Peer-Funktion ausüben, erfolgt die Möglichkeit zur Durchführung der Peertätigkeit in der Routine. Das Anwendermodul ist gleichzeitig als eigenständige Fortbildungsmaßnahme zur Aufrechterhaltung der erworbenen Fertigkeiten der Peer-Funktion konzipiert.

Die Ergebnisse der formativen Evaluation zeigen, dass sich die Peers (n=36) in der Selbsteinschätzung zum Umgang mit den Prüffragen des Manuals als sicher einschätzen (70 % < x < 84 %). Das Hauptzielkriterium des Manuals (Nachvollziehbarkeit des Gutachtens) kann von den Peers mit einer Sicherheit von 76 % angewendet werden. Die Peer-Schulung wird auf einer 4-stufigen Skala insgesamt als gelungen (M=1,6) und empfehlenswert (M=1,6) beurteilt.

Diskussion und Ausblick

Das Schulungscurriculum weist eine hohe Akzeptanz und eine gute Durchführbarkeit auf. Es ist davon auszugehen, dass die direkt nach der Schulung erhobenen Messwerte zur Sicherheit im Umgang mit dem Manual nach Bearbeitung der "Hausaufgabe" und regelmäßiger Peer-Tätigkeit weiter ansteigen. Besonders positiv werden der gemeinsame Austausch zur Kalibrierung der Bewertungsmaßstäbe und zum Verständnis der Prüffragen sowie die gemeinsame Arbeit mit konkreten Beispielgutachten wahrgenommen. Es daher empfehlenswert, das Anwendermodul regelmäßig als eigenständige Fortbildungsmaßnahme für aktive Peers im Qualitätssicherungsverfahren anzubieten, um dadurch den Peer-Bias zu minimieren und übereinstimmende Bewertungsmaßstäbe zu gewährleisten.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Birkenbihl, M. (2008): "Train The Trainer" – Arbeitshandbuch für Ausbilder und Dozenten (19. Aufl.). München: mi-Fachverlag.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (Hrsg.) (2004): Abschlussbericht der Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der gesetzlichen Rentenversicherung (SOMEKO). DRV-Schriften, Bd 53.
- Vogel, H., Strahl, A., Gerlich, C., Wolf, H.-D., Mai, H., Gehrke, J. (2013): Qualitätssicherungsverfahren der sozialmedizinischen Begutachtung der Deutschen Rentenversicherung Bund mittels des Peer Review-Verfahrens. DRV-Schriften, Bd 101. 320-322.

Die Nachvollziehbarkeit von sozialmedizinischen Gutachten bei Anträgen auf Erwerbsminderungsrente: Ergebnisse einer Inhaltsanalyse von Gutachtenmängeln

Gehrke, J., Müller-Garnn, A.

Bereich Sozialmedizin, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Hintergrund und Fragestellung

Medizinische Gutachten bilden im Antrags- und Leistungsfeststellungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung die fachliche Grundlage zur Feststellung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben und ermöglichen eine sachgerechte Verwaltungsentscheidung im Rentenverfahren. Damit diese Aufgabe erfüllt werden kann, müssen die in den Gutachten bewerteten medizinischen Fakten zum Leistungsvermögen des Antragstellers nachvollziehbar dargestellt sein.

Im Peer Review-Verfahren der Deutschen Rentenversicherung zur Qualitätssicherung von Gutachten ist diese Nachvollziehbarkeit über eine Argumentationskette definiert (siehe Abb. 1). Die einzelnen Module der Argumentationskette sind als sinnvolle Verknüpfung der einzelnen Begutachtungsschritte zu sehen, indem beispielsweise ein Brückenschlag von der Anamnese und Befunden (Modul "Informationssammlung") zur Epikrise (Modul "Informationsbewertung") und im Weiteren von der Epikrise zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit (Modul "Beantwortung der Fragestellung") erfolgt. Zur Argumentationsführung gehört zudem eine nachvollziehbare Darstellung der funktionellen Einschränkungen und Fähigkeitsstörungen.

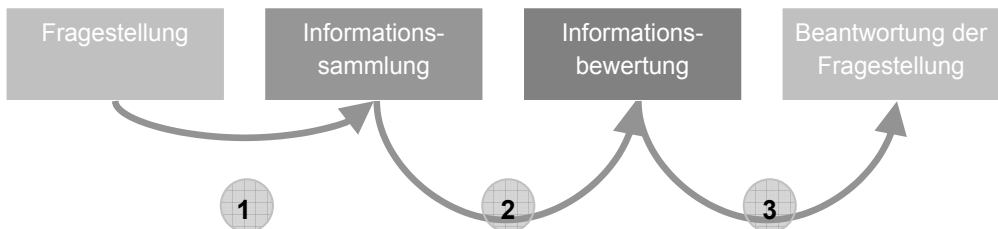


Abb. 1: Module der Argumentationskette

Die Nachvollziehbarkeit eines Gutachtens ist immer dann nicht gegeben, wenn Brüche in dieser Argumentationskette auftreten. Im Zusammenhang mit dem Aufbau des Peer Review-Verfahrens wurde daher untersucht, an welchen Stellen die Argumentationskette in Gutachten unterbrochen ist. Des Weiteren wurde der Schweregrad der Brüche für die Nachvollziehbarkeit des Gutachtens anhand einer kategorialen Bewertung erhoben.

Methodik und Durchführung

Im Rahmen eines Forschungsprojektes wurden von 19 Ärzten aus den Sozialmedizinischen Diensten der Rentenversicherungsträger, die alle über eine langjährige Begutachtungspraxis verfügen, 260 Gutachten aus den Fachgebieten Orthopädie, Neurologie/Psychiatrie und Innere Medizin (Allgemeinmedizin) bewertet. Bei den insgesamt 785 Bewertungen wurde in ca. der Hälfte der Fälle eine Verletzung der Nachvollziehbarkeit festgestellt, d. h. die Argumentationskette war unterbrochen.

Die textlichen Begründungen, die von den Ärzten bei einem Bruch der Argumentationskette schriftlich zu kodieren waren, wurden mittels einer Inhaltsanalyse ausgewertet und kategorisiert. Ziel war es, die wesentlichen Gründe für eine fehlende bzw. unzureichende Nachvollziehbarkeit in den Gutachten zu identifizieren.

Ergebnisse

Kritisiert wird u. a. eine unzureichende Anamnese und/ oder Diagnostik. Auch fehlt bei den bemängelten Gutachten die adäquate Auseinandersetzung mit Vorbefunden oder anderen Gutachten. Hinsichtlich der Leistungsbeurteilung ist auffällig, dass einzelne Befunde nicht in ausreichendem Maß berücksichtigt werden. In Bezug auf die Beantwortung der gutachterlichen Fragestellungen fehlt oft eine Begründung der vom Gutachter vertretenen Leistungsminderung. Es wurde also oftmals bereits die Informationssammlung als unvollständig bewertet. Ein besonders häufig genannter Mangel in der Nachvollziehbarkeit betrifft aber den Übergang von der Informationssammlung zur Informationsbewertung.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, dass Brüche in der Argumentationskette vor allem beim Übergang zur Informationsbewertung und zur Beantwortung der Fragestellung auftreten. Diese sind zum Teil so schwerwiegend, dass die Ärzte, die an der Untersuchung teilgenommen haben, diese Gutachten als nicht nachvollziehbar bewertet haben.

Diskussion und Fazit

Die Untersuchung hat gezeigt, dass die Auseinandersetzung mit den medizinischen Fakten (Informationsbewertung) ein wesentliches Element in der Argumentationskette eines Gutachtens darstellt. Treten hier Mängel auf, ist die daraus resultierende sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens nicht mehr nachvollziehbar. D. h. das Gutachten erfüllt nicht mehr seine Funktion im Rahmen der Sachaufklärung und ggf. muss ein weiteres Gutachten eingeholt werden.

Die Ergebnisse liefern somit konkrete Hinweise für die Erstellung von Gutachten, indem die Gutachter für bestimmte Module der Argumentationskette sensibilisiert werden können. Hierbei ist anhand der gefundenen Beispiele deutlich zu machen, welche Inhalte für die spätere Nachvollziehbarkeit der gutachterlichen Leistungsbewertung von besonderer Bedeutung sind. Wird dies bei der Begutachtung berücksichtigt, ist langfristig ein Rückgang derjenigen Gutachten zu erwarten, die Mängel in ihrer Argumentationsführung aufweisen und auf diese Weise die Qualität der sozialmedizinischen Sachaufklärung beeinträchtigen.

Reicht es, im Rahmen der Begutachtung von Rentenantragstellern zu warnen, dass die Angaben überprüft werden, um weniger verzerrte Antwortergebnisse zu erhalten?

Kobelt, A. (1,2), Geissler, N. (1), Walter, F. (2), Petermann, F. (2)

(1) Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, Laatzen,

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

Einleitung

Es hat sich in verschiedenen Studien gezeigt, dass verzerrte Beschwerdedarstellung eine nicht unerhebliche Rolle in der sozialmedizinischen Begutachtung spielt (Merten, 2008). Der Anteil von Personen, die in Begutachtungssituationen verzerrtes Antwortverhalten in Tests zeigen, ist vom Ziel und der jeweiligen Intentionalität des Begutachtungsanlasses abhängig und schwankt zwischen 30 und 50 %. (Merten et al., 2006). Wie sich eine zu begutachtende Person verhält, wenn sie weiß, dass ihre Angaben überprüfbar sind, wird in den wenigen zur Verfügung stehenden Studien unterschiedlich beurteilt. Während die einen Hinweise dafür fanden, dass die Probanden durch Warnungen glaubhafte Symptome vortäuschen könnten (Youngjohn et al., 1999), gehen andere Forschungsgruppen davon aus, dass dadurch übertriebene Beschwerdedarstellung reduziert werden könnten (Johnson et al., 1997).

Methodik

Der Untersuchung liegt ein randomisiertes Kontrollgruppendesign zugrunde. Allen Versicherten, die aufgrund ihres Antrags auf Rente wegen voller Erwerbsminderung wegen einer psychischen Erkrankung (ICD10 F32 – F60) in den Untersuchungsstellen der DRV Braunschweig-Hannover in Hannover und Braunschweig zwischen 1/13 und 7/13 begutachtet wurden, wurde vor der Untersuchung ein Fragebogen ausgehändigt, der neben soziodemographischen Fragen den SFSS (Strukturierter Fragebogen simulierter Symptome), den Health49 und den PSSI (Persönlichkeitsstil und -störungsinventar) enthielt. Es gab zwei unterschiedliche Studieninformationen, die an die Versicherten nach einem vorher festgelegten Randomisierungsplan vor der Testbearbeitung ausgegeben wurden.

In der einen Information wurden die Antragsteller darüber aufgeklärt, dass sie mit der Bearbeitung des Fragebogens die Möglichkeit hätten, ihre Gesundheitssituation besser darzustellen. Gleichzeitig wurde darauf hingewiesen, dass es mit dem Fragebogen möglich sei, die Nachvollziehbarkeit der Angaben zu überprüfen (Version 1). In der zweiten Information fehlte dieser Hinweis und wurde durch eine neutrale Erklärung ersetzt (Version 2).

Die Gutachter bekamen ebenfalls einen Fragebogen, in dem sie die Glaubwürdigkeit und Nachvollziehbarkeit der Angaben des begutachteten Antragstellers einschätzen sollten. Allerdings ohne Kenntnis des Fragebogenergebnisses.

Ergebnis

In die Befragung gingen insgesamt 290 Probanden ein. 148 (51 %) wurden entweder mangels Einwilligung, unpassender Diagnosen oder zu vielen fehlenden Werten ausgeschlossen. Es gab keine Unterschiede bezüglich Alter und Geschlecht zwischen der Untersuchungsgruppe und den ausgeschlossenen Probanden.

Von den verbliebenen 142 begutachteten Versicherten wiesen insgesamt 47,9 % ein verzerrtes Antwortverhalten auf. In der Gruppe der Probanden, die der Version 1 der Studieninformation zufällig zugeordnet waren, fanden sich signifikant mehr Probanden mit verzerrtem Antwortverhalten. Die Probanden dieser Gruppe wiesen einen signifikant höheren Invaliditätsscore im SFSS und auch höhere Depressivitäts-, Angst- und Somatisierungswerte auf als die Probanden, die die Version 2 erhalten hatten. Die Probanden, die die Version 1 der Studieninformation erhalten hatten und ein verzerrtes Antwortverhalten aufwiesen, unterschieden sich weder im Alter oder dem Geschlecht noch in den klinisch-psychologischen Skalen von den Probanden mit verzerrtem Antwortverhalten, die die Version 2 der Studieninformation erhalten hatten.

Die Glaubwürdigkeitsbeurteilung der berichteten Beschwerden durch die Gutachter korrelierte nicht mit den Ergebnissen des SFSS.

Diskussion

Das Antwortverhalten ist entscheidend von der Information abhängig, die den Probanden vor dem Test gegeben wird, wobei in unserer Untersuchung eine konkrete Warnung zu einer Steigerung der Verzerrungsrate führte. Mazar und Ariely (2006) weisen nach, dass das Risiko, erwischt zu werden, keinen Einfluss auf die Ehrlichkeit der Probanden hat, sondern auch die Unehrlichkeit einer Kosten-Nutzen-Analyse und dem Gewissen unterliegt.

Unsere Untersuchung bestätigt, dass der Anteil von Probanden, die aufgrund eines Antrags auf Berentung wegen psychischer Erkrankung begutachtet werden und verzerrtes Antwortverhalten zeigen, sehr hoch ist. Vor dem Hintergrund, dass die Beurteilung der Gutachter nicht mit dem Fragebogenergebnis des SFSS übereinstimmt, muss diskutiert werden, ob entweder der SFSS in diesem Kontext nicht spezifisch genug ist, vorgetäuschte Symptome zu erkennen oder ob der klinische Eindruck der Gutachter möglicherweise leicht zu täuschen ist.

Literatur

- Johnson, J.L., Lesniak-Karpiak, K. (1997): The effect of warning on malingering on memory and motor tasks in college samples. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 12. 231-238.
- Mazar, N., Ariely, D. (2006): Dishonesty in everyday life and its policy implications. *Journal of public policy and marketing*, 25, 1. 117-126.
- Merten, T., Friedel, E., Stevens, A. (2006): Eingeschränkte Kooperativität in der neurologisch-psychiatrischen Begutachtung: Schätzungen zu Auftretenswahrscheinlichkeiten an einer Begutachtungspopulation. *Versicherungsmedizin*, 58. 19-21.
- Merten, T. (2008): Negative Antwortverzerrungen in der Begutachtung. In: Thomann, K.D., Schröter, F., Grosser, V. (Hrsg.): *Orthopädisch-unfallchirurgische Begutachtung*. München: Urban und Fischer. 337-346.
- Youngjohn, J.R., Less-Haley, P.R., Binder, L.M. (1999): Comment: Warning malingerers produces more sophisticated malingering. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 14. 511-515.

Körperliche Selbstwahrnehmung und objektive Leistungsfähigkeit bei onkologischen Rehabilitanden – Möglichkeiten der Objektivierung sozialmedizinischer Parameter

Müller, C. (1,3), Zermann, D.-H. (2,3)

- (1) Fachbereich Sport- und Trainingswissenschaft, Vogtland-Klinik Bad Elster,
(2) Fachabteilung für Urologie, Uroonkologie und Nephrologie, Vogtland-Klinik Bad Elster,
(3) Deutsche Akademie für Kurortwissenschaft und Rehabilitationsmedizin Bad Elster e.V.

Einleitung

In der sozialmedizinischen Beurteilung ist die physische Leistungsfähigkeit von entscheidender Bedeutung. Da jede Erwerbstätigkeit mit einer entsprechenden körperlichen Belastung verbunden ist, bedarf es einer Objektivierung der individuellen Leistungsfähigkeit des Betroffenen, um valide Beurteilungen abgeben zu können. Eine sozialmedizinische Begutachtung, allein basierend auf den Angaben des Rehabilitanden, ist kritisch zu bewerten.

Tests zur Erfassung der körperlichen Leistungsfähigkeiten erfassen Ausschnitte komplexer physischer Situationen. Der 6-Minuten Gehtest ist ein im klinischen Alltag verbreiteter und valider Test, um den Leistungszustand zu eruieren (Hamilton, Haennel, 2000). Die Ergebnisse werden durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst (Ausdauerleistungsfähigkeit, Größe, Alter, usw.). Es ist jedoch nicht bekannt, ob die durch den Test gemessene körperliche Leistungsfähigkeit auch von der Selbstwahrnehmung/-einschätzung des Patienten beeinflusst wird.

Ziel der Untersuchung war es deshalb zu überprüfen, ob die wahrgenommene körperliche und seelische Verfassung des Rehabilitanden das Ergebnis des 6-Minuten Gehtestes beeinflusst, insbesondere, ob eine berichtete schlechte körperliche Verfassung mit einer verringerten objektiven Leistungsfähigkeit verbunden ist.

Methodik

Untersucht wurden erwerbstätige Rehabilitanden nach uroonkologischer Tumortherapie im Rahmen ihrer Anschlussrehabilitation. Von der Untersuchung ausgeschlossen wurden Patienten deren körperliche Leistungsfähigkeit durch orthopädische oder/und neurologische Komorbiditäten eingeschränkt war.

Mittels Visueller Analogskala (VAS) wurden vorhandene akute Schmerzen, welche durch die Tumortherapie bedingt waren, erfasst. Zur Objektivierung der psychoonkologischen Situation wurde der Fragebogen zur Belastung von Krebspatienten (FBK-R10) (Herschbach et al., 2003) eingesetzt. Der Fragebogen zur wahrgenommenen körperlichen Verfassung (WKV) (Kleinert, 2006) eruierte die subjektiv empfundene körperliche Situation anhand der Dimensionen "Trainiertheit", "Aktiviertheit", "Beweglichkeit" und "Gesundheit". Die körperliche Leistungsfähigkeit (LF) wurde mittels des 6-Minuten-Gehtests quantifiziert. Anhand der Formeln nach Enright und Sherill (1998) wurden die individuellen Sollwertstrecken errechnet. Diese dienten zur Ermittlung der relativen Leistungsfähigkeit (rLF), welche den prozentualen IST-SOLL Wert angibt.

Ergebnisse

Die Ergebnisse von 62 Rehabilitanden konnten ausgewertet werden. Die Indikationen waren wie folgt verteilt: Prostatakarzinom n=49 (Z. n. Prostatektomie = 36, Z. n. Radiatio = 13), Nierenzellkarzinom (Z. n. Nephrektomie) n=6, Harnblasenkarzinom (Z. n. Zystektomie) n=7.

Die mittlere Gehstrecke aller Probanden, als Parameter für die LF, betrug 549 m ($\pm 85,4$). Im Mittel entspricht dies einer relativen Leistungsfähigkeit (rLF) von 101,8 % ($\pm 17,1$) im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe.

Die Ergebnisse zeigen (Tab. 1), dass der akute Schmerz einen signifikanten Einfluss auf die 6-Minuten-Gehleistung hat. Ebenso gibt es eine signifikante Wirkung der wahrgenommenen Gesundheit auf die erreichte Gehleistung. Ansonsten sind keine signifikanten Einflüsse auf die absolute oder die relative Leistungsfähigkeit nachweisbar.

	Ergebnisse MW(SD)	Einfluss auf LF		Einfluss auf rLF	
		Einfaktorielle ANOVA			
		F	p	F	p
VAS (>0)	1,85 ($\pm 1,4$)	2,904	0,026*	1,913	0,114
FBK-R10	10,3 ($\pm 7,1$)	0,441	0,981	0,681	0,837
WKV – Trainiertheit	11,3 ($\pm 5,8$)	1,309	0,227	1,495	0,135
WKV – Aktiviertheit	17,7 ($\pm 6,2$)	1,072	0,412	1,287	0,241
WKV – Beweglichkeit	14,5 ($\pm 4,6$)	0,853	0,632	0,954	0,525
WKV – Gesundheit	18,34 ($\pm 20,4$)	2,11	0,02*	1,789	0,055

- Normalverteilung und Homogenität der Varianzen war für alle Rechnungen der ANOVA gegeben.

Tab. 1: Ergebnisse der Messparameter und deren Einfluss auf die LF und rLF

Vergleicht man die erhobenen Parameter von den Patienten, die unter ihren Sollleistungen lagen (rLF <100%) mit denen, die über ihren Sollwerten (rLF >100%) lagen, ist festzustellen, dass sich nur bei der WKV Dimension "Trainiertheit" signifikante Unterschiede zeigten (Tab. 2).

	unter Sollleistung (n=27)	über Sollleistung (n=35)	T-Test (Signifikanzniveau)
VAS (>0)	2,0 ($\pm 1,5$); n=19	1,7 ($\pm 1,3$); n=17	0,514
FBK	12,0 ($\pm 7,0$)	9,2 ($\pm 7,0$)	0,134
WKV – Trainiertheit	9,4 ($\pm 5,9$)	12,8 ($\pm 5,4$)	0,021*
WKV – Aktiviertheit	16,0 ($\pm 6,3$)	18,9 ($\pm 6,0$)	0,065
WKV – Beweglichkeit	13,2 ($\pm 3,97$)	15,43 ($\pm 4,9$)	0,054
WKV – Gesundheit	19,8 ($\pm 30,7$)	17,23 ($\pm 4,9$)	0,63

Tab. 2: Messparameter der Probanden unter/über Sollleistungen

Schlussfolgerung

Die Ergebnisse zeigen, dass die vom Patienten subjektiv wahrgenommene körperliche Verfassung keinen Einfluss auf die gemessene individuelle objektive Leistungsfähigkeit hat. Ebenso gibt es keine Wechselwirkung zwischen körperlicher Leistungsfähigkeit und seeli-

scher Belastung. Lediglich bei akuten Schmerzen ist eine signifikante Beeinflussung festzustellen.

Um eine adäquate sozialmedizinische Beurteilung erstellen zu können, bedarf es neben der subjektiven Einschätzung/der anamnestischen Angaben des Rehabilitanden immer auch der Erhebung objektiver Parameter der körperlichen Leistungsfähigkeit.

Förderung: Deutsche Akademie für Kurortwissenschaften und Rehabilitationsmedizin e. V.

Literatur

Hamilton, D., Haennel, R. (2000): Validity and reliability of the 6-minute walk test. Arch Phys Med. Rehabil, 20/3. 156-164.

Herschbach, P., Rosbund, A.-M., Brengelmann, J.C. (2003): Revision und psychometrische Prüfung des Fragebogen zur Belastung von Krebspatienten (FBK-R23), Z Med Psychol, 12. 1-8.

Kleinert, J. (2006): Adjektivliste zur Erfassung der Wahrgenommenen Körperlichen Verfassung. Zeitschrift für Sportpsychologie, 13/4. 156-164.

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in der Begutachtung

De Boer, W., Kunz, R.

Swiss Academy of Insurance Medicine, University Hospital Basel

Einleitung

Die ICF steht seit der Publikation im Jahre 2001 auf der Agenda von Praktikern und Wissenschaftlern. Vieles wurde über die ICF publiziert, die Umsetzung in die Praxis der Begutachtung wurde bis jetzt wenig erprobt. In der gängigen Literatur (u. a. Leitfäden) über die Begutachtung wird die ICF zunehmend erwähnt. Wir haben untersucht, inwieweit die ICF-Klassifikation für die Begutachtung praktikabel ist.

Methodik

Aufgrund der Literatur über die Begutachtung haben wir ein Modell der Begutachtung für die Rente aufgestellt. Dieses Modell haben wir verglichen mit der ICF.

Ergebnisse

Der Gutachter trifft in der Rentenbegutachtung Aussagen über folgende Punkte:

- die sozial-medizinische Vorgeschichte
- zumutbare Interventionen
- die Prognose der Fähigkeiten und Einschränkungen
- die Fähigkeiten und Einschränkungen des Antragstellers zu arbeiten.

Vorgeschichte, Prognose, Zumutbarkeit und Kausalität kann man nicht mit der ICF abbilden. Über die Aussagen über Fähigkeiten und Einschränkungen haben wir unser Modell aufgestellt. Die folgenden Begriffe finden einen Platz:

- Krankheitssymptome
- Fähigkeiten zum Arbeiten
- Anforderungen an Arbeit
- Möglichkeiten auf dem Arbeitsmarkt gemäß Ausbildung, Erfahrungen im Beruf und andere persönliche Charakteristika
- Verlust an Erwerbsvermögen.

Mit diesem Modell haben wir in verschiedenen Forschungsprojekten betrachtet, was die ICF bietet für die Begutachtung, sowohl theoretisch als praktisch. Wir haben folgendes festgestellt:

- Die Krankheitssymptome lassen sich mit "Körperstrukturen und Körperfunktionen" in der ICF abbilden.
- Die Fähigkeiten zum Arbeiten lassen sich beschränkt in der ICF abbilden. Für die Welt der Arbeit fehlen noch viele Definitionen. Die persönlichen Ressourcen einer Person lassen sich mit der ICF-Klassifikation überhaupt noch nicht abbilden.
- Anforderungen an Arbeit lassen sich mit der ICF in Theorie mit den Umgebungsfaktoren abbilden, aber die existierenden Definitionen sind für eine solche detaillierte Darstellung der Anforderungen an Arbeit zu grob.
- Welche konkrete Möglichkeiten die begutachtete Person hat und ihr Erwerbsvermögen, sind beide nicht in der ICF vorgesehen.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Die ICF kann einen entscheidenden Teil der Begutachtung erfassen, aber andere wichtige Teile (noch) nicht. Die Verwendung von der ICF für Krankheitssymptome und Fähigkeiten zum Arbeiten kann vielleicht zu mehr Klarheit und Nachvollziehbarkeit der Gutachten (und vielleicht auch im Prozess der Begutachtung) führen. Untersuchungen dieser Effekte fehlen noch und in der Konsequenz fehlt Evidenz für diese Annahmen.

Literatur

- Anner, J., Brage, S., Donceel, P., Falez, F., Freudenstein, R., Oancea, C., De Boer, W. (2013): Validation of the EUMASS Core Set for Medical Evaluation of Work Disability. *Disabil Rehabil.* 29-34.
- Anner, J., Kunz, R., De Boer, W.E.L. (2013): Reporting about disability in Europe. *Disabil Rehabil* 6-8.
- Anner, J., Schwegler, U., Kunz, R., Trezzini, B., De Boer, W. (2012): Evaluation of work disability and the international classification of functioning, disability and health: what to expect and what not. *BMC Public Health*, June 21; 12/1. 470.
- Schwegler, U., Anner, J., Boldt, C., Glaessel, A., Lay, V., De Boer, W., Stucki, G., Trezzini, B. (2012): Aspects of functioning and environmental factors in medical work capacity evaluations of persons with chronic widespread pain and low back pain can be represented by a combination of applicable ICF Core Sets. *BMC Public Health*, December 18, 12/1. 30.
- Schwegler, U., Peter, C., Trezzini, B., Anner, J., Geyh, S. (2013): Toward transparent documentation in medical work capacity evaluations: identifying personal factors in medi-

cal reports on Swiss disability claimants with chronic widespread pain. Int J Rehab Res dec.

Berufliche Leistungsfähigkeit von Prostatakrebspatienten am Ende der Rehabilitation – Ein Vergleich von Arzt- und Patientenurteil und Prädiktoren differenter Einschätzungen

Ullrich, A. (1), Rath, H.M. (1), Otto, U. (2), Kerschgens, C. (3), Raida, M. (4), Hagen-Aukamp, C. (5), Koch, U. (1), Bergelt, C. (1)

(1) Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, (2) Klinik Quellental, Bad Wildungen, (3) Vivantes Rehabilitation, Berlin, (4) HELIOS-Klinik Bergisch-Land, Wuppertal, (5) Niederrhein-Klinik, Korschenbroich

Hintergrund

Nach einer Krebserkrankung ist die berufliche Leistungsfähigkeit bei einem substanziellen Anteil von Patienten zumindest temporär eingeschränkt (u. a. Munir et al., 2009; Torp et al., 2011). Studien weisen darauf hin, dass die Selbsteinschätzung der Leistungsfähigkeit bei Krebspatienten einen hohen prognostischen Wert für die tatsächliche Rückkehr in den Beruf hat (Böttcher et al., 2013; De Boer et al., 2008). Gleichzeitig beurteilen Rehabilitationsärzte die Leistungsfähigkeit ihrer Patienten im Rahmen der sozialmedizinischen Begutachtung, die in Deutschland Grundlage für die Gewährung von Leistungen der Teilhabe und Rente ist. Die vorliegende Studie untersucht bei an Prostatakrebs erkrankten Patienten, inwiefern Selbst- und Fremdeinschätzung der Leistungsfähigkeit am Ende einer frühen Rehabilitation (AHB) abweichen und identifiziert determinierende Faktoren für differente Einschätzungen.

Methoden

Im Rahmen einer multizentrischen, prospektiven Evaluationsstudie wurden 837 an Prostatakrebs erkrankte Patienten nach operativer Therapie (T1-4 N0 M0, nicht älter als 64 Jahre und erwerbstätig) sowie die behandelnden Ärzte am Ende der Rehabilitation (t2) befragt. Zusätzlich wurden die Routinedaten der Patienten aus dem Rehabilitations-Entlassbericht erhoben. Die berufliche Leistungsfähigkeit zu t2 wurde patienten- und arztseitig anhand der täglichen Ausdauerfähigkeit im Hinblick auf den zuletzt ausgeführten Beruf beurteilt (unter 3 Stunden, 3 bis unter 6 Stunden bzw. 6 Stunden und mehr). Der Vergleich der Selbst- und Fremdeinschätzung sowie der Gruppenvergleich in Bezug auf eine konkordante vs. differente Leistungsbeurteilung erfolgte deskriptiv (n=802; T-Test, Chi2-Test). Die Analyse potenzieller soziodemografischer, klinischer, psychosozialer und arbeitsbezogener Prädiktoren wurde in Bezug auf eine differente Einschätzung der Leistungsfähigkeit mittels logistischer Regression durchgeführt (OR mit 95 % KI; Referenz: konkordante Einschätzung).

Ergebnisse

Die Patienten sind durchschnittlich 57 Jahre alt und die mittlere Zeit seit Diagnosestellung (Prostatastanzbiopsie) beträgt 2.8 Monate. Am Ende der Rehabilitation liegt in 519 Fällen (64.7 %) eine konkordante Selbst- und Fremdeinschätzung der beruflichen Leistungsfähigkeit vor. In 278 Fällen (34.7 %) schätzten die Ärzte und in fünf Fällen (0.6 %) die Patienten

die Leistungsfähigkeit höher ein. In 31.4 % der differenten Einschätzungen weichen Arzt- und Patientenurteil um ± 2 voneinander ab. Der Gruppenvergleich zeigt, dass Patienten bei Vorliegen einer differenten (vs. konkordanten) Einschätzung signifikant häufiger in Selbstständigkeit erwerbstätig sind und überwiegend der Mittelschicht angehören. Sie sind zu t2 stärker körperlich-funktionell eingeschränkt (Arzturteil) und weisen eine niedrigere gesundheitsbezogene Lebensqualität auf (Selbsteinschätzung). Darüber hinaus zeichnen sich diese Patienten durch ungünstigere arbeitsbezogene Merkmale aus, wie längere AU-Zeiten, die Intention, einen Rentenanspruch zu stellen, die Erwartung einer prolongierten Rückkehr, Unsicherheit bzgl. der Rückkehr in den alten Beruf, Arbeitsstress und höhere Arbeitsunzufriedenheit. In der logistischen Regression ergeben sich das körperliche Funktionsniveau im Arzturteil (Karnofsky-Index; OR=1.044), die selbsteingeschätzte körperliche Lebensqualität (OR=0.964) sowie die Erwartung eines Arbeitsplatzwechsels/Umschulung (OR=6.512) bzw. einer stufenweisen Wiedereingliederung (OR=6.400) als signifikante Faktoren für differente Einschätzungen der beruflichen Leistungsfähigkeit. Die durch das Regressionsmodell erklärte Varianz beträgt 34 % (Nagelkerke-R²= 0.340, p<.001).

Diskussion

Die Ergebnisse weisen generell auf eine hohe Übereinstimmungsrate zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung der beruflichen Leistungsfähigkeit am Ende der Rehabilitation hin. Gleichzeitig bewertet etwa ein Drittel der an Prostatakrebs erkrankten Patienten ihre Leistungsfähigkeit restriktiver als die behandelnden Ärzte. Die Prädiktorenanalyse zeigt, dass insbesondere Unsicherheiten der Patienten in Bezug auf die berufliche Rückkehr mit einer differenten Einschätzung assoziiert sind. Umso mehr benötigen Patienten, die während oder nach Abschluss der Rehabilitation abweichend von der ärztlichen Beurteilung ihre berufliche Leistungsfähigkeit als eingeschränkt einschätzen, eine sorgfältige sozialmedizinische und ggf. psychologische Unterstützung, auch begleitend zur Wiederaufnahme der Arbeit. Dies setzt ein regelhaft in den Rehabilitationsverlauf integriertes Assessment des subjektiven Erlebens der Patienten im Hinblick auf ihre Fähigkeit zur beruflichen Reintegration voraus.

Förderung: Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung in Nordrhein-Westfalen (ARGE)

Literatur

- Böttcher, H.M., Steimann, M., Ullrich, A., Rotsch, M., Zurborn, K.-H., Koch, U., Bergelt, C. (2013): Work-related predictors of not returning to work after inpatient rehabilitation in cancer patients. *Acta Oncologica*, 52. 1067-1075.
- De Boer, A.G., Verbeek J.H., Spelten, E.R., Uitterhoeve, A.L., Ansink, A.C., de Reijke, T.M., Kammeijer, M., Sprangers, M.A., van Dijk, F.J. (2008): Work ability and return to work in cancer patients. *British Journal of Cancer*, 98. 1342-1347.
- Munir, F., Yarker, J., McDermott, H. (2009): Employment and the common cancers: correlates of work ability during or following cancer treatment. *Occupational Medicine (London)*, 59. 381-389.
- Torp, S., Nielsen, R.A., Gudbergsson, S.B., Dahl, A.A. (2011): Worksite adjustments and work ability among employed cancer survivors. *Support Care Cancer*, 20. 2149-2156.

Trägerübergreifende Koordination bzw. Kooperation nach den §§ 10-12 SGB IX: "Aufgabe" oder "Programmsatz"?

Schian, M., Stähler, T.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V., Frankfurt am Main

Hintergrund und Ziel

Das 2001 in Kraft getretene SGB IX verfolgt vor dem Hintergrund der seinerzeit identifizierten Optimierungsbedarfe in der Rehabilitation u. a. den Zweck, die trägerübergreifende Zusammenarbeit weiter zu stärken (vgl. BT-Drs. 14/5074, S.1, 93ff). Es stellt sich die Frage, ob die in den §§ 10-12 SGB IX niedergelegten gesetzlichen Aufträge zur trägerübergreifenden Koordination bzw. Kooperation als verbindliche Verfahrenspflichten einzuordnen sind oder als einfache "Programmsätze".

Diese Einordnung wird besonders relevant im Kontext sozialdatenschutzrechtlicher Fragestellungen in der Rehabilitation. Denn die jeweils einschlägigen sozialdatenschutzrechtlichen Normen des SGB X (z. B. §§ 67a, 69 SGB X) oder der Leistungsgesetze (z. B. § 394 SGB III, § 284 SGB V, § 148 SGB VI, § 199 SGB VII) knüpfen an eine "Aufgabe" der datenerhebenden, -verarbeitenden (insbesondere: -übermittelnden) oder auch -empfangenden Stelle an. Ein Programmsatz wäre nicht als "Aufgabe" in diesem Sinne zu werten. Die entsprechende Einordnung der gesetzlichen Aufträge nach §§ 10-12 SGB IX ist ausweislich der juris-Datenbank noch nicht höchstrichterlich geklärt. In der Literatur beschränken sich die Darstellungen überwiegend – mit teilweise unterschiedlichem Ergebnis – auf den Verbindlichkeitscharakter gegenüber dem Leistungsberechtigten (Stevens-Bartol, 2009). Die mögliche Charakterisierung als "Aufgabe" iSd Sozialdatenschutzrechts wird bislang nur vereinzelt aufgegriffen (Fuchs, 2010). Es besteht Anlass zur Vermutung, dass – bedingt durch die aufgezeigten Unklarheiten hinsichtlich der §§ 10-12 SGB IX – diese Normen bzw. die sozialdatenschutzrechtlichen Rechtsgrundlagen in der Praxis u. U. zurückhaltend angewendet werden, wenn ein bestehender Rehabilitationsbedarf das Tätigwerden mehrerer Leistungsträger erforderlich macht. Dies kann dazu führen, dass ggf. allein deshalb mehrfache Datenerhebungen erfolgen und Prozesse der trägerübergreifenden Zusammenarbeit verzögert werden (BAR, 2010; Bundesministerium des Innern, 2013), z. B. bei der Bedarfsfeststellung. Da Rehabilitation regelmäßig umso erfolgreicher ist, je früher sie einsetzt (Seger et al., 2008), können Verzögerungen insbesondere die Verwirklichung der sozialen Rechte auf Rehabilitation und Teilhabe nach dem Sozialgesetzbuch beeinträchtigen.

Vor diesem Hintergrund soll die rechtliche Einordnung des in §§ 10-12 SGB IX niedergelegten gesetzlichen Auftrags zur trägerübergreifenden Koordination bzw. Kooperation geklärt werden. Diese Klärung muss insbesondere im Einklang mit dem vom Bundesverfassungsgericht aus Art. 2 Abs. 1 iVm Art. 1 Abs. 1 GG abgeleiteten Recht auf informationelle Selbstbestimmung stehen.

Methode

Die vorgenannte Klärung wird durchgeführt mit Hilfe rechtswissenschaftlicher Methoden, insbesondere Auslegung der §§ 10-12 SGB IX sowie der o. g. einschlägigen sozialdatenschutzrechtlichen Vorschriften des SGB X und der Leistungsgesetze nach Wortlaut, Entstehungsgeschichte, Systematik, Sinn und Zweck, Verfassungs-/Europarechtskonformität und rechtspolitischen Aspekten, flankiert durch Literatur- und Rechtsprechungsrecherche. Ein Leitgedanke ist dabei die mögliche Auswirkung auf das Recht auf informationelle Selbstbestimmung. Insgesamt wird vor allem darauf abgestellt, ob die §§ 10-12 SGB IX einen hinreichend konkreten Normgehalt aufweisen.

Ergebnisse

Der Wortlaut der §§ 10-12 SGB IX gibt Hinweise, dass der dort verankerte gesetzliche Auftrag als verbindliche "Aufgabe" insbesondere im Sinne der o. g. sozialdatenschutzrechtlichen Regelungen des Sozialgesetzbuches einzuordnen ist. Die weite Bestimmung des Begriffs in § 67 Abs. 2 SGB X lässt jedenfalls Spielraum für eine solche Auslegung. Der Wortlaut der leistungsgesetzlichen Datenschutz-Vorschriften spricht nicht dagegen. Die Entstehungsgeschichte, u. a. unter Einbezug der Vorläuferregelungen des Reha-Angleichungsgesetzes, legt ebenfalls einen verbindlichen Charakter der §§ 10-12 SGB IX nahe. Die innere Systematik der §§ 10-12 SGB IX und der über § 7 SGB IX vermittelte systematische Zusammenhang mit den Leistungsgesetzen lässt die Frage im Ergebnis offen. Allerdings stützt der gesetzessystematische Zusammenhang mit den verbindlichen Vorschriften § 13 SGB IX (iVm § 16 SGB IX) und § 14 SGB IX die Auffassung, dass auch die §§ 10-12 SGB IX als verbindliche Vorschriften und mithin als "Aufgabe" iSd Sozialdatenschutzrechts einzuordnen sind. Auch Sinn und Zweck der Vorschriften des SGB IX sprechen klar dafür. Denn angesichts der (leistungs-)gesetzlich verankerten heterogenen Interessenlagen der beteiligten Rehabilitationsträger würden unverbindliche Programmsätze den mit dem SGB IX u. a. verfolgten o. g. Zweck nicht erreichen können.

Aspekte der Verfassungs- bzw. Europarechtskonformität und rechtspolitische Erwägungen – vor allem mit Blick auf das Recht auf informationelle Selbstbestimmung – stehen im Ergebnis einer Einordnung der gesetzlichen Aufträge aus den §§ 10-12 SGB IX als verbindliche "Aufgabe" nicht entgegen. Insbesondere enthält diese Einordnung noch keine Festlegung dazu, in welchem Umfang eine Datenerhebung, -verarbeitung (insbesondere: -übermittlung) und -nutzung zur Erfüllung dieser Aufgabe jeweils "erforderlich" iSd Sozialdatenschutzes ist. Selbstverständlich sind bei der Umsetzung dieser Aufgabe die Gewährleistungen zum Schutz des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung u. a. durch die gebotene Beteiligung des Betroffenen streng zu beachten.

Schlussfolgerung und Ausblick

Der in den §§ 10-12 SGB IX niedergelegte Auftrag zur trägerübergreifenden Koordination und Kooperation ist grundsätzlich als eine verbindliche, im Sozialverfahren regelhaft zu beachtende "Aufgabe" der Rehabilitationsträger zu bewerten, auch im Sinne der sozialdatenschutzrechtlichen Vorschriften im SGB X und in den Leistungsgesetzen.

Mit Blick auf die grundsätzlich gebotene restriktive Anwendung grundrechtsbezogener Vorschriften ist es für eine sozialdatenschutzkonforme Umsetzung dieser Aufgabe umso bedeutsamer, nur solche Datenerhebungen, -verarbeitungen (insbesondere: -übermittlungen)

und -nutzungen vorzunehmen, die dafür auch "erforderlich" im Sinne der sozialdatenschutzrechtlichen Regelungen sind. Insoweit erscheint die Entwicklung entsprechender Maßstäbe zur Auslegung dieses Begriffs als hilfreich.

Literatur

- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (Hrsg.) (2010): Perspektiven für die Optimierung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit in der Rehabilitation unter besonderer Berücksichtigung trägerübergreifender Aspekte. Zusammenfassender Ergebnisbericht des BAR-Projektes "Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit". Frankfurt am Main.
- Bundesministerium des Innern (Hrsg.) (2013): Jedes Alter zählt – Zweiter Demografiepfel der Bundesregierung am 14. Mai 2013. Tagungsbericht. URL: http://www.bmi.bund.de/DE/Themen/Gesellschaft-Verfassung/Demografie/Demo-grafiepfel/demo-grafiepfel_node.html. Abruf: 4.11.2013.
- Fuchs, H. (2010): Vorschläge zur Weiterentwicklung des SGB IX. Soziale Sicherheit, 59/10. 329-336.
- Seger, W., Petri, B. Müller-Fahrnow, W. et. al. (2008): Perspektiven der Rehabilitation. Das Gesundheitswesen, 70/5. 267-280.
- Stevens-Bartol, E. (2009): Kommentierung zu § 10 SGB IX. In: Feldes, W., Kohte, W., Stevens-Bartol, E. (Hrsg): SGB IX – Kommentar für die Praxis. Frankfurt am Main: Bund-Verlag.

Implementation von Rechtspflichten zur Barrierefreiheit

Welti, F., Hlava, D., Rambauser, T., Ramm, D., Wenckebach, J.
Universität Kassel

Hintergrund und Zweck der Untersuchung

Der Begriff der Barrierefreiheit ist in § 4 Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) geregelt. Er korrespondiert mit Art. 9 (Zugänglichkeit) der Behindertenrechtskonvention (BRK).

Methodik

Normsetzung, Rechtsetzung, Rechtsprechung und Literatur wurden an Hand der Datenbank juris und weiterer Datenquellen systematisch durchsucht und dann nach Wortlaut, Entstehungsgeschichte, Sinn und Zweck untersucht und bewertet, um die Rechtslage zur Barrierefreiheit zu erforschen. Durch ergänzende Experteninterviews, Befragungen von Personen aus Behindertenverbänden und Behörden, hier insbesondere aus den Schwerbehindertenvertretungen, wurden Erkenntnisse zur Implementation gewonnen und mit den rechtlichen Ergebnissen in Beziehung gesetzt. Für Lösungsvorschläge wurden rechtsvergleichend Erkenntnisse aus der Evaluation des Behindertengleichstellungsrechts in Österreich herangezogen.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Barrierefreiheit ist in § 4 BGG definiert:

"Barrierefrei sind bauliche und sonstige Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung, akustische und visuelle Informationsquellen und Kommunikationseinrichtungen sowie andere gestaltete Lebensbereiche, wenn sie für behinderte Menschen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar sind."

Diese Definition ist Bezugspunkt für Pflichten zu und Rechte auf Barrierefreiheit. BGG und BRK stellen die Barrierefreiheit in den Kontext der Grund- und Menschenrechte behinderter Menschen, ihres selbstbestimmten Lebens und ihrer gleichberechtigten Teilhabe. Die Konkretisierung der rechtlich gebotenen Barrierefreiheit erfordert ein Zusammenwirken normativer Entscheidungen und empirischer Erkenntnisse bei prognostischen Entscheidungen darüber, ob eine jeweils zu gestaltende Umwelt für behinderte Menschen barrierefrei sein wird. Bereits beim Zusammenführen der normativen und empirischen Erkenntnisse ist es zweckmäßig und notwendig, die potenziell betroffenen behinderten Menschen einzubinden, diese Beteiligung wird auch durch Art. 4 Abs. 3 UN-BRK gefordert (Welti, 2013).

Der bisherige Stand der Implementation der Rechtspflichten zur Barrierefreiheit ist noch wenig erforscht und zur Zeit Gegenstand einer Evaluation. In der Rechtsprechung sind bislang nur wenige Entscheidungen veröffentlicht worden. In den letzten Jahren ist aber eine deutliche Zunahme der gerichtlichen Spruchpraxis zu verzeichnen. Dies deutet auf eine höhere Aufmerksamkeit von Beteiligten für das Thema hin. Eine wesentliche Erfolgsbedingung für die rechtliche Implementation der Pflichten zur Barrierefreiheit ist, dass sie bei der Auslegung unbestimmter Rechtsbegriffe berücksichtigt werden. Im Ordnungsrecht kann dies am Beispiel einer Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts (OVG) Lüneburg (Urt. v. 16.5.2012, Az. 7 LB 52/11) über die Zulassung zum Hannoveraner Weihnachtsmarkt erläutert werden (Wasilewski, Groskreutz, 2013). Das Gericht hatte entschieden, dass die Barrierefreiheit eines Getränkestands als Auswahlkriterium bei der Anwendung der Gewerbeordnung berücksichtigt werden musste. Im Technikrecht ist die Barrierefreiheit bei der Auslegung von Rechtsbegriffen zu berücksichtigen, welche die Zulassung von Anlagen regeln. So müssen nach einer Entscheidung des Verwaltungsgerichts (VG) Köln (Urt. v. 12.3.2010, Az. 18 K 409/08) automatisch schließende Türen von Eisenbahnen auch die Sicherheit mobilitätsbehinderter Reisender gewährleisten (Bogner, Groskreutz, 2013).

Barrierefreiheit ist im Sinne der Nichtdiskriminierung nicht auf einem Mindeststandard, sondern zur gleichberechtigten Teilhabe auf gleichem Niveau zu gewährleisten. So hat das OVG Nordrhein-Westfalen entschieden (Urt. v. 24.1.2012, Az. 7 A 1977/10), dass eine Bäckerei mit Café rollstuhlgerechte Toiletten bereithalten muss, soweit sie sich entschließt, überhaupt Toiletten anzubieten, selbst wenn dies nicht geboten ist. Der antidiskriminierungsrechtliche Gehalt der Vorschriften zur Barrierefreiheit ermöglicht es auch, zivilrechtliche Ansprüche auf Barrierefreiheit von behinderten Menschen gegen die Anbieter von Gütern und Leistungen auf § 19 Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG) zu stützen (Wasilewski, Groskreutz, 2013; Welti, 2013).

Die Rezeption rechtlicher Gebote in der Gesellschaft hängt auch von der Rechtsmobilisierung ab: Das Recht muss in Bewegung gesetzt werden (Kocher, 2013). Voraussetzungen

hierfür sind die Information und Motivation der Verantwortlichen und Betroffenen, die beinhalten muss, dass Barrierefreiheit nicht nur wünschenswert, sondern auch rechtlich geboten sein kann (Rechtsbewusstsein). Für mögliche Konflikte müssen weiterhin Instrumente zur Verfügung stehen, die individuellen und kollektiven Akteuren den Zugang zur Klärung und zum Recht ermöglichen. Die im deutschen Recht bisher vorgesehenen Möglichkeiten der Zielvereinbarung zwischen Behindertenverbänden und Unternehmen sowie der Verbandsklage von Verbänden gegen Behörden scheinen dies noch nicht hinreichend zu gewährleisten. Daher ist die Einführung eines niedrighschwelligigen Schlichtungsverfahrens für individuelle und kollektive Akteure zu erwägen. Ein solches Instrument ist in Österreich positiv evaluiert worden (Buchinger, 2013).

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Literatur

Bogner, M., Groskreutz, H. (2013): Berücksichtigung von Menschen mit Behinderungen in der Eisenbahn-Bau- und Betriebsordnung, www.reha-recht.de, Forum A 21.

Buchinger, E. (2013): Rechtliche Instrumente zur Durchsetzung von Barrierefreiheit – Erfahrungen aus Österreich, www.reha-recht.de, Forum D 19.

Kocher, E. (2013): Barrieren der Rechtsmobilisierung, www.reha-recht.de, Forum D 8.

Wasilewski, R., Groskreutz, H. (2013): Wie kann die Barrierefreiheit auf Weihnachtsmärkten und Stadtfesten gesichert werden? Barrierefreiheit als Auswahlkriterium im Sinne des § 70 Abs. 3 GewO, www.reha-recht.de, Forum A 15.

Welti, F. (2013): Barrierefreiheit als Rechtsbegriff, *Die öffentliche Verwaltung*. 795-802.

Mängel bei der Regelung des Rechtsverhältnisses von Rehabilitanden zu Einrichtungen und Diensten nach §§ 35, 38 a SGB IX

Wendt, S.

Rechtsanwältin, Marburg

Einleitung

Das Rechtsverhältnis von Rehabilitanden zu den Einrichtungen und Diensten zur Teilhabe am Arbeitsleben nach §§ 35, 38 a SGB IX zur beruflichen Bildung und Weiterbildung und Eingliederung ist mangelhaft geregelt. Vertragliche Vereinbarungen, die die Rechte und Pflichten beider Seiten festlegen, sind im SGB IX nur für den Arbeitsbereich von Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) in § 138 Abs. 3 SGB IX vorgeschrieben.

Zwar regeln die §§ 35, 36 SGB IX sowie die Gemeinsame Empfehlung "Einrichtungen für Leistungen zur Teilnahme am Arbeitsleben nach § 35 SGB IX", welche Anforderungen die Einrichtungen und Dienste zur Teilhabe am Arbeitsleben erfüllen müssen. Sie treffen aber keine Aussagen, wie das Rechtsverhältnis zwischen Teilnehmenden und Einrichtung auszugestaltet ist. § 36 SGB IX enthält nur die negative Feststellung, dass die Teilnehmenden nicht in den Betrieb der Einrichtung eingegliedert sind und daher keine Arbeitnehmer sind (ebenso BAG v. 21.7.1993; BAGE 74, 1). Es ist daher von einem privatrechtlichen Aus- und Weiterbildungsverhältnis auszugehen. Für Einrichtungen nach § 35 SGB IX, die ausbilden,

gilt dies durch den Abschluss eines Berufsbildungsvertrags nach § 10 BBiG. Ob in anderen Fällen ein arbeitnehmerähnliches Rechtsverhältnis analog zu § 138 Abs. 1 SGB IX gegeben ist, lässt sich § 36 SGB IX nicht entnehmen und ist nur für Personen im Berufsbildungsbereich von WfbM nach § 40 SGB IX zu rechtfertigen.

Ungeregelt bleibt daher die Frage, wie Rehabilitanden ihre Rechte gegenüber diesen Einrichtungen und Diensten wahrnehmen können, wenn Leistungsstörungen auftreten, z. B. bei der Beachtung der in § 36 Satz 3 SGB IX genannten arbeitsrechtlichen Grundsätze.

Lediglich im Rahmen der Zulassung von Einrichtungen in § 178 Nr. 5 SGB III ist für Maßnahmen der Teilhabe am Arbeitsleben der Bundesagentur für Arbeit als Qualitätskriterium vorgesehen, dass "die vertraglichen Vereinbarungen mit Teilnehmenden angemessene Bedingungen insbesondere über Rücktritts- und Kündigungsrechte" enthalten.

Soweit nicht das BBiG gilt, ist die vertragliche Gestaltung mit dem Teilnehmenden davon abhängig, ob die Leistungsanbieter freiwillig, z. B. aufgrund verbandlicher Empfehlungen, solche Vertragsmuster vorhalten (Wendt, 2011).

Teilnehmenden in Einrichtungen nach § 35 SGB IX wird zwar die Wahl einer eigenen Vertretung nach § 36 SGB IX eingeräumt. Während die Werkstätten-Mitwirkungsverordnung dies für den Bereich der WfbM im Einzelnen regelt, gibt es für die Einrichtungen nach § 35 SGB IX keinerlei Vorgaben, wie diese Mitwirkung ausgestaltet sein muss.

Historische Ursachen

Das Versäumnis einer gesetzlichen Regelung der Rechtsbeziehung von Teilnehmenden und Einrichtung hat seine Ursache darin, dass das verantwortliche Bundesministerium für Arbeit in der Vergangenheit unter Bezugnahme auf ein Gutachten von Naendrup (Naendrup, 1984) die Position vertreten hat, das Verhältnis von Teilnehmenden und Einrichtung sei sozialrechtlich, nicht zivilrechtlich geprägt. Behinderte Menschen in diesen Einrichtungen sollten sich bei Leistungsstörungen direkt an den zuständigen Reha-Träger wenden, und nicht an die Einrichtung.

Das Bundesarbeitsgericht hat diese Auffassung in Bezug auf Berufsbildungswerke ausdrücklich zurückgewiesen (BAG v. 6.9.1989, 5 AZR 611/88, AP Nr. 1 zu § 56 AFG). Die Zuweisung durch einen Reha-Träger zu einer Ausbildung in eine Einrichtung nach § 35 bewirke ein Ausbildungsverhältnis. Für die Annahme, es bestehe nur ein öffentlich-rechtliches Vertragsverhältnis zwischen der Einrichtung und dem Reha-Träger zu Gunsten des behinderten Menschen sei daneben kein Raum.

Das Selbstbestimmungsrecht der behinderten Menschen ist Leitbild des SGB IX (§ 1 SGB IX), Art. 1 der UN-Behindertenrechtskonvention sowie von Art. 1, 2 des Grundgesetzes. Dieses Selbstbestimmungsrecht gebietet es, behinderten Menschen eigene Rechte als Verbraucher und Klienten gegenüber diesen Einrichtungen einzuräumen. Die geplante Reform des Teilhaberechts durch den 18. Deutschen Bundestag (Welke, 2013) wäre eine Gelegenheit, dieses Rechtsverhältnis neu zu regeln, was bisher aber nicht vorgesehen ist.

Reha Futur fordert Stärkung der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) hat 2007 das Projekt Reha Futur (www.rehafutur.de) bei der Deutschen Akademie für Rehabilitation und der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation in Auftrag gegeben, das Aussagen zu dem Reformbedarf für

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben machen sollte (BMAS, 2009). 2012 wurde dazu ein Abschlussbericht vorgelegt, der auch Aussagen zur Verbesserung der Rechtsstellung von Teilnehmenden gegenüber Einrichtungen macht (Hilge, Schmidt-Ohlemann, 2012). Danach soll die Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Teilnehmenden durch ein sog. Peer-counseling gestärkt werden. Im Rahmen einer personenzentrierten Leistungsgewährung muss nicht nur die Teilhabeleistung selbst individualisiert und flexibilisiert werden, sondern auch die Rechte der Teilnehmenden müssen sowohl gegenüber der Einrichtung als auch gegenüber den Reha-Trägern gestärkt werden.

Vorschlag für eine arbeitsrechtliche Regelung analog dem Berufsbildungsrecht

Soweit es um die Absolvierung einer Ausbildung nach dem Berufsbildungsgesetz (BBiG) geht, ist eine Zuständigkeit der Arbeitsgerichtsbarkeit gegeben, dies gilt auch für Beschäftigte im Berufsbildungsbereich von WfbM nach § 2 Abs. 1 Nr. 10 ArbGG. Es liegt daher nahe, durch eine Gesetzesänderung von § 2 ArbGG die arbeitsgerichtliche Zuständigkeit auf alle Einrichtungen und Dienste nach §§ 35, 38 a SGB IX auszudehnen.

Literatur

- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2009): Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur zur Zukunft der beruflichen Rehabilitation in Deutschland. Forschungsbericht, Bonn. 393.
- Hilge, B., Schmidt-Ohlemann, M. (Hrsg.) (2012): Abschlussbericht Reha Futur, Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation auf Basis der Empfehlungen der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur unter Beteiligung der Akteure. Heidelberg.
- Naendrup, P. (1984): Außerbetriebliche berufliche Rehabilitation, Grundprobleme eines Rechtsstellungsgesetzes für Behinderte, Paderborn: Schöningh.
- Welke, A. (2013): Neue Vorschläge zur Eingliederungshilfereform – Länder, Verbände und Parteien konkretisieren ihre Forderungen zum Bundesleistungsgesetz, Rechtsdienst der Lebenshilfe 2013. 55- 65.
- Wendt, S. (2011): Verträge zum Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hrsg.): Werkstatt-Handbuch, Kapitel I 1, 1-6, Marburg.

Anspruch auf Stufenweise Wiedereingliederung und Schadensersatz bei deren Verweigerung

Kalina, D.

Universität Bremen

Einleitung

Das Landesarbeitsgericht Hamm (LAG vom 4.7.2011, Az: 8 Sa 726/11) hatte zu entscheiden, ob sich ein Arbeitgeber einer ärztlich empfohlenen Stufenweisen Wiedereingliederung (STW, §§ 28 SGB IX, 74 SGB V) verweigern darf. Der wegen einer depressiven Erkrankung arbeitsunfähige Arbeitnehmer beehrte die Beschäftigung zur STW, die ihm ärztlich empfohlen wurde. Der Arbeitgeber lehnte dies mehrfach ab. Das LAG sprach dem Arbeitnehmer Schadensersatz wegen entgangenen Lohnes zu. Diese Entscheidung ist im Ergebnis zu be-

grüßen, weil sie verdeutlicht, dass sich der Arbeitgeber der STW auch dann nicht erfolgreich entziehen kann, wenn eine (Schwer-)Behinderung konkret nicht nachgewiesen ist. Dieses für die Praxis wichtige Urteil verdient genauerer Betrachtung.

Die Vorzüge einer STW

Die STW ist eine besonders wirksame Möglichkeit, erkrankten Mitarbeitern (schneller) zur Wiedererlangung ihrer vollen Leistungsfähigkeit zu verhelfen (Bürger et al., 2011). Auch für den Arbeitgeber bringt eine STW erhebliche Vorteile, denn ihm bleibt ein eingearbeiteter Mitarbeiter erhalten, der eine teilweise verwertbare Arbeitsleistung erbringt, für die er kein Entgelt zahlen muss (Gagel, 2011). Die STW funktioniert gut auf freiwilliger Basis der arbeitsvertraglichen Parteien. Fehlt allerdings auf Seiten des Arbeitgebers die Bereitschaft zur Mitwirkung, müssen die Eingliederungsansprüche erkrankter Beschäftigter rechtlich durchsetzbar sein.

Individueller Anspruch auf Durchführung einer STW

Es stellt sich daher die Frage, ob der Arbeitgeber verpflichtet ist, dem Arbeitnehmer die Teilnahme an einer ärztlich empfohlenen STW zu ermöglichen. Das Bundesarbeitsgericht hat einen solchen Anspruch bisher explizit nur für schwerbehinderte Arbeitnehmer und zwar aus § 81 IV S.1 Nr.1 SGB IX anerkannt (BAG v. 13.6.2006, Az: 9 AZR 229/05). Über § 68 III SGB IX besteht dieser Anspruch auch zugunsten gleichgestellter Behinderter (§ 2 III SGB IX). Für einfach behinderte Menschen lässt sich ein Anspruch auf Mitwirkung an der STW im Wege richtlinienkonformer Auslegung (Art. 5 RL 2000/78/EG) aus § 618 BGB herleiten (Nebe, 2008). In der Literatur wurde eine Pflicht des Arbeitgebers zur Mitwirkung an einer STW auch zugunsten nicht behinderter Arbeitnehmer favorisiert (Gagel, 2011). Die Grenze des Anspruchs bildet in jedem Fall die Zumutbarkeit für den Arbeitgeber. Dass sich das LAG Hamm ebenfalls für eine Rechtspflicht unabhängig von einer nachgewiesenen Behinderung ausspricht, bringt für die betriebliche Praxis erhebliche Erleichterungen.

Schadensersatz bei Verweigerung der STW

Im Fall der unberechtigten Verweigerung des Arbeitgebers zur Mitwirkung an der STW hat das LAG Hamm Schadensersatz zugesprochen und damit gezeigt, dass eine drohende Sanktion die individuelle Durchsetzbarkeit des Mitwirkungsanspruchs effektiviert. Die rechtliche Begründung ruft Bedenken hervor. Das Gericht schlägt vor, den Schadensersatzanspruch auf die verletzte Pflicht zur Durchführung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) zu stützen (§§ 84 II SGB IX, 280 BGB). Genau besehen formuliert die BEM-Pflicht (§ 84 II SGB IX) selbst keinen Anspruch auf Durchführung einer STW (Nebe, 2008). Als Anspruchsgrundlagen kommen vielmehr die bereits genannten §§ 81 IV 1 Nr.1 SGB IX bzw. 618 BGB in Betracht und bei deren Verletzung dann auch Schadensersatz (§ 280 I BGB). Der Arbeitgeber hat eine arbeitsvertragliche Schutzpflicht verletzt, verweigert er eine ihm zumutbare STW. Für die entscheidende Frage der Zumutbarkeit, die grundsätzlich vom Arbeitnehmer zu beweisen wäre, spielt das BEM eine zentrale Rolle. Wurde zuvor ein BEM-Verfahren durchgeführt und die STW als konkret geeignetes Mittel zur Vermeidung weiterer Arbeitsunfähigkeit erkannt, dann muss der Arbeitgeber die Zumutbarkeit der STW widerlegen (vgl. zur personenbedingten Kündigung, BAG v. 10.12.2009, Az: 2 AZR 400/08). Dies wird dem Arbeitgeber schwer fallen, denn er hätte die Unzumutbarkeit schon im BEM-Verfahren vorbringen können. Ein ersatzfähiger Schaden kann in dem entgangenen Entgelt

gesehen werden, dass der Arbeitnehmer nach Abschluss einer erfolgreichen STW erhalten hätte. Entscheidende Bedeutung kommt hierbei dem Stufenplan des Arztes zu.

Literatur

- Bürger W., Glaser-Möller, N., Kulick, B., Pallenberg C., Stapel, M. (2011): Stufenweise Wiedereingliederung zulasten der gesetzlichen Rentenversicherung – Ergebnisse umfassender Routinedatenanalysen und Teilnehmerbefragungen. *Die Rehabilitation*, 74.
- Gagel, A. (2011): Stufenweise Wiedereingliederung – Einordnungsprobleme in der Gemengelage zweier Rechtsgebiete und dreier Rechtsverhältnisse. *Behindertenrecht* 2011. 66.
- Nebe, K. (2008): (Re-)Integration von Arbeitnehmern: Stufenweise Wiedereingliederung und Betriebliches Eingliederungsmanagement – ein neues Kooperationsverhältnis. *DB* 2008. 1801.

Sozialrechtliche Behandlung von arbeitgeberseitigen Zuschüssen bei einer stufenweisen Wiedereingliederung

Nebe, K., Waldenburger, N.
Universität Bremen

Einleitung

Der Betrieb als Ort der Rehabilitation (Gagel 2001) kommt insbesondere bei gesundheitsbeeinträchtigten Beschäftigten in Betracht. Für Langzeiterkrankte bietet sich die Stufenweise Wiedereingliederung (STW; §§ 74 SGB V, 28 SGB IX) an. Durch die schrittweise Heranführung an die bisherigen Beschäftigungsinhalte ("qualitatives Stufenmodell") oder an den bisherigen Beschäftigungsumfang ("quantitatives Stufenmodell") bzw. beides kombiniert sollen die AU-Zeiten verkürzt, missglückte Arbeitsversuche und Einbußen beruflicher Fähigkeiten vermieden werden (BAR, 2004).

Gegenwärtiger Forschungsstand

Ungeachtet der insgesamt positiven Erfahrungen mit der STW sind in der Praxis Optimierungsmöglichkeiten bekannt. So beeinflussen bspw. das Empfehlungs- und Informations-procedere der Rehabilitationseinrichtungen oder die Akzeptanz der STW bei Vorgesetzten und Kollegen deren Inanspruchnahme. Aber auch finanzielle Aspekte werden von Versicherten als Gründe gegen eine STW angegeben (Bürger et al., 2008). Schon früh wurden monetäre Anreize zur Inanspruchnahme einer STW diskutiert (Gagel, 2001).

Effektivierung der STW durch Zuschüsse zum Krankengeld u. ä.

Während der STW ruhen die Hauptleistungspflichten aus dem Arbeitsvertrag. Der Beschäftigte ist auch während einer STW arbeitsunfähig krank; der Arbeitgeber kann von ihm die Erfüllung bestimmter Arbeitsleistungen nicht verlangen und der Beschäftigte hat umgekehrt grundsätzlich keinen Vergütungsanspruch. Auch während einer STW sind die Rehabilitanden trotz möglicherweise verwertbarer Arbeitsleistung - grundsätzlich allein über Krankengeld, Verletztengeld oder Übergangsgeld abgesichert. Aus mehreren Gründen sind darüber hinausgehende Zahlungen an den Rehabilitanden sinnvoll:

- Betriebe haben häufig gesteigerte Interessen, die Vorteile der STW zu nutzen und deren rasche Realisierung zu stimulieren.
- Rehabilitationsträger können wegen der besonderen Effekten der STW zugunsten bestimmter Versicherungsträger, wie bspw. Hochrisikogruppen mit ungünstiger Erwerbsprognose (Bürger/Streibelt 2011), ihr Interesse durch finanzielle Zusatzleistungen für eine STW realisieren.
- Finanzielle Belastungen bei weiten Arbeitswegen schlagen während des Bezuges einer gegenüber dem Normalverdienst deutlich niedrigeren Sozialleistung stärker zu Buche. Insoweit haben Rehabilitanden einen tatsächlichen finanziellen Kompensationsbedarf.

Die Arbeitsvertragsparteien können zugunsten des Rehabilitanden eine Vergütung (BAG, 29.1.1992 - 5 AZR 37/91- BAGE 69, 272) oder aber auch einen Zuschuss zur Sozialleistung freiwillig vereinbaren. Der Arbeitgeber kann sich ebenso vertraglich (durch Einzel- oder Tarifvertrag) zur Übernahme von Fahrkosten verpflichten (BAG, 28.4.1999 – 4 AZR 192/98 – NZA 1999, 1295). Der Vorteil solcher Zahlungen hängt von deren sozialrechtlicher Einordnung ab (Kohte, 2013). Sieht man darin "beitragspflichtiges Arbeitsentgelt" i. S. v. § 49 I Nr. 1 SGB V, wird die Leistung auf das Krankengeld angerechnet.

Der Begriff des Arbeitsentgelts ist in § 14 I 1 SGB IV definiert; er ist unabhängig von der Bezeichnung durch die Vertragsparteien und umfasst alle Einnahmen aus einer Beschäftigung. Wären die Zahlung für die während einer STW erbrachten Arbeitsleistungen als auch die Zuschüsse zu den Sozialleistungen oder Kostenerstattungen für den täglichen Weg zur Arbeitsstelle auf die Sozialleistung anzurechnendes und beitragspflichtiges Arbeitsentgelt, würden die Zahlungen ihren Zweck verfehlen. Die Anrechnung liefe den Interessen der Rehabilitanden wie auch des Arbeitgebers zuwider. Die Akteure müssen daher die gesetzeskonformen Gestaltungsmöglichkeiten nutzen, um den beabsichtigten Anreiz wirksam werden zu lassen. So verhindert schon die Ausgestaltung als einmalige Prämienzahlung eine Anrechnung (vgl. § 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). Ebenso unangerechnet bleiben laufende Zahlungen, soweit es sich um Zuschüsse i. S. d. § 23 c I 1 SGB IV handelt. Nach dieser Vorschrift gelten Zuschüsse zum Kranken-, Verletzten- oder Übergangsgeld nicht als beitragspflichtiges Arbeitsentgelt, sofern sie mit den Sozialleistungen das Nettoarbeitsentgelt nach § 47 SGB V nicht um mehr als 50 € übersteigen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben sich darauf verständigt, die während der AU arbeitgeberseitig gewährten Leistungen (egal ob als Zuschuss oder aufgrund tatsächlich erbrachter Arbeit) leistungsrechtlich gleich zu behandeln. Dies eröffnet die Möglichkeit, dass Versicherte während einer STW über Gesamteinnahmen in Höhe des Vergleichs-Nettoentgelts verfügen.

Literatur

- Bürger, W., Kluth, W., Koch, U. (2008): Stufenweise Wiedereingliederung zu Lasten der Gesetzlichen Rentenversicherung – Häufigkeit, Indikationsstellung, Einleitung, Durchführung, Bewertung und Ergebnisse. Abschlussbericht: Ergebnisse von Routinedatenanalysen und Versichertenbefragungen zur Stufenweisen Wiedereingliederung, Karlsruhe.
- Bürger, W., Streibelt, M. (2011): Wer profitiert von Stufenweiser Wiedereingliederung in Trägerschaft der gesetzlichen Rentenversicherung? Die Rehabilitation, 50, 3. 178-185.

- Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR) (2004): Arbeitshilfe für die Stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess. Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 8. Frankfurt am Main.
- Gagel, A. (2001): Rehabilitation im Betrieb unter Berücksichtigung des neuen SGB IX – ihre Bedeutung und das Verhältnis von Arbeitgebern und Sozialleistungsträgern. NZA, 18. 988 ff.
- Kohte, W. (2013): § 28 SGB IX. In: Kreikebohm, R., Spellbrink, W., Waltermann, R. (Hrsg.): Kommentar zum Sozialrecht, 3. Aufl., München.

Arbeitsassistentz finanziert durch Ausgleichabgabe – Nicht nur für den ‚early bird‘

Giese, M.

Universität Bremen

Einleitung

Assistenzleistungen stellen ein effektives Mittel zur Teilhabe dar und können sowohl im Rahmen der medizinischen, beruflichen oder ‚sozialen‘ Rehabilitation auftreten. Im Bereich der beruflichen Teilhabe ist die Arbeitsassistentz als wirksames Instrument stark verbreitet. Im Jahr 2011 nahmen 2.425 schwerbehinderte Menschen diese Leistung in Anspruch (BIH, 2012). Nach § 613 S.1 BGB hat der zur Dienstleistung Verpflichtete die Dienste im Zweifel in Person zu leisten und ist nicht berechtigt, die Arbeitsleistung durch Ersatzkräfte erbringen zu lassen. Da dies jedoch insbesondere aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen nicht immer möglich ist, benötigt er in solchen Fällen Unterstützung, um die Arbeitsleistung selbst zu erbringen. An dieser Stelle setzt die Arbeitsassistentz ein.

Definition und Voraussetzungen

Arbeitsassistentz ist die über gelegentliche Handreichungen hinausgehende, zeitlich wie tätigkeitsbezogen regelmäßig wiederkehrende Unterstützung von schwerbehinderten Menschen bei der Ausführung in Form einer von ihnen beauftragten persönlichen Arbeitsassistentz zur Erlangung oder Erhaltung eines Arbeitsplatzes auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (BIH, 2011). Die Arbeitsassistentz unterstützt den Arbeitnehmer in Form von Hilfestellungen, übernimmt aber keinesfalls die wesentliche vom Arbeitnehmer geschuldete Arbeitsleistung. Der wesentliche Charakter der Arbeitsleistung wird durch die Assistentz nicht berührt (Tallich, 2007).

Voraussetzung der Arbeitsassistentz ist, dass diese notwendig für die Eingliederung in das Erwerbsleben ist. Dies ist der Fall, wenn keine anderen Fördermöglichkeiten für die berufliche Teilhabesicherung am allgemeinen Arbeitsmarkt in Betracht kommen (Simon, 2010). Für die betriebliche Realisierung bedarf es der Mitwirkung und Organisation durch den Arbeitgeber (Schlegel, 2011).

Die Ausgestaltung der Assistentz findet vorwiegend im Rahmen des Arbeitgebermodells oder durch Inanspruchnahme einer sog. Assistentzgenossenschaft statt. Eine weitere Variante ist die vom Arbeitgeber für (mehrere) Beschäftigte organisierte Assistentz.

Anspruch auf eine Arbeitsassistenz?

Die Arbeitsassistenz ist eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 5 Nr. 2, 33 Abs. 8 S. 1 Nr. 3 SGB IX). Sind alle Maßnahmen des Arbeitgebers und der infrage kommenden Rehabilitations- und Leistungsträger (§§ 5 Nr. 2, 6 Abs. 1 SGB IX) ausgeschöpft, haben schwerbehinderte Arbeitnehmer nach § 102 Abs. 4 SGB IX einen Anspruch auf Kostenübernahme der Arbeitsassistenz durch das Integrationsamt. Der Wortlaut formuliert dies deutlich: "... haben... Anspruch auf..." .

Gleichwohl wird vertreten, dass dieser Anspruch nur eingeschränkt gilt und auf die dem örtlich zuständigen Integrationsamt zur Verfügung stehenden Mittel der Ausgleichsabgabe begrenzt ist (OVG Bremen, 15.10.2003 – 2 B 304/03, BIH 2011). Den jeweiligen Integrationsämtern soll insoweit ein Ermessen zustehen.

Im Hinblick auf das Ziel der Arbeitsassistenz und der Intention des Gesetzgebers erscheint diese Annahme jedoch nicht vertretbar (OVG Berlin – Brandenburg, 18.05.2011, OVG 6 B 1.09; Schmitz, 2011). Der sich ergebende Anspruch kann keinesfalls auf die Gestaltung des Haushalts des jeweiligen Integrationsamtes begrenzt sein und bei Erschöpfung der Mittel gegebenenfalls leerlaufen.

Auch nach der Begründung des Gesetzgebers muss davon ausgegangen werden, dass es sich hier ausdrücklich um einen Anspruch und gerade nicht um eine Ermessenshandlung handelt (BT-Drucksache 14/3372, S. 20f.).

Ebenso deutet auch eine menschenrechtskonforme Auslegung im Sinne der Art. 26 Abs. 1 und Art. 27 Abs. 1 Buchst. e), h), i) und k) UN-Behindertenrechtskonvention darauf hin, dass der in § 102 Abs. 4 SGB IX normierte Anspruch auf eine Arbeitsassistenz nicht auf die Mittel der Ausgleichsabgabe begrenzt werden kann. Die beabsichtigte gleichberechtigte Teilhabe am Arbeitsleben und Verbesserung der Beschäftigungssituation schwerbehinderter Menschen stünde ansonsten nur denjenigen zur Verfügung, die ihre Anträge den Haushaltsplänen der Integrationsämter entsprechend stellen und würde so zu einer limitierten Teilhabe führen.

Literatur

Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) (Hrsg.) (2011): Arbeitsassistenz – ein wichtiger Baustein zur Teilhabe am Arbeitsleben. Empfehlungen der BIH für die Erbringung finanzieller Leistungen zur Arbeitsassistenz schwerbehinderter Menschen gemäß § 102 Abs. 4 SGB IX (Stand: 28.02.2011).

Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) (Hrsg.) (2012): Jahresbericht 2011/2012. Hilfen für schwerbehinderte Menschen im Beruf.

Schlegel, A. (2011): Verantwortung für die Organisation der Arbeitsassistenz im Betrieb und das Zumutbarkeitserfordernis nach § 81 IV S. 3 SGB IX. DRV-Schriften Band 93. 303.

Schmitz, P. (2011): § 102 SGB IX. In: Feldes, W., Kohte, W., Stevens-Bartol, E. (Hrsg.): Kommentar SGB IX, 2. Auflage.

Simon, J. (2010): § 102 SGB IX. In: Schlegel, R., Voelzke, T. (Hrsg.): jurisPK – SGB IX.

Tallich, V. (2007): Die Gewährleistung der Kommunikation bei behinderten Menschen am Beispiel des Vermittlungsdienstes für Hörgeschädigte, Diskussionsforum A, Beitrag 8/2007. URL: www.iqpr.de.

Chancen und Herausforderungen für die Schwerbehindertenvertretungen durch die betriebliche Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention Artikel 27

Kohl, S., Niehaus, M., Baumann, A.

Lehrstuhl Arbeit und berufliche Rehabilitation, Universität zu Köln

Hintergrund

Die Forderung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) in Artikel 27 (1) nach offenen, inklusiven und frei zugänglichen Arbeitswelten bedeutet, dass Menschen mit Behinderung "selbstverständlicher Bestandteil der Belegschaft" (BMAS, 2013, 7) sein sollen. Dafür ist es erforderlich, dass in allen Bereichen betrieblicher Praxis gleichberechtigter Zugang und Chancengleichheit ermöglicht sowie Diskriminierung verhindert wird.

Durch die neu definierte Zielvision eines inklusiven Arbeitsmarktes erweitert sich die Aufgabe der Vertrauenspersonen der schwerbehinderten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (SBV) zunehmend von der Kenntnis über arbeitsrechtliche Vorgaben entsprechend des Sozialgesetzbuchs Neuntes Buch (SGB IX), auf eine querschnittliche Beratungsfunktion, die Vernetzung und Wissensmanagement in verschiedensten Bereichen notwendig macht.

Relevanz der Fragestellung

Die SBV ist "eine gewählte Vertretung für die besonderen Interessen der schwerbehinderten und ihnen gleichgestellten Menschen" (Dau et al., 2002). Zur Wahrnehmung dieser Aufgaben sind im SGB IX Anhörungs-, Initiativ- und Beteiligungsrechte sowie Pflichten der SBV (SGB IX §§ 72, 83, 84, 87, 94, 95, 99) festgeschrieben. Die UN-BRK ist dem SGB IX überlagert und in Deutschland ratifiziert, allerdings ist dieses Recht nicht individuell einklagbar. Durch das komplexe Ineinandergreifen der juristischen Regelwerke ergeben sich Herausforderungen in der betrieblichen Umsetzung.

Die Arbeit der SBV richtet sich bislang nach dem Status der Schwerbehinderung eines Mitarbeiters (Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 bzw. gleichgestellt). Nach UN-BRK Artikel 1 sind auch Menschen mit Lernschwierigkeiten, chronischen Erkrankungen oder psychosozialen Benachteiligungen als Menschen mit Behinderung zu begreifen. Außerdem definiert die UN-BRK Behinderung nicht als ein individuelles Merkmal, sondern als Zusammenspiel mehrerer Faktoren (BMAS, 2013). Das Erkennen und Abbauen von Barrieren im Rahmen der Gestaltung eines inklusiven Arbeitsmarktes (Artikel 27, UN-BRK) in Kombination mit dem erweiterten Behinderungsbegriff macht für die SBV ein weitaus proaktiveres, querschnittliches Handeln notwendig, das über die Kenntnis sozialrechtlicher Vorgaben im Sinne des SGB IX hinausgeht (Niehaus, 2005). Die SBV ist in Betrieben und Dienststellen ein wichtiger Akteur für die Auflösung von Barrieren in den Köpfen sowie den Abbau von diskriminierenden Einstellungen und Haltungen.

Die Erhöhung des Durchschnittsalters der Belegschaft im Rahmen des demografischen Wandels ergibt voraussichtlich einen höheren Anteil von Mitarbeitern, die gegen körperliche und psychische Überlastungen geschützt werden müssen, so dass sie nicht frühzeitig ihr Erwerbsleben durch Berentung beenden und dem Betrieb qualifizierte Arbeitskräfte verloren gehen. Dem demografischen Wandel folgend, entstehen in einigen Branchen Nachwuchsbedarf und Fachkräftemangel. Hierbei entsteht die Aufgabe, im Rahmen proaktiver Rekrutierung talentierter junger Mitarbeiter die Zielgruppe junger Menschen mit Behinderung stärker zu erschließen, um die Eingliederung schwerbehinderter Menschen zu forcieren. Die barrierefreie Gestaltung der Arbeitsumwelt kann daher als ein wichtiges personalpolitisches Instrument gesehen werden (Böhm et al., 2013), bei dem die SBV eine wichtige Beratungsfunktion erfüllt (Integrationsamt des LVR, 2013).

Ausblick und Schlussfolgerungen

Beklagt werden auf Seiten der SBV zur betrieblichen Umsetzung dieser herausfordernden Handlungsfelder fehlende Mitbestimmungsrechte bzw. Sanktionsmöglichkeiten bei der Nichtachtung gesetzlicher Vorgaben. Freistellungszeiten sind der SBV ab einer zu vertretenden Anzahl von 200 schwerbehinderten Mitarbeitern zu gewähren (Stellvertreterregelungen s. SGB IX § 94), bei weniger wird lediglich Arbeitszeiten-Ausgleich gewährt. Freistellungsmöglichkeiten, die nicht auf Basis der konkret zu betreuenden Anzahl schwerbehinderter Mitarbeiter errechnet werden fehlen bisher. Ob Geldbußen als Sanktionsmöglichkeit bei Verletzung der Beteiligungsbefugnisse anstatt eines Anspruchs auf Rückgängigmachung der Entscheidung, sofern die Entscheidung bereits getroffen wurde (§ 156 Abs. 1 Nr. 9., Abs. 2 SGB IX, vgl. Oberwetter, 2013, 74), hinreichend geeignet sind, wird diskutiert. Durch die gesellschaftspolitische Aktualität ergibt sich Handlungsdruck für Wissenschaft und Praxis, die betriebliche Rolle der SBV zu klären.

Literatur

- Böhm, S., Baumgärtner, M., Dwertmann, D. (2013): Modernes Personalmanagement als Schlüsselfaktor der beruflichen Inklusion von Menschen mit Behinderung. In: Böhm, S., Baumgärtner, M., Dwertmann, D. (Hrsg.): Berufliche Inklusion von Menschen mit Behinderung – Best Practises aus dem ersten Arbeitsmarkt. Springer Verlag, Berlin/Heidelberg.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (Hrsg.) (2013): Zusammenarbeiten. Inklusion in Unternehmen und Institutionen – ein Leitfaden für die Praxis. RK Medien, Oberschleißheim.
- Dau, D.H., Düwell, F.J., Haines, H. (Hrsg.) (2002): Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, Lehr- und Praxiskommentar (LPK-SGB IX). 442.
- Integrationsamt des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR) (Hrsg.) (2013): Der Betrieb der Zukunft – Chancen wahrnehmen, Arbeitsplätze erhalten. ZB Rheinland. Main-Echo GmbH & Co. KG, Aschaffenburg.
- Niehaus, M. (2005): Chancen und Barrieren der Teilhabe gesundheitlich beeinträchtigter und behinderter Menschen im Betrieb. In Igl, G., Welti, F. (Hrsg.): Der Schutz der Gesundheit und Teilhabe am Arbeitsleben behinderter, chronisch kranker und älterer Menschen. [Sonderheft 2005]. Zeitschrift für Sozialreform, Jg. 51. 73-86.

Oberwetter, C. (2013): Behinderung und Arbeitsverhältnis. In: Stähler, T. (Hrsg.): Inklusion behinderter Arbeitnehmer – Rechtliche Grundlagen für Arbeitgeber, Personalabteilungen und Betriebsräte. Luchterhand Verlag, Wolters und Kluwer.

Einfluss einer verhaltensbezogenen Bewegungstherapie auf die kurzfristige Wirksamkeit einer verhaltensmedizinischen-orthopädischen Rehabilitation bei chronisch nichtspezifischem Rückenschmerz – Eine randomisiert kontrollierte Studie

*Semrau, J. (1), Hentschke, C. (1), Geidl, W. (1), Herbold, D. (2),
Holme, M. (3), Pfeifer, K. (1)*

(1) Institut für Sportwissenschaft und Sport, Universität Erlangen-Nürnberg,
(2) Paracelsus-Klinik an der Gande, Bad Gandersheim, (3) Klinik Weser, Bad Pyrmont

Hintergrund

Zur Behandlung von Personen mit chronisch nichtspezifischen Rückenschmerzen sowie bestehender deutlicher orthopädischer und psychischer/sozialer Funktionseinschränkung, steht die verhaltensmedizinische-orthopädische Rehabilitation (VMO) zur Verfügung. Ein zentraler Bestandteil der VMO sind bewegungstherapeutische Interventionen zur Verbesserung der körperlichen Fitness. Entwicklungspotential besteht hinsichtlich einer zielgerichteten Integration verhaltensbezogener Aspekte wie die theoriegeleitete Vermittlung von Selbstmanagementkompetenzen im Umgang mit Rückenschmerz und den Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils (Hofmann et al., 2013; Geidl et al., 2012; Hasenbring et al., 2010; Leeuw et al., 2007). Ziel der vorliegenden Studie ist die Evaluation einer entsprechend manualisierten verhaltensbezogenen Bewegungstherapie (VBT) mit theoriebasierter und zielorientierter Kombination von Bewegung, Wissensvermittlung und Verhaltensänderung sowie der systematischen Berücksichtigung individueller Präferenzen und früherer Bewegungserfahrungen der Teilnehmer im Rahmen der VMO. In diesem Beitrag werden erste Ergebnisse zu Effekten der VBT auf die kurzfristige Wirksamkeit der VMO berichtet.

Methodik

Multizentrische, randomisierte Längsschnittstudie mit vier Messzeitpunkten (Reha-Beginn/-Ende (t1/t2), 6-/12-Monats-Katamnese (t3/t4)) (Hofmann et al., 2013). Zielparameter werden bei Probanden im Alter von 18-65 Jahren mit chronischen nichtspezifischen Rückenschmerzen (M54.4-M54.9, M51.2-M51.9, M53.8-M53.9, F45.4, F45.41, F54, R52.2 nach ICD-10) anhand von standardisierten Selbstbefragungsinstrumenten in zwei stationären Rehabilitationskliniken erhoben. Randomisierte Zuweisung von Probanden zu a) der VMO mit üblicher Bewegungstherapie als Kontrollbedingung (KG) und b) der VMO mit VBT als Interventionsbedingung (IG). Beide Programme der Bewegungstherapie hatten einen Gesamtumfang von 26h in drei Wochen und wurden durch festgelegte Therapeuten in geschlossenen Gruppen mit sechs bis zwölf Teilnehmern, die bezüglich der Gruppenzuordnung maskiert waren, durchgeführt. Primäre Zielgröße: subjektive Funktionskapazität (FfbH-R); sekundäre Zielgrößen: schmerzbezogene Kognitionen (TSK), Schmerzbewältigung (FESV), Depression (PHQ-D), Ängstlichkeit (Gad) und Schmerz (NRS). Gruppenunterschiede im Rehabilitationsverlauf (t1/t2) wurden mittels eines gemischten linearen Regressionsmodells in einem

2x2-faktoriellen Design mit "random intercept" und "random slope" geprüft. Innergruppeneffekte werden als standardisierte Effektgrößen (SES) berichtet.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 329 Probanden in die Studie eingeschlossen (KG, n=164; IG, n=165). Das durchschnittliche Alter ist 51 Jahre (SD=7,4); 79% sind Frauen. Zu t2 liegen Daten von 315 Probanden vor (Rücklauf 96 %). Im Rehabilitationsverlauf zeigen beide Studiengruppen im primären Zielparameter Funktionskapazität Verbesserungen von 6,23 (SES=0,3; $p<0,001$) in der IG bzw. 5,78 (SES=0,3; $p<0,001$) in der KG auf der Skala von 0-100 des FfbH-R. Insgesamt hat sich die IG gegenüber der KG um 0,45 Punkte ($\beta=0,45$; 95 %-KI: [-2,37; 3,28]) zusätzlich verbessert ($p=0,75$). In weiteren sekundären Zielparametern wie Schmerzreduktion (IG: SES=-0,3; KG: SES=-0,2), Depression (IG: SES=-0,9; KG: SES=-0,8), Ängstlichkeit (IG: SES=-0,9; KG=-0,8), Aktivitätsvermeidung (IG: SES=-0,5; KG: SES=-0,3) und somatischer Fokus (IG: SES=-0,6; KG: SES=-0,5) wiesen beide Studiengruppen signifikante Verbesserungen kleiner bis mittlerer Effektstärke auf. Bei kognitiven und behavioralen Strategien der Schmerzbewältigung zeigten sich ebenfalls in beiden Studiengruppen signifikante kleine bis mittlere Effekte zwischen 0,4 und 0,9 (SES) in der IG sowie zwischen 0,2 und 0,9 (SES) in der KG. Ein signifikanter Gruppenunterschied zugunsten der IG lag lediglich für Aktivitätsvermeidung vor ($\beta=-0,74$; 95 %-KI: [-1,43; -0,05]).

Diskussion

Im Rehabilitationsverlauf verbessern sich Teilnehmer in beiden Studiengruppen. Dabei zeigen sich für die VMO mit VBT tendenziell günstigere Veränderungen. Die Ergebnisse deuten an, dass sich die Implementierung einer VBT zusätzlich positiv auf die kurzfristige Wirksamkeit einer VMO auswirkt. Eine abschließende Bewertung des Einflusses einer VBT auf die nachhaltige Wirksamkeit der VMO wird auf Basis der "Follow-Up"-Daten vorgenommen.

Förderung: Im gemeinsamen Förderschwerpunkt "Chronische Krankheiten und Patientenorientierung" von BMBF, Kranken- und Rentenversicherung.

Literatur

- Geidl, W., Hofmann, J., Göhner, W., Sudeck, G., Pfeifer, K. (2012): Verhaltensbezogene Bewegungstherapie – Bindung an einen körperlich aktiven Lebensstil. *Die Rehabilitation*, 51. 259-268.
- Hasenbring, M.I., Verbunt, J.A. (2010): Fear-avoidance and endurance-related responses to pain: New models of behavior and their consequences for clinical practice. *Clin. J. Pain*, 26. 747-753.
- Hofmann, J., Peters, S., Geidl, W., Hentschke, C., Pfeifer, K. (2013). Effects of behavioural exercise therapy on the effectiveness of a multidisciplinary rehabilitation for chronic non-specific low back pain: Study protocol for a randomised controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 14. 89.
- Leeuw, M. Goossens, M.E.J.B., Linton, S.J., Crombez, G., Boersma, K., Vlaeyen, J.W.S. (2007): The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. *Journal of behavioral medicine*, 30. 77-94.

"Aber ich beweg' mich doch genug!" – Körperliche Aktivitätsprofile von chronischen Rückenschmerzpatienten zu Beginn einer stationären Rehabilitationsmaßnahme

Schaller, A. (1), Frick, F. (1), Kavelaars, B. (2), Froböse, I. (1)

(1) Institut für Bewegungstherapie und bewegungsorientierte Prävention und Rehabilitation, Deutsche Sporthochschule Köln, (2) Aggertalklinik, Engelskirchen

Hintergrund

Körperliche Aktivität ist für Patienten mit chronischen Erkrankungen sowohl unter indikationsspezifischen Aspekten als auch zur Verhinderung inaktivitätsbedingter Sekundärerkrankungen von großer Bedeutung (Sudeck, Pfeifer, 2013). Obwohl dem Bewegungsmangel eine große Bedeutung im Zusammenhang mit Rückenschmerzen zugeschrieben wird, liegen bisher nur wenig spezifische Informationen zum Bewegungsverhalten von chronischen Rückenschmerzpatienten vor. Unter indikationsspezifischen Aspekten erscheint beispielsweise die Unterscheidung von körperlicher Aktivität am Arbeitsplatz und in der Freizeit von großer Bedeutung. Hohe körperliche Aktivität am Arbeitsplatz ist mit einem signifikant höheren Rückenschmerzrisiko assoziiert, während sportliche Freizeitaktivität mit geringeren Rückenschmerzprävalenzen einhergeht (Schneider, 2007; Jacob et al., 2004). Ziel der vorliegenden Evaluation ist die Identifizierung differenzierter Aktivitätsprofile von chronischen Rückenschmerzpatienten (Freizeit-, Transport- und Arbeitsaktivität).

Methodik

Grundlage der Ergebnisse bilden Querschnittsdaten von Rückenschmerzpatienten im Heilverfahren zu Beginn einer stationären orthopädischen Rehabilitation. Die Rückenschmerzdauer der Stichprobe ($n=243$) liegt bei 85,9 % über einem Jahr. 173 der Befragten sind Männer (71,3 %), das Durchschnittsalter liegt bei 50,4 Jahren ($SD = 7,8$), der mittlere BMI liegt bei $29,5 \text{ kg/m}^2$ ($SD = 5,5$) und häufigster höchster Schulabschluss ist Volks-/Hauptschule (49,6 %).

Die Operationalisierung von körperlicher Aktivität erfolgt mit dem "Global Physical Activity Questionnaire" (GPAQ) differenziert für die drei Bereiche Arbeit, Transport und Freizeit (Armstrong, Bull, 2006). Für die Identifizierung von Risikoprofilen werden die Ergebnisse zunächst deskriptiv dargestellt. Ergänzend erfolgt die Prüfung auf Gruppenunterschiede mittels Kruskal-Wallis Test.

Ergebnisse

Die Gesamtstichprobe zeigt einen Mittelwert von 3554 MET-Min intensive (95 %-KI: 2.678; 4.431; $SD = 5.789$) und 1.389 MET-Min moderate (95 %-KI: 1.041; 1.737; $SD = 2.298$) körperliche Aktivität/Woche bei der Arbeit. Dies entspricht bei einer 5-Tage Woche einem Mittelwert von 88,9 Min/Tag intensiver bzw. 69,5 Min/Tag moderater Arbeitsaktivität. Keine körperliche Aktivität bei der Arbeit (0 MET-Min/Woche) geben 48,1 % (intensiv) bzw. 44,4 % (moderat) an.

Die körperliche Transport- und Freizeitaktivität liegt insgesamt bei durchschnittlich 1351 MET-Min/Woche (95 %-KI: 1.048; 1.653; $SD = 2.089$). Bezogen auf eine 7-Tage Woche ergeben sich daraus unter Berücksichtigung Intensität 24 Min Transportaktivität, 8 Min intensi-

ve und 9 Min moderate Freizeitaktivität pro Tag. 27 % der Befragten geben keine körperliche Freizeit- bzw. Transportaktivität (0 MET-Min/Woche) an. 41,2 % der Stichprobe erreichen die WHO-Empfehlungen von 600 MET-Min/Woche.

Es zeigen sich signifikante Gruppenunterschiede in der gesundheitswirksamen Freizeit- und Transportaktivität nach Bildungsstand ($p = 0,01$).

Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass die Stichprobe wesentlich mehr körperliche Aktivität am Arbeitsplatz als in der Freizeit bzw. beim Transport aufweist. Auch im Vergleich zu einer repräsentativen deutschlandweiten Befragung ist die angegebene Arbeitsaktivität hoch (Froböse, Wallmann, 2012). Dies könnte den Zusammenhang von körperlicher Arbeitsbelastung und Rückenschmerz unterstreichen. Auffällig ist jedoch der hohe prozentuale Anteil von Patienten, die keine arbeitsbezogene körperliche Aktivität angibt.

Die geringe Freizeit- und Transportaktivität könnte ein weiterer Hinweis auf die Notwendigkeit sein, Rückenschmerzpatienten das gesundheitswirksame Potential von Bewegung zu vermitteln. Dabei erscheinen jedoch, in Abhängigkeit von der körperlichen Aktivität auf der Arbeit, differenzierte Konzepte für Patienten mit Inaktivitäts-Risikoprofil notwendig.

Die hohen Standardabweichungen sowie das große 95 % Konfidenzintervall könnten ein Hinweis auf große interindividuelle Unterschiede im Bewegungsverhalten, aber auch auf eine geringe Präzision der Ergebnisse hinweisen. Um die Präzision der Ergebnisse zu erhöhen, muss auch an dieser Stelle über den Einsatz objektiver Messverfahren zur Erfassung körperlicher Aktivität nachgedacht werden.

Ausblick

Die nachhaltige Hinführung zu einem körperlich aktiven Lebensstil gilt bei chronischen Rückenschmerzen als zentrales Element der rehabilitativen Bewegungstherapie. Die Identifizierung bereichsspezifischer Aktivitätsprofile ist ein wesentlicher Schritt in der Entwicklung zielgruppenspezifischer Konzepte zur gesundheitswirksamen Bewegungsförderung. Darauf aufbauend sollten differenzierte Aktivitätsprofile unter Berücksichtigung soziodemographischer und psychosozialer Variablen erstellt werden, um einen individualisierten und alltagsnahen Zugang zur Zielgruppe unter Berücksichtigung der Ressourcen zu entwickeln.

Förderung: Rehabilitations-Forschungsnetzwerk der Deutschen Rentenversicherung Rheinland (refonet)

Literatur

Armstrong, T., Bull, F. (2006): Development of the World Health Organization Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ). *J Public Health*, 14/2. 66-70.

Jacob, T., Baras, M., Zeev, A. Epstein, L. (2004): Physical activities and low back pain: a community-based study. *Med Sci Sports Exerc*, 36/1. 9-15.

Schneider, S. (2007): Zur diametralen Wirkung körperlicher Bewegung in Beruf und Freizeit auf das Rückenschmerzrisiko – Eine bundesweite Repräsentativstudie unter Berücksichtigung weiterer sozialer Risikofaktoren. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 58/12. 433-445.

Sudeck, G., Pfeifer, K. (2013): Bewegung in der Rehabilitation – ICF-Bezug, Kompetenzorientierung, Nachhaltigkeit. *Public Health Forum*, 79/21. 14.e1-14.e4.

Froböse, I., Wallmann, B. (2012): DKV-Report "Wie gesund lebt Deutschland?". Zentrum für Gesundheit der Deutschen Sporthochschule.

Wirkung einer verhaltensorientierten Bewegungsintervention auf physische und psychische Ressourcen bei Patienten mit pneumologischen Berufskrankheiten in der stationären Rehabilitation

Müller, K. (1), Kotschy-Lang, N. (2), Wagner, P. (1)

(1) Institut für Gesundheitssport und Public Health, Universität Leipzig,

(2) BG-Klinik für Berufskrankheiten, Falkenstein

Einleitung

Da die körperliche Aktivität (KA) einer der stärksten Prädiktoren für die Gesamtsterblichkeit für Patienten mit chronischen Atemwegserkrankungen darstellt (Waschki et al., 2011), ist die langfristige Aufrechterhaltung der KA ein wichtiges Ziel in einem nachhaltigen Krankheitsmanagement bei Patienten mit pneumologischen Berufskrankheiten (BK). Selbstwirksamkeitserwartungen (SWE) nehmen eine bedeutende Ressource innerhalb des Gesundheitsverhaltens ein und können durch eine Erhöhung der KA verbessert werden (Hartman et al., 2013). Die vorliegende Untersuchung überprüft die Wirkung einer verhaltensorientierten Bewegungsintervention während der stationären Rehabilitation auf die körperliche Aktivität und krankheitsspezifische SWE bei Patienten mit pneumologischen BK.

Methodik

In einer randomisierten Pilotstudie mit Kontrollgruppendesign (KG) wurden von 121 Patienten (♂: n=109; Alter: M=69,3, SD=7,9; IG: n=64) mit pneumologischen BK zu Beginn (T1), zum Ende (T2) sowie 2 Monate (T3) nach Beendigung der vierwöchigen stationären Rehabilitation in der BG-Klinik für Berufskrankheiten in Falkenstein Daten mittels Fragebogen zur körperlichen Aktivität (FFkA; in h/Wo) sowie zur krankheitsspezifischen Selbstwirksamkeit (CSES-D) aufgenommen. Die Interventionsgruppe (IG) erhielt neben den standardisierten Rehabilitationsmaßnahmen zusätzlich eine verhaltensorientierte Bewegungsintervention.

Ergebnisse

IG und KG unterschieden sich zu T1 nicht signifikant in Bezug auf die KA ($F_{(1,119)}=0,68$; $p>0,05$) und die krankheitsspezifischen SWE ($F_{(1,116)}=0,00$; $p>0,05$). ANOVAs mit Messwiederholung erbrachten für beide Gruppen hinsichtlich der Gesamtaktivität einen signifikanten Zeiteffekt zu T3 ($F=37,66$, $p<0,05$, $\eta^2=0,25$). Der Interaktionseffekt war nicht signifikant. In Bezug auf die Freizeitaktivität erhöhte sich nur die IG signifikant um 1,3 h/Wo ($p<0,05$). Die krankheitsspezifischen SWE nahmen in der IG zu T2 ($p<0,05$) und T3 ($p<0,05$) im Vergleich zu T1 signifikant zu.

Diskussion, Schlussfolgerung

Die stationäre Rehabilitation führte zu einer Erhöhung der Gesamtaktivität der Patienten mit pneumologischen Berufskrankheiten. Innerhalb der IG kam es zu positiven Veränderungen der Freizeitaktivität und der krankheitsspezifischen Selbstwirksamkeitserwartungen der Pa-

tienten. Ob die zusätzliche verhaltensorientierte Bewegungsintervention zu diesen beobachteten Effekten führte, bleibt vorerst offen. Zur Überprüfung der Nachhaltigkeit der Effekte folgen weitere Follow-up Untersuchungen sechs und 12 Monate nach Beendigung der stationären Rehabilitation.

Literatur

- Hartman, J.E., Boezen, H.M., de Greef, M.H., Ten Hacken, N.H. (2013): Physical and psychosocial factors associated with physical activity in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, doi: 10.1016/j.apmr.2013.06.029. (Epub ahead of print).
- Waschki, B., Kirsten, A., Holz, O., Müller, K.-C., Meyer, T., Watz, H., Magnussen, H. (2011): Physical activity is the strongest predictor of all-cause mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a prospective cohort Study. *Chest*, 140 (2). 331-342.

Langzeiteffekte der INOP-Intervention auf die Lebensqualität und Funktionsfähigkeit von Brustkrebspatientinnen nach Abschluss einer onkologischen Rehabilitation

Kähnert, H. (1), Exner, A.-K. (1), Leibbrand, B. (2)

(1) Institut für Rehabilitationsforschung Norderney, Bad Salzuflen,

(2) Salzetalklinik, Bad Salzuflen

Hintergrund

Körperliche Aktivität gilt als wirksame Therapieform bei Brustkrebspatientinnen, da hierüber die gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie eine Vielzahl körperlicher aber auch psychischer Funktionsdefizite behoben werden können (Baumann, Zopf, 2012). Entsprechend sind bewegungstherapeutische Maßnahmen zentrale Bausteine einer onkologischen Rehabilitation mit dem Ziel, einen körperlich aktiven Lebensstil nachhaltig zu fördern. Bewegungsinaktive Menschen aus ihren Routinen und Gewohnheiten zu lösen und sie zu einem körperlich aktiven Lebensstil zu motivieren, ist ein schwieriger Prozess. Nach dem "Health Action Process Approach"-Modell sind hierfür neben motivationsfördernden Faktoren vor allem volitionale Strategien der Handlungs- und Bewältigungsplanung sowie der Handlungskontrolle wesentlich (Schwarzer et al., 2008). Basierend auf den genannten volitionalen Strategien wurde die INOP-Intervention konzipiert, in den Prozess einer onkologischen Rehabilitation implementiert und evaluiert (INOP= Individuelle Nachsorge onkologischer Patienten). Die INOP-Intervention beinhaltet ein Seminar, eine Einzelberatung und eine telefonische Nachsorge. Die Ergebnisse zeigen, dass Brustkrebspatientinnen, die die INOP-Intervention erhalten haben, zur 12-Monatskatamnese um durchschnittlich 120 Min./ Woche körperlich aktiver waren als Patientinnen, die eine Standardrehabilitation durchliefen (Kähnert et al., 2013). Ziel der Studie war zu überprüfen, welche gesundheitlichen Auswirkungen durch die INOP-Intervention langfristig nachgewiesen werden können. Als Zielvariablen wurden die gesundheitsbezogene Lebensqualität, die Funktionsfähigkeit im Alltag sowie in einer Teilstichprobe der potentiell erwerbsfähigen Patientinnen die Funktionsfähigkeit im Beruf untersucht.

Methode

Die INOP-Studie ist eine randomisiert-kontrollierte Multizenterstudie. Die Kontrollgruppe (KG) erhielt die Standardrehabilitation und die Interventionsgruppe (IG) zusätzlich die INOP-Intervention. Ausgewertet wurden die Daten von 386 Brustkrebspatientinnen aus zwei schriftlichen Befragungen, die zu Beginn der Rehabilitation und zur 12-Monatskatamnese erhoben wurden. Erfragt wurden die gesundheitsbezogene Lebensqualität (EORTC-QLQ-C30: Aaronson et al., 1993) und die Funktionsfähigkeit im Alltag sowie im Beruf (Subskalen des IRES-3: Bührlen et al., 2005). Zusammenhänge wurden über kovarianzanalytische Verfahren überprüft und die Effektstärke d nach Cohen berechnet.

Ergebnisse

Langfristig hat die IG von der Teilnahme an der INOP-Intervention profitiert. Die IG-Teilnehmerinnen schätzen bis zu zwölf Monate nach Entlassung aus der Klinik ihre globale Lebensqualität ($p < 0,001$, $d = 0,43$) und physische Funktion ($p < 0,03$, $d = 0,19$) jeweils signifikant höher ein als die KG. Hinsichtlich der Symptome Fatigue ($p < 0,01$, $d = 0,22$) und Schmerzen ($p < 0,004$, $d = 0,27$) weist die IG gegenüber der KG die geringsten Belastungen ein Jahr nach der Rehabilitation auf.

Auch wenn beide Gruppen ihre Funktionsfähigkeit im Alltag im Zeitverlauf steigern, ist dies in der IG stärker als in der KG ausgeprägt. Nach eigener Einschätzung sind zwölf Monate nach Klinikentlassung die IG-Patientinnen in ihren Alltagsaktivitäten und ihrer Mobilität signifikant weniger eingeschränkt als Patientinnen der Kontrollgruppe ($p < 0,001$, $d = 0,44$).

Interventionseffekte auf die Funktionsfähigkeit im Beruf wurden in einer Teilstichprobe der erwerbsfähigen Patientinnen ($n = 177$) erhoben. Zur 12-Monatskatamnese bewertet die IG ihre Funktionsfähigkeit im Beruf signifikant höher als die KG ($p < 0,019$, $d = 0,27$), insbesondere wird von der IG die Beanspruchung am Arbeitsplatz als weit weniger belastend wahrgenommen.

Diskussion und Ausblick

Zentrale Ziele einer medizinischen Rehabilitation sind die Förderung eines Sport- und Bewegungsverhaltens sowie die Verbesserung der physischen und psychischen Gesundheit der Rehabilitanden. Durch die INOP-Intervention konnten nachhaltig die körperliche Aktivität sowie die gesundheitsbezogene Lebensqualität und die Funktionsfähigkeit im Alltag und Beruf von Brustkrebspatientinnen stärker gefördert werden als über eine Standardrehabilitation. Entsprechend konnten über die INOP-Intervention die angestrebten Reha-Ziele erreicht werden. Die Studienergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, volitional ausgerichtete Interventionen in den Prozess einer stationären onkologischen Rehabilitation und in der Nachsorge zu integrieren. Die Implementierung von Interventionseinheiten in die Routineversorgung stellt eine Herausforderung für alle beteiligten Akteure dar und setzt die Bereitschaft der Klinikleitung und des Reha-Teams aber auch die notwendigen personellen, zeitlichen und finanziellen Ressourcen voraus.

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

Literatur

Aaronson, N.K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N.J. (1993): The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life

- instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst*, 85. 365-376.
- Baumann, F.T., Zopf, E. (2012): Brustkrebs. In: Baumann, F.T., Jäger, E., Bloch, W. (Hrsg.): Sport und körperliche Aktivität in der Onkologie. Springer Verlag: Berlin, Heidelberg. 167-178.
- Bührlen, B., Gerdes, N., Jäckel, W.H. (2005): Entwicklung und psychometrische Testung eines Patientenfragebogens für die medizinische Rehabilitation (IRES-3). *Die Rehabilitation*, 44. 63-74.
- Kähnert, H., Exner, A.-K., Leibbrand, B., Biester, I., Gharaei, D., Niehues, C., Trapp, M. (2013): Bewegungsförderung von Brustkrebspatientinnen: Ergebnisse der INOP-Studie sechs und zwölf Monate nach Abschluss einer stationären Rehabilitation. *DRV-Schriften*, Bd 101. 360-361.
- Schwarzer, R., Lippke, S., Ziegelmann, P. (2008): Health action process approach. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 16 (3). 157-160.

Kraftausdauertraining in der Phase II Rehabilitation bei Patienten mit einem intrakorporalen Herzunterstützungssystem der 3. Generation

*Workowski, A. (1), Bartsch, P. (1), Stuhr, H. (1),
Willemsen, D. (1), Bjarnason-Wehrens, B. (2)*

(1) Kardiologische Rehabilitation, Schüchtermann-Klinik, Bad Rothenfelde,
(2) Institut für Kreislaufforschung und Sportmedizin, Deutsche Sporthochschule Köln

Einleitung

Bei terminaler Herzinsuffizienz werden vermehrt Herzunterstützungssysteme (VAD) implantiert. Der rehabilitative Nachsorgebereich muss sich den besonderen Bedürfnissen dieser Patientengruppe stellen. Ein zentrales Rehabilitationsziel ist die möglichst weitgehende Wiederherstellung von Mobilität und Partizipation/Teilhabe (Ueno, Yasuko, 2009). Als Folge der Erkrankung sind viele VAD-Träger muskulär deconditioniert. Untersuchungen bestätigen den positiven Einfluss von Kraftausdauertraining bei VAD-Trägern (Moscato et al., 2013; Hayes et. al., 2012). Unklar sind die Auswirkungen eines Kraftausdauertrainings während einer Anschlussrehabilitation (AHB). Ziel dieser Untersuchung war die deskriptive Darstellung von Kraftausdauertraining bei VAD-Patienten und die Evaluation der Auswirkungen auf die maximale isometrische Kraft des Musculus quadriceps femoris (MQF).

Methodik

In dieser retrospektiven monozentrischen Fallstudie wurden Daten von konsekutiven AHB-Patienten, die nach Implantation eines intrakorporal applizierten VAD der dritten Generation ihre erste AHB absolvierten, erhoben (retrospektiv erfasster Zeitraum von Oktober 2009 bis Mai 2012). Das Kraftausdauertraining wurde von Physiotherapeuten geleitet und dokumentiert. Die Kraft des MQF wurde durch eine beidbeinig durchgeführte isometrische Maximalkraftmessung vor Beginn (T1) und am Ende (T2) des Kraftausdauertrainingsprogramms be-

stimmt. Die statistische Auswertung erfolgte mittels eines T-Tests für verbundene Stichproben.

Ergebnisse

Insgesamt 48 Patienten (10 weiblich, 38 männlich) 50,3±12,9 Jahre alt (15-74 Jahre) absolvierten 56±39,3 Tage (15-222 Tage) nach links- (30x HeartWare, 11x HeartMate II) oder bi-ventrikulärer (7x HeartWare) VAD Implantation eine AHB. AHB-Dauer betrug 21,2±7,1 Tage. Während der AHB absolvierten sie 6,5±2,6 Kraftausdauertrainingseinheiten á 30 Minuten in Einzelbetreuung. Trainiert wurde überwiegend an Krafttrainingsgeräten (Tab. 1), aber auch mit Kleingeräten.

Krafttrainingsgeräte	[n=48]	Gewicht (Kilogramm)	
		MW ± S	Min-Max
Beinpresse	47	47,8 ± 13,4	25 - 85
Schulterzug	9	29,4 ± 11,6	15 - 50
Latissimuszug / Armextension	25	22,2 ± 3,6	15 - 30
Butterfly	1	5 ± 0	5
Beinstrecker	46	8,9 ± 3	5 - 20
Beinbeuger	46	10,4 ± 3,7	5 - 20
Rückenstrecker	6	13,8 ± 4,4	7,5 - 20
n=Anzahl, MW=Mittelwert, S=Standartabweichung, Min=Minimum, Max=Maximum, Mehrfachnennungen möglich			

Tab. 1: Übersicht der verwendeten Krafttrainingsgeräte und die dabei im Mittel absolvierten Widerstände.

Das Training wurde als progressives dynamisches Kraftausdauertraining mit moderater Intensität durchgeführt. Die Intensität wurde anhand einer progressiven Gewichtsauistung an den einzelnen Geräten ermittelt. Ziel war die Durchführung von drei Serien mit jeweils 20 Wiederholungen in individueller Bewegungsgeschwindigkeit, ohne Pressatmung. Die Pausendauer betrug jeweils 1-2 Minuten. Es kam während des Kraftausdauertrainings und der Krafttestung zu keinen Komplikationen.

Tabelle 2 zeigt die Veränderung der mittleren mximalen isometrischen Kraft des MQF durch die AHB.

n=48	MW ± S (Min-Max)				p-Wert
	T1	T2	Δ (Zeit)		
	Kraft (Nm)		%		
Gesamt	405,8 ± 188,5 (130 - 900)	506,3 ± 206,2 (124 - 1.088)	100,6 ± 121 (-244 - 377)	34,5 ± 45,8 (-66,3 - 180,3)	p<0,001
n=Anzahl, Nm=Newton Meter, MW=Mittelwert, S=Standartabweichung, Min=Minimum, Max=Maximum, Δ=Delta, T1= zu Beginn der AHB, T2= am Ende der AHB, p-Wert=Signifikanz					

Tab. 2: Veränderung der mittleren maximalen isometrischen Kraft des MQF

Zwischen Vor- und Nachtest wurde eine signifikante Steigerung der maximalen isometrischen Kraft des MQF festgestellt.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass ein Kraftausdauertraining während der Phase II Rehabilitation bei Patienten mit VAD in vielfältiger Form angewendet werden kann. Die Patienten haben das Training gut und gerne angenommen. Keine trainingsbedingten Komplikationen wurden dokumentiert. Die maximale isometrische Kraft des MQF wurde im Mittel um $34,5 \pm 45,8$ % signifikant gesteigert. Die Ergebnisse bestätigen die Durchführbarkeit, Sicherheit und Effektivität eines Kraftausdauertrainings bei VAD-Patienten während der AHB. Diese Ergebnisse bedürfen der Bestätigung durch randomisierte kontrollierte Studien.

Literatur

- Haye, K., Leet, A., Bradley, S., Holland, A. (2012): Effects of exercise training on exercise capacity and quality of life in patients with a left ventricular assist device: A preliminary randomized controlled trial. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 31/7. 729-734.
- Moscato, F., Danzinger, G., Käferbäck, M., Lackner, T., Zimpfer, D., Schima, H., Marko, C. (2013): Safety and Effectiveness of Exercise Training in Patients with Continuous Flow Ventricular Assist Device. *Supplement to the Journal of Heart and Lung Transplantation*, 32/4. 181.
- Ueno, A., Yasuko, T. (2009): Cardiac rehabilitation and artificial heart devices. *Journal Artificial Organs*, 12/2. 90-97.

Bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz – Eine integrative Zielperspektive für die Bewegungstherapie

Sudeck, G. (1), Pfeifer, K. (2), Huber, G. (3)

(1) Institut für Sportwissenschaft, Universität Tübingen,

(2) Institut für Sportwissenschaft und Sport, Universität Erlangen-Nürnberg,

(3) Institut für Sport und Sportwissenschaft, Universität Heidelberg

Hintergrund

Eine WHO-Strategie der Gesundheitsförderung zielt auf die Förderung personaler Kompetenzen ab. Gesundheitswissenschaftliche Arbeiten befassen sich deshalb mit der Konzeptualisierung von Gesundheitskompetenz. Ein Modell zur allgemeinen Gesundheitskompetenz einschließlich einer empirischen Überprüfung hat Lenartz (2012) vorgelegt. Eine domänenspezifische Adaptation für das Handlungsfeld Bewegung und Sport haben Pfeifer et al. (2013) vorgenommen. Die bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz wird darin mit den Teilkompetenzen der Bewegungskompetenz, Steuerungskompetenz (körperliche Belastungen adäquat für Gesundheit und Wohlbefinden gestalten zu können) und bewegungspezifischer Selbstregulationskompetenz konzipiert. Ziele des Beitrags bestehen in der Vorstellung der Modellentwicklung in seiner Bedeutung für die Bewegungstherapie sowie der Vali-

dierung eines Selbsteinschätzungsverfahrens insbesondere für die bisher nicht operationalisierten Steuerungskompetenzen.

Methodik

Zur empirischen Erprobung des Selbsteinschätzungsverfahrens wurden zwei Untersuchungsgruppen herangezogen: Eine erste Untersuchungsgruppe (Studie 1) bestand aus 65 Frauen und 30 Männern im Erwerbsalter zwischen 30 und 65 Jahren ($M_{\text{Alter}} = 48.6$, $SD_{\text{Alter}} = 9.6$), die laut Selbstangabe körperliche Risikofaktoren oder Erkrankungen jemals vom Arzt diagnostiziert bekommen hatten (primär Muskel-Skelett-Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes mellitus; $n = 44$) oder keine körperlichen Risikofaktoren/Erkrankungen aufwiesen ($n = 49$). Eine zweite Untersuchungsgruppe (Studie 2) bestand aus 89 Rehabilitandinnen und 137 Rehabilitanden, die zu Beginn ihres Aufenthalts in einer Rehabilitationsklinik mit diabetologischem Schwerpunkt rekrutiert wurden ($M_{\text{Alter}} = 52.1$ Jahre; $SD_{\text{Alter}} = 7.6$).

Aufbauend auf den Operationalisierungen von Lenartz (2012) sowie vorliegenden bewegungsspezifischen Arbeiten (Pfeifer, 2007) wurde zunächst ein Itempool mit insgesamt 25 Items entwickelt. Davon gingen in die abschließenden Güteüberprüfungen elf Items für Steuerungskompetenzen ein, die a) auf die Steuerung gesundheitswirksamen körperlichen Trainings (Belastungsgestaltung und -kontrolle; 6 Items; $\alpha_{\text{Studie1}} = .80$; $\alpha_{\text{Studie2}} = .81$) sowie b) die bewegungsspezifische Befindensregulation (5 Items; $\alpha_{\text{Studie1}} = .90$; $\alpha_{\text{Studie2}} = .90$) abzielen. Zudem waren c) zwei Items für eine gesundheitsbezogene Entscheidungsfähigkeit enthalten ($r_{\text{Studie1}} = .52$; $r_{\text{Studie2}} = .38$), die als kritisch-reflexive Komponente auf den Steuerungskompetenzen aufbaut (z. B. "Bei der Durchführung von einzelnen Übungen achte ich darauf, dass ich ihren Sinn und Zweck verstehe"). Für den Bereich der Selbstregulationskompetenz wurden drei Items in Anlehnung an Lenartz (2012) mit Fokus auf die bewegungsspezifische Selbstkontrolle aus dem anfänglichen Itempool ausgewählt (3 Items; $\alpha_{\text{Studie1}} = .84$; $\alpha_{\text{Studie2}} = .78$).

Zur Konstruktvalidierung wurden der motorische Funktionszustand (FFB-Mot, Bös et al., 2002) sowie die aktuellen Sportaktivitäten (BSA; Fuchs, 2012) erhoben. Daneben wurde in Studie 1 ein Wissenstest entwickelt und eingesetzt, der in sieben Aufgaben bewegungsbezogenes Wissen abfragte, das eine Basis für eine gesundheitsförderliche Belastungsgestaltung und -kontrolle darstellen sollte.

Ergebnisse

In beiden Untersuchungsgruppen ergab sich faktorenanalytisch eine dreifaktorielle Struktur des Erhebungsverfahrens, wobei die zwei Items zur kritisch-reflexiven Entscheidungsfähigkeit keinen eigenständigen Faktor repräsentierten. Davon abgesehen zeigte sich eine gute bis zufriedenstellende diskriminante Validität zwischen den drei Faktoren der gesundheitswirksamen Steuerung körperlichen Trainings, der bewegungsspezifischen Befindensregulation und der bewegungsspezifischen Selbstkontrolle. Im Sinne der Konstruktvalidität ergaben sich für diese drei Faktoren kleine bis mittlere Korrelationen ($ps < .05$) mit dem motorischen Funktionszustand (Studie 1: $.26 < r < .39$; Studie 2: $.22 < r < .38$) und mit den aktuellen Sportaktivitäten (Studie 1: $.21 < r < .45$). In Studie 1 zeigten sich zudem plausible differenzielle Zusammenhänge zwischen den Steuerungskompetenzen und dem Ausmaß der Sportaktivitäten ($ps < .05$): Bei Personen mit körperlichen Erkrankungen hing die Facette

der gesundheitswirksamen Steuerung körperlichen Trainings hoch mit den Sportaktivitäten zusammen ($r = .50$), während bei gesunden Erwachsenen die Fähigkeit zur Befindensregulation die höchsten Zusammenhänge zum aktuellen Sportverhalten aufwies ($r = .44$). Ferner zeigte sich modellkonform eine Mediation der Kompetenzeinschätzung für die Steuerung gesundheitswirksamen körperlichen Trainings, die zwischen dem bewegungsbezogenen Wissen und dem Ausmaß aktueller Sportaktivitäten vermittelt.

Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass domainspezifische Kompetenzfacetten mit Ausrichtung auf die eigenständige Durchführung von Sport- und Bewegungsaktivitäten differenziert werden können. Zusammen mit einer Erfassung der Bewegungskompetenz kann eine valide Kompetenzdiagnostik Orientierungspunkte für eine bedarfs- und ressourcengerechte Gestaltung von bewegungstherapeutischen Programmen sowie deren therapiespezifischer Evaluation liefern. Für die weitere Validierung sind längsschnittliche Erhebungen erforderlich, die die Änderungssensitivität während rehabilitativer Maßnahmen analysieren sowie den Mehrwert einer Orientierung an der bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz mit Blick auf die prospektive Bedeutung für das Gesundheitsverhalten von Rehabilitanden überprüfen.

Förderung: Eine Teilstichprobe (Studie 2) entstammt einem Forschungsprojekt, dessen primäre Fragestellung von der Deutschen Rentenversicherung Bund gefördert wird.

Literatur

- Bös, K., Abel, T., Woll, A., Niemann, S., Tittlbach, S., Schott, N. (2002): Der Fragebogen zur Erfassung des motorischen Funktionsstatus (FFB-Mot). *Diagnostica*, 48. 101-111.
- Fuchs, R. (2012): Messung der Bewegungs- und Sportaktivität: Der BSA-Fragebogen. Freiburg: Institut für Sport und Sportwissenschaft.
- Lenartz, N. (2012): Gesundheitskompetenz und Selbstregulation. Bonn: University Press.
- Pfeifer, K. (2007): Rückengesundheit. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Pfeifer, K., Sudeck, G., Tallner, A., Geidl, W. (2013): Bewegungsförderung und Sport in der Neurologie – Kompetenzorientierung und Nachhaltigkeit. *Neurologie und Rehabilitation*, 1. 7-19.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität in Abhängigkeit von sportlicher Aktivität bei Menschen mit und ohne körperliche Behinderung

Fahrland, S. (1), Fröhlich, M. (2), Pieter, A. (1)

(1) Deutsche Hochschule für Prävention und Gesundheitsmanagement, Saarbrücken,

(2) Sportwissenschaftliches Institut, Universität des Saarlandes, Saarbrücken

Einleitung

Die Förderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität durch sportliche Aktivität stellt ein wichtiges Ziel im Rahmen von Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen dar. Gesundheitsförderliche Aspekte des Sports werden seit Jahren erforscht, jedoch weist die Studienlage bzgl. der Menschen mit einer Körperbehinderung große Lücken auf. Dabei sind gerade Menschen mit einer Körperbehinderung zusätzlich zu den alltäglichen Anforderungen behinderungsspezifischen Stressoren ausgesetzt, die es zu bewältigen gilt, damit sich diese nicht negativ auf die Gesundheit und Lebensqualität auswirken (Wegner, 2001). Deshalb wurde untersucht, inwieweit sich die Lebensqualität bei Menschen mit und ohne eine körperliche Behinderung in Abhängigkeit von sportlicher Aktivität unterscheidet.

Methodik

Als Datengrundlage dienten Aussagen von 203 Personen, welche anhand der Variable Körperbehinderung vs. keine Körperbehinderung und dem Merkmal sportliche Aktivität vs. sportliche Inaktivität vier Versuchsgruppen zugeordnet wurden: VG1: sportlich-aktiv ohne Körperbehinderung (N = 51), VG2: sportlich-inaktiv ohne Körperbehinderung (N = 48), VG3: sportlich-aktiv mit Körperbehinderung (N = 53), VG4: sportlich-inaktiv mit Körperbehinderung (N = 51). Als sportlich-aktiv galten Probanden, die mindestens 4 Stunden pro Monat Sport treiben. Körperliche Behinderung wurde durch eine Selbsteinschätzung der Probanden operationalisiert. Die Lebensqualität wurde mittels des EUROHIS-QOL-8-Item-Index erfasst. Inhaltlich bilden jeweils zwei Items die psychologische, physische, soziale und umweltbezogene Facette der Lebensqualität ab und beziehen sich dabei auf ein Zeitfenster der vergangenen zwei Wochen (Brähler et al., 2007).

Ergebnisse

Das Konstrukt Lebensqualität weist eine gute interne Konsistenz mit Cronbach's $\alpha = 0.84$ (N = 202) auf. Vergleicht man den Gesamtindex zur Lebensqualität der vier Versuchsgruppen, so weisen die sportlich Aktiven mit körperlicher Behinderung die höchste Lebensqualität auf ($31,55 \pm 5,39$). Die sportlich Aktiven ohne Körperbehinderung hatten einen Gesamtindex von $31,36 \pm 5,21$, die sportlich Inaktiven ohne Körperbehinderung von $30,94 \pm 6,31$ und die sportlich Inaktiven mit Körperbehinderung von $26,41 \pm 6,93$. Zwischen den Versuchsgruppen zeigte sich ein signifikanter Unterschied ($F = 8,52$, $df = 3$, $p < 0.05$; $\eta^2 = 0,11$) mit einem mittleren Effekt. Bei den Menschen mit einer Körperbehinderung unterscheiden sich sportlich Aktive (VG3) signifikant von Inaktiven (VG4). Bei den Menschen ohne Behin-

derungen ist kein signifikanter Unterschied zwischen sportlich Aktiven (VG1) und Inaktiven (VG2) zu beobachten, wobei die sportlich Aktiven ihre Lebensqualität tendenziell höher einschätzen. Die Lebensqualität der sportlich-aktiven Menschen weist keinen signifikanten Unterschied auf (VG1/VG3). Bei dem Vergleich der sportlich Inaktiven (VG2/VG4) hingegen schätzen die Menschen ohne Körperbehinderung ihre Lebensqualität signifikant höher ein als Menschen mit einer Körperbehinderung.

Diskussion

Die Ergebnisse lassen einen Effekt des Sports auf die Lebensqualität von Menschen mit einer Körperbehinderung vermuten. Auffällig ist, dass sich die sportlich Inaktiven mit einer Körperbehinderung (VG4) von allen anderen Versuchsgruppen hinsichtlich der Lebensqualität signifikant unterscheiden. Dies legt die Annahme nahe, dass Sport eine moderierende Wirkung auf die Lebensqualität bei Menschen mit einer Körperbehinderung haben könnte. Somit kann konkludiert werden, dass speziell Menschen mit einer Körperbehinderung von sportlicher Aktivität im Sinne einer höheren Lebensqualität profitieren.

Literatur

- Brähler, E., Mühlen, H., Alban, C. Schmidt, S. (2007): Teststatistische Prüfung und Normierung der deutschen Versionen des EUROHIS-QOL Lebensqualität-Index und des WHO-5 Wohlbefindens-Index. *Diagnostica*, 53/2. 83-96.
- Wegner, M. (2001): Sport und Behinderung: Zur Psychologie der Belastungsverarbeitung im Spiegel von Einzelfallanalysen. Schorndorf: Hofmann.

Einflussfaktoren der Inanspruchnahme von ambulanten Bewegungstherapien bei Patienten mit rheumatoider Arthritis

Mattukat, K., Matthes, C., Mau, W.

Institut für Rehabilitationsmedizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle/Saale

Hintergrund

Die Diagnose "Rheumatoide Arthritis (RA)" bringt für die Betroffenen häufig erhebliche Einschränkungen in Aktivität und Teilhabe mit sich (Mau et al., 2008). Positive Effekte regelmäßiger körperlicher Aktivität auf die körperliche und psychische Gesundheit der Betroffenen sind zwar hinreichend belegt (Cooney et al., 2011). Der Anteil inaktiver RA-Kranker liegt allerdings bis zu 4-mal höher als in der Normalbevölkerung (Sokka et al., 2008). Neben einer angemessenen Medikation ist die Bewegungstherapie eines der wichtigsten Elemente der Behandlung von RA-Patienten (Vliet Vlieland, van den Ende, 2011), das u. a. im Anschluss an medizinische Rehabilitationsmaßnahmen zu realisieren ist. Um die bestehenden Wissenslücken zu Inanspruchnahme, Rahmenbedingungen und Wünschen dieser Patienten bzgl. ambulanter Bewegungstherapien zu füllen, werden die abschließenden Ergebnisse einer 2012 begonnenen Befragung (Matthes et al., 2012) hiermit vorgelegt.

Methode

In neun rheumatologischen Schwerpunktpraxen wurden deutschlandweit 700 RA-Patienten zur Inanspruchnahme von und Versorgung mit ambulanten Bewegungstherapien befragt (Rücklauf: 50 %). Die Stichprobe bestand zu 78 % aus Frauen, war im Mittel 58 (\pm 13) Jahre alt und hatte eine mittlere Krankheitsdauer von 11 (\pm 10) Jahren. Zweiundvierzig Prozent waren erwerbstätig, 44 % berentet (32 % Altersrente, 12 % EM-Rente) und 5 % arbeitslos. Zwei Drittel (65 %) berichteten eine hohe alltagsbezogene Funktionskapazität (Funktionsfragebogen Hannover: FFbH>70), 17 % waren mittelgradig (FFbH: 50-70) und 18 % stark funktional eingeschränkt (FFbH<50).

Ergebnisse

Daten zur Teilnahme an ambulanten Bewegungstherapien liegen von 320 RA-Patienten vor (8 % keine Angabe). Demnach haben 29 % der Befragten noch nie, 27 % vor mehr als 12 Monaten und 43 % innerhalb der letzten 12 Monate an (irgend)einer ambulanten Bewegungstherapie teilgenommen, darunter am häufigsten an Krankengymnastik (52 %) und am seltensten an Medizinischer Trainingstherapie (10 %) (Ergotherapie: 32 %, Funktionstraining: 21 %, Rehabilitationssport: 20 %). Einflussfaktoren der höheren Inanspruchnahme waren eine längere Krankheitsdauer ($p<0,01$), ein (höherer) Behinderungsgrad ($p<0,01$), Komorbidität ($p<0,05$), eine geringe alltagsbezogene Funktionskapazität (FFbH; $p<0,05$) und gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-12; $p<0,001$), die Mitgliedschaft in einer Selbsthilfegruppe ($p<0,001$), Teilnahme an Rehabilitationsmaßnahmen ($p<0,001$) und sportliche Freizeitaktivitäten ($p<0,05$). Die Inanspruchnahme mindestens einer Bewegungstherapie variierte bei den Patienten aus den unterschiedlichen rheumatologischen Praxen zwischen 49 % und 97 % ($p<0,001$). Nach Kontrolle der o. g. Merkmale (zzgl. Alter, Geschlecht, Sozialstatus) blieben lediglich der Unterschied zwischen den Praxen sowie der Einfluss der Teilnahme an einer Rehabilitation als signifikante Indikatoren der Teilnahme an Bewegungstherapien bestehen.

Wenn Patienten an einer Therapie teilgenommen hatten, waren sie überwiegend sehr zufrieden (Häufigkeit, Dauer, Inhalt, Rahmenbedingungen, Durchführung, Kursleiter), schätzten den Erfolg der Maßnahme als hoch ein und würden die Therapie gern langfristig weiterführen. Veränderungswünsche bzgl. der angebotenen Therapien wurden hinsichtlich einer verlängerten Therapiedauer, einer höheren Therapiehäufigkeit, der individuelleren Gestaltung der Übungen und der Schaffung zusätzlicher Angebote geäußert.

Hauptgründe für die Nicht-Inanspruchnahme waren mangelndes Wissen über die bestehenden Möglichkeiten (28 %), gesundheitliche Beschwerden (27 %) und Zeitmangel (27 %).

Diskussion

Trotz internationaler Leitlinien hat ein Viertel der befragten RA-Patienten noch nie an ambulanten Bewegungstherapien teilgenommen. Gesundheitliche und regionale Einflussfaktoren sowie subjektive Gründe der Nicht-Inanspruchnahme spielen hier eine große Rolle. Neben einer verstärkten Aufklärung und Unterstützung der Patienten bzgl. vorhandener bewegungsbezogener Angebote wird die Vermittlung von Informationen bzgl. der Aktivitäten und Angebote von relevanten Selbsthilfegruppen empfohlen. Zusätzlich sollten krankheits- und geschlechtsspezifische Wünsche sowie Vorlieben und Bedürfnisse von Patienten in ver-

schiedenen Altersgruppen berücksichtigt werden, um künftig noch mehr Patienten zur Teilnahme an Bewegungstherapien motivieren zu können.

Förderung: Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie

Literatur

- Cooney, J.K., Law, R.J., Matschke, V., Lemmey, A.B., Moore, J.P., Ahmad, Y., Jones, J.G., Maddison, P., Thom, J.M. (2011): Benefits of exercise in rheumatoid arthritis. *Journal of Aging Research, Special Issue*. Article ID 681640.
- Matthes, C., Mattukat, K., Mau, W. (2012): Inanspruchnahme, Rahmenbedingungen und Patientenwünsche bzgl. ambulanter Bewegungstherapien von Patienten mit rheumatoider Arthritis. *Zeitschrift für Rheumatologie*, 71 (Suppl 2). 101-102.
- Mau, W., Beyer, W., Ehlebracht-König, I., Engel, M., Genth, E., Greitemann, B., Jäckel, W.H., Zink, A. (Kommission Rehabilitation und Sozialmedizin der DGRh) (2008): Krankheitslast – Erste Routineberichterstattung zu sozialmedizinischen Folgen entzündlich-rheumatischer Erkrankungen in Deutschland. *Zeitschrift für Rheumatologie*, 67/2. 157-164.
- Sokka, T., Häkkinen, A., Kautiainen, H., Maillefert, J.F., Toloza, S., Mork Hansen, T., Calvo-Alen, J., Oding, R., Liveborn, M., Huisman, M., Alten, R., Pohl, C., Cutolo, M., Immonen, K., Woolf, A., Murphy, E., Sheehy, C., Quirke, E., Celik, S., Yazici, Y., Tlustochowicz, W., Kapolka, D., Skakic, V., Rojkovich, B., Muller, R., Stropuviene, S., Andersone, D., Drosos, A.A., Lazovskis, J., Pincus, T. (2008): Physical inactivity in patients with rheumatoid arthritis: Data from twenty-one countries in a cross-sectional, international study. *Arthritis & Rheumatism*, 59/1. 42-50.
- Vliet Vlieland, T.P., van den Ende, C.H. (2011): Nonpharmacological treatment of rheumatoid arthritis. *Current Opinion in Rheumatology*, 23/3. 259-264.

Soziale Unterstützung und Lebensqualität im Rehabilitationsprozess in der Mitteldeutschen Bandscheibenkohorte

Löbner, M. (1), Luppä, M. (1), Konnopka, A. (2), König, H.-H. (2), Günther, L. (3), Meixensberger, J. (4), Meisel, H.J. (5), Stengler, K. (6), Riedel-Heller, S.G. (1)

(1) Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health, Universität Leipzig, (2) Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, (3) Klinikum St. Georg gGmbH, Klinik für Neurochirurgie, (4) Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie, Universität Leipzig, (5) Klinik für Neurochirurgie, BG-Kliniken Bergmannstrost Halle (Saale), (6) Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Universität Leipzig

Hintergrund

Bandscheibenbedingte Erkrankungen gehören zu den häufigsten Indikationsbereichen im stationären als auch im ambulanten Rehabilitationssetting. Die Studie untersucht (1) die subjektiv erlebte soziale Unterstützung von bandscheibenoperierten Patienten im Rehabilitationsprozess, (2) die Veränderung der körperlichen, psychischen und sozialen Lebensqualität (LQ) im Zeitverlauf von 15 Monaten nach einer Bandscheibenoperation im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung sowie (3) welche Determinanten mit der körperlichen, psychischen und sozialen LQ im Zeitverlauf assoziiert sind.

Methodik

Zur Baseline wurden 534 konsekutive Patienten (Alter: 18 bis 55 Jahre) im Akutkrankenhaus ca. 3,6 Tage (Mittelwert) nach der Bandscheibenoperation in Form von persönlichen Interviews befragt. Drei, neun und 15 Monate nach der OP fanden telefonische Follow-up-Befragungen statt. Die LQ im Zeitverlauf wurde mittels SF-36 erhoben. In den Analysen wurden Random-Effects Regressionsmodelle für unbalancierte Paneldaten verwendet.

Ergebnisse

81,8 % der Patienten schätzen die Hilfe durch Familie und 64,3 % durch Freunde/Bekannte als hilfreich ein. 21,7 % der Patienten wünschen sich mehr Verständnis und Unterstützung durch den Arbeitgeber. Sowohl die körperliche, die psychische als auch die soziale LQ nimmt im Zeitverlauf von 15 Monaten signifikant zu. Dennoch verbleiben die Mittelwerte der körperlichen und der sozialen LQ zu allen vier Messzeitpunkt signifikant unter den Mittelwerten der deutschen Allgemeinbevölkerung. Die psychische LQ unterscheidet sich nur zur Baseline-Untersuchung signifikant von der Allgemeinbevölkerung. Signifikante Assoziationen mit einer schlechteren LQ waren a) für körperliche LQ: eine höhere Schmerzintensität ($p < ,001$), höhere Depressivitätswerte ($p < ,001$) sowie eine subsequente Teilnahme an einer Rehabilitation im stationären Reha-Setting nach der OP ($p < ,05$); b) für psychische LQ: weibliches Geschlecht ($p < ,001$), höhere Angstwerte ($p < ,001$) sowie höhere Depressivitätswerte ($p < ,001$); c) für soziale LQ: weibliches Geschlecht ($p < ,01$), geringeres Alter ($p < ,01$), höhere

Angstwerte ($p < ,001$) sowie höhere Depressivitätswerte ($p < ,001$). Signifikante Zeitinteraktionen zeigten sich bezüglich der folgenden Risikofaktoren a) für körperliche LQ: weibliches Geschlecht ($p < ,01$), höheres Alter ($p < ,05$), geringerer Bildungsstand ($p < ,05$), eine höhere Schmerzintensität ($p < ,001$) sowie keine Erwerbstätigkeit in den letzten 3 Monaten ($p < ,001$); b) für psychische LQ: höherer Bildungsstand ($p < ,05$) sowie höhere Angstwerte ($p < ,05$); c) für soziale LQ: höhere Depressivitätswerte ($p < ,01$).

Schlussfolgerungen

Soziale Unterstützung sowie die körperliche, psychische und soziale LQ sind von großer Bedeutung für bandscheibenoperierte Patienten im Rehabilitationsprozess. Eine frühzeitige Implementierung psychosozialer Interventionen bei bandscheibenoperierten Patienten könnte die körperliche und soziale LQ verbessern helfen.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund und Medizinische Fakultät der Universität Leipzig

Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nach Becken- und Acetabulumfrakturen

Krischak, G. (1,2), Holstiege, J. (1), Kaluscha, R. (1), Nusser, M. (1)

(1) Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm, Bad Buchau,
(2) Federseeklinik, Bad Buchau

Einleitung

Becken- bzw. Acetabulumfrakturen sind meist schwere Verletzungen mit erheblichen Auswirkungen auf die funktionelle Leistungsfähigkeit. Besonders häufig betroffen sind junge Erwachsene zwischen dem 2. und 3. Lebensjahrzehnt (Stuby et al., 2013). Bislang werden v.a. Untersuchungen geführt, die auf eine Verbesserung der Überlebenschancen in der Akutphase abzielen. Jedoch stellt sich für die überlebenden Patienten nach der Akutphase ein langwieriger und oft komplizierter Prozess zur Reintegration in das berufliche und soziale Umfeld ein. Während Behandlungsalgorithmen und ihre Auswirkungen auf das klinische Ergebnis gut erforscht sind, ist jedoch bislang nicht untersucht, wie sich langfristig die Erwerbsfähigkeit nach Abschluss der Akutbehandlung entwickelt und welche Faktoren sich begünstigend oder negativ auf die Prognose auswirken. Anhand von Routinedatenanalysen der Gesetzlichen Rentenversicherung wurden diese Fragestellungen erstmals untersucht, und zugleich Prädiktoren für die Heilungsverläufe nach Becken- und Acetabulumfrakturen identifiziert.

Methoden

Auf Grundlage der Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) der DRV Baden-Württemberg für das Berichtsjahr 2011 wurde eine retrospektive Kohortenstudie durchgeführt. Eingeschlossen wurden alle in den Jahren 2004-2009 abgeschlossenen medizinischen Erstrehabilitationen (Alter ≤ 63 Jahre), die eine als Becken- oder Acetabulumfraktur kodierte Hauptentlassungsdiagnose aufwiesen. Mittels binärer logistischer Regression wurde der Wiedereintritt in das

Erwerbsleben modelliert. Rehabilitanden galten als wieder erwerbstätig, wenn sie mind. einen monatlichen Beitrag aufgrund versicherungspflichtiger Beschäftigung im Zeitfenster 13-24 Monate nach Maßnahmenende aufwiesen. Dabei fanden die Merkmale Alter, Geschlecht, Diagnosegruppe, die Art der Rehabilitationsmaßnahme sowie die Anzahl der Beschäftigungsmonate 24-13 Monate vor Maßnahmenbeginn (PRE-Intervall) als erklärende Variablen Berücksichtigung.

Ergebnisse

Insgesamt konnten 249 Rehabilitanden (\bar{x} -Alter: 43,5 \pm 6,4 Jahre; 78 % männlich) in die Analyse eingeschlossen werden (Acetabulum=92, Becken=157). Lediglich 63 % waren zwischen einem und zwei Jahren nach Rehabilitation wieder erwerbstätig. Damit wurde ein Rückgang der Erwerbstätigkeit um 16,6 % bei Becken- und 20,8 % bei Acetabulumfraktur festgestellt. Bei näherer Untersuchung waren insgesamt 47,0 % für 12 Monate erwerbstätig, dagegen 8,8 % zwischen 6 und 11 Monaten und 7,6 % zwischen 1 und 5 Monaten. In der adjustierten Analyse konnten die Beschäftigungsmonate im PRE-Intervall und das Alter als statistisch signifikante Prädiktoren für die Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit identifiziert werden. Im Vergleich zu Personen der Altersgruppe 51-63 Jahren (Referenzkategorie) wiesen 18-30-Jährige eine etwa 3fach erhöhte Wahrscheinlichkeit (OR=3,1; 95 %-KI=1,2-7,9) für einen Wiedereintritt in die Erwerbstätigkeit auf (31-40 Jahre OR=1,1; 95 %-KI=0,5-2,5/ 41-50 Jahre OR=2,2; 95 %-KI=0,9-4,9). Das OR für Becken- gegenüber Acetabulumfrakturen betrug 1,1 (95 %-KI=0,6-2,0).

Schlussfolgerungen

Die Becken- bzw. Acetabulumverletzung ist eine schwere Verletzung und hat deutliche Effekte auf die Rückkehr in das Erwerbsleben. Etwas mehr als ein Drittel der Patienten ist bis zu 2 Jahren nach Verletzung noch vollständig aus dem Erwerbsleben ausgegliedert, bei ca. einem Sechstel wird das ursprüngliche sozialversicherungspflichtige Entgelt (durch Teilerwerb oder Berufswechsel) nicht erreicht. Da für die Patienten vor allem die Lebensqualität und die Rückkehr in das Berufsleben Meilensteine der Genesung sind (Weber et al., 2001), besteht erheblicher Versorgungsbedarf zur Verbesserung der Reintegration dieser Patienten. Das Risiko der > 50Jährigen ist hierbei deutlich erhöht, so dass hier als Konsequenz für diese Altersgruppe so früh wie möglich die Hinzuziehung eines Reha-Fall-Managements/Case-Managements erfolgen sollte, um den Prozess der beruflichen Wiedereingliederung möglichst frühzeitig und günstig zu beeinflussen.

Literatur

- Stuby, F.M., Schäffler, A., Haas, T.K., Stöckle, U., Freude, T. (2013): Insuffizienzfrakturen des Beckenrings. Unfallchirurg, 116. 351-366.
- Weber, K., Vock, B., Müller, W., Wentzensen, A. (2001): Lebensqualität nach operativ behandelten Beckenringfrakturen. Sind Langzeitergebnisse vorhersagbar? Unfallchirurg, 104. 1162-1167.

"Man müsste nur einen Ansprechpartner haben..." – Wie major-beinamputierte Menschen ihre rehabilitative Versorgung erleben

Michaelis, U., Gaidys, U.

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Hintergrund und Stand des Wissens

Diese Studie beschäftigt sich mit dem Erleben einer Majoramputation am Bein. In Deutschland sind jährlich 23.000 bis 24.000 Menschen von einer solchen Majoramputation betroffen (Destatis, 2013). Die Aussagen von Betroffenen wiesen darauf hin, dass die rehabilitative Versorgung sich nicht nach ihren Bedarfen und Ressourcen richtete. Es zeigte sich, dass keine Studien vorlagen, die Auskunft darüber geben können, wie Menschen mit Amputationen ihre Rehabilitation erleben und welche Bedarfe sie haben.

Ziel und Fragestellung

Es wurde die Selbstpflegetheorie von Orem (1997) zugrunde gelegt. Danach ist jeder Mensch bestrebt, selbst für sich Sorge zu tragen. Durch eine Krankheit werden die Selbstpflegefähigkeiten eingeschränkt (Orem, 1997). Es sollte nun untersucht werden, welche Unterstützung die Betroffenen benötigen, um ihr Leben selbständig führen zu können. Das Ziel der Studie ist daher, durch das Verstehen der Betroffenen eine Optimierung der rehabilitativen Versorgung vor, während und nach der Majoramputation zu unterstützen. Die Fragestellung fokussierte deshalb auf das Erleben, die Erfahrungen, Unterstützung und Defizite in der Versorgung.

Methode

Um die innere Logik der Betroffenen zu untersuchen, wurde eine qualitative Methodik gewählt. Durch problemzentrierte Interviews (n=28) (Witzel, 1989) und eine Analyse in Anlehnung an die Grounded Theory (Strauss, Corbin, 1996) sollte eine Theorie über die Rehabilitation von Menschen mit Majoramputation entwickelt werden.

Ergebnisse

Es werden die Konzepte von Menschen mit einer Majoramputation beschrieben. Dazu gehören die Dimensionen von selbständig leben wollen, der Zergliederung von Zuständigkeiten, zur Bewertung und Bewältigung der Amputation, zu erfahrener Unterstützung, zum Kämpfen, zur Bewertung der rehabilitativen Versorgung, der Beurteilung des Alltags, zu Mobilität und Gehschule, zum Gesundheitszustand, zur persönlichen Motivation, zum Grenzerleben, zur Selbstpflegefähigkeit sowie dem Alleingelassensein und seinen Folgen. Weiteren Kategorien von erlebten Defiziten wie fehlenden Informationen oder einem fehlendem Ansprechpartner werden Maßnahmen zur Unterstützung der Selbstpflegekompetenzen gegenübergestellt. Es wird ein komplexes Bild der sich bedingenden Zusammenhänge beschrieben. Daraus entsteht eine theoretische Beschreibung einer klientenorientierten und auf die Selbstpflege fokussierten rehabilitativen Versorgung, deren zentrales Element ein Caremanager ist.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Es zeigte sich, dass das qualitative Vorgehen geeignet war, eine theoretische Beschreibung des Erlebens und der Bedarfe von Betroffenen zu entwickeln. Die Ergebnisse zeigen auf, welche Bedarfe auf Seite der Betroffenen bestehen und welche Maßnahmen als Unterstützung wahrgenommen werden (Gaidys, Michaelis, 2013). Damit wurde eine Wissensbasis geschaffen, die eine evidenzbasierte klientenorientierte Optimierung der rehabilitativen Versorgung ermöglicht.

Förderung: Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein (vffr)

Literatur

Destatis (2013): Ö. DRG-Statistik 2009-2011, OPS-5-Steller. © Statistisches Bundesamt, Wiesbaden. Zur Verfügung gestellt von Destatis am 28.08.2013.

Gaidys, U., Michaelis, U. (2013): Optimierung der rehabilitativen Versorgung von Menschen mit Majoramputation – eine qualitative Studie. *Pflege*, 26/1. 31-41. doi: 10.1024/1012-5302/a000261.

Orem, D. (1997): *Strukturkonzepte der Pflegepraxis*. Berlin, Wiesbaden: Ullstein Mosby.

Strauss, A., Corbin, J. (1996): *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Witzel, A. (1989): Das problemzentrierte Interview. In: *Qualitative Forschung in der Psychologie*: Jüttemann, G.

Strategien von chronischen Rückenschmerzpatienten im Umgang mit ihrer Erkrankung vor und nach einer Rehabilitation

Jakob, T., Heyduck, K., Glattacker, M.

Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg

Hintergrund

Bei der Rehabilitation von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen kommt der Förderung von krankheitsbezogener Selbstregulation eine zentrale Rolle zu (Pfungsten, Hildebrandt, 2007).

Die im Rahmen der Coping-Forschung gewonnenen Erkenntnisse zu Krankheitsbewältigung werden für die klinische Praxis als begrenzt nutzbar eingeschätzt, da Krankheitsbewältigung häufig eher unspezifisch betrachtet wird (Tamres et al., 2002).

Ein Rahmenmodell, in dem die Krankheitsbewältigung als wesentliche Komponente der Selbstregulation konzipiert ist, stellt das Common Sense-Selbstregulationsmodell (CSM) (Leventhal et al., 1997) dar. Dem Modell zufolge spielen spezifische, verhaltensnahe Krankheitsbewältigungsstrategien sowie deren Bewertung neben subjektiven Krankheits- und Behandlungskonzepten eine große Rolle für gesundheitsbezogene Outcomes. Die beiden CSM-Elemente "Krankheitsbewältigung" und deren "Bewertung" sind jedoch im Vergleich zu den subjektiven Krankheits- und Behandlungskonzepten unseres Wissens noch wenig beforscht.

Für die Förderung der verhaltensnahen Krankheitsbewältigung bei der Rehabilitation von chronischen Rückenschmerzen sind Kenntnisse über spezifische Bewältigungsstrategien der Rehabilitanden und deren Bewertung jedoch zentral, zumal Patienten mit chronischen Rückenschmerzen häufig mit ihrer Behandlung unzufrieden sind und etwas anderes von der Behandlung erwarten als die Behandler vorschlagen. Im vorliegenden Beitrag wird berichtet, welche Bewältigungsstrategien chronische Rückenschmerzpatienten zu Beginn einer Rehabilitation anwenden, wie sie diese bewerten und wie sich die Anwendungshäufigkeit von Strategien während der Rehabilitation verändert.

Methodik

Die Datenerhebung erfolgte im Rahmen des Forschungsprojekts "SELF" in neun orthopädischen Rehabilitationskliniken. Die Stichprobe umfasste N=214 Rehabilitanden, 52,8 % waren Frauen, das Durchschnittsalter betrug 50,7 Jahre (SD=10,2).

Vor Reha-Beginn und zu Reha-Ende wurde mit dem im Rahmen des Projekts neu entwickelten Fragebogen "Krankheitsbewältigung – Ziele und Bewertung" (Jakob et al., 2013) erfasst, welche Bewältigungsstrategien die Rehabilitanden anwenden, mit welchen Zielen sie diese einsetzen und wie sie diese bewerten (auf einer Skala von 1 (sehr gut) bis 6 (sehr schlecht)). Die Analyse der Änderungen der angewandten Strategien während der Rehabilitation erfolgte durch die Berechnung von t-Tests und des Effektstärkemaßes Standardized Response Mean (SRM).

Ergebnisse

Vor Reha-Beginn hatten die Rehabilitanden durchschnittlich etwa 20 Bewältigungsstrategien im Umgang mit ihren Rückenschmerzen ausprobiert. Zu Reha-Ende vergrößerte sich das Repertoire der angewandten Bewältigungsstrategien auf durchschnittlich etwa 22. Besonders häufig angewandte Strategien zu Reha-Beginn waren unter anderem: Physiotherapie, Facharztbesuche und die Einnahme von Medikamenten.

Die Bewertung der angewandten Bewältigungsstrategien variierte zu Reha-Beginn zwischen 1,99 (Strategie "Yoga") und 3,51 (Strategie: "Gefühle für sich behalten").

Zwischen Reha-Beginn und Reha-Ende ergaben sich bei vielen Strategien signifikante Änderungen hinsichtlich der Anwendungshäufigkeit. Große positive Effekte ergaben sich hinsichtlich der Strategie "Muskeltraining" (SRM: 0,97). Mittlere positive Effekte ergaben sich beispielsweise bei den Strategien "Entspannung" (SRM: 0,56), "Unterstützung durch andere Patienten" (SRM: 0,78), "Sport" (SRM: 0,67) und "Informationssuche" (SRM: 0,60). Signifikant seltener wurden beispielsweise die Strategien "Medikamenteneinnahme" (SRM: -0,70), und "Anwendung von Wärme" (SRM: -0,65) eingesetzt.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse zeigen, dass Patienten bereits zu Reha-Beginn über ein umfangreiches Repertoire an Krankheitsbewältigungsstrategien verfügen, auf dessen Veränderung oder Weiterentwicklung die Rehabilitation einen starken Einfluss haben kann.

Die von den Rehabilitanden vor der Rehabilitation angewandten Bewältigungsstrategien und deren Bewertung können für die Behandler wichtige Hinweise für die Gestaltung der Rehabilitation liefern: Das Ausprobieren von neuen, bisher nicht angewandten Bewältigungsstrategien kann angeregt werden. Negative Erfahrungen mit bislang schlecht bewerteten

Bewältigungsstrategien können gezielt erfragt und Barrieren für zukünftiges Bewältigungsverhalten besprochen werden. Damit wäre eine gute Grundlage geschaffen, Rehabilitanden stärker in das Behandlungsrationale einzubeziehen.

Förderung: Im gemeinsamen Förderschwerpunkt "Chronische Krankheiten und Patientenorientierung" von BMBF, Kranken- und Rentenversicherung.

Literatur

- Jakob, T., Heyduck, K., Nagl, M., Glattacker, M. (2013): Vorstellung des multimethodal entwickelten Fragebogens "Krankheitsbewältigung – Ziele und Bewertung". In: INSIDE RESEARCH REPORTS, Abstractband des 11. Kongress der Fachgruppe Gesundheitspsychologie.
- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S. (1997): Illness representations: theoretical foundations. In: K.J., Petrie, J.A., Weinman (Eds.): Perceptions of health and illness. Amsterdam: Harwood Academic. 155-188.
- Pfingsten, M., Hildebrandt, J. (2007): Rückenschmerzen. In: B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger, P. Nilges (Eds.): Schmerzpsychotherapie, 6. Aufl., Berlin: Springer. 405-425.
- Tamres, L.K., Janicki, D., Helgeson, V.S. (2002): Sex Differences in Coping Behavior: A Meta-Analytic Review and an Examination of Relative Coping. Personality and Social Psychology Review, 6. 2-30.

Zeitreihenanalyse ausgewählter Ergebnisindikatoren der Reha-Kohorten 2002-2006 mit chronischem Rückenschmerz – Ergebnisse aus dem SUF 2002-2009

Schmidt, C., Bernert, S., Spyra, K.

Institut für Medizinische Soziologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin,

Hintergrund

Mit dem Scientific Use File "Abgeschlossene Rehabilitation im Zeitverlauf 2002-2009" (SUFSDLV09B: kurz SUF) bietet sich die Möglichkeit, Versichertenverläufe von Rehabilitanden im Längsschnitt darzustellen und zudem die Verläufe von Kohorten zu vergleichen. Im Rahmen des von der DRV Bund geförderten Forschungsprojektes PIERDE werden aus dem vorliegenden Datenmaterial für die Diagnosegruppe des chronischen Rückenschmerzes Versicherungsverläufe als Zeitreihe konstruiert. Eine Forschungsfrage des Projekts untersucht dabei, ob die Rehabilitandenkohorten sich in Zeitreihenanalysen bezüglich der versicherungspflichtigen Beschäftigung, aber auch den Zugängen an Erwerbsminderungsrenten unterscheiden und inwieweit die Bedingungen des Arbeitsmarktes die Erfolgswertungen der Kohorten beeinflussen.

Methoden

Aus dem SUF 2002-2009 wurde zunächst eine 10 %ige Zufallsstichprobe gezogen. Anschließend wurde gemäß Erstdiagnose des Entlassungsberichts eine Rehabilitation wegen Rückenschmerz definiert. Um der selektiven Kohortenalterung zu begegnen, sind die Rehabilitandenkohorten zu Beginn der Reha zwischen 42-53 Jahre alt. Ferner müssen die Reha-

bilitanden vollständige Beobachtungen aufweisen und mindestens 3 Jahre nach der Rehabilitation darf kein Rentenereignis stattfinden, d. h. nur die Jahre 2002-2006 können in die Bewertung einfließen. Die neutrale Vergleichskohorte konstituiert sich aus den Personen des Geburtsjahrgangs 1957, die kein Ereignis im Berichtszeitraum hatten. Analysiert wurden Unterschiede in den Beschäftigungstagen der Kohorten. Den Ergebnissen werden zusätzlich die jahresbezogenen Arbeitslosenquoten der Bundesagentur für Arbeit zugeführt. Mittels Regressionsanalyse, die auch die allgemeine Arbeitsmarktlage integriert, wird geprüft, ob es statistisch belastbare Ergebnisunterschiede zwischen den Reha-Kohorten bezüglich des gleitenden Durchschnitts der 3 Beobachtungsjahre nach der Rehabilitation gibt. Die Inzidenzen der EU-Berentungen beziehen sich auf den 2-Jahres-Verlauf nach der Rehabilitation.

Ergebnisse und Diskussion

Die Analysestichprobe umfasst 223.841 Personen. Hiervon hatten 119.152 im Berichtszeitraum einen Rentenbezug, 56.661 eine Rehabilitation, 23.779 keine Rente und keine Rehabilitation und 24.249 einen Rentenbezug mit einer Rehabilitation. 16.534 Personen hatten eine Rehabilitation wegen Rückenschmerz, von denen 6.186 zur Bildung der altersstandardisierten Rehabilitandenkohorten verwendet wurden.

Für die oben definierten Rehabilitandenkohorten (2002-2006) zeigt sich, dass die versicherungspflichtigen Beschäftigungstage im Mittel in jedem der 3 Jahre vor der Rehabilitation deutlich oberhalb der Tage der Geburtskohorte 1957 liegen. Aber auch in jedem der 3 Jahre nach der Rehabilitation verfügen die Rehabilitandenkohorten über deutlich höhere Beschäftigungstage als die Vergleichskohorte.

Die mittlere Differenz aus den gleitenden Durchschnitten der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungen, 3 Jahre um das Reha-Ereignis, zeigen für alle Rehabilitandenkohorten eine mittlere Reduktion nach der Rehabilitation. Die mittleren Unterschiede in Tagen betragen für 2002 (19,5), 2003 (19,7), 2004 (24), 2005 (18,3), 2006 (12,4). Die deskriptiven Verläufe im Verhältnis zu den Änderungsraten der Arbeitslosenquoten zeigen einen klaren konjunkturbedingten Zusammenhang zwischen der Änderung an Beschäftigungstagen und der jeweiligen Arbeitslosenquote. Beispielsweise war die Reha-Kohorte 2004 im Jahr nach ihrer Rehabilitation mit einer Arbeitslosenquote von 11,7 % konfrontiert, während die Reha-Kohorte 2006 im ersten Jahr nach der Rehabilitation sich einer Arbeitslosenquote von 9 % gegenüber sah. Dieser Eindruck bestätigt sich auch im Regressionsmodell. Unter Verwendung eines Arbeitsmarktindikators zeigt sich bezüglich des gleitenden Durchschnitts der versicherungspflichtigen Beschäftigungstage 3 Jahre nach der Rehabilitation keine statistisch signifikante Über- bzw. Unterlegenheit für eines der Reha-Jahre.

Im Vergleich zu den Beschäftigungstagen zeigen sich deutliche Veränderungen in den Zugängen an Erwerbsminderungsrenten. Während 2002 6,5 % der Rehabilitanden im 2-Jahres-Verlauf eine EU-Berentung aufweisen nimmt diese Rate kontinuierlich auf 4 % im Jahr 2006 ab. Ob diese Veränderung auf verbesserte Versorgungsstrukturen zurückzuführen ist oder die Rentenreformen nachwirken, ist durch den Datenausschnitt nicht zu klären.

Eine Limitation der hier präsentierten Zeitreihenvergleiche ist, dass im Vergleich zur Kohorte 2002 spätere Kohorten zunehmend mehr Patienten enthalten, die eventuell eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit aufweisen aber noch kein Rentenereignis hatten. Die adäquate Modellierung dieses Zensierungsproblems auf Basis des SUF 2002-2009 steht noch aus.

Literatur

Forschungsdatenzentrum der Rentenversicherung (FDZ-RV) (2013): Scientific Use File (SUF). "Abgeschlossene Rehabilitation im Versicherungsverlauf 2002-2009" (SUF RSDLV09B). <http://www.fdz-rv.de>.

Selbstmanagementförderung im Umgang mit langzeittherapeutischen Arzneimitteln im Rahmen der Neuro-Rehabilitation (SimUltAN)

Neuhaus, S., Menzel-Begemann, A.

Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld

Hintergrund

Die Reintegration ins Erwerbsleben nach Rehabilitation ist ein wichtiges Behandlungs- und für Betroffene ein zentrales Teilhabeziel. Die Integration sogenannter Medikamentenregime kann jedoch eine Hürde auf dem Weg zurück in den Berufs-/Alltag darstellen. Denn die dauerhafte Anwendung von Arzneimitteln stellt Betroffene oft vor zahlreiche Herausforderungen – sei es hinsichtlich des Annehmens der "Krankenrolle", der Akzeptanz von (Neben-) Wirkungen oder wegen des zeitaufwendigen Versorgungshandelns (Haslbeck, 2010). Bei der Reintegration ins Erwerbsleben betrifft dies v. a. ältere Arbeitnehmer/innen, die ohnehin schon höhere Anstrengungen aufwenden müssen, so dass sie durch eine nun manifeste chronische Multimorbidität sowie eine daraus resultierende Polymedikation vor eine enorme Herausforderung beim Krankheits- und Versorgungsmanagement gestellt werden. Dies gilt insbesondere, wenn vorher noch kein (komplexes) Versorgungshandeln erforderlich war und die mehrfache Medikamenteneinnahme abrupt Teil des Berufs-/Alltags wird. Betroffene entwickeln in diesem Fall häufig problematische Konsummuster, indem weniger (Loss et al., 2010) oder mehr (Soyka et al., 2005) Arzneimittel angewendet werden, als therapeutisch empfohlen wurde, woraus weitere gesundheitliche Probleme, damit einhergehend Beeinträchtigungen der beruflichen Leistungsfähigkeit und schließlich enorme Kosten für das Sozialsystem resultieren können (SVR, 2002). Dementsprechend sollten Patient/inn/en vor der Rückkehr in den Berufs-/Alltag auf die Herausforderungen im Umgang mit Medikamenten vorbereitet werden.

Methode / Fragestellung

Das Projekt verfolgt die Fragestellung, ob resp. welche Informations- und Unterstützungsbedürfnisse Patient/inn/en bei der Integration von Medikamentenregimen in den Berufs-/Alltag haben. Um die Nutzersicht zu erfassen, wurden zwölf problemzentrierte Interviews mit ehemaligen Rehabilitand/inn/en durchgeführt und mittels theoretischen Codierens ausgewertet.

Ergebnisse

Die Befragten schilderten in den Interviews einheitlich, dass sie in der Rehabilitation – wenn überhaupt – meist lediglich Information über die Wirkweise ihrer Medikation erhalten haben. Zu diesem Zeitpunkt stand für sie jedoch die Bewältigung der Krankheitserfahrung und die Verbesserung ihrer Gesundheit im Vordergrund, weshalb Medikamentenverordnungen unhinterfragt akzeptiert und befolgt wurden (Haslbeck, 2010). Für Arzneimittelinformationen waren sie zu dem Zeitpunkt nicht aufnahmefähig, Fragen und entsprechende Unterstütz-

zungsbedürfnisse manifestierten sich erst später. Besonders problematisch ist, dass zudem viele Patient/inn/en die Erfahrung machen, dass Gesundheitsprofessionen im Zeitverlauf immer seltener über die Medikation sprechen, wodurch das Informationssuchverhalten und -angebot konträr verlaufen (Koo et al., 2006). Ein besonders hohes Interesse bekundeten die Befragten an Therapieangeboten, die beruflich orientiert sind und auf mögliche Schwierigkeiten – auch die Medikamenteneinnahme – im Berufs-/Alltag vorbereiten sowie bei der Krankheitsbewältigung unterstützen.

Diskussion

Im Unterschied zu anderen Angeboten wie Ernährungsberatung erhalten Menschen nahezu keine Informations- und Unterstützungsangebote zum Umgang mit Arzneimitteln, obwohl die regelmäßige Medikamenteneinnahme mit erheblichen Veränderungen in der Alltagsstruktur verbunden ist und die Betroffenen vor Herausforderungen stellen kann, die in eine Überforderung führen kann. Dies kann sich u. a. in einer reduzierten beruflichen Leistungsfähigkeit – sowohl infolge ungewollter falscher Einnahme von Medikamenten als auch infolge einer dysfunktionalen Einstellung zur Medikation – niederschlagen. Daher sollte ihre Selbstmanagementkompetenz (nicht nur, aber auch) im Umgang mit dauerhaften Medikamentenregimen frühzeitig gefördert werden. Die Rehabilitation bietet dahingehend zahlreiche Anknüpfungspunkte, und zwar nicht zuletzt da sie den letzten umfangreichen Kontakt mit Gesundheitsprofessionen vor der Rückkehr in den Berufs-/Alltag darstellt. Entsprechende Angebote werden auf eine hohe Resonanz stoßen sowie kurz- und langfristig einen Benefit für Betroffene und das Gesundheitssystem erbringen, wenn sie nutzerorientiert gestaltet sind.

Literatur

- Haslbeck, J.W. (2010): *Medikamente und chronische Krankheit. Selbstmanagementanforderungen im Krankheitsverlauf aus Sicht der Erkrankten*. Bern: Huber.
- Koo, M., Krass, I., Aslani, P. (2006): *Enhancing patient education about medicines: factors influencing reading and seeking of written medicine information*. *Health expectations*, 9 (2). 174-187.
- Loss, J., Thanner, M., Nagel, E. (2010): *Compliance bei chronischen Krankheiten – Zusammenhang zum Gesundheitssystem*. *Public Health Forum*, 18 (66). 17.e1-17.e3.
- Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) (2002): *Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Addendum: Zur Steigerung von Effizienz und Effektivität der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)*. Baden-Baden: Nomos.
- Soyka, M., Queri, S., Kufner, H., Rösner, S. (2005): *Wo verstecken sich 1,9 Millionen Medikamentenabhängige?* *Der Nervenarzt*, 76 (1). 72-77.

MBOR in der Neurologie: Steuerungsalgorithmus und retrospektive Fall-Distribution

Claros-Salinas, D. (1,2), Koch, E. (1), Greitemann, G. (1,2)

(1) Kliniken Schmieder Konstanz, (2) Lurija Institut für Rehabilitationswissenschaften und Gesundheitsforschung an der Universität Konstanz

Ziel

In der Neurologie, so die Einschätzung des MBOR-Anforderungsprofils der DRV (2012), weist "fast jeder zweite Rehabilitand" besondere berufliche Problemlagen (BBPL) auf.

Um den dadurch entstehenden Behandlungsbedarf systematisch lenken zu können, schlagen wir für den neurologischen Indikationsbereich einen MBOR-Steuerungsalgorithmus vor, der Entscheidungskategorien wie Dauer der Arbeitsunfähigkeit bzw. Arbeitslosigkeit (länger vs. kürzer sechs Monate), Alter (älter vs. jünger 60 Jahre) und Erwerbsstatus (Arbeitsplatz vorhanden oder nicht) enthält (Claros-Salinas et al., 2012).

Um für mögliche Anpassungen Hinweise auf die Fallgrößen pro Entscheidung zu erhalten, haben wir für eine Patienten-Stichprobe, die ärztlich einer medizinisch-beruflichen Therapie zugewiesen wurde, dem MBOR-Steuerungskonzept Fälle retrospektiv zugeordnet. Für die entstehenden Subgruppen wurden Daten zu Geschlecht, Ätiologie und therapeutischen Empfehlungen zur beruflichen Wiedereingliederung bei Rehabilitationsende ermittelt.

Methode

Das MBOR-Steuerungskonzept, darstellbar als Entscheidungsbaum, berücksichtigt folgende Aspekte, die Zeitpunkt, Art und Intensität berufsorientierter Rehabilitationsmodule regeln können:

Zeit nach Ereignis bzw. Dauer der Arbeitsunfähigkeit

Für Patienten nach Schlaganfall, Schädelhirntrauma, einer neurochirurgischen Tumor-Behandlung oder einem MS-Schub mit persistierenden Funktionsdefiziten bestehen in der Regel zeitlich längere Remissionsphasen. Im Zeitraum unter sechs Monaten sollten Rehabilitationsbehandlungen bereits berufsorientierte Therapieangebote enthalten, auch wenn die Wahrscheinlichkeit einer unmittelbaren Rückkehr an den Arbeitsplatz eher gering ist. Im Zeitraum über sechs Monate sollten arbeitsplatzbezogene Therapiemaßnahmen intensiviert und mit der individuellen Vorbereitung beruflicher Reintegration verknüpft werden.

Alter

Soziodemografische Entwicklungen lassen eine längere Lebensarbeitszeit erwarten. Für Rehabilitanden < 60 Jahre sollten daher berufsorientierte Therapiemodule uneingeschränkt verfügbar sein. Bei Rehabilitanden > 60 Jahre sollte im Einzelfall entschieden werden, inwieweit eine BBPL vorliegt und entsprechende Rehabilitationsmaßnahmen indiziert sind.

Verfügbarkeit eines Arbeitsplatzes

Die Wahrscheinlichkeit wieder am Arbeits- und Berufsleben teilzuhaben, ist bei neurologischen Rehabilitanden häufig an die Chance geknüpft, an den bisherigen Arbeitsplatz zurückkehren und trotz persistierender Leistungsbeeinträchtigungen noch vorhandene (Wissens)ressourcen nutzen zu können. Eine Subgruppe mit klarer BBPL sind dabei diejenigen

Rehabilitanden, die bereits eine stufenweise Wiedereingliederung begonnen haben, aber wegen ungünstigem Verlauf einer Rehabilitationsmaßnahme zugewiesen wurden. Für diese Rehabilitanden ist eine individuelle, auf die Erfordernisse des einzelnen Arbeitsplatzes konzipierte Berufstherapie angezeigt. Dies gilt ebenso für Rehabilitanden, die trotz ausreichend positiver Erwerbsprognose einer therapeutisch unterstützten Vorbereitung (berufsorientierte Trainings und Psychoedukation) bedürfen. Für diejenigen Rehabilitanden, die nicht (mehr) über einen Arbeitsplatz verfügen, sind MBOR-Belastungserprobungen notwendig, die durch standardisierte berufsorientierte Therapiemodule eine möglichst umfassende Einschätzung des beruflichen Wiedereingliederungspotentials ermöglichen. Auf dieser Basis können weiterführende medizinisch-berufliche Rehabilitationsbehandlungen, wie intensive Phase-II-Maßnahmen, deren Voraussetzung eine positive Erwerbsprognose ist, umso sicherer empfohlen werden.

Anhand dieser Kriterien ergaben sich als wesentliche Subgruppen, denen unterschiedliche Behandlungsschwerpunkte zugeordnet wurden:

Subgruppe	Arbeitsunfähigkeitsdauer	Arbeitsplatz	Behandlungsschwerpunkt
A	> 6 Monate	vorhanden	arbeitsplatzbezogene Berufstherapie
B	> 6 Monate	nicht vorhanden	standardisierte MBOR-Belastungserprobung
C	< 6 Monate	vorhanden	Arbeitsplatzbezogener Abgleich: Anforderungs- vs. Fähigkeitsprofil
D	< 6 Monate	nicht vorhanden	Bewerbungstraining

Tab. 1: Subgruppen und Behandlungsschwerpunkte

Stichprobe

Retrospektiv zugeordnet wurden 159 Rehabilitanden (86 weiblich, 73 männlich), die in den Kliniken Schmieder Konstanz im zweiten Halbjahr 2012 berufstherapeutisch behandelt wurden.

Der Altersdurchschnitt der Gesamtgruppe betrug 44,3 Jahre (21-63). Nur vier Patienten waren älter als 60 Jahre.

Ätiologisch ergab sich folgende Fallverteilung: Schlaganfall: 36; entzündliche Erkrankungen, via. MS: 64; Schädelhirntrauma: 16; Hirntumore: 11; andere: 32.

Ergebnisse

Für die Subgruppen A bis D (Abbildung 2) ergaben sich folgende Daten zu Geschlecht, Ätiologie und positive (+) wie negative (-) Wiedereingliederungs-Empfehlungen bei Entlassung (bisheriger Arbeitsplatz vs. allgemeiner Arbeitsmarkt):

Sub- gruppe	Ätiologie					Wiedereingliederungs- empfehlungen					
	Schlaganfall	MS	SHT	Tumor	andere	Bisheriger Arbeitsplatz	+	-	Allgemeiner Arbeitsmarkt	+	-
A	19	26	8	4	16			43		30	
40 w 33 m											
B	6	9	2	1	10	8		20	20	8	
17 w 11 m											
C	4	24	4	4	3	34	5	37	2		
22 w 17 m											
D	5	5	-	2	3	7	8	12	3		
6 w 9 m											

Abb. 2: Wiedereingliederungsempfehlungen

Diskussion

Das vorgestellte neurorehabilitative Steuerungskonzept schafft Voraussetzungen für eine indikationsgerechte Umsetzung des MBOR-Profiles. Aus der retrospektiven Fall-Zuordnung zum vorgeschlagenen MBOR-Steuerungskonzept ergab sich u. a.:

Subgruppe A (Arbeitsunfähigkeitsdauer >sechs Monate, jünger als 60 Jahre, Arbeitsplatz vorhanden) wurden entsprechend Behandlungsnotwendigkeit und günstiger Prognose die meisten Fälle zugewiesen.

Bei Rehabilitanden der Subgruppen C und D (Arbeitsunfähigkeitsdauer <sechs Monate) wurden in über 75 % der Fälle günstige Wiedereingliederungs-Prognosen gestellt, d. h. es wurden verfrühte Renten-Empfehlungen vermieden.

Literatur

Claros-Salinas, D., Cunderlik, V.C., Greitemann, G. (2012): Zurück in den Beruf – subjektive und objektive Perspektiven berufsorientierter Neurorehabilitation. Neurol Rehabil, 18/5. 275-290.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2012): Anforderungsprofil zur Durchführung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung.

Investigating rhythmic stimulation designs for robot-assisted rehabilitation: Evaluation of functional and motivational effects of rhythm applied to the Nine-Hole-Peg-Test

Speth, F., Wahl, M.

Institute of Rehabilitation Science, Humboldt University Berlin

Summary

We present results of three experiments investigating functional and motivational effects of five rhythmic stimulation designs on motor behavior of healthy subjects. Effects of rhythmic stimulation were compared to no stimulation during performance of the Nine-Hole-Peg-Test (NHPT). The aim was to identify an effective design under metronome, spearcon beat (Dingler et al., 2008), waltz music and multisensorial beat, to inform a clinical study with patients in which rhythmic stimulation applied to robot-assisted-arm-training (RAT) will be observed.

Background

Following a stroke 90 % of all patients suffer from paretic arm syndrome. Among them 30-40 % never regain functional ability to manage activities of daily living (Kwakkel et al., 2008). RAT is a promising approach to intensify and improve rehabilitation (Kwakkel et al., 2008). Studies showed that rhythmic auditory stimulation applied in arm training leads to positive effects in motor recovery (Whitall et al., 2000). A combination of rhythmic stimulation and unilateral robot therapy was not observed yet. Here we present results of experiments evaluating functional and motivational effects of rhythmic stimulation modes applied during the NHPT to inform a clinical study with patients training with robot technologies in combination with rhythmic stimuli.

Methods

Three experiments (E1-3) with healthy subjects (n=20/ f=11, m=9; age: 23-34 yrs.; σ : 27,15 yrs \pm 3,85) were conducted: In all three experiments the NHPT was performed whereby five stimulation designs (a- no-stimulation/ b- metronome/ c- spearcon-beat: processed audio samples of words like "Super", "Great", (Dingler et al., 2008)/ d- waltz-music: "Voices of spring", J. Strauss/ e- multisensorial beat: rhythmical hits on the foot and metronome) were applied. A tempo of 200bpm was chosen to provide a speed up rate of 20 % in relation to NHPT-time standard value table (Mathiowitz et al., 1985). Conditions in E1-3 differed in degree of difficulty (see Fig.1) to provide comparable conditions between healthy subjects and limitations caused by arm paresis. Time (T), performance (P) and mood (M) (rated via Visual-Analog-Scale (-10: +10) in relation to initial mood after every single task) were assessed.


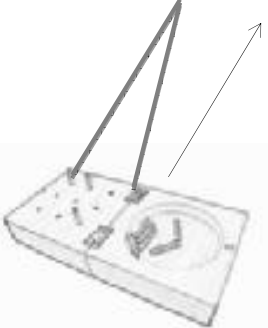
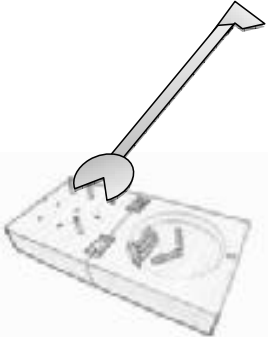
Experiment 1 (E1)	Experiment 2 (E2)	Experiment 3 (E3)
		
normal condition	limitation 1: force backwards applied by elastic ropes	limitation 2: mechanical grasp arm

Fig. 1: E1: normal condition/ E2: limitation against elastic rope force backwards/ E3: limitation by usage of mechanical grasp arm

Results

In E1 P and T were best during "d" (E1: T=16,8s/P=0,1). In E2 as also in E3 best T and P was shown during "b" (E2: T=25,1s/P=0,1; E3: T=73,54s/P=1,05), followed by c (E2: T=25,63s/P=0,15; E3: T=73,6s/P=1,25). T and P was still higher during "e" (E2: T=25,69s/E3: T=77,34s) and "d" (E2: T=26,69s/E3: T=78,19s) than in "a". In all experiments T and P was lowest in "a" followed by "e". M was rated to be more than 6 times better during "d" (M=2,66) in comparison to "a". M was rated second best during "b" (M=0,61). During "c" M was rated most negative (M=-08,2) followed by "e" (M=-0,41).

Discussion

The aim was to determine effective designs of rhythmic stimulation to inform a study observing function and motivation of rhythm applied to rehabilitation RAT. Performance qualities were better in all conditions with rhythm than without. Best results were assessed during metronome-stimulation under difficult conditions. Mood was rated to be six times higher during waltz-music than without stimulation independently of difficulty. Multisensorical-stimulation led to lower qualities in comparison to other designs in all conditions. We suggest the application of metronome-stimulation, and a combination of waltz-music and metronome in the clinical study to provide strong motivational and functional effectors for successful RAT.

Förderung: Evangelisches Studienwerk Villigst e. V.

References

Dingler, T., Lindsay, J., Walker, B.N. (2008): Learnability of sound cues for environmental features: auditory icons, earcons, spearcons, and speech. In: Proceedings 14th International Conference on Auditory Display (ICAD 2008), June 24-27, 2008, Paris, France. 1-6.

- Kwakkel, G., Kollen, B.J., Krebs, H.I. (2008): Effects of Robot-Assisted Therapy on Upper Limb Recovery After Stroke: A Systematic Review. In: *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 22, 2. 111-121.
- Mathiowitz, V., Weber, K., Kashman, N., Volland, G. (1985): Adult Norms for the Nine Hole Peg Test of Finger Dexterity. In: *The Occupational Therapy Journal of Research*, 5, 1. 24-38.
- Whitall, J., Waller, S.M., Silver, K.H.C., Macko, R.F. (2000): Repetitive bilateral arm training with rhythmic auditory cueing improves motor function in chronic hemiparetic stroke. *Stroke*, 31. 2390-2395.

Depressivität und Erkrankungsschwere bei Patienten mit idiopathischem Parkinson-Syndrom im Therapieverlauf: Nutzen einer ergänzenden stationären Maßnahme zur ambulanten Behandlung in Schwerpunktpraxen

Kamplung, H. (1), Netter, P. (1), Henneberg, A. (2), Csoti, I. (3), Zeiss, T. (1)

(1) Justus-Liebig-Universität Gießen,

(2) Praxis für Neurologie und Psychiatrie, Frankfurt am Main,

(3) Parkinson-Zentrum Gertrudis Klinik, Biskirchen

Hintergrund

Das idiopathische Parkinson-Syndrom (IPS) stellt die zweithäufigste neurodegenerative Erkrankung dar (Alves et al., 2008). Sein progredientes Symptomprofil wird neben dem Auftreten typischer, motorischer Kardinalsymptome durch eine Vielzahl nicht-motorischer Symptome charakterisiert. Depressive Symptome sind hierbei eine der häufigsten psychiatrischen Komplikationen, die mit einer Verschlechterung des Krankheitsverlaufes und der Lebensqualität in Verbindung stehen (Becker et al., 2011). In Deutschland begegnet man den sich daraus ergebenden, vielfältigen Anforderungen durch die Implementierung multidisziplinärer Netzwerke, wobei stationäre, spezialisierte Parkinson-Zentren und ambulante Parkinson-Schwerpunktpraxen immer mehr an Bedeutung gewinnen. Obwohl sich gehäuft ein Trend hin zu stationären Behandlungen abzeichnet (Müller et al., 2004), mangelt es an Evidenz für die Effektivität dieser Maßnahmen.

Der aktuelle Beitrag ist ein erster Vergleich stationär und ambulant behandelter Patienten hinsichtlich der Parameter Erkrankungsschwere, gesundheitsbezogener Lebensqualität und Depressivität im Therapieverlauf.

Methodik

Im Rahmen der Studie wurden $n = 50$ Patienten mit IPS betrachtet, die ambulant in einer Parkinson-Schwerpunktpraxis (= Pamb) oder zusätzlich stationär in einem Parkinson-Zentrum (= Pstat) behandelt wurden. Pstat ($n = 30$) und Pamb ($n = 20$) wurden zur besseren Vergleichbarkeit der Effekte hinsichtlich Geschlecht, Alter, Erkrankungsdauer und Bildungsstand parallelisiert. Es liegen drei Messzeitpunkte vor: t_1 = Klinik-Beginn respektive nach ambulanter Routinekontrolle, t_2 = nach 14 Tagen (= Klinik-Ende) und t_3 = nach weiteren vier

Wochen. Erfasst wurden u. a. die fremdbeurteilte Erkrankungsschwere (UPDRS), die subjektive, gesundheitsbezogene Lebensqualität (PDQ-39) sowie die depressive Symptomatik (BDI). Statistische Analysen erfolgten mittels ANOVA mit Messwiederholung und t-Test.

Ergebnisse

Ein Vergleich der Ausgangswerte zu t1 von Pstat und Pamb zeigt, dass keine signifikanten Gruppenunterschiede hinsichtlich *Erkrankungsschwere* ($t(48) = .31, p = .76$), *Gesundheitsbezogener Lebensqualität* ($t(48) = .71, p = .48$) und *Depressivität* ($t(48) = 1.01, p = .32$) bestehen.

Für die *Erkrankungsschwere* ergibt sich eine signifikante Interaktion zwischen Behandlungsgruppe und Messzeitpunkt zugunsten von Pstat, $F(1, 48) = 19.72, p = .00, \eta_p^2 = .29$. Diese Interaktion ist mit einer Effektstärke von $\eta_p^2 = .29$ als klinisch bedeutsam anzusehen.

Obwohl sich für die *Depressivität* keine signifikanten Haupt- respektive Interaktionseffekte von Behandlungsgruppe ($F(1, 45) = 1.96, p = 1.7, \eta_p^2 = .04$) sowie Behandlungsgruppe und Messzeitpunkt ($F(2, 90) = 2.25, p = .11, \eta_p^2 = .05$) aufzeigen lassen, findet sich nach der Durchführung geplanter Kontraste zu t₂ ein signifikanter Gruppenunterschied von Pstat und Pamb zugunsten von Pstat.

Diskussion

Erste Ergebnisse des direkten Vergleiches einer umfassenden, stationären Maßnahme als Ergänzung zu gängigen, ambulanten Behandlungen in Schwerpunktpraxen sind als durchaus positiv zu werten. Hinsichtlich der Erkrankungsschwere kommt es nach stationärer Behandlung zu einer deutlichen Verbesserung der Symptomatik, die sich bei einer rein ambulanten Behandlung nicht finden lässt. Längere follow-up Zeiträume wären nötig, um zu überprüfen, ob und über welchen Zeitraum sich dieser Effekt aufrechterhalten lässt. Weiterhin erfahren Pstat nach Klinik-Ende eine Verringerung der depressiven Symptomatik; dieser Effekt kann jedoch zu t₃ nicht aufrechterhalten werden. Pamb zeigen im selben Zeitraum keine statistisch bedeutsamen Veränderungen. Eine Verbesserung der IPS-Symptomatik, psychotherapeutische Interventionen sowie das Wahrnehmen psychosozialer Aktivitäten und Angebote könnten diese Verbesserung in der Klinik anstoßen. Es bleibt zu prüfen, ob eine Anbindung an psychotherapeutische Maßnahmen im Anschluss an den Klinikaufenthalt zu einer stabilen Verbesserung der depressiven Symptome führen könnte.

Offen bleibt weiterhin die Frage, nach welchen Kriterien die behandelnden Ärzte Patienten für eine stationäre Behandlung auswählen. Pstat und Pamb unterscheiden sich weder hinsichtlich der fremdbeurteilten Erkrankungsschwere noch hinsichtlich der subjektiv eingeschätzten, gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Es bleibt zu erwägen, stationäre Angebote auszuweiten, sodass Patienten mit IPS grundsätzlich von einer stationären Maßnahme profitieren können, die nicht nur die anspruchsvollen medikamentösen Feineinstellungen optimiert, sondern durch ergänzende Therapien eines multidisziplinären Teams eine maximal effektive Behandlung der Patienten ermöglicht.

Literatur

Alves, G., Forsaa, E.B., Pedersen, K.F., Dreetz Gjerstad, M., Larsen J.P. (2008): Epidemiology of Parkinson's disease. *J Neurol*, 255. 18-32.

- Becker, C., Brobert, G.P., Johansson, S., Jick, S.S., Meier, C.R. (2011): Risk of incident depression in patients with Parkinson disease in the UK. *Eur J Neurol*, 18. 448-453.
- Müller, T., Voss, B., Hellwig, K., Josef Stein, F., Schulte, T., Przuntek, H. (2004): Treatment benefit and daily drug costs associated with treating Parkinson's disease in a Parkinson's disease clinic. *CNS Drugs*, 18. 105-111.

Forced Exercise – Auswirkungen eines MOTomed-Trainings auf parkinsontypische motorische Dysfunktionen

Laupheimer, M., Härtel, S., Schmidt, S., Bös, K.

Institut für Sport und Sportwissenschaft, Karlsruher Institut für Technologie, Karlsruhe

Zusammenfassung

Zielsetzung: Als Ergänzung zur medikamentösen Standardtherapie bei Morbus Parkinson nehmen alternative, nicht medikamentöse und nebenwirkungsfreie Behandlungsformen wie die Physio- bzw. Bewegungstherapie einen großen Stellenwert in der Behandlung ein. Neuere Untersuchungen lassen einen besonders positiven Effekt von Bewegungsformen mit hohen, »erzwungenen« Bewegungsgeschwindigkeiten, sogenannte »Forced Exercise« (FE) vermuten (26). Im Rahmen der vorliegenden Interventionsstudie sollten die Auswirkungen eines in Eigenverantwortung durchgeführten passiven, fahrradähnlichen FE-Bewegungstrainings auf die Alltagsmotorik und Lebensqualität von Parkinson-Betroffenen untersucht werden.

Studiendesign

Aus einem Patientengut von 44 Parkinson-Patienten (Alter: $68,5 \pm 6,8$ Jahre) wurden nach computergestützter Randomisierung 21 Patienten (Alter: $67,5 \pm 7,8$ Jahre) der Interventionsgruppe (IG) und 23 Patienten der Kontrollgruppe (KG) zugewiesen. Die Interventionsgruppe absolvierte ein zehnwöchiges FE-Bewegungsprogramm mit einem motorunterstützten Bewegungstherapiegerät (MOTomed® viva2_Parkinson, Firma RECK). Sie wurden dazu angehalten, zusätzlich zur individuellen Standardtherapie (medikamentöse Therapie und Physiotherapie) werktäglich ein 40-minütiges MOTomed®-Training bei bis zu 90 Umdrehungen/Minute durchzuführen.

An drei Messzeitpunkten wurden sowohl motorische Fähigkeiten als auch die Lebensqualität der Probanden untersucht. Insgesamt wurden 25 Testitems erfasst (TMT-Test = 15 Items, Tremor-Spiral-Test = 2 Items, PDQ-8 = 8 Items). Die Patienten der Kontrollgruppe ($n = 23$; Alter: $71,3 \pm 4,0$ Jahre) behielten lediglich ihre Standardtherapie bei.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen eine signifikante Verbesserung der Gehfähigkeit (Walking-Zeit: $F = 13,31$; $p = 0,000$; $p.Eta2 = 0,241$; Walking-Schritte: $F = 6,44$; $p = 0,000$; $p.Eta2 = 0,133$) und der Hand-Koordination (Diadochokinese des rechten Armes: $F = 3,76$; $p = 0,03$; $p.Eta2 = 0,082$).

Schlussfolgerung

Ein gerätegestütztes FE-Bewegungsprogramm für die unteren Extremitäten führt zu einer Verbesserung der Gehfähigkeit sowie zu einer Verbesserung der Handmotorik. Dies legt u. a. eine Beeinflussung zentraler motorischer Steuerungsprozesse nahe und sollte in weiterführenden Untersuchungen überprüft werden.

Neurologische Rehabilitation – Phase E als Behandlungs- und Rehabilitationsphase nach Abschluss einer medizinischen Rehabilitation

Stähler, T.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V., Frankfurt am Main

Hintergrund und Ausgangssituation

Jährlich erleiden mehr als 270.000 Menschen überwiegend unfallbedingt eine Schädelhirnverletzung unterschiedlichsten Schweregrades. Schlaganfälle, entzündliche Hirnerkrankungen, Hirntumorerkrankungen führen jährlich bei über 500.000 Menschen zu einer Hirnschädigung. Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass in Deutschland ungefähr 800.000 Menschen mit den Folgen einer Hirnschädigung leben, viele davon mit dauerhaften Einschränkungen der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit. Eine Schädigung des Gehirns kann sich in jedem Lebensalter ereignen; davon betroffen sein können Kinder, Jugendliche, Erwachsene im erwerbsfähigen Alter sowie Erwachsene im Rentenalter.

Die im Einzelfall in Frage kommenden Leistungen in der Phase E (nach dem sog. BAR-Phasenmodell) haben sich dementsprechend auch am individuellen Bedarf unter Berücksichtigung der (noch) vorhandenen individuellen Ressourcen, an der Schwere der Schädigungen und am Ausmaß der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe des betroffenen Menschen zu orientieren. Bei allen Leistungen sind die individuelle Beratung und Unterstützung der betroffenen Personen sowie die Beratung, Anleitung, Schulung der Bezugspersonen von besonderer Bedeutung. Eine umfassende Aufklärung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sowie deren Angehörigen über Zuständigkeiten der Leistungsträger ist zu gewährleisten. Wesentlich für die betroffenen Menschen und ihre Angehörigen ist ein zeitnahe, ungehinderter Zugang zu den im Einzelfall erforderlichen Teilhabeleistungen (DVfR, 2013; Schupp, 2013).

Methodik

Die Beratungen zur Ausgestaltung der Phase E der neurologischen Rehabilitation wurden im Rahmen einer trägerübergreifenden BAR-Expertengruppe durchgeführt. In dieser sind sowohl die Leistungsträgerbereiche (GKV, DRV, DGUV, BA, SVLFG, Sozialhilfe, Jugendhilfe, Integrationsämter) und deren medizinische Dienste vertreten gewesen als auch Expertise aus dem Bereich der Leistungserbringer (u. a. neurologische Zentren, BfW) sowie von Vertretungen betroffener Menschen einbezogen worden. Weitere Grundlage der Arbeit bildeten teils umfangreiche Literaturrecherchen (Reuther et al., 2012).

Ergebnisse

In Fortführung der 2011 veröffentlichten Empfehlungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation in der Neurologie (Stähler, 2012) liegen mit den auf Ebene der BAR erstellten "Empfehlungen zur Phase E der neurologischen Rehabilitation" nebst Tabelle "Übersicht über Bedarfe und Leistungen in der Phase E der neurologischen Rehabilitation" (BAR, 2013) erstmals für die Phase E trägerübergreifende Vorgaben vor. Als ein nächster Schritt zur Weiterentwicklung der neurologischen Rehabilitation sind damit auch für diese Phase einrichtungs- und trägerübergreifend einheitliche Standards und Einrichtungskriterien festgelegt. Unter dem Leitgedanken der Inklusion, Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft erfolgen dezidierte Aussagen zu Zielgruppen und Indikation, allgemeine Grundlagen und Voraussetzungen, Behandlungs- und Rehabilitationsziele, Bedarfe und Leistungen der Phase E, unterteilt nach Leistungen zur Sicherung des Erfolges der medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Erreichung/Sicherung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, Leistungen zur Erreichung/Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben und Leistungen zur Teilhabe an Erziehung und Bildung, darauf bezogen unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, des Weiteren zur Durchführung der Leistungen sowie zu individueller Leistungserbringung und Vernetzung zur Erreichung der Teilhabeziele.

Die trägerübergreifenden Empfehlungen der BAR bilden die Vielfalt der neurologischen Erkrankungen ab, die individuell sehr unterschiedlich ausgeprägt sein können. Neurologische Fallgestaltungen sind vielschichtig, dementsprechend sind auch die Bedarfslagen und das in Betracht kommende Leistungsspektrum vielgestaltig. Besonders deutlich wird dies daran, dass im Schlussteil der Empfehlungen ein Kapitel mit Kasuistiken aufgenommen worden ist, in welchem 5 verschiedene Fallbeispiele mit unterschiedlichen Betrachtungszeitdauern nach ICF-Kriterien abgebildet werden. Ergänzt werden die Empfehlungen überdies durch eine Übersichtstabelle mit systematischer Darstellung der Bedarfe und Leistungen in der Phase E der neurologischen Rehabilitation, mit denen eine weitere Klarheit und Transparenz für die Anwender in diesem Rehabilitationsbereich erreicht wird.

Schlussfolgerung und Ausblick

Im Phasenmodell der neurologischen Rehabilitation leitet die Phase E über von der stationären Versorgung in die ambulante Nachsorge und hat damit eine Schlüsselrolle auf dem Weg zu Selbstständigkeit und Teilhabe. Die UN-Behindertenrechts-konvention formuliert als übergeordnetes Ziel die Ermöglichung eines Höchstmaßes an Unabhängigkeit für Menschen mit Behinderung sowie die volle Teilhabe an allen Bereichen des Lebens. Sie verpflichtet alle Akteure im Bereich von Rehabilitation und Teilhabe, die ihnen möglichen Leistungen zur Erreichung dieses Ziels beizutragen. Vor diesem Hintergrund bedeutet Inklusion, für die betroffenen Menschen Chancengleichheit herzustellen, sei es bei der beruflichen Teilhabe möglichst auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder insgesamt am Leben in der Gemeinschaft. Für Menschen mit einer neurologischen Erkrankung ist hierbei maßgeblich, dass die Vielschichtigkeit von Schädelhirnverletzungen, ihren Auswirkungen und ihren Verläufen als Besonderheit angemessen Berücksichtigung findet.

Der Weiterentwicklung der neurologischen Rehabilitation kommt insoweit auch künftig ein besonderer Stellenwert zu.

Literatur

- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (Hrsg.) (2013): Empfehlungen zur Phase E der neurologischen Rehabilitation. Frankfurt/M.
- Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) (Hrsg.) (2013): Phase E der Neuro-Rehabilitation als Brücke zur Inklusion – Stellungnahme zur Neuorientierung der postakuten Rehabilitation und Nachsorge bei Erwachsenen mit erworbenen Hirnschädigungen, Rehabilitation 52. 284-286.
- Reuther, P., Hendrich, A., Kringler, W., Vespo, E. (2012): Die neurologische Rehabilitations-Phase E: Nachgehende Leistungen zur sozialen (Re-)Integration und Teilhabe – ein Kontinuum? Die Rehabilitation, 51. 424-430.
- Schupp, W. (2013): Phase E der Neuro-Rehabilitation als Brücke zur Inklusion. not, Heft 5. 68-69.
- Stähler, T. (2012): Neurologisches Phasenmodell – Weiterentwicklung durch die Empfehlungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation in der Neurologie, neuroreha. Heft 1. 46-47.

Prävalenz von Fatigue bei Multipler Sklerose im Vergleich zum Schlaganfall

Lukoschek, C., Claros-Salinas, D., Greitemann, G., Starrost, K., Güttler, R., Dettmers, C.
Kliniken Schmieder Konstanz

Einleitung

Belastbarkeitsminderung ist ein unspezifisches Symptom, das nach jeder Art von Hirnschädigung auftreten kann. Viele Autoren grenzen hiervon die Fatigue ab, wie sie besonders häufig, ausgeprägt und sehr stark beeinträchtigend bei Patienten mit Multipler Sklerose (MS), anderen entzündlichen Erkrankungen wie Sarkoidose, Lupus erythematodes oder Hirntumoren vorkommen kann. Ob sich eine Abgrenzung der unspezifischen Belastbarkeitsminderung von einer (vielleicht eher entzündlich bedingten) Fatigue pathophysiologisch begründen oder aufrechterhalten lässt, ist nicht klar (Claros-Salinas et al., 2012). Irritierend-erweise steigt die Zahl der Publikationen zum Thema "Fatigue und Schlaganfall" rapide an (Naess et al., 2012). Dies war für uns der Ausgangspunkt, in unserem Patientengut bei Patienten mit chronischem Hirninfarkt und MS Prävalenzraten von Fatigue mittels eines einheitlichen Fragebogens zu erfassen. Voraussetzung dabei ist, dass das Untersuchungsinstrument für beide Krankheitsgruppen gleich sensitiv und geeignet ist.

Patienten und Methoden

Zielgröße: Seit 2010 wird bei den Kliniken Schmieder zum Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt in den Phasen C und D ein einheitliches, standardisiertes Assessment durchgeführt (Starrost et al., 2011). Das Assessment beinhaltet u. a. ein umfangreiches, neu entwickeltes motorisches Assessment und den Gesundheitsfragebogen SF-36. Letzterer enthält vier sogenannte Vitalitätskriterien (Fragen 9a, e, g und i): Wie oft waren Sie in den vergangenen vier Wochen voller Schwung (a), voller Energie (e), erschöpft (g) und müde (i)? Diese wurden auch zur Erfassung von Fatigue bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen empfohlen (Mead et al., 2007).

Kovariaten: Um einen Eindruck zu bekommen, ob die beiden Kohorten eine vergleichbare Beeinträchtigung aufwiesen, werden folgende Kriterien verglichen: Körperliche Belastbarkeit bzw. Einschränkung entsprechend SF-36 (Fragen 3a - 3j). Aus dem physiotherapeutischen Assessment der Kliniken Schmieder wird der standardisierte 6-Minuten-Gehtest benutzt und von den nicht standardisierten Tests ausgezählt, wie viele Patienten selbstständig vom Boden aufstehen können, wie viele auf einem Bein stehen und wie viele rennen können.

Patienten

Von den Patienten, die 2011 und Anfang 2012 in den Kliniken Schmieder Konstanz rehabilitiert wurden, wurden 102 Patienten mit der Diagnose Hirninfarkt identifiziert, deren Infarkt länger als 1 Jahr zurück lag (d. h. chronische Patienten). Hiermit wurden 137 Patienten mit

der Diagnose MS verglichen, deren Erstmanifestation ebenfalls länger als ein Jahr zurücklag.

Ergebnis

Die MS-Patienten zeigten ein signifikant stärkeres Ausmaß an Fatigue (Abb.1) für drei der vier Kriterien (Energie, Erschöpfung, Müdigkeit); jedoch lag die Prävalenz auch für den Schlaganfall in einer ähnlichen Größenordnung. Die Variablen "Geschlecht", "Alter" und "körperliche Beeinträchtigung" hatten keinen Einfluss auf die Signifikanz des Unterschiedes zwischen den Gruppen. Analysen zum Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Fatigue und der körperlichen Beeinträchtigung zeigten keine signifikanten Korrelationen in den beiden Patientengruppen.

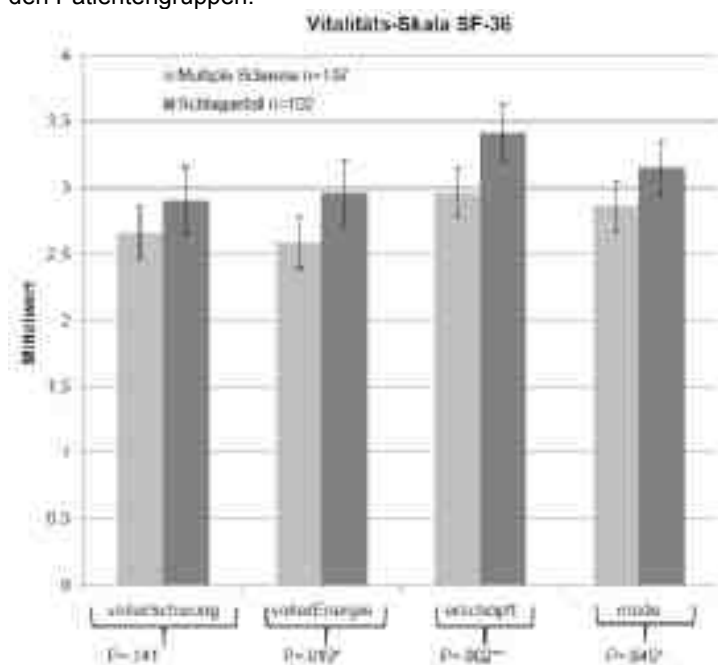


Abb. 1: Ausmaß an Fatigue bei Patienten mit MS bzw. Schlaganfall

Diskussion

Bemerkenswerterweise finden sich ähnliche Prävalenzraten für die Vitalitätskriterien des SF-36 bei Patienten mit chronischem Schlaganfall und MS. Unbenommen bleibt dabei die Frage, inwieweit diese vier Fragen geeignet sind, in beiden Gruppen Fatigue zu erfassen. Auch besteht die Möglichkeit, dass bei ähnlichem Ausfall der Antworten sehr unterschiedliche pathophysiologische Phänomene zugrunde liegen können. Zur weiteren Klärung von Unterschieden der Fatigue bei Schlaganfall und MS läuft derzeit in unserer Klinik eine prospektive Studie mittels Aufmerksamkeitstestung bei MS, Schlaganfall und anderen neurologischen Erkrankungen.

Prävalenzraten von Vitalität (reziproker Wert der Fatigue) entsprechend vier Vitalitätskriterien aus dem SF-36 für MS (jeweils linke Säule des Säulenpaares) und Schlaganfall (jeweils rechte Säule).

Literatur

Claros-Salinas, D., Dittmer, N., Neumann, M., Sehle, A., Spiteri, S., Willmes, K., Schönfeld, M.A., Dettmers, C. (2012): Induction of cognitive fatigue in MS patients through cognitive and physical load. *Neuropsychol.Rehabil.*

Mead, G., Lynch, J., Greig, C., Young, A., Lewis, S., Sharpe, M. (2007): Evaluation of fatigue scales in stroke patients. *Stroke*, 38. 2090-2095.

Naess, H., Lunde, L., Brogger, J., Waje-Andreassen, U. (2012): Fatigue among stroke patients on long-term follow-up. The Bergen Stroke Study. *J Neurol Sci.*, 312. 138-141.

Starrost, K., Greitemann, G., Rickli, B., Wirth, B. (2011): Motorische Funktionen in der post-primären Neurorehabilitation: Der Bereich Mobilität des Assessments der Kliniken Schmieder (AKS/C). *Physioscience*, 7. 99-111.

**Motorische Fatigue bei Multipler Sklerose:
Fatigue Index Kliniken Schmieder (FIKS)**

Sehle, A. (1), Vieten, M. (2), Mündermann, A. (3,4), Dettmers, C. (5)

(1) Kliniken Schmieder, Allensbach, (2) Sportwissenschaft, Universität Konstanz, (3) Department of Orthopaedics, University Hospital Basel, Switzerland, (4) School of Physiotherapy, University of Otago, New Zealand, (5) Kliniken Schmieder, Konstanz

Einleitung

Fatigue ist eins der häufigsten Symptome bei Patienten mit Multipler Sklerose (MS) mit negativen Auswirkungen auf die alltäglichen Aktivitäten sowie wesentlicher Reduzierung der Lebensqualität (Thickbroom et al., 2008). Schätzungen zufolge leiden bis zu 83 % der MS-Betroffenen unter Fatigue, und viele Patienten bewerten die Müdigkeit als das schwerste Symptom (Beenakker et al., 2001; Kluger et al., 2013; Schwartz et al., 1993).

Das neue Verfahren wurde als klinischer Test zum Nachweis von motorischer Fatigue entwickelt und anhand einer Stichprobe von Patienten mit Multipler Sklerose sowie an einer Kontrollgruppe getestet.

Methode

An den klinischen Untersuchungen haben insgesamt 40 MS-Patienten und 21 gesunde Probanden (NoN-MS) teilgenommen (Tabelle 1).

Probanden (SD)	weiblich	männlich	Alter (Jahre)	Größe (cm)	Gewicht (kg)	Krankheitsverlauf			EDSS
						RR	PP	SP	
MS-Patienten	27	13	45.9 (7.0)	171.4 (10.7)	74.1 (15.6)	30	3	7	3.4 (1.3)
Non-MS	12	9	42.9 (8.4)	173 (9)	80.8 (20.8)	nicht anwendbar			nicht anwendbar

Tab. 1: Probanden

Die Teilnehmer wurden einer körperlichen Belastung am Laufband ausgesetzt. Mit Hilfe von 3D-Aufnahmen wurden die kinematischen Daten über die Bewegungsabläufe auf einem Laufband vor (t1) und nach der auftretenden Fatigue (t2) gewonnen.

Die kinematischen Daten wurden mit Hilfe einer traditionellen kinematischen Gangbildanalyse sowie einer neuartigen Methode zur Quantifizierung der Datenzeitreihen analysiert (Vieten et al., 2013). Hierfür wurde für jeden Probanden und jeden Messzeitpunkt die Änderung des Attraktors (δM) und seiner Standardabweichung (δD) folgendermaßen berechnet:

$$\delta M = \frac{1}{v} \sqrt{\sum_{i=1}^3 \left[\left\langle \left(A_{r,B,x_i} - A_{r,E,x_i} \right)^2 \right\rangle + \left\langle \left(A_{l,B,x_i} - A_{l,E,x_i} \right)^2 \right\rangle \right]} \quad (1)$$

$$\delta D = \sqrt{\sum_{j=1}^m \left[\left\langle \left(D_{r,B} - D_{r,E} \right)^2 \right\rangle + \left\langle \left(D_{l,B} - \bar{D}_{l,E} \right)^2 \right\rangle \right]} \quad (2)$$

Zur abschließenden Beurteilung des Betroffenheitsgrades durch Fatigue wurde für jeden Probanden ein Fatigue Index Kliniken Schmieder (FIKS) gebildet:

$$FIKS = (\delta M * \delta D) \quad (3)$$

Zusätzlich wurden alle Probanden während des Tests zu t1 und t2 auf Video aufgenommen und anschließend durch erfahrene Physiotherapeuten hinsichtlich der Gangbildveränderung bei Erschöpfung bewertet. Außerdem wurde eine klinische Beurteilung hinsichtlich des Fatigue-Syndroms bei den Patienten durch einen Arzt durchgeführt.

Ergebnisse

Um den Normalbereich zu definieren, wurden zunächst die Daten von gesunden Personen analysiert. In der Gruppe mit gesunden Probanden lag der Median von FIKS bei 0.75 (Streuung von 0.26 bis 4). Aufgrund der berechneten Daten wurde die Punktzahl 4 als Grenzwert zwischen Fatigue und nicht Fatigue definiert. Danach wurden alle MS-Patienten mit Hilfe vom FIKS in zwei Gruppen eingeteilt: 1. MS-Patienten mit motorischer Fatigue (FIKS > 4) und 2. MS-Patienten ohne motorische Fatigue (FIKS < 4). Weiterhin wurde die durch FIKS vorgenommene Einteilung mit der visuellen Auswertung durch erfahrenen Physiotherapeuten sowie der ärztlichen Beurteilung verglichen. Bei 2 Patienten wich die ärztlich-klinische Einschätzung fehlerhaft vom FIKS ab. Die visuelle Bewertung der Videos lag bei 58 von 60 richtig. Die konventionellen kinematischen Analysen des Gangbildes auf der Gruppenebene zeigten, dass die Patienten mit Fatigue eine reduzierte Schrittlänge, Schritthöhe sowie kleineren Kniewinkel und eine größere Schrittbreite, Zirkumduktion sowie Sway des Oberkörpers als MS-Patienten ohne Fatigue und gesunde Personen hatten ($p < 0.0001$).

Diskussion

Unsere Ergebnisse zeigen, dass auf der Gruppenebene die MS-Patienten mit Fatigue im Gegensatz zu MS-Patienten ohne Fatigue und gesunden Probanden ein anderes Gangbild sowohl am Anfang als auch am Ende des Gehens zeigen. Mit unserer neuen Methode können wir zum ersten Mal auf der individuellen Ebene die Veränderungen des Gangbildes unter Erschöpfung objektiv erfassen und mit Hilfe des FIKS motorische Fatigue im Einzelfall sicher dokumentieren und diagnostizieren. Die neuen Erkenntnisse sollen eine schnelle, ob-

jektive und zuverlässige Beurteilung des Betroffenheitsgrades durch motorische Fatigue mit Hilfe der kinematischen Ganganalyse ermöglichen.

Literatur

- Beenakker, E.A., Oparina, T.I., Hartgring, A., Teelken, A., Arutjunyan, A.V., De Keyser, J. (2001): Cooling garment treatment in MS: clinical improvement and decrease in leukocyte NO production. *Neurology*, 57. 892-894.
- Kluger, B.M., Krupp, L.B., Enoka, R.M. (2013): Fatigue and fatigability in neurologic illnesses: Proposal for a unified taxonomy. *Neurology*, 80/4. 409-416.
- Schwartz, J.E., Jandorf, L., Krupp, L.B. (1993): The measurement of fatigue: a new instrument. *Journal of Psychosomatic Research*, 37/7. 753-762.
- Thickbroom, G.W., Sacco, P., Faulkner, D.L., Kermodé, A.G., Mastaglia, F.L. (2008): Enhanced corticomotor excitability with dynamic fatiguing exercise of the lower limb in multiple sclerosis. *Journal of Neurology*, 255/7. 1001-1005. doi: 10.1007/s00415-008-0818-6.
- Vieten, M.M., Sehle, A., Jensen, R.L. (2013): A novel approach to quantify time series differences of gait data using attractor attributes. *PLoS One* 8/8. e71824. doi:71810.71371/journal.pone.0071824.

Bestimmung kognitiver Fatigue bei Patienten mit Multipler Sklerose mit einem kognitiven Belastungstest

Neumann, M. (1), Claros-Salinas, D. (1), Güttler, R. (1), Sterr, A. (2), Dettmers, C. (1)

(1) Kliniken Schmieder Konstanz, (2) University of Surrey, Guildford, UK

Einleitung

Fatigue ist eines der häufigsten Symptome bei der Multiplen Sklerose (MS), häufig dasjenige, das am meisten beeinträchtigt und zur Berentung führt. Für die Einschätzung der Fatigue fehlen objektive Verfahren. Sie basiert meist auf einer subjektiven Befragung der Patienten, z. B. mittels Fatigue Skala für Motorik und Kognition (FSMC) (Penner et al., 2009). Wünschenswert ist eine objektive Messung (Claros-Salinas et al., 2012). Daher haben wir einen kognitiven Belastungstest entwickelt, im Rahmen dessen wir vor und nach unserem 2,5 stündigen Hirnleistungstest (HLT) einen Reaktionstest aus der TAP Testbatterie (Zimmermann, Fimm, 2005) durchgeführt haben. Ziel war, kognitive Fatigue möglichst objektiv zu erfassen.

Patienten und Methoden

30 Patienten, die am HLT in unserer Klinik teilnahmen zur Evaluierung kognitiver Defizite und Belastbarkeit. Alter: 44 ± 7 ; Erstmanifestation vor 10 ± 8 Jahren; Erstdiagnose vor 8 ± 6 Jahren; 22 Frauen, Beck Depressionsinventar 10 ± 5 .

Fatigue (FSMC): 6 mit leichter kognitiver Fatigue; 3 mit mäßiger Fatigue; 21 mit starker kognitiver Fatigue. Extended Disability Status Scale (EDSS): im Mittel bei 3,8 (Spannweite 1,18). Epworth Sleepiness Scale (ESS) erbrachte keinen Hinweis auf relevante Schlafstörungen (8,2 (2:13)). Mittels Beck Depressions Inventar (BDI, 10.3) wurde eine Major Depression ausgeschlossen.

Als Kontrollgruppe dienten 15 gesunde, alters- und geschlechtsentsprechende Probanden. Ferner wurden 5 Patienten mit MS, die keine Hinweise auf Fatigue boten, dem Test unterzogen und deskriptiv beschrieben.

Belastungstest: 2,5 h dauernde, in unserer Klinik standardisierte Abfolge einer Testbatterie. Outcome: Subtest Alertness aus der TAP Testbatterie von Zimmermann und Fimm (3).

Ergebnis

Reaktionszeiten aus dem Sub-Test Alertness von 30 Patienten mit kognitiver Fatigue waren signifikant verlängert gegenüber Reaktionszeiten bei 15 gesunden Probanden (gestrichelt) zum Zeitpunkt t1 (vor dem HLT). Zum Zeitpunkt t2 (nach dem HLT) stiegen die Reaktionszeiten bei den Patienten deutlich an und zeigten jetzt keinerlei Überlappung zu den Reaktionszeiten der Gesunden, die sich auch nach Belastung nicht veränderten. 1 Stunde später erholten sich die Patienten in unterschiedlichem Ausmaß. Patienten ohne Fatigue, aber einem entsprechenden EDSS von durchschnittlich 3,8, finden sich nur selten in unserer Klinik. Fünf dieser Patienten zeigten keinen Anstieg der Reaktionszeiten nach Belastung und verhielten sich wie die gesunden Kontrollen.

Diskussion

Die überwiegende Zahl der MS-Patienten mit kognitiver Fatigue zeigen einen deutlichen Anstieg der Reaktionszeiten nach Belastung (t2, Abb.1). Zu diesem Zeitpunkt gibt es keine Überlappung mit Gesunden. Reaktionszeiten aus dem TAP-Subtest Alertness scheinen ein gutes Unterscheidungsmerkmal für Patienten mit Fatigue gegenüber Gesunden darzustellen. Kognitive Fatigue sollte nicht nur mittels Befindlichkeitsfragebogen subjektiv durch die Patienten erhoben werden, sondern die Aufmerksamkeit sollte auch vor und nach standardisierter Belastung gemessen werden. Beide Maße stellen unterschiedliche Seiten der Fatigue dar: Fatigue als subjektive Wahrnehmung und Erschöpfbarkeit als Änderung der Performance (Kluger et al., 2013).

Literatur

- Claros-Salinas, D., Dittmer, N., Neumann, M., Sehle, A., Spiteri, S., Willmes, K., Schoenfeld, M.A., Dettmers, C. (2012): Induction of cognitive fatigue in MS patients through cognitive and physical load. *Die Rehabilitation*, 1-20.
- Kluger, B.M., Krupp, L.B., Enoka, R.M. (2013): Fatigue and fatigability in neurologic illnesses: Proposal for a unified taxonomy. *Neurology*, 80. 409-416.
- Penner, I.K., Raselli, C., Stocklin, M., Opwis, K., Kappos, L., Calabrese, P. (2009): The Fatigue Scale for Motor and Cognitive Functions (FSMC): validation of a new instrument to assess multiple sclerosis-related fatigue. *Mult.Scler.*, 15. 1509-1517.
- Zimmermann, P., Fimm, B. (2005): Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung (Version Mobilität). Version 1.0. Herzogenrath, Psytest.

Evaluation der Selbstmanagementschulung "S.MS" für Patienten mit Multipler Sklerose – Eine multizentrische, prospektive, quasi-experimentelle Studie

Feicke, J. (1), Spörhase, U. (1), Köhler, J. (2), Busch, C. (2), Wirtz, M. (3)

(1) Institut für Biologie und ihre Didaktik, Pädagogische Hochschule Freiburg,

(2) Behandlungszentrum Kempfenhausen für Multiple Sklerose-Kranke gGmbH,

(3) Institut für Psychologie; Pädagogische Hochschule Freiburg

Hintergrund

Multiple Sklerose (MS) ist eine chronisch-entzündliche Erkrankung des zentralen Nervensystems, die mit zahlreichen Herausforderungen für den Betroffenen verbunden ist. Durch das frühe Erkrankungsalter prägt diese Erkrankung oft lange Lebensabschnitte und tritt zu einer Zeit in Erscheinung, in der die berufliche Ausbildung, die Karriere- und Familienplanung im Mittelpunkt stehen (Flachenecker, Zettl, 2012). Selbstmanagementschulungen werden als ein bedeutender Ansatz gesehen, um die Betroffenen zu unterstützen und das Gesundheitssystem zu entlasten (Fraser et al., 2009). Im Rahmen der vorliegenden Studie wird das konzipierte Schulungsprogramm Multiple Sklerose ("S.MS") vorgestellt sowie die Ergebnisse der Wirksamkeitsüberprüfung und der didaktischen und methodischen Bewertung des Programms durch die Teilnehmer aufgezeigt.

Methodik

Multizentrische, prospektive, quasi-experimentelle Studie. Die Daten von 31 MS-Betroffenen der Interventionsgruppe (Teilnahme an der Schulung) und 33 Teilnehmer der Kontrollgruppe (Erhalt von Broschüren) wurden ausgewertet. Die Analyse der Veränderungen erfolgte mit einer Kovarianzanalyse mit Messwiederholung.

Ergebnisse

Für alle Dimensionen der Selbstmanagementfähigkeit (Selbstwirksamkeit, Hoffnung, Selbstbeobachtung, Coping, Selbstverbalisation) sowie für die Selbstmanagementfähigkeiten insgesamt (FERUS-Total: $F=13,111^{**}$; $p<0,001$; $\eta^2=0,194$), für die Angst (HADS-A: $F=13,571^{**}$; $p=0,001$; $\eta^2=0,193$) und für die krankheitsspezifische Lebensqualität (HALEMS-Total: $F=7,788^{**}$; $p=0,007$; $\eta^2=0,120$) konnte ein stabiler signifikanter Effekt der Intervention nachgewiesen werden. Für die Depressivität ergab sich ein signifikanter Interaktionseffekt zwischen Zeit und Intervention (HADS-D: $F=6,874^*$; $p=0,011$; $\eta^2=0,106$). Für das krankheitsspezifische Wissen konnte kein Effekt festgestellt werden. Die Teilnehmer zeigten eine hohe Zufriedenheit mit der Schulung und ihrer didaktischen und methodischen Gestaltung. 27 von 33 Teilnehmern (6 fehlende Werte) würden die Schulung an andere MS-Betroffene weiterempfehlen.

Diskussion

Die Teilnahme an der Schulung "S.MS" führte im Vergleich zu einer signifikanten, nachhaltigen Verbesserung der Selbstmanagementfähigkeiten, Angst und krankheitsspezifischen Lebensqualität. Kein signifikanter Effekt zeigte sich für das krankheitsspezifische Wissen. Als Grund hierfür können die hohen Ausgangswerte der Teilnehmer bereits vor der Interven-

tion angesehen werden. Darüber hinaus ist die fehlende Evaluation des Wissenstests in einer Pilotstudie kritisch anzumerken und als ein weiterer Erklärungsgrund anzuführen. Trotz einer hohen Teilnehmerakzeptanz konnten weitere Verbesserungspotentiale zum Beispiel bezüglich der methodischen Gestaltung und dem zeitlichen Umfang festgestellt werden. Wie auch bei der Implementation anderer Interventionen (Jahed et al., 2012) traten auch bei dieser Schulung Probleme bei der praktischen Umsetzung bestehender Vorgaben bezüglich der Durchführung der Schulung (u. a. zeitliche Vorgaben, Teilnehmerzahl) auf.

Ausblick

Das als wirksam nachgewiesene Programm "S.MS" kann zur Verbesserung der Selbstmanagementfähigkeiten bei MS-Patienten eingesetzt werden. Es sollte jedoch unter Berücksichtigung der Verbesserungsvorschläge optimiert und an die Implementierungsbedingungen adaptiert werden. Ergänzend sollte untersucht werden, wie die Intervention in der Versorgungspraxis optimal unter Alltagsbedingungen flächendeckend implementiert werden kann.

Förderung: Pädagogische Hochschule Freiburg

Literatur

- Flachenecker, P., Zettl, U.K. (2012): Epidemiologie. In: Hoffmann, F. (Hrsg.): Multiple Sklerose. München: Jena: Urban & Fischer. 11-18.
- Fraser, R., Johnson, E., Ehde, D., Bishop, M. (2009): Patient Self-Management in Multiple Sclerosis White Paper. Consortium of Multiple Sclerosis Centers.
- Jahed, J., Bengel, J., Baumeister, H. (2012): Transfer von Forschungsergebnissen in die medizinische Praxis. Gesundheitswesen, 74. 754-761.

Dual-task exergaming improves balance and gait in patients with multiple sclerosis and leads to higher adherence to home-based balance training

Dettmers, C. (1), Gruber, M. (2), Kramer, A. (2)

(1) Kliniken Schmieder Konstanz, (2) Sensorimotor Performance Lab, Department of Sports Sciences, University of Konstanz

Background

Multiple sclerosis (MS) is associated with an increased risk of falling due to balance problems (Cameron, Lord, 2010). Results of recent studies suggest that balance training with an additional cognitive or motor task – so-called dual-task (DT) training - might be more relevant than conventional single-task (ST) training, as DT situations have a much higher fall risk (Woollacott, Shumway-Cook, 2002). Another important aspect of balance training interventions is compliance and adherence, which seem to be closely linked to the enjoyment of the training: studies showed that the reaction to the training program, i.e., whether the participants enjoyed it or not, was a factor discriminating between continuing participants and dropouts (Wankel, 1985). One way to achieve high levels of training enjoyment might be the use of exergames, i.e., video games that incorporate some kind of physical exercise (Gil-Gomez, 2011). Consequently, the aim of our study was to compare a new kind of dual-task

balance training that combines exergames with additional postural demands to two single-task balance training programs with respect to efficacy, compliance and adherence in persons with MS.

Methods

61 MS patients (age 47 ± 9 years, EDSS 3 ± 1 , the majority (74 %) had a relapsing course of MS) were divided into 3 training groups: the first group took part in conventional balance training, the second group underwent a DT exergame program (playing exergames on an unstable platform, DTG), and the third group performed exercises on the unstable platform. Before and after the three-week training period – comprising of a total of nine training sessions à 30 minutes – the participants performed balance tests and a gait analysis under ST and DT. The results of these tests were analyzed using an ANOVA. In the six months following the rehabilitation training, frequency and type of balance training was assessed through questionnaires, which were analyzed with the Kruskal-Wallis test and the Jonkheere-Terpstra test.

Results

All three groups showed significantly improved balance and gait scores and all three groups showed similar improvements after the training (no significant group x time interaction effect). Only the DTG showed significantly higher improvements in the DT condition of the gait test than in the ST condition (significant task x group interaction effect). Adherence to some kind of balance training in the six month following the rehabilitation training significantly differed between groups and was highest for the DTG. The number of fallers and falls was lowest in the DTG, but there were no statistically significant group differences.

Conclusions

Playing Wii exergames on an unstable platform seems to be a type of balance training that is at least as effective – particularly in dual-task situations – as conventional balance training during rehabilitation, and in addition results in a much higher adherence to home-based balance training after rehabilitation. This is a promising finding, and future work should further explore how serious games can be designed and implemented into rehabilitation programs to increase adherence and long-term effectiveness of rehabilitation programs.

References

- Cameron, M.H., Lord, S. (2010): Postural control in multiple sclerosis: implications for fall prevention. *Current neurology and neuroscience reports*, 10. 407-412.
- Gil-Gomez, J.A., Llorens, R., Alcaniz, M., Colomer, C. (2011): Effectiveness of a Wii balance board-based system (eBaViR) for balance rehabilitation: a pilot randomized clinical trial in patients with acquired brain injury. *Journal of neuroengineering and rehabilitation* 8. 30.
- Wankel, L.M. (1985): Personal and situational factors affecting exercise involvement: The importance of enjoyment. *Research Quarterly for Exercise and Sport* 56. 275-282.
- Woollacott, M., Shumway-Cook, A. (2002): Attention and the control of posture and gait: a review of an emerging area of research. *Gait & posture* 16. 1-14.

Patientenadäquate Information bei Multipler Sklerose – Eine systematische Literaturübersicht

Kuhn, C. (1), Feicke, J. (2), Spörhase, U. (2)

(1) Institut für Sprach- und Literaturwissenschaft, Technische Universität Darmstadt,

(2) Institut für Biologie und ihre Didaktik, Pädagogische Hochschule Freiburg

Hintergrund

Selbstmanagementschulungen werden als ein bedeutender Ansatz gesehen, um Multiple Sklerose (MS)-Betroffene im Umgang mit ihrer Erkrankung zu unterstützen (Fraser et al., 2009). Bei der Konzeption von Schulungen sollten die Bedürfnisse, Erwartungen und Wünsche der Betroffenen einbezogen werden (Feicke, Spörhase, 2012; Jahed et al., 2012). Die Ziele dieser Arbeit sind: (1) die Informationsbedürfnisse in eine Bedürfnishierarchie von MS-Betroffenen einzuordnen, (2) die für die MS-Betroffenen relevanten Themenbereiche zu erfassen, (3) die Informationsbedürfnisse im Kontext der Krankheitsphase und Krankheitsdauer sowie (4) im Kontext der Lebensphase zu betrachten, (5) geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich des Informationsbedarfes, (6) die Nutzung und Bewertung bestehender Informationsquellen und (7) die präferierte Art und Weise der Präsentation von Informationen aus Patientensicht zu erfassen.

Methodik

Eine systematische Literaturrecherche (Zeitraum: 1997-2012) wurde durchgeführt. Die eingeschlossenen Studien wurden auf Qualität überprüft und Informationen entsprechend der Fragestellung extrahiert sowie in eine narrative Synthese überführt.

Ergebnisse

44 Studien erfüllten die Einschlusskriterien. Diese waren im Design und bezüglich der Qualität und den Outcomes sehr heterogen.

Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse entsprechend den sieben Fragestellungen dargestellt: (1) Je nach Studie stehen Informationsbedürfnisse an erster bis zehnter Stelle und sind damit konsistent hoch in der Bedürfnisstruktur angesiedelt. (2) Physiologische Themen werden hierbei am häufigsten nachgefragt, gefolgt von psychologischen, sozialen und wirtschaftlichen Themen. (3) Die relevanten Themen der Betroffenen unterscheiden sich im Krankheitsverlauf, allerdings sind die Funde der einzelnen Studien heterogen. Einflussfaktoren auf den Informationsbedarf sind der Krankheitsverlauf, die Krankheitsform, der Wissenstand, Depressivität, körperliche Beeinträchtigungen und deren Ausprägung sowie die generelle Informationsorientierung. (4) Die wenigen Studien zur Ausbildung und zum Berufsleben lassen erkennen, dass Informationen zu Arbeitnehmerrechten, Möglichkeiten der Arbeitsplatzzerhaltung und zu Behindertenvereinigungen von Betroffenen gewünscht werden. Hinsichtlich Familienplanung, Schwangerschaft und Elternschaft stehen den Frauen trotz starker Unsicherheiten insgesamt nur wenige Informationen zur Verfügung. (5) Zu den geschlechtsspezifischen Unterschieden bezüglich des Informationsbedarfes gibt es bislang kaum Forschung. Eine Studie zeigt, dass Frauen im Vergleich zu Männern einen höheren Bedarf an psychosozialer Unterstützung haben. (6) Die Anlässe zur Informationssuche variieren. Betroffene suchen punktuell verstärkt entsprechend der aktuellen gesundheitlichen

Kondition, zur Vor- und Nachbereitung der Arzttermine und/oder regelmäßig nach Informationen. Hierbei werden verschiedene Informationsquellen von den Betroffenen genutzt, wobei personengebundene Quellen tendenziell bevorzugt werden und die Nutzung abhängig von persönlichen Faktoren ist, wie dem Alter oder Geschlecht. (7) Informationen sollten ohne Zeitdruck, aktuell, fachkompetent, emphatisch, in laienverständlicher Sprache und passgenau auf den individuellen Patienten unter Berücksichtigung der kognitiven Fähigkeiten gegeben werden. Zudem sollten Informationen integrativ und schrittweise vermittelt werden und in verschiedenen Formaten verfügbar sein.

Diskussion

Die Ergebnisse dieser Arbeit bestätigen die hohe Relevanz von Patienteninformationen bei MS-Betroffenen. Kritisch festzustellen ist jedoch, dass der Informationsbedarf oftmals nicht Hauptforschungsanliegen der Studien war. Die heterogene Qualität der Studien, die Verwendung unterschiedlicher Forschungsinstrumente und die unterschiedlichen Gesundheitssysteme der Herkunftsländer erschweren zusätzlich die Vergleichbarkeit der Ergebnisse. Dennoch geben die Daten einen Einblick in das Problemfeld und können als Grundlage für weitere Untersuchungen dienen. Außerdem erwachsen aus den Ergebnissen Anforderungen an Patientenschulungen. Zum Beispiel erfordern die heterogenen Informationsbedürfnisse die Umsetzung von äußeren und inneren Differenzierungsmaßnahmen in Schulungen. Dynamischen Selbstmanagementschulungen, bei denen Inhalt, Art und Intensität individuell je nach Eigenschaften, Präferenzen und Werte der Patienten angepasst werden können (Trappenburg et al., 2013) oder personalisierte Onlineinformationen (Qutaishat, 2011) können Lösungsmöglichkeiten darstellen.

Ausblick

Bezüglich der Einflussfaktoren auf den Informationsbedarf von MS-Betroffenen besteht weiterer Forschungsbedarf. Dynamische Selbstmanagementschulungen können eine Möglichkeit darstellen, um den individuellen Informationsbedarf der Betroffenen gerecht zu werden.

Literatur

- Feicke, J., Spörhase, U. (2012): Impulse aus der Didaktik zur Verbesserung von Patientenschulungen. *Die Rehabilitation*, 51. 300-307.
- Fraser, R., Johnson, E., Ehde, D., Bishop, M. (2009): Patient Self-Management in Multiple Sclerosis White Paper. Consortium of Multiple Sclerosis Centers.
- Jahed, J., Bengel, J., Baumeister, H. (2012): Transfer von Forschungsergebnissen in die medizinische Praxis. *Gesundheitswesen*, 74. 754-761.
- Trappenburg, J., Jonkman, N., Jaarsma, T., van Os-Medendorp, H., Kort, H., de Wit, N., Hoes, A., Schuurmans, M. (2013): Self-management: One size does not fit all. *Patient Education and Counseling*, 92. 134-137.
- Qutaishat, F.T. (2011): Information Personalisation Needs for People with Multiple Sclerosis: Implications and Design Guidelines. *European Journal of Social Science*, 21. 287-301.

Effektivität eines Fahrradergometertrainings nach der Dauermethode im Vergleich zur intensiven Intervallmethode in der kardiologischen Rehabilitation der Phase II

Hofmann, R. (1), Gogol, C. (2), Karoff, M. (2), Bjarnason-Wehrens, B. (1)

(1) Institut für Kreislaufforschung und Sportmedizin, Deutsche Sporthochschule Köln,

(2) Klinik Königsfeld, Ennepetal

Hintergrund

In den letzten Jahren sind zahlreiche Untersuchungen publiziert worden, die den Hinweis auf eine größere Effektivität eines intensiven Intervalltrainings im Vergleich zum Training nach der Dauermethode liefern. Ziel dieser Untersuchung war es, die Effektivität beider Trainingsmethoden in einer Gruppe von gut belastbaren Patienten im Rahmen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme zu überprüfen.

Methodik

In die Studie integriert wurden 91 Patienten, 82 Männer und 9 Frauen, $51,6 \pm 7,2$ Jahre, die auf Grund einer koronaren Herzerkrankung an einer 3-wöchigen Rehabilitation teilnahmen. Sie wurden zu zwei unterschiedlichen Trainingsgruppen randomisiert, Dauertraining (DT, $n=47$, $52,4 \pm 6,7$ Jahre) und intensives Intervalltraining (IIT, $n=44$, $50,8 \pm 7,7$ Jahre). Beide Gruppen absolvierten 5-mal die Woche ein Training auf dem Fahrradergometer. Die DT-Gruppe trainierte mit einer Intensität von 65 % der maximalen Herzfrequenz (HFmax). Die IIT-Gruppe trainierte nach der intensiven Intervallmethode mit 4×4 Minuten Intervallen bei 85-95 % der HFmax, mit jeweils 3-minütigen Erholungsphasen mit 65 % der HFmax. Der Trainingsumfang wurde in beiden Gruppen gleich gehalten. Im Mittel wurden 12,8 Trainingseinheiten auf dem Fahrradergometer absolviert. Zu Beginn und am Ende der Rehabilitation wurde eine Belastungsuntersuchung auf dem Fahrradergometer durchgeführt. Für die Bestimmung der Laktatkonzentration im arterialisierten Blut wurde auf jeder Belastungsstufe eine Blutprobe aus dem hyperämisierten Ohrläppchen entnommen. Die statistische Auswertung erfolgte mittels ANOVA.

Ergebnisse

Die wesentlichen Ergebnisse der Studie sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

Zielgröße	Dauertraining (n=47)			Intensives Intervalltraining (n=44)			p-Zeit	p-Gruppe	p-Interaktion
	Vor Reha	Nach Reha	Δ (Zeit)	Vor Reha	Nach Reha	Δ (Zeit)			
Max erreichte Leistung (Watt)	123,9 ±31,7	134,0 ±33,9	10,1 (8,2 %)	138,6 ±31,6	155,1 ±37,2	16,5 (11,9 %)	0,001	0,009	0,184
Watt/kg/KG	1,42 ±0,38	1,54 ±0,4	0,12 (8,5 %)	1,49 ±0,38	1,69 ±0,42	0,2 (13,4 %)	0,001	0,172	0,114
Leistung bei 2,0 mmol/l Laktat (Watt)	71,1 ±13,9	77,2 ±22,1	10,2 (14,1 %)	81,3 ±19,9	92,4 ±22,1	11,3 (16,5 %)	0,001	0,462	0,588
Leistung bei 2,5 mmol/l Laktat (Watt)	84,4 ±15,3	92,6 ±21,9	11,8 (14,4 %)	95,4 ±21,2	106,3 ±23,3	12,2 (15,2 %)	0,001	0,802	0,921
Leistung bei 3,0 mmol/l Laktat (Watt)	94,6 ±16,4	103,0 ±22,3	11,06 (11,8 %)	108,0 ±20,7	117,5 ±24,4	11,3 (12 %)	0,001	0,878	0,95

Tab. 1: Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse differenziert nach Trainingsgruppen (p-Wert (Zeit) = Unterschied zwischen Ein- und Ausgangsuntersuchung, p-Wert(Gruppe) = Unterschied zwischen den Gruppen, p-Wert(Interaktion) = Unterschied in der Entwicklung der Faktoren Zeit und Gruppe).

Patienten der ITT-Gruppe erreichten bereits vor der Trainingsintervention eine signifikant höhere maximale Leistung im Ergometertest. Dieser Unterschied wurde jedoch weder bei der relativen Leistungsfähigkeit noch bei der Ausdauerleistungsfähigkeit, gemessen an der Leistung bei definierten Laktatwerten, bestätigt.

Fazit

Die Ergebnisse zeigen in beiden Trainingsgruppen deutliche Verbesserung der maximalen und relativen Leistungsfähigkeit sowie der aeroben Ausdauerleistungsfähigkeit, gemessen an der Leistung bei definierten Laktatwerten. Sie zeigen, dass durch ein adäquates Training und ausreichenden Trainingsumfang die aerobe Ausdauerleistungsfähigkeit während einer 3-wöchigen Reha um mehr als 16 % verbessert werden kann. Es konnte jedoch kein Vorteil für eine der beiden Trainingsmethoden festgestellt werden.

Einfluss von Training und Patientencharakteristika auf die körperliche Leistungsfähigkeit bei kardiovaskulären Rehabilitanden

Salzwedel, A. (1), Reibis, R. (2), Kaminski, S. (3), Buhlert, H. (4), Wegscheider, K. (4), Balzer, K. (4), Völler, H. (1,2)

(1) Professur für Rehabilitationswissenschaften, Universität Potsdam,

(2) Kardiologische Gemeinschaftspraxis am Park Sanssouci, Potsdam,

(3) Klinik am See, Rüdersdorf, (4) Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Hintergrund

Die Assoziation zwischen geringer körperlicher Aktivität und kardiovaskulärer Morbidität/Mortalität ist hinreichend untersucht (Myers et al., 2002). Darüber hinaus weisen Patienten zu Beginn der kardiologischen Rehabilitation (CR) im Vergleich zur Gesamtbevölkerung eine deutlich herabgesetzte Leistungsfähigkeit auf (Ades et al., 2006). Daher ist körperliches Training fester Bestandteil von strukturierten Rehabilitationsprogrammen (Leitlinien der DGPR und EACPR) und in den Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung (DRV) verankert. Die Verordnungshäufigkeit und Trainingsfrequenz sind aufgrund des QS-Programmes der DRV zwar bekannt, über die Intensität und Methode des Trainings sowie den Einfluss patientenseitiger Parameter auf den Fitnesszustand bei Entlassung aus der CR liegen jedoch bislang keine Daten vor.

Patienten und Methodik

Zwischen 06/2009 und 12/2011 wurden in einem prospektiven Register 557 kardiologische Rehabilitanden (Alter $51,7 \pm 6,9$ Jahre, 87,9 % Männer) nach Akutem Koronarsyndrom mit PTCA (62,5 %) und/oder CABG (16,2 %) sowie Klappenkorrektur (9,5 %) konsekutiv eingeschlossen. Für die Untersuchung wurden soziodemographische und klinische Parameter (u. a. Diagnose, Komorbiditäten und kardiovaskuläre Risikofaktoren) analysiert. Zur Festlegung der Übungsintensität absolvierten die Patienten zu Beginn der CR einen symptomlimitierten fahrradergometrischen Belastungstest. Das Trainingsvolumen wurde als Produkt der Trainingsintensität (Watt) und Übungszeit (min) bei Beginn und Ende der CR bestimmt. Die Fitness bei Reha-Ende wurde über die Ermittlung von VO_{2peak} in einer spiroergometrischen Untersuchung bei allen Patienten operationalisiert.

Ergebnisse

Die Trainingsintensität betrug im Mittel $90,7 \pm 9,7$ % der maximalen Herzfrequenz (81 % kontinuierliches, 19 % Intervalltraining, 64% zusätzliches Krafttraining). Während der dreiwöchigen stationären CR absolvierten die Patienten durchschnittlich $11,3 \pm 2,7$ Trainingseinheiten. Die Steigerung des Trainingsvolumens um durchschnittlich mehr als 100 % (Differenz CR Ende/CR Beginn: $784,3 \pm 623,4$ Wattxmin) war statistisch signifikant mit dem Rauchen, der Schwere der zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit und der körperlichen Belastbarkeit zu Beginn der CR assoziiert (Abb. 1). Die Fitness der Patienten bei Rehabilitationsende wurde von dem Alter, dem Geschlecht, der körperlichen Belastbarkeit zu Beginn der CR, der Trainingsmethode (kontinuierlich/Intervall) sowie der Rehabilitationsindikation beeinflusst (Tab. 1).

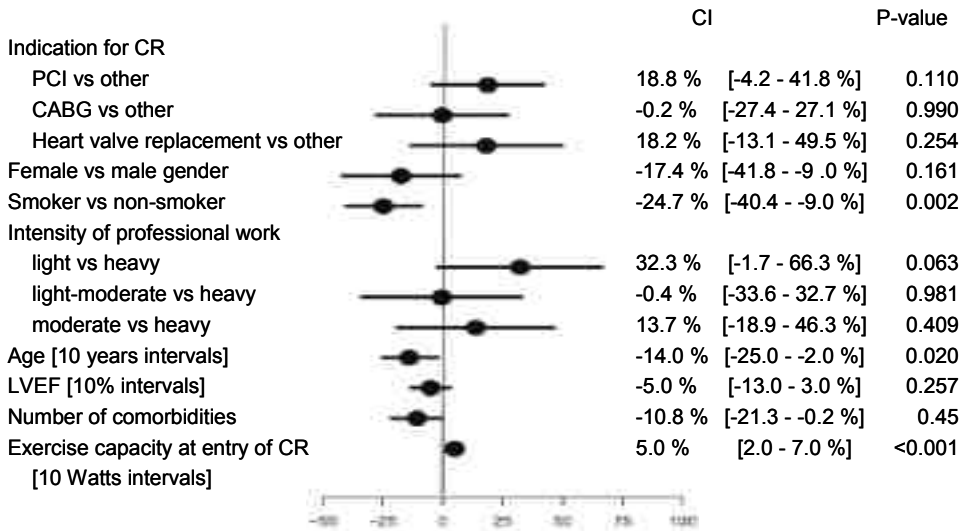


Abb. 1: Einflussfaktoren auf die Steigerung des Trainingsvolumens (%)

Variable	p-Wert	Partial Eta Squared (erklärte Varianz)
Reha-Indikation [PCI, CABG, Klappenkorrektur, andere]	0,024	2,1 %
Geschlecht [weibl./männlich]	0,033	1,0 %
Rauchen [ja/nein]	0,441	0,1 %
Schwere der zuletzt ausgeübten berufl. Tätigkeit [schwer/leicht]	0,183	1,1 %
Alter [Jahre]	<0,001	7,7 %
LVEF [%]	0,505	0,1 %
Anzahl der Komorbiditäten	0,305	0,2 %
Max. Belastbarkeit bei Reha-Beginn [Watt]	<0,001	3,6 %
Trainingsintensität [% HF]	0,975	0,0 %
Steigerung des Trainingsvolumens [Watt x min]	<0,001	4,2 %
Zusätzliches Krafttraining [ja/nein]	0,824	0,0 %
Trainingsmethode [kontinuierlich/Intervall]	<0,001	3,0 %

Tab. 1: Determinanten der Fitness (VO_{2peak}) bei Entlassung

Schlussfolgerung

Die Rehabilitanden wurden mit hoher Intensität trainiert und erreichten eine erhebliche Steigerung ihres Trainingsvolumens. Die Fitness zum Rehabilitationsende wurde insbesondere durch das Alter, die Belastbarkeit bei Rehabilitationsbeginn bzw. die Steigerung des Trainingsvolumens beeinflusst. Dieses Ergebnis unterstreicht die Notwendigkeit vor allem für Patienten der Generation 55+, das Training im Rahmen von Nachsorgeprogrammen (z. B.

IRENA oder Herzgruppen) fortzusetzen, da die körperliche Leistungsfähigkeit häufig mit der Arbeitsfähigkeit assoziiert ist.

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*, 11. 2706-2712.
- Myers, J., Prakash, M., Froelicher, V., Do, D., Partington, S., Atwood, J.E. (2002): Exercise-capacity and mortality among men referred for exercise testing. *N Engl J Med*, 346. 793-801.

Arbeitsplatzängste und arbeitsbezogene Partizipationsstörungen bei Patienten in der kardiologischen Rehabilitation

Muschalla, B. (1,2), Glatz, J. (1,3), Linden, M. (1)

- (1) Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité, Universitätsmedizin Berlin und dem Rehabilitationszentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund, Teltow/Berlin, (2) Arbeits- und Organisationspsychologie, Universität Potsdam, (3) Abteilung Kardiologie am Rehabilitationszentrum Seehof, Teltow

Hintergrund

Im Bundesgesundheitsurvey wird als Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei Herzerkrankten (Jacobi, 2007) eine Vierwochen-Prävalenz von 28,4 % berichtet. Eine Sonderform psychischer Erkrankungen sind Arbeitsplatzängste. Im Kontext von Herzerkrankungen können diese entstehen, weil es auf dem Boden einer somatischen Erkrankung zu einer pathologischen Angstentwicklung kommen kann, die dann auch auf den Arbeitsplatz generalisiert (Wu et al., 2002). Die Herzerkrankung kann mit Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz einhergehen und damit mit der Möglichkeit des beruflichen Scheiterns und negativer Bewertungen. Es besteht die Möglichkeit einer Verschlimmerung des körperlichen Krankheitsstatus durch die Arbeit, was ebenfalls Angst erzeugen kann.

Derartige Arbeitsplatzängste gehen häufig mit arbeitsbezogenen Partizipationsstörungen und Arbeitsunfähigkeit einher (Muschalla, Linden, 2013), weshalb sie von besonderer sozialmedizinischer Relevanz sind. Es sollte daher untersucht werden, wie häufig bei kardiologischen Patienten mit arbeitsplatzbezogenen Ängsten zu rechnen ist und in welchem Umfang diese zu Partizipationsstörungen führen.

Methode

209 konsekutiv aufgenommene Patienten in der kardiologischen Rehabilitation (Alter MW=52,15 Jahre, SD=7,4, Range 24-64) wurden im strukturierten diagnostischen Interview MINI (Sheehan et al., 1994) bezüglich genereller psychischer Erkrankungen gemäß DSM-IV sowie mit dem Arbeits-Angst-Interview AAI (Linden, Muschalla, 2007; Muschalla, Linden, 2013) hinsichtlich spezifischer arbeitsplatzbezogener Ängste untersucht. Wenn eine Diagnose einer arbeitsplatzbezogenen Angst gestellt wurde, wurde nach daraus erwachsenden arbeitsbezogenen Partizipationsstörungen gefragt, d. h. ob es zu kurzzeitigem Fernbleiben

oder Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Ängste gekommen war, oder ob der Betroffene Arbeiten an Kollegen abgeben musste oder Überstunden machte, oder ob es gar zu einem Verlust oder Wechsel des Arbeitsplatzes gekommen war aufgrund der Ängste.

Ergebnisse

Von den untersuchten Patienten leiden 31,6 % an einer Arbeitsplatzangst und darunter 4,5% aller Patienten an einer Arbeitsplatzphobie. Tabelle 1 zeigt die Häufigkeiten der verschiedenen Formen von arbeitsbezogenen Ängsten. Im Vordergrund stehen arbeitsplatzbezogene Anpassungsstörungen, hypochondrische Ängste, situative Ängste und soziale Ängste. Berichtet ist auch jeweils der Anteil unterschiedlicher Partizipationsstörungen für Patienten mit unterschiedlichen Formen von Arbeitsplatzangst. Die höchsten Beeinträchtigungsraten zeigen sich bei arbeitsplatzbezogenen Insuffizienzängsten, spezifischen sozialen Phobien und Hypochondrie. Kardiologische Rehabilitationspatienten mit hypochondrischen Ängsten, spezifischen sozialen Phobien und Insuffizienzängsten berichten vorrangig über Überlastungs- und Abwesenheitsprobleme, Arbeitsunfähigkeit, aber auch Überstunden und Delegieren von Arbeit an Kollegen.

Von Patienten mit der Diagnose....	...leiden n (%) an arbeitsbezogenen Partizipationsstörungen	Keine Partizipationsstörung	Arbeiten delegieren an Kollegen	Überstunden machen	Kurzzeit Fernbleiben	Arbeitsunfähigkeit	Verlust oder Wechsel des Arbeitsplatzes
Arbeitsplatzbezogene Anpassungsstörung (N=23, 11,0 %)	13 56,5 %	1 4,4 %	1 4,4 %	2 8,7 %	3 13,0 %	1 4,4 %	
Arbeitsplatzbezogene Spezifische Soziale Phobie (N=19, 9,1 %)	7 36,8 %	3 15,8 %	1 5,3 %	0 0 %	6 31,6 %	1 5,3 %	
Arbeitsplatzbezogene Situative Ängste (N=21, 10,0 %)	13 61,9 %	2 9,5 %	1 4,8 %	1 4,8 %	2 9,5 %	1 4,8 %	
Arbeitsplatzbezogene Hypochondrische Ängste (N=22, 10,5 %)	9 40,9 %	1 4,5 %	2 9,0 %	1 4,5 %	7 31,8 %	1 4,5 %	
Arbeitsplatzbezogene Insuffizienzängste (N=17)	6 35,3 %	1 5,9 %	4 23,5 %	1 5,9 %	4 23,5 %	0 0 %	
Arbeitsplatzbezogene Generalisierte Sorgen-Angst (N=13, 6,2 %)	10 76,9 %	0 0 %	2 15,4 %	1 7,7 %	0 0 %	0 0 %	
Arbeitsplatzphobie (N=10, 4,8 %)	5 50 %	0 0 %	2 20 %	0 0 %	2 20 %	1 10 %	
Irgendeine arbeitsplatz-bezogene Angst-Diagnose (N=66, 31,6 %)	43 65,2 %	2 3 %	3 4,5 %	2 3 %	12 18,2 %	2 3 %	

Tab 1: Arbeitsbezogene Ängste nach Arbeits-Angst-Interview und damit verbundene arbeitsbezogene Partizipationsstörungen bei Kardiologie-Patienten (N=209)

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse zeigen, dass bei einem Drittel der kardiologischen Rehabilitationspatienten mit arbeitsplatzbezogenen Ängsten zu rechnen ist, die erhebliche Auswirkungen auf die arbeitsbezogene Teilhabe mit sich bringen. Daher muss bei der sozialmedizinischen Leis-

tungsbeurteilung eine mit der Herzerkrankung assoziierte Angstproblematik erkannt und in der Therapie wie sozialmedizinischen Beurteilung berücksichtigt werden. Derartige Probleme müssen gezielt exploriert werden, da von diesen Patienten Ängste auch durch die primär vorgetragenen körperlichen Symptome maskiert werden.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund, Förderkennzeichen: 8011-106-31/31.51.6

Literatur

- Jacobi, F. (2007): Psychische Störungen bei Patienten mit muskuloskelettalen, Herz-Kreislauf-, Tumor-, Atemwegs- und Stoffwechselerkrankungen aus der Allgemeinbevölkerung. In: Härter, M., Baumeister, H., Bengel, J. (Hrsg.): Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen. Berlin: Springer. 45-54.
- Linden, M., Muschalla, B. (2007): Anxiety disorders and workplace-related anxieties. *Journal of Anxiety Disorders*, 21. 467-474.
- Muschalla, B., Linden, M. (2013): Arbeitsplatzbezogene Ängste und Arbeitsplatzphobie. Phänomenologie, Differentialdiagnostik, Therapie, Sozialmedizin. Stuttgart: Kohlhammer-Verlag.
- Sheehan, D., Janavs, J., Baker, R., Knapp, E., Sheehan, K.H., Sheehan, M. (1994): MINI. Mini International Neuropsychiatric Interview. Tampa: University of South Florida.
- Wu, L.R., Parkerson, G.R. Jr., Doraiswamy, P.M. (2002): Health perception, pain, and disability as correlates of anxiety and depression symptoms in primary care patients. *Journal of American Board of Family Practice*, 15. 183-189.

Paralleltest PaSA-cardio – Diagnostik und Veränderungsmessung von Angst bei Patienten in der kardiologischen Rehabilitation

Abberger, B. (1), Haschke, A. (1), Wirtz, M. (2), Bengel, J. (1), Baumeister, H. (1,3)

(1) Institut für Psychologie, Universität Freiburg, (2) Institut für Psychologie, Pädagogische Hochschule Freiburg, (3) Medizinische Fakultät, Universität Freiburg

Hintergrund

Neben einer verringerten Lebensqualität weisen kardiologische Patienten mit komorbider Angstsymptomatik eine schlechtere Medikamenten-, Aktivitäts- und Diätcompliance und ein erhöhtes Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko auf. Um die Diagnostik von Angst sowie die Messung der Veränderung in der kardiovaskulären Rehabilitation zu verbessern, sind kurze Screeninginstrumente mit hoher Messpräzision nötig (Moser, 2007). Paralleltests, die aus zwei äquivalenten Testversionen bestehen, bieten die Möglichkeit, Veränderung zu messen ohne den Einfluss sog. Retest-Effekte, die durch die wiederholte Verwendung des gleichen Fragebogens bei einem Probanden zustande kommen können. Ziel unserer Studie, die im Rahmen des von der Zarnekow-Stiftung geförderten Projektes RehaCAT-Kardio (Abberger et al., 2013a) durchgeführt wurde, war die Entwicklung und Validierung eines kurzen, messpräzisen Paralleltests zur Diagnostik und Veränderungsmessung von Angst bei kardiovaskulären Rehabilitanden (Abberger et al., 2013b).

Methodik

Als Grundlage der parallelen Testversionen PaSA-cardio diene die eindimensionale, kalibrierte Itembank AIB-cardio. Diese beinhaltet 37 Items mit sehr guten psychometrischen Eigenschaften, deren Testfairness umfassend bestätigt wurden. Ein weiterer Vorteil der AIB-cardio ist die verzerrungsfreie Messung bei kardiologischen Patienten, da somatische Aspekte der Angst explizit ausgeschlossen sind (Abberger et al., 2013c). Mittels Strukturgleichungsmodellen wurden die beiden Parallelversionen auf Basis der Daten von 206 kardiologischen Rehabilitanden entwickelt. Die Güte der Modelle wurde durch globale und lokale Fit-Indikatoren bzw. Indizes bestimmt. Zur Überprüfung der Parallelität der beiden Versionen wurde deren Korrelation berechnet. Messpräzision der Parallelversionen sowie deren Validität wurden mittels Korrelationen mit der Itembank AIB-cardio sowie mit der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) und dem Short-Form Health Survey (SF-12) bestimmt.

	χ^2	df	p	χ^2/df	NFI	TLI	CFI	RMSEA
Kriteriumswert			> 0.05	< 3.00	≥ 0.90	≥ 0.90	≥ 0.90	≤ 0.08
Model PaSA-cardio-I	10.55	14	0.72	0.75	0.98	1.01	1.00	0.00
Model PaSA-cardio-II	18.62	14	0.18	1.33	0.94	0.98	0.99	0.06

Anm.: df = Degrees of Freedom; NFI = Normed Fit Index; TLI = Tucker-Lewis-Index; CFI = Comparative Fit Index; RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation

Tab. 1: Fit-Indizes der Strukturgleichungsmodelle

Ergebnisse

Es konnten zwei parallele Versionen PaSA-cardio-I und -II entwickelt werden, die jeweils aus 7 Items bestehen. Die Indikatorreliabilitäten der Items lagen zwischen 0.62 und 0.84. Alle Fit-Indizes der beiden Strukturgleichungsmodelle erreichten die erfordernten kritischen Kriteriumswerte (siehe Tabelle 1). Die Korrelation zwischen den beiden Versionen betrug $r=0.92$. Die Korrelationen mit der Itembank AIB-cardio waren $r=0.93$ für PaSA-cardio-I und $r=0.94$ für PaSA-cardio-II. Konvergente Validität (Korrelationen HADS) mit $r=0.72$ für PaSA-cardio-I und $r=0.75$ für PaSA-cardio-II sowie diskriminante Validität (Korrelationen SF-12) mit $r=-0.38$ für PaSA-cardio-I und $r=-0.44$ für PaSA-cardio-II konnten bestätigt werden.

Diskussion und Ausblick

Mit den Parallelversionen PaSA-cardio liegen valide, ökonomische und gleichzeitig messpräzise Screeninginstrumente vor, die sowohl für diagnostische als auch für evaluative Zwecke optimal einsetzbar sind.

Förderung: Illa- und Werner-Zarnekow-Stiftung, Fördernummer: T225-18.152

Literatur

Abberger, B., Haschke, A., Wirtz, M., Kroehne, U., Bengel, J., Baumeister, H. (2013a): Development and evaluation of a computer adaptive test to assess anxiety in cardiovascular rehabilitation patients. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. Epub ahead of print.

Abberger, B., Haschke, A., Tully, P.J., Berger, J., Wirtz, M., Bengel, J., Baumeister, H. (2013b): Development of short forms for the assessment of anxiety in cardiovascular rehabilitation patients: a structural modeling analysis of the PaSA-Cardio. Manuscript submitted.

- Abberger, B., Haschke, A., Krense, C., Wirtz, M., Bengel, J., Baumeister, H. (2013c): The calibrated, unidimensional item bank for cardiovascular patients provided the basis for anxiety assessment in cardiovascular rehabilitation patients. *Journal of Clinical Epidemiology*, 66. 919-927.
- Moser, D.K. (2007): "The Rust of Life": impact of anxiety on cardiac patients. *American Journal of Critical Care*, 16. 361-369.

Klinische und soziodemographische Determinanten des Erfolges stationärer kardiologischer Rehabilitation bei älteren Patienten

Salzwedel, A. (1,2,3), Wegscheider, K. (4), Herich, L. (4,5), Strandt, G. (6), Völler, H. (1,2,3)

- (1) Institut für Klinische Pharmakologie und Toxikologie, Charité – Berlin,
 (2) Professur für Rehabilitationswissenschaften, Universität Potsdam,
 (3) Rehabilitationszentrum für Innere Medizin, Klinik am See, Rüdersdorf, (4) Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,
 (5) Institut für Medizinische Statistik, Informatik und Epidemiologie, Universität Köln,
 (6) Techniker Krankenkasse Hamburg

Hintergrund

Der Behandlungserfolg der kardiologischen Rehabilitation (CR) wurde bislang anhand einzelner Zielvariablen abgeschätzt, sodass eine Bestimmung von Determinanten des ganzheitlichen Rehaerfolgs bisher nicht möglich war. In der vorliegenden Studie wurden Einflussgrößen eines multiplen Ergebniskriteriums (MEK) untersucht, das Qualitätsindikatoren dreier Dimensionen beinhaltet.

Methoden

Für 1.220 Patienten (70,8 ± 7,0 Jahre, 78,3 % Männer), die zwischen 02/2009 und 06/2010 im Rahmen des Projektes EVA-Reha[®] (Evaluation der Rehabilitation) in 10 Rehabilitationskliniken eingeschlossen wurden, konnte das MEK berechnet werden. Dieser zusammengesetzte Score bildet die Änderungen von 13 Parametern in drei Dimensionen (kardiovaskuläre Risikofaktoren, körperliche Leistungsfähigkeit und subjektive Gesundheit) während der CR auf einer Skala von -1 (verschlechtert) bis 2 (sehr gebessert) ab. Für die Identifikation der Determinanten wurde eine Vielzahl möglicher Einflussgrößen (soziodemographische Daten, Baseline-Parameter der Indikatoren des MEKs, Komorbiditäten, Krankenhausverweildauer, Komplikationen, Labordaten und echokardiographische Parameter) erhoben. In der univariaten Testung korrelierende Variablen wurden in einem gemischten Modell analysiert, in dem der Klinikeinfluss als zufälliger Effekt berücksichtigt wurde.

Ergebnisse

Den größten Einfluss auf das MEK (im Mittel 0,6 ± 0,45) hatten das Rauchen (MEK -0,15 vs. Nichtrauchen, 95 % CI: -0,22 - -0,07, p < 0,001), weibliches Geschlecht (MEK -0,07 vs. männl., 95 % CI: -0,13 - 0,00, p = 0,049), Depressivität (MEK +0,06 für die Änderung des Depressionswertes um eine Standardabweichung (SD), 95 % CI: 0,02 - 0,1, p=0,003) und die arterielle Hypertonie (MEK +0,06 für die Änderung des Blutdrucks um eine SD, 95 % CI:

0,02 - 0,09, $p < 0,001$). Darüber hinaus hatten die Krankenhausverweildauer, die Ruhe-Herzfrequenz, die maximale körperliche Belastbarkeit sowie die Rehabilitationszentren selbst einen statistisch signifikanten Einfluss auf das MEK.

Schlussfolgerung

Wesentliche Einflüsse auf den Rehabilitationserfolg älterer Patienten wie Rauchverhalten, Geschlecht und Depressivität konnten identifiziert werden. Die Untersuchungsergebnisse sollten – nach erfolgter Evaluierung des MEKs für jüngere Patienten – für die Entwicklung zielgruppenspezifischer Rehabilitationskonzepte genutzt werden.

Evaluation der Nachhaltigkeit von Viniyoga in der stationären Rehabilitation von Patienten mit arterieller Hypertonie

Mayer-Berger, W. (1), Moebus, S. (2), Pieper, C. (2), Marr, A. (2), Bräutigam, U. (3), Kettner, C. (1), Michalsen, A. (4)

- (1) Klinik Roderbirken der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, Leichlingen,
(2) Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie,
Universitätsklinikum Essen, (3) Die Yoga-Schule, Düsseldorf,
(4) Charité – Medizinisches Zentrum der Universität, Berlin

Zielsetzung

Sowohl für Yoga (Jayashinghe, 2004) als auch für die Progressive Muskelrelaxation (PMR, Dixhoorn, White, 2005) ist eine Blutdruck senkende Wirkung nachgewiesen. PMR wird als Standardtherapieverfahren in der kardiologischen Rehabilitation eingesetzt (Bernardy et al., 2008). In der vorliegenden Studie wird untersucht, ob Viniyoga von Patienten mit arterieller Hypertonie und niedrigem sozioökonomischem Status nach Ende der Rehabilitation häufiger weiter durchgeführt wird als die PMR. Zusätzlich sollte der Effekt von Yoga auf den Blutdruck ermittelt werden.

Methoden

Männliche Patienten (Alter 27-63 Jahre) mit arterieller Hypertonie wurden randomisiert in ein Rehabilitationsprogramm mit entweder PMR (Kontrolle, $n=167$) oder Vini-Yoga (Intervention, $n=173$). Das strukturierte Trainingsprogramm für Yoga und PMR bestand in angeleiteten Einheiten über 3 Wochen, 5x/Woche. Blutdruck, Herzfrequenz und Medikation wurden dokumentiert bei Beginn (t_1) und nach 3 Wochen (t_2). Ein halbes Jahr danach erfolgte eine schriftliche bzw. telefonische Befragung der Patienten (t_3 , Rücklaufquote 85 %).

Ergebnisse

Es gab mehr Studienabbrecher bei Yoga (16 %, PMR: 5 %). Im weiteren Verlauf behielten nur 30 % der Patienten Vini-Yoga bei (nach 6 Monaten), verglichen mit 53 % in der PMR-Gruppe. Eine etwas stärkere Absenkung des systolischen Blutdrucks war in der Yogagruppe zu beobachten bei t_2 (Mittel bei t_1 : 131 mmHg, SD +/- 18,2, mittlere Differenz t_1 - t_2 : -8 mmHg, SD +/- 15,4; PMR: Mittel bei t_1 : 133 mmHg, SD +/- 18,1, mittlere Differenz t_1 - t_2 : -6 mmHg, SD +/- 13,1). Es konnte jedoch eine erhebliche systolische Blutdrucksenkung in der

Yogagruppe beobachtet werden, betrachtet man Patienten mit systolischem Blutdruck größer 140 mmHg. Bei t1 war die systolische Blutdrucksenkung ausgeprägter in der Yogagruppe (Mittel bei t1: 153 mmHg, SD +/- 14.9, mittlere Differenz t1-t2: -21.2 mmHg, SD +/- 16.5; PMR: Mittel bei t1: 153 mmHg, SD +/- 11.5, mittlere Differenz t1-t2: -12,6 mmHg, SD +/- 13.7, p=0,008, t-Test).

Schlussfolgerung

Unsere Ergebnisse zeigen, dass Vini-Yoga eine geringere Akzeptanz als PMR bei Männern mit niedrigem sozioökonomischem Status in der kardiologischen Rehabilitation aufweist. Jedoch, da Yoga einen ausgeprägteren Effekt auf den Blutdruck hat als PMR, sollten spezielle Programme entwickelt werden, damit Patienten ermutigt werden, Vini-Yoga auf regelmäßiger Basis nachhaltig anzuwenden.

Förderung: Rehabilitationsforschungsnetzwerk der Deutschen Rentenversicherung Rheinland (refonet)

Literatur

- Bernardy, K., Krampen, G., Köllner, V. (2008): Prädiktoren des Alltagstransfers eines stationär erlernten Entspannungstrainings. *Die Rehabilitation*, 47. 359-365.
- Dixhoorn, J.Y., White, A. (2005): Relaxation therapy for rehabilitation and prevention in ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, 12. 193-202.
- Jayashinghe, S.R. (2004): Yoga in cardiac health (A Review). *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, 11. 369-375.

Berufsassoziiertes Risiko – Entwicklung des metabolischen/kardialen Risikos bei angehenden Zahnmedizinern und Sportlehrern innerhalb von 5 Jahren

von Stengel, S., Bebenek, M., Kemmler, W.

Institut für Medizinische Physik, Universität Erlangen-Nürnberg

Hintergrund

Berufsbedingter Bewegungsmangel und einseitige Belastung am Arbeitsplatz sind Risikofaktoren für unterschiedliche Erkrankungen, die sich unter anderem in einer erhöhten kardiovaskulären Mortalität der betroffenen Berufsgruppen äußern können (Kivimaki et al., 2002). Von Zahnmedizinern mit langjähriger Berufsausübung ist eine erhöhte kardiale und metabolische Morbidität, Mortalität und Suizidrate bekannt (Alexander, 2001). Als Auslöser wird ein hohes Stresslevel durch permanent hohe Konzentration bei feinmotorischer Arbeit unter Zeitdruck bei gleichzeitig geringer körperlicher Aktivität genannt (O'Shea et al., 1984). Ob und inwieweit sich diese Risikofaktoren bereits in den ersten Jahren der Berufsausbildung in einem erhöhten Risiko für kardiale und metabolische Erkrankungen manifestieren, ist nicht bekannt.

Methodik und Ergebnisse

Ziel der vorliegenden Längsschnittstudie war es, die Entwicklung des Risikos für metabolische und kardiale Erkrankungen bei Zahnmedizinstudenten mit demjenigen einer Gruppe mit berufsbedingt optimalem Bewegungsverhalten zu vergleichen. Insgesamt 114 weibliche und männliche Zahnmedizin- (ZM: $n=61$; 22 ± 3 J.; 22 ± 2 kg/m^2) und Sportlehramt-Student(inn)en (SL: $n=53$; 21 ± 2 J.; 22 ± 2 kg/m^2) wurden zu Beginn ihres Studiums in die vorliegende Längsschnittuntersuchung eingeschlossen. Die Datenerhebung erfolgte zu Studienbeginn und nach 5 Jahren zum Ende des Studiums bzw. zum Beginn des Referendariats. Neben den Parametern des Metabolischen Syndroms (Taillenumfang, Blutdruck, Triglyzeride, HDL-C, Glucose) wurde die gesamte und regionale Körperfettmasse mittels DXA-Methode sowie die maximale Sauerstoffaufnahme als unabhängiger Prädiktor der Herz-Kreislauf-Mortalität (Keteyian et al., 2008) mittels Lauf-Stufentest bis zur subjektiven Ausbelastung bestimmt. Primärer Endpunkt war der aus den Einzelparametern (s. o.) kalkulierte Metabolisches Syndrom Z-Score (METS-Score) nach Johnson et al. (Johnson et al., 2007).

Bei vergleichbaren Werten für den METS-Score zu Studienbeginn zeigten sich im Verlauf signifikante Zwischengruppenunterschiede bezüglich der Entwicklung des Scores ($p=.005$). Während die Sportstudent(inn)en eine grenzwertig signifikante Reduktion ($p=.050$) des Risikos zeigten, wies die Gruppe der Zahnmedizin-Student(inn)en eine signifikante Erhöhung des Risikos auf ($p=.048$). Sowohl die gesamte (SL: $+432\pm 2241$ vs. ZM: $+1324\pm 3429$ g; $p=.203$) wie auch die abdominale Fettmasse ($+20\pm 217$ vs. $+202\pm 426$ g) zeigte in der Gruppe der Zahnmedizin-Student(inn)en eine ungünstigere Entwicklung im Sinne einer größeren

Zunahme ($p=.029$). Die $VO_2\text{max}$ zeigte in der Gruppe der Zahnmedizin-Student(inn)en eine negativere Entwicklung im Sinne eines Abfalls ($+1,9\pm 5,0\%$ vs. $-3,6\pm 6,5$; $p=.001$).

Fazit

Bereits während des Studiums ist bei Zahnmedizinern ein Anstieg des Risikos für metabolische und kardiale Erkrankungen zu verzeichnen. Vor dem Hintergrund der einseitigen Arbeitsbelastung bei meist gleichzeitig mangelndem Ausgleich, besitzen aus präventivmedizinischer Sicht gezielte Gesundheitssportprogramme und eine Erhöhung der Alltagsaktivität gerade bei Zahnmedizinern einen hohen Stellenwert.

Förderung: ELAN-Stipendium der Universität Erlangen-Nürnberg

Literatur

- Alexander, R.E. (2001): Stress-related suicide by dentists and other health care workers. Fact or folklore? *J Am Dent Assoc*, 132 (6). 786-794.
- Johnson, J.L., Slentz, C.A., Houmard, J.A., Samsa, G.P., Duscha, B.D., Aiken, L.B., McCartney, J.S., Tanner, C.J., Kraus, W.E. (2007): Exercise training amount and intensity effects on metabolic syndrome (from Studies of a Targeted Risk Reduction Intervention through Defined Exercise). *Am J Cardiol*, 100 (12). 1759-1766.
- Keteyian, S.J., Brawner, C.A., Savage, P.D., Ehrman, J.K., Schairer, J., Divine, G., Aldred, H., Ophaug, K., Ades, P.A. (2008): Peak aerobic capacity predicts prognosis in patients with coronary heart disease. *Am Heart J*, 156 (2). 292-300.
- Kivimäki, M., Leino-Arjas, P., Luukkonen, R., Riihimäki, H., Vahtera, J., Kirjonen, J. (2002): Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. *BMJ*, 325 (7369). 857.
- O'Shea, R.M., Corah, N.L., Ayer, W.A. (1984): Sources of dentists' stress. *J Am Dent Assoc*, 109 (1). 48-51.

Geschlechtsunterschiede in der autonomen kardiovaskulären Regulation: Ein Replikationsversuch

Mussgay, L. (1,2), Rüdgel, H. (1,2)

- (1) Psychosomatische Fachklinik St. Franziska-Stift, Bad Kreuznach,
(2) Abteilung für Verhaltensmedizin und Rehabilitation des Forschungszentrums für Psychobiologie und Psychosomatik, Universität Trier

Hintergrund und Fragestellung

In den vergangenen Jahren wurden verschiedene Arbeiten veröffentlicht, die auf Unterschiede in der autonomen kardialen Kontrolle zwischen Männern und Frauen hinweisen (Rossy, Thayer, 1998; Thayer et al., 1998; Voss et al., 2011). In der Tendenz ergab sich das Bild, dass Frauen eine höhere vagale Kontrolle hätten bzw. eine verstärkte Herzratenvariabilität (HRV) aufwiesen. Diese Unterschiede seien besonders bei bestehender Depressivität ausgeprägt.

Das Ziel unserer Untersuchung ist ein Replikationsversuch an einer größeren Datenmenge, die im Laufe unserer Labortätigkeit zwar im Rahmen verschiedener Untersuchungen, jedoch in vergleichbaren Ableitesituationen angefallen ist.

Methodik

Einbezogen wurden 874 Patienten, bei denen jeweils zu Beginn der Rehabilitation während einer 5-minütigen Ruhephase (Instruktion: Bitte bleiben Sie ruhig sitzen, denken Sie an nichts Besonderes.) das EKG, der kontinuierliche Fingerblutdruck sowie die Atemtätigkeit aufgezeichnet wurden. Die Stichprobe bestand aus 303 Frauen (34,7 %) und 571 Männern (65,3 %). 43,5 % (Frauen 42,1 %, Männer 46,2 %) der Patienten wiesen eine F4-Diagnose auf (ICD-10: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen), 38,6 % (Frauen 43,5 %, Männer 37,1 %) eine F3-Diagnose (ICD-10: Affektive Störungen).

Die Herzratenvariabilitätskennwerte wurden spektralanalytisch ausgewertet. Die HRV wurde bzgl. der totalen Varianz, dem niedrigen und dem hohen Frequenzband ausgewertet. Die Bestimmung der Baroreflex-Sensitivität (BRS) beruhte ebenfalls auf spektralanalytischen Methoden, sofern die Kohärenz zwischen EKG-Spektrum und Blutdruckspektrum $r > .35$ betrug.

Aus der Klinikroutinediagnostik konnten Werte zu Depressivität (ADS), Gewicht (BMI), Alter (Jahre), Geschlecht sowie Haupt- und den Nebendiagnosen übernommen werden.

Es wurden Korrelationen zwischen dem ADS-Wert, dem BMI und dem Alter berechnet, um die Notwendigkeit einer Kovariatenbildung abzutesten. Es ergaben sich bzgl. des ADS keine Korrelationen, beim BMI war dies bzgl. der BRS der Fall, das Alter war mit allen Variablen korreliert.

Ergebnisse

Bei den Indizes der Herzratenvariabilität ergaben sich in Varianzanalysen mit dem Alter als Kovariate für das sympathisch und parasympathisch vermittelte niedere Frequenzband signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Frauen wiesen höhere Werte auf (Haupteffekt Geschlecht; $df = 2/872$; $F = 4,62$; $p = .03$). In dieselbe Richtung, diesmal jedoch nur tendenziell, zeigten Frauen höhere Werte im parasympathisch dominierten Oberen Frequenzband (Haupteffekt Geschlecht; $df = 2/872$; $F = 3,36$; $p = .07$). Die gesamte HRV war nicht unterschiedlich ($p = .24$).

Die BRS zeigte sich bei Berücksichtigung von Alter und BMI als Kovariate ebenfalls für Frauen höher als für Männer (Haupteffekt Geschlecht; $df = 3/780$; $F = 5,66$; $p = .02$).

Diskussion

Unsere Auswertung konnte an einer großen Stichprobe die in der Literatur berichteten Unterschiede zwischen Männern und Frauen replizieren. Sowohl mittleres und hohes Frequenzband der Herzratenvariabilität als auch die Baroreflex-Sensitivität waren jeweils für Frauen stärker ausgeprägt. Die Unterschiede sind dabei allein auf das Geschlecht zurückführbar, bei der Auswertung wurden die Einflüsse von Alter und Gewicht statistisch berücksichtigt.

Schlussfolgerungen

Die Geschlechtsverteilung sollte bei allen Untersuchungen mit Kennwerten der autonomen kardiovaskulären Regulation, vor allem bzgl. ihrem relativen Anteil in den verwendeten Vergleichspopulationen, Berücksichtigung finden. Gegenwärtig ist noch weitgehend offen, welche physiologischen Gegebenheiten letztlich für diese Unterschiedlichkeit verantwortlich zeichnen. Nugent et al. (2011) fanden erste Hinweise auf unterschiedlich ausgeprägte Amygdalafunktionen.

Literatur

- Nugent, A.C., Bain, E.E., Thayer, J.F., Sollers, J.J., Drevets, W.C. (2011): Sex differences in the neural correlates of autonomic arousal: a pilot PET study. *Int. J. Psychophysiol.*, 80. 182-191.
- Rossy, L.A., Thayer, J.F. (1998): Fitness and gender-related differences in heart period variability. *Psychosom. Med.*, 60. 773-781.
- Thayer, J.F., Smith, M., Rossy, L.A., Sollers, J.J., Friedman, B.H. (1998): Heart period variability and depressive symptoms: gender differences. *Biol. Psychiatry.*, 44. 304-306.
- Voss, A., Boettger, M.K., Schulz, S., Gross, K., Bär, K.J. (2011): Gender-dependent impact of major depression on autonomic cardiovascular modulation. *Prog. Neuropharmacol. Biol. Psychiatry.*, 35. 1131-1138.

Kosteneffektivität eines Langzeit-Sekundärpräventionsprogramms nach kardialer Rehabilitation bei einer Kohorte mit niedriger Schulbildung: Eine randomisierte kontrollierte Studie

Mayer-Berger, W. (1), Redaelli, M. (2,3), Simic, D. (2), Kohlmeyer, M. (1), Seiwerth, B. (1)
(1) Klinik Roderbirken, Leichlingen,
(2) Institut für Gesundheitsökonomie und klinische Epidemiologie, Uniklinik Köln,
(3) Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf

Hintergrund und Fragestellung

Die Studie "Sekundärprävention bei Patienten mit Koronarer Herzkrankheit durch Anschlussheilbehandlung und konzeptintegrierter evidenzbasierter Nachsorge", kurz SeKoNa, hat gezeigt, dass durch die Telefon-gestützte Nachsorge die psychosoziale Belastung und die morbiditätsbedingte Frühverrentung deutlich gesenkt werden konnte. Welche gesundheitsökonomische Bedeutung kommt diesem Ergebnis zu?

Methodik

In dieser randomisierten, kontrollierten Studie (ISRCTN 15954342, Laufzeit 3 Jahre) sind 600 Patienten (297 Interventionsgruppe, 303 Kontrollgruppe) am Ende einer kardiologischen Rehabilitation eingeschlossen worden. Die Patienten gehören überwiegend der bildungsfernen und einkommensschwachen Schicht an. Die Interventionsgruppe erhielt in den ersten drei Monaten nach Rehabilitationsende monatlich telefonische Betreuung dann vierteljährlich bis Ende der 36 Monate. Zusätzlich gab es noch einen halbtägigen Refresher-Tag nach einem halben Jahr nach Entlassung. Auf Basis der biomedizinischen (primärer Endpunkt)

und gesundheitsökonomischen (sekundärer Endpunkt) Studiendaten sowie den Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung (DRV) erfolgten die Berechnungen der finanziellen Belastung der DRV durch die genannten Erwerbsminderungsrenten vor dem gesetzlichen Renteneintrittsalter (Männer 65. LJ, Frauen 63. LJ). Dabei wurden vom Zeitpunkt der Rentengewährung bis zum tatsächlichen Altersrenteneintritt die Rentenmonate extrapoliert. Ausgangspunkt sind die eingesparten Rentenbezüge (50 % Teilrente, 100 % Vollrente) adjustiert nach Geschlecht, Lebensalter- bzw. Erwerbsjahren sowie durchschnittlicher Bezugshöhe der Rente zum Zeitpunkt des Studienendes (2010).

Ergebnisse

Die biomedizinischen Daten weisen einen moderaten Effekt auf. Die deutlich geringere Zahl bei der morbiditätsbedingten Frühverrentung in der Interventionsgruppe führen in der extrapolierten, äußerst regressiven Kostenanalyse zu einem möglichen Einsparpotential für die DRV in Höhe von mindestens 7 Millionen € pro Jahr, bereits unter der Berücksichtigung von 600,- € pro Versicherten pro Jahr an Nachsorgekosten.

Folgerung

Die Telefon-gestützte, strukturierte Sekundärprävention scheint ein kosteneffektives Nachsorgekonzept zu sein. Im Hinblick auf den demografischen Wandel und die verlängerte Lebensarbeitszeit sollte über ein flächendeckendes und morbiditäts-übergreifendes Telefon-gestütztes Nachsorgekonzept in der Rehabilitation diskutiert werden.

Förderung: Rehabilitationsforschungsnetzwerk der Deutschen Rentenversicherung Rheinland (refonet)

www.herzwegweiser.de – Entwicklung und Umsetzung eines Internetportals für die Nachsorge von kardiologischen Rehabilitanden und deren Behandlern

Stamm-Balderjahn, S., Bartel, S., Spyra, K.

Institut für medizinische Soziologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund

Ein zentrales Anliegen von Maßnahmen in der Nachsorge ist die Verstetigung der während einer Rehabilitation erzielten Erfolge. Für die Umsetzung einer nachhaltigen Lebensstiländerung kommt dem Patienten als eigenständigem Manager seiner Gesundheit eine besondere Bedeutung zu. Hierfür benötigt er neben der Aufklärung über sein konkretes Krankheitsbild auch Informationen, die ihn dazu befähigen, individuelle Nachsorgeangebote in seiner Wohnumgebung zu finden. Auf diese Informationen sollte bereits in der behandelnden Reha-Einrichtung hingewiesen werden, denn davon ist nachweislich die Teilnahmequote an Nachsorgemaßnahmen abhängig (Klosterhuis et al., 2002; Stamm-Balderjahn et al., 2012). Insgesamt besteht jedoch im Hinblick auf das Angebot gesundheitsfördernder Maßnahmen für die Phase-III-Rehabilitation ein Informationsdefizit bei Rehabilitanden und Ärzten. Bei der Suche nach einem geeigneten Transfer der Informationen eröffnet die Anwendung moder-

ner Informationstechnologien neue Perspektiven. Eine immer bedeutendere Rolle spielt dabei das Internet. So stellte Birkmann et al. (2006) in einer Untersuchung zur allgemeinen Nutzung webbasierter Gesundheitsdienste fest, dass 62,3 % der Internetnutzer nach gesundheitsbezogenen Informationen suchen.

Zielstellung

Es soll ein Internet-Portal für Rehabilitanden mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen und deren Behandler für die Region Berlin-Brandenburg entwickelt werden, mit dessen Hilfe diese Zielgruppen umfassende Informationen zu wohnortnahen Nachsorgeangeboten abrufen können. Dem medizinischen und therapeutischen Fachkollegium soll die Möglichkeit des Austausches geboten werden, um die Vernetzung der kardiologischen Rehabilitation zu verbessern.

Methodik

Um die Erwartungen und Bedarfe der Nutzergruppen an das Internet-Portal zu ermitteln, wurden fünf Gruppendiskussionen mit 41 Rehabilitanden sowie leitfadengestützte Interviews mit drei Experten aus dem medizinischen Fachkreis geführt. Zudem wurde ein Workshop mit 10 Experten (u. a. Kardiologen, Herzgruppenleiter, Therapeuten) durchgeführt, in dem mithilfe der 6-3-5 Brainwriting-Methode (Rohrbach, 1969) die wesentlichen Inhalte des geplanten Portals erarbeitet wurden.

Ergebnisse

Ein von Rehabilitanden und Experten gleichermaßen wichtiger Inhalt für ein Internetportal der kardiologischen Nachsorge ist die Bereitstellung von Informationen zu bestehenden Angeboten, die sich im nahen Umfeld des Rehabilitanden befinden (z. B. Herzgruppen, Tabakentwöhnungsmaßnahmen, Selbsthilfegruppen). Diese sollen mithilfe einer leicht zu bedienenden Suchfunktion schnell gefunden und bei Bedarf ausgedruckt werden können. Zu jedem Nachsorgeangebot werden detaillierte Angaben zur Adresse, den Öffnungszeiten und Möglichkeiten der Kontaktaufnahme gewünscht. In Bezug auf Herzgruppenangebote wird von Rehabilitanden häufig der Wunsch geäußert, auch die Programminhalte der Übungen bzw. Trainingsstunden bekanntzugeben. Daneben besteht ein Anliegen auf umfassende Aufklärung über das vorliegende Krankheitsbild sowie Möglichkeiten der weiteren Behandlung und Prävention. Von den behandelnden Ärzten werden die Bereitstellung von Antragsformularen (z. B. Verordnung von ambulantem Rehabilitationssport) und Behandlungsleitlinien nachgefragt. Eine besonders hohe Nachfrage seitens der Behandler hat sich im Hinblick auf niedrigschwellige Informationen zu Angeboten von Tabakentwöhnungsmaßnahmen gezeigt. Hier besteht offensichtlich ein Defizit, diese Informationen in geeigneter Form und gebündelt abrufen zu können. In diesem Zusammenhang wird der Austausch innerhalb eines Forums als sinnvoll erachtet, der eine zielgerichtete und schnelle Zuweisung des Rehabilitanden ermöglichen soll.

Ausblick

Das Internet-Portal wird dem Nutzerkreis mit Beginn des Jahres 2014 zur Verfügung stehen. Mit der Durchführung einer standardisierten Befragung von Rehabilitanden mit kardiovaskulären Erkrankungen (N=200) und medizinischen Fachkollegen (N=50) ist eine Prozess-Evaluation geplant.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg

Literatur

- Birkmann, C., Dumitru, R.C., Proskosch, H.-U. (2006): Evaluation of Health-related Internet Use in Germany. *Methods of Information in Medicine*, 45. 367-76.
- Klosterhuis, H., Gross, B., Winnefeld, M. (2002): Erfolgreiche Rehabilitation braucht Nachsorge und Selbsthilfe – ihr Stellenwert in der Rehabilitation der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA). *Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V., Selbsthilfegruppenjahrbuch*. 90-100.
- Rohrbach, B. (1969): Kreativ nach Regeln – Methode 635, eine neue Technik zum Lösen von Problemen. *Absatzwirtschaft*, 19. 73-76.
- Stamm-Balderjahn, S., Michel, A., Schleicher, S. (2012): Welchen Einfluss hat ärztliche Informationsvermittlung auf das Gesundheitsverhalten von kardiologischen Rehabilitanden in der Phase-III-Rehabilitation? *Ergebnisse der CARO-QMS-Studie. DRV-Schriften*, Bd 98. 403-404.

Stratifizierte Analyse des Aktivitätsverhaltens und des Medienkonsums von übergewichtigen Kindern und Jugendlichen in therapeutischer Betreuung unter Einbeziehung von soziodemographischen Variablen

Wulff, H., Müller, P., Wagner, P.

Institut für Gesundheitssport und Public Health, Universität Leipzig

Einleitung

Medienkonsum ist für Kinder und Jugendliche ein bedeutsamer Lebensbestandteil, der zu reduzierter körperlicher und sozialer Aktivität führen und mit gesundheitlichen Risiken sowie Übergewicht assoziiert sein kann. Es stellt sich die Frage, ob es Unterschiede im Aktivitätsverhalten in Abhängigkeit vom Mediennutzungsverhalten gibt und ob sich körperlich Aktive gegenüber Inaktiven in ihrem Medienverhalten unterscheiden. Folglich soll unter Einbeziehung soziodemografischer Variablen ein Risikoprofil für übermäßigen Medienkonsum und körperliche Inaktivität erstellt werden, wodurch spezifische Interventionen für die therapeutische Praxis und die Therapiecurricula abgeleitet werden könnten.

Methode

Im Rahmen einer Querschnittsanalyse wurden in 5 Bundesländern bei 320 Adipositastherapieitnehmern mittels Fragebogen soziokulturelle Merkmale, das Aktivitätsverhalten und Aspekte des Medienkonsums erfasst.

Ergebnisse

Die Altersrange der Stichprobe lag zwischen 10 und 19 Jahren (14,5 Jahre, SD= 1,7), wobei 53,6 % der Befragten weiblich waren. 47,3 % besuchten eine Realschule, 22,8 % das Gymnasium und 9,4 % die Hauptschule. Die Befragten waren durchschnittlich an 3 Tagen/Woche mindestens 1 Stunde körperlich aktiv. Sie nutzen im Mittel täglich je 1-2 Stunden Medien wie den PC, Spielkonsole und Fernseher.

Der Vergleich der Mittelwerte der Mediennutzung und Aktivität erfolgte in den Strata: "Vielnutzer" (>3 Stunden Mediennutzung/Tag) und "Wenignutzer" (<1 Stunde Mediennutzung/Tag). Als "Aktiv" wurden alle bezeichnet, die sich 7 Tage pro Woche für mindestens 60 Minuten täglich körperlich betätigen. "Inaktiv" sind alle, die sich weniger als drei Tage bewegen. Die Analyse der Unterschiede hinsichtlich körperlicher Aktivität zwischen "Viel- und Wenignutzern" zeigt, dass sich "Vielnutzer" im Mittel signifikant weniger bewegen als "Wenignutzer". "Inaktive" nutzen den Fernseher im Mittel täglich länger als "Aktive".

Die Analyse der Assoziationen zwischen soziodemografischen Variablen und dem Aktivitäts- und Mediennutzungsverhalten ergibt folgende Risikoprofile: Die Chance, inaktiv zu werden, ist bei weiblich Befragten erhöht (OR=2,8; 95 %-KI: 1,22 - 6,58), dies gilt auch für Über-14-jährige (OR=2,6; 95 %-KI: 1,14 - 6,14) und tendenziell für die Hauptschüler (OR=4,0; $p=0,07$). Übermäßige Medienkonsumenten sind vornehmlich Jungen (OR=6,1; 95 %-KI: 2,71 - 13,85), 14 Jahre und älter und tendenziell Hauptschüler (OR=4,0; $p=0,07$). Es bleibt festzuhalten, dass aktive und inaktive übergewichtige Kinder und Jugendliche neue Medien umfangreich nutzen. Es lassen sich Risikogruppen selektieren, insbesondere inaktive Mädchen und medienaffine Jungen ab 14 Jahren, die tendenziell die Hauptschule besuchen. Für diese Gruppen sollten im therapeutischen Setting künftig spezifische Angebote konzipiert werden, um das Gesundheitsverhalten nachhaltig zu beeinflussen.

Überleitung onkologischer Patienten aus der akutstationären Behandlung in die Anschlussrehabilitation: Erste Ergebnisse einer Befragung deutscher Rehabilitationskliniken

Schmidt, H. (1), Abraham, J. (1), Landenberger, M. (1), Jahn, P. (1,2)

(1) Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle, (2) Universitätsklinikum Halle

Hintergrund

Die Belastung onkologischer Patienten durch multiple Symptome und Funktionseinschränkungen kann im Krankheitsverlauf zu psychosozialen Folgen, Einschränkungen der Lebensqualität und der Teilhabe am gesellschaftlichen und beruflichen Leben führen (Pottins et al., 2009). Das Ziel der onkologischen Rehabilitation bzw. Anschlussheilbehandlung (AHB) besteht in einer weitgehenden Reduktion dieser Beeinträchtigungen (Elling et al., 2009) sowie einer Reintegration. Die Rehabilitation stellt daher ein wichtiges Element im Nachsorgeprozess dar. Aktuelle Studien und Gutachten zeigen jedoch eine mangelnde Vernetzung und Schnittstellenprobleme zwischen ambulanter und stationärer Akutbehandlung und Rehabilitation (Assmann et al., 2012; Pohontsch et al., 2010; Pottins et al., 2009).

Zielstellung

Ziel der Befragung war es, aus Sicht der Rehabilitationseinrichtungen Informationen zu möglichen Optimierungspotentialen bezüglich der Überleitung aus den Einrichtungen der Akutversorgung zu gewinnen.

Methodik

In einer Querschnittstudie wurde mittels eines teilstrukturierten Fragebogens eine deutschlandweite Befragung der leitenden Ärzte von 138 Rehabilitationskliniken mit onkologischem Schwerpunkt durchgeführt. Die Auswertung der Daten erfolgte deskriptiv.

Ergebnisse

Es beteiligten sich 34 % (n=47) der angeschriebenen Einrichtungen. Aufgrund der Befragung konnten 3 Hauptproblembereiche bezüglich der Überleitung identifiziert werden, welche Planung und Durchführung der Rehabilitation onkologischer Patienten erschweren können:

1. Eingeschränkter Informationsfluss v. a. bezüglich der körperlichen, aber auch der sozialen, psychischen und kognitiven Verfassung der Patienten (vgl. Tab. 1). In diesen Fällen kann das Potential der Rehabilitation für Patienten z. B. durch einen verzögerten Beginn der Rehabilitation nicht voll ausgeschöpft werden.
2. Der kognitive oder körperliche Zustand mancher Patienten kann zu teilweise erheblich gesteigertem Reha-Aufwand oder einer Begrenzung der Reha-Ziele führen. Dies kann

z. B. durch Multimorbidität oder einen erhöhten medizinischen Behandlungsbedarf bedingt sein (vgl. Tab. 2).

3. Patienten sind zum Teil nur ungenügend über die Inhalte, Methoden und Ziele einer Rehabilitationsbehandlung informiert. Unklare oder falsche Erwartungen bezüglich der Inhalte und Methoden einer Rehabilitation können die Motivation der Patienten beeinträchtigen, sich aktiv an den Angeboten zu beteiligen.

Es fehlen Informationen: n=47	nie	selten	öfter	häufig
... zu relevanten Daten des Krankheitsverlaufs, Befunden, Entlassungsberichten	-	14	24	9
... zu Nebendiagnosen und sich daraus ergebenden Funktionseinschränkungen	-	11	26	10
... zu körperlichen Einschränkungen	-	16	23	8
... zum psychischem Zustand	-	11	22	13
... zu kognitiven Einschränkungen (bspw. Demenz)	1	22	15	9
... zu sozialen Problemen	1	7	21	18
... zur psychoonkologischen Betreuung	1	10	21	14

Tab. 1: Fehlende Informationen aus den Akutkrankenhäusern über die Patienten zu Beginn der Reha (n=47) (Mehrfachnennung und Ergänzung möglich)

Erhöhter Reha-Aufwand durch: n=47	nie	selten	öfter	häufig
Internistischen Behandlungsbedarf	-	5	30	11
Chirurgischen Behandlungsbedarf z. B. Wundheilungsstörungen	-	12	30	5
Multimorbidität mit schwerwiegenden funktionalen Einschränkungen	-	14	27	6
Palliative Situation	2	31	12	2
Fehlende Informationen der Patienten zu Zielen und Therapieinhalten der Reha	1	11	25	10
Fehlende Reha-Motivation der Patienten	6	34	7	-

Tab. 2: Gründe für erhöhten Reha-Aufwand (n=47) (Mehrfachnennung und Ergänzung möglich)

Zusammenfassung und Ausblick

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es deutliche Anzeichen für einen Optimierungsbedarf bei der Überleitung onkologischer Patienten aus der Akutbehandlung in die Rehabilitation gibt, der aktuell Gegenstand einer weiterführenden Studie ist. Ziel dieser Studie ist die Entwicklung und Pilotierung eines modularen, an der ICF orientierten, Assessment-Tools auf Grundlage der bestehenden pflegerischen Routinedokumentation, um die Überleitung onkologischer Patienten in die Anschlussrehabilitation zu optimieren.

Literatur

Assmann, C., Iseringhausen, O., Schott, T. Staender, J. (2012): Übergänge gestalten! Patientenorientierung und vernetzte Versorgung zwischen den Sektoren. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): DRV-Schriften, Bd 98. 151-153.

- Elling, D., Gellert, K., Kerschgens, C., Krahl, D., Krüger-Corcoran, D., Matthias, M., Menges, G., Reißhauer, A., Rex, G., Schostak, M., Stockfleth, E. (2009): Katalog zur Onkologischen Rehabilitation. Berlin.
- Pohontsch, N., Deck, R. (2010): Überwindung von "Schnittstellenproblemen" in der medizinischen Rehabilitation. Ein Pilotprojekt zur Optimierung der Zusammenarbeit von Reha-Kostenträgern, Reha-Einrichtungen und ambulanter Versorgung. Monitor Versorgungsforschung, 06. 40-43.
- Pottins, I., Irle, H., Korsukéwitz, C. (2009): Deutsche Rentenversicherung: Stand und Perspektiven der onkologischen Rehabilitation. RVaktuell, 56/8. 267-275.

Bedarfsgerechte psychoonkologische Betreuung in der fachspezifischen onkologischen Rehabilitation – Patientengruppenspezifischer Bedarf und gezielte Zuweisung durch Kombination von Screening und speziellen Anamneseverfahren

Hamsch, S. (1), Elter, A. (1), Stark, I. (1), Staudy, N. (1), Zermann, D.-H. (1,2)
(1) Vogtland-Klinik Bad Elster, (2) Deutsche Akademie für Kurortwissenschaft und Rehabilitationsmedizin Bad Elster

Einleitung

Neben der funktionellen Wiederherstellung stellt vor allem auch die psychische Verarbeitung der Erkrankung einen unabdingbaren Bestandteil einer nachhaltig erfolgreichen Rekonvaleszenz im Rahmen der ganzheitlichen Rehabilitation nach Therapie einer Tumorerkrankung dar. Die frühzeitige und präzise Selektion belasteter Rehabilitanden ist von zentraler Bedeutung, um bereits im Verlauf einer Anschlussrehabilitation gezielt Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung leisten zu können.

Die vorliegende Studie intendiert, einen Überblick über den psychologischen Beratungs- bzw. Betreuungsbedarf onkologischer Rehabilitanden in Abhängigkeit von Tumorentität, Geschlecht und Altersgruppenzugehörigkeit sowie über die derzeitige ärztliche Zuweisungsgenauigkeit zu entsprechenden psychoonkologischen Interventionen zu geben, um die zukünftige Selektion beraterbedürftiger Rehabilitanden weiter zu optimieren.

Methodik

Über einen Zeitraum von 6 Monaten hinweg wurden 1.528 Rehabilitanden zu Beginn ihrer Rehabilitationsmaßnahme im Rahmen einer systematischen ärztlichen Anamnese und davon unabhängig mittels des Screening-Fragebogens FBK-R23 (Herschbach, Weis, 2008) auf ihre krankheitsbezogene psychische Belastung hin untersucht, wobei ein Gesamtscore von über 34 im FBK-R23 auf eine erhöhte psychische Belastung hindeutet (ebd.). Die Ergebnisse dieser Untersuchung wurden mittels Chi-Quadrat-Vierfeldertests (SPSS) sowohl absolut als auch tumorgruppenspezifisch auf Belastungsunterschiede zwischen Rehabilitanden im erwerbstätigen (<65 Jahre) und nicht mehr erwerbstätigen Alter (≥65 Jahre) sowie Unterschiede bezüglich des Geschlechts hin analysiert.

Neben dieser Erhebung wurde explorativ ein Vergleich der Ergebnisse des FBK-R-23-Screenings und der ärztlichen Anamnese psychisch belasteter Rehabilitanden vorgenommen. Die Fälle von 277 zufällig ausgewählten Rehabilitanden wurden deskriptivstatistisch auf die Übereinstimmung beider Selektionsmethoden überprüft.

Ergebnisse

Bezogen auf die Gesamtstichprobe (72,7 % Männer, 27,3 % Frauen mit einem Durchschnittsalter von 66,3 Jahren und unterschiedlichen onkologischen Diagnosen (Prostatakarzinom - 52,4 %, Mammakarzinom - 14,8 %, Nierenkarzinom - 14,6 %, Harnblasenkarzinom - 6,7 %)) erwiesen sich Rehabilitanden im arbeitsfähigen Alter mit einem gemittelten FBK-Summenwert von 21,14 als statistisch signifikant höher belastet als ältere mit einem gemittelten FBK-Summenwert von 16,24.

Die Analyse der einzelnen Indikationsgruppen ergab eine hochsignifikant häufigere starke Belastung jüngerer Mammakarzinompatientinnen als älterer Mammakarzinompatientinnen. Dieser Unterschied blieb bei Nieren- und Prostatakarzinomen knapp unter der Signifikanzgrenze, zeigte sich bei Harnblasenkarzinomen allerdings kaum. Hierbei ist anzumerken, dass Harnblasenkarzinompatienten generell ein sehr hohes psychisches Belastungsniveau aufwiesen.

Ein signifikanter Unterschied zeigte sich im Gesamtvergleich weiblicher und männlicher Rehabilitanden. Der FBK-Summenwert bei Frauen betrug im Mittel 20,74 – bei Männern hingegen nur 17,16.

Die Analyse des ärztlichen Zuweisungsverhaltens aufgrund der Patientenanamnese ergab in 9 % der Fälle eine Übereinstimmung ärztlich verordneter psychologischer Einzelgespräche mit erhöhten Belastungswerten im FBK-R23. In 56,7 % der Fälle korrespondierten nicht verordnete Gespräche mit niedrigen Testwerten. Insgesamt ergab sich eine Übereinstimmung ärztlicher und testdiagnostischer Selektion von 65,7 %. Eine ärztliche Zuweisung bei unauffälligen Tests erfolgte in 24,5 % der Fälle. Die Rate allein aufgrund des Fragebogens initiiert Interventionen betrug 9,7 % (Tab. 1).

	Anamneseergebnis	FBK-R23-Screening	Summenanteil (%)
Psycho-onkologischer Betreuungsbedarf	Ja	Ja	9
	Nein	Nein	56,7
	Ja	Nein	24,5
	Nein	Ja	9,7

Tab. 1: Ärztliche + testdiagnostische Selektion des psychoonkologischen Betreuungsbedarf

Diskussion und Schlussfolgerung

ÄrztInnen waren aufgrund umfassender psychoonkologischer Schulungen bereits im Rahmen des Aufnahmegespräches in fast 2/3 der Fälle in der Lage, potenziell betreuungsbedürftige bzw. nicht betreuungsbedürftige Rehabilitanden in Übereinstimmung mit dem Ergebnis des FBK-R23 zu selektieren und ggf. entsprechenden psychologischen Interventionen zuzuweisen. Die Kombination aus ärztlicher Anamnese und FBK-R23-Screening bewirkte eine zusätzliche Verbesserung des diagnostischen Gesamtprozesses, da hierdurch nahezu 80 % der potenziell betreuungsbedürftigen Rehabilitanden, die sich außerhalb der "Kerngruppe" befanden, identifiziert wurden.

Jüngere und damit in der Regel noch erwerbstätige Rehabilitanden zeigten in der untersuchten Stichprobe die häufigsten psychischen Belastungen und somit den größten Bedarf an psychologischer Betreuung. Sie konnten durch den oben beschriebenen dualen Diagnostikprozess bedarfsgerechten psychoonkologischen Interventionen zugeführt werden (psychologische Einzelinterventionen, Entspannungstherapien, psychologische Gruppengespräche zur Tumorbewältigung). Inwiefern die Rehabilitanden von entsprechenden Interventionen profitieren, wurde bereits in einer früheren Erhebung untersucht (Zermann et al., 2012).

Die nachgewiesene hohe psychische Belastungsrate insbesondere potentiell erwerbstätiger Rehabilitanden verdeutlicht die Wichtigkeit und Notwendigkeit einer möglichst frühen und präzisen Einleitung psychoonkologischer Interventionen. Wie Ergebnisse des explorativen Teils dieser Studie implizieren, stellt die Kombination ärztlich-psychoonkologischen Fachwissens und der Anwendung wissenschaftlich fundierter Screeninginstrumente einen wichtigen Schritt in diese Richtung dar.

Förderung: Deutsche Akademie für Kurortwissenschaften und Rehabilitationsmedizin Bad Elster e. V.

Literatur

Herschbach, P., Weis, J. (2008): Screeningverfahren in der Psychoonkologie: Testinstrumente zur Identifikation betreuungsbedürftiger Krebspatienten. Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Berlin.

Zermann, D.-H., Stark, I., Elter, A., Penzhorn, J., Staudy, N., Wolf, I. (2012): Bedarf und Ergebnisse psychoonkologischer Interventionen bei Erwerbstätigen während einer fachspezifischen onkologischen Anschlussrehabilitation. DRV-Schriften, Bd 98. 410-412.

Nebenwirkungsorientierte statt entitätsorientierte Behandlungspfade für die bewegungstherapeutische Betreuung von onkologischen Patienten

Wiskemann, J., Scharhag-Rosenberger, F.

AG Bewegung und Krebs, Nationales Centrum für Tumorerkrankungen Heidelberg,
Universitätsklinikum Heidelberg

Hintergrund

Sport und Bewegung in der onkologischen Rehabilitation und bewegungstherapeutischen Betreuung von Krebspatienten haben in den letzten Jahren immer mehr an Bedeutung gewonnen. Dies liegt zum einem an der steigenden Akzeptanz im klinischen Alltag, aber auch nicht minder an der stetig wachsenden wissenschaftlichen Evidenz zu diesem Themenkomplex (Lakoski et al., 2012). Die überwiegende Anzahl der Studien in diesem Bereich liegen jedoch entitätsspezifisch vor (Schmitz et al., 2010). Entsprechend gelten die Aussagen meist nur für das jeweilige Kollektiv und eine entitätsübergreifende Interpretation ist schwierig bzw. nicht zulässig. Da in der Rehabilitation und bewegungstherapeutischen Behandlung jedoch in der Regel entitätsübergreifend gearbeitet wird und bislang keine SOPs vorliegen, erscheint die Entwicklung nebenwirkungsorientierter Behandlungspfade sinnvoll. Ziel: Ent-

wicklung von evidenzbasierten und nebenwirkungsorientierten sport-/bewegungstherapeutischen Behandlungspfaden für onkologische Patienten mit hohem Praxisbezug.

Methoden

Im Rahmen von systematischen Literaturrecherchen wurden nebenwirkungsorientierte und entitätsübergreifende Behandlungspfade zu den häufigsten Nebenwirkungen bei Tumorkranken erstellt, die die evidenzbasierten Effekte von sport- und bewegungstherapeutischen Studien im onkologischem Setting zusammenfassen. Die Aufbereitung der Pfade erfolgte basierend auf der qualitätsmanagementorientierten Einteilung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Im Bereich der Strukturqualität wurden die wissenschaftlichen Studien zusammengefasst und Kriterien für das Vorliegen der Nebenwirkungssymptomatik definiert. Der Bereich der Prozessqualität definiert die empfohlene Trainingssteuerung nach der FITT-Systematik (Campbell et al., 2012). Der Abschnitt der Ergebnisqualität stellt Möglichkeiten der motorischen und symptombezogenen Assessmentmethoden zusammen. Für jeden Behandlungspfad wurden zudem spezifische sport-/bewegungstherapierelevante Kontraindikationen zusammengestellt.

Ergebnisse

Die erstellten Behandlungspfade geben einen umfassenden Überblick über die evidenzbasierten Effekte von körperlichem Training im Rahmen der onkologischen Behandlung und deren bestmögliche Umsetzung in die Praxis. Es zeigte sich, dass – neben den positiven Einflüssen auf klassische Fitnessparameter – die umfassendste Evidenz für den Bereich der sogenannten Patient-Reported-Outcomes (PROs) vorliegt. So hat Sport- und Bewegungstherapie vor allem einen signifikanten Einfluss auf die Fatiguesymptomatik, depressive und ängstlich Gefühlszustände als auch auf die funktionsbezogene Lebensqualität. Darüber hinaus konnten jedoch auch Effekte auf die Knochendichte, Lymphödementwicklung oder die hämatologische Rekonstitution nachgewiesen werden. Die stärkste Evidenz liegt im Bereich von Mamma-, Prostatakarzinomen und hämatologischen Tumoren vor. Sowohl Ausdauer- als auch Krafttraining in einem Trainingsumfang von 2-5 Trainingseinheiten pro Woche haben sich als wirksam erwiesen.

Diskussion und Schlussfolgerung

Die entwickelten evidenzbasierten, nebenwirkungsorientierten und entitätsübergreifenden Behandlungspfade stellen eine wesentliche Grundlage für die Implementierung einer SOP-basierten sport- und bewegungstherapieorientierten Behandlungsentscheidung/-planung in der Onkologie dar. Aufbauend auf der erstellten Systematik lassen sich zudem Trainingsplanungen/-empfehlungen aussprechen, die präventive Zielsetzungen (beispielsweise: intensivierte Krafttraining begleitend zur antihormonellen Therapie zur Vermeidung eines medikamenten-induzierten Knochendichteverlustes) verfolgen.

Literatur

- Campbell, K.L., Neil, S.E., Winters-Stone, K.M. (2012): Review of exercise studies in breast cancer survivors: attention to principles of exercise training. *Br J Sports Med*, 46 (13). 909-916.
- Lakoski, S.G., Eves, N.D., Douglas, P.S., Jones, L.W. (2012): Exercise rehabilitation in patients with cancer. *Nat Rev Clin Oncol*, 9 (5). 288-296.

Schmitz, K.H., Courneya, K.S., Matthews, C., Demark-Wahnefried, W., Galvao, D.A., Pinto, B.M., Irwin, M.L., Wolin, K.Y., Segal, R.J., Lucia, A., Schneider, C.M., von Gruenigen, V.E., Schwartz, A.L. (2010): American College of Sports Medicine roundtable on exercise guidelines for cancer survivors. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 42. 1409-1426.

Vorkommen und Therapie des postoperativen Lymphödems bei Brustkrebspatientinnen in der onkologischen Rehabilitation – Analyse von 1.030 Patientenfällen

Hass, H.G. (1), Axmann, D. (1), Kunzmann, V. (2), Zabieglinski, T. (1)

(1) Paracelsus-Klinik Scheidegg, (2) Abt. Hämatologie, Onkologie, Gastroenterologie, Rheumatologie, Universitätsklinikum Würzburg

Hintergrund

Trotz der in den letzten Jahren etablierten operativen Screening-Technik der sentinel node biopsy (SNB) ist das postoperative Lymphödem unverändert eine häufige postoperative Folgestörung mit großer, sozialmedizinischer Relevanz bei Brustkrebs-Patientinnen (Dominick et al., 2013; Lee et al., 2008; Clough-Gorr et al., 2010).

Methodik

Im Rahmen dieser retrospektiven Studie wurde bei 1.030 Patientinnen (Durchschnittsalter $56,3 \pm 10,3$), die von Januar 2010 bis Dezember 2011 eine stationäre Rehabilitation in der Paracelsus-Klinik in Scheidegg durchführten – nach schriftlicher Einverständnis – untersucht, wie häufig ein postoperatives Lymphödem vorlag und ob dessen Inzidenz mit klinischen sowie tumorbiologischen Parametern korrelierte. Bei Vorliegen eines Armlymphödems (Umfangsdifferenz $\geq 1.5\text{cm}$) erfolgte eine multimodale Therapie inkl. Schulung.

Im Rahmen einer weiteren Pilotstudie wurde zudem nach der psychischen Belastung (10-Punkte-Skala) durch das Lymphödem gefragt sowie die Umfangsverbesserung wöchentlich dokumentiert.

Ergebnisse

Insgesamt ließ sich bei 124 Patientinnen (11,9 %) ein Armlymphödem dokumentieren. Dabei zeigte sich gerade bei jüngeren, prämenopausalen Patientinnen ein signifikant häufigeres Vorkommen eines postoperativen Armlymphödems im Vergleich zur Gruppe der postmenopausalen Patientinnen (16,2 % vs. 11,75 %; $P=0.032$). Des Weiteren zeigte sich eine hochsignifikante Korrelation zwischen dem N-Stadium bzw. der Anzahl an resezierten Lymphknoten ($N+$ vs. $N0$; $P=0.0002$), der Subgruppe der sog. "triple negativen" Mammakarzinome (TNBC; $P=0.013$) oder einem entdifferenzierten Tumorgewebe (Grading G3 vs. G1/2; $P=0.0007$) mit dem posttherapeutischen Auftreten eines Armlymphödems.

Auch wenn diese Daten im historischen Vergleich – wie zu erwarten – durch den Einsatz der SNB geringer ausfallen und weitgehend in Übereinstimmung mit der aktuellen Datenlage sind, zeigt sich ein zeitgleich zunehmender Anstieg von Patientinnen, die infolge der multi-

modalen, brusterhaltenden Therapie (BET + RTX, plastischer Brustaufbau) über ein lokales Lymphödem der Brust oder der Thoraxwand klagen. So berichteten weitere 148 Patientinnen in dem analysierten Kollektiv (14,4 %) über teils massive Mißempfindungen und Spannungsbeschwerden im Bereich der operierten Brust.

In der Pilotstudie ließ sich – selbst bei langjährig (5-12 Jahre) bestehendem Armlymphödem – während der Rehabilitation eine deutliche Abnahme der Armschwellung (Reduktion mind. 0.5 - 3.5 cm) dokumentieren. Zusätzlich berichteten 25 % der befragten Patientinnen über eine deutliche bis massive subjektive psychische Belastung (4-8/10) infolge des Lymphödems.

Diskussion / Schlussfolgerung

Diese Daten unterstreicht die unverändert große, sozialmedizinische Bedeutung des postoperativen Armlymphödems bei Brustkrebspatientinnen sowie den Stellenwert der Lymphdrainagebehandlung – selbst bei langjährig bestehenden Lymphödemem – während der onkologischen Rehabilitation. Zudem werden frühere Arbeiten unserer Gruppe bestätigt, in welchen sich zeigte, dass speziell junge Frauen mit TNBC gefährdet sind, sozialmedizinisch relevante Folgestörungen (Lymphödem, PNP) zu erleiden (Zabieglinski et al., 2013). Des Weiteren zeigt sich nochmals, dass es neben der gestörten somatischen Funktion zu einer psychischen Beeinträchtigung der Lebensqualität kommen kann (s. a. O'Toole et al., 2013; Ahmed et al., 2008). Inwieweit sich die durch neue, operative Techniken ansteigende Anzahl an lokalen Brust(wand)ödemen auf die Lebensqualität der Betroffenen auswirkt, müssen zukünftige Studien klären.

Literatur

- Ahmed, R.L., Prizment, A., Lazovich, D., Schmitz, K.H., Folsom, A.R. (2008): Lymphedema and quality of life in breast cancer survivors: the Iowa Women's Health Study. *J Clin Oncol.*, 26 (35). 5689-5696.
- Clough-Gorr, K.M., Ganz, P.A., Silliman, R.A. (2010): Older breast cancer survivors: factors associated with self-reported symptoms of persistent lymphedema over 7 years of follow-up. *Breast J.*, 16 (2). 147-155.
- Dominick, S.A., Madlensky, L., Natarajan, L., Pierce, J.P. (2013): Risk factors associated with breast cancer-related lymphedema in the WHEL Study. *J Cancer Surviv.*, 7 (1). 115-123.
- Lee, T.S., Kilbreath, S.L., Refshauge, K.M., Herbert, R.D., Beith, J.M. (2008): Prognosis of the upper limb following surgery and radiation for breast cancer. *Breast Cancer Res Treat.*, 110 (1). 19-37.
- O'Toole, J., Jammallo, L.S., Skolny, M.N., Miller, C.L., Elliott, K., Specht, M.C., Taghian, A.G. (2013): Lymphedema following treatment for breast cancer: A new approach to an old problem. *Crit Rev Oncol Hematol.*, 88 (2). 437-446.
- Zabieglinski, T., Kunzmann, V., Hass, H.G. (2013): Influence of tumorbiology and subclassification of breast cancer for posttherapeutic impairment and rehabilitation. 13th St. Gallen Breast Cancer Conference 2013, Abstract P255.

Psychische Belastung bei Patientinnen mit Brustkrebs in Abhängigkeit der vorliegenden Tumor-Subklassifikation – Haben Patientinnen mit "triple-negativem" Mammakarzinom mehr krankheitsbezogene Ängste?

Jäger, M., Lerch, J., Stepien, J., Hass, H.G.

Paracelsus-Klinik, Scheidegg

Hintergrund

Mittels sog. GeneArray-Experimente konnte in den letzten Jahren gezeigt werden, dass es sich beim Mammakarzinom (MCA) um eine genetisch sehr heterogene Gruppe mit teils sehr unterschiedlicher Prognose handelt (Sorlie et al., 2001). Insbesondere beim sog. "triple negative" MCA (TNBC) handelt es sich um eine besonders aggressive Subgruppe des MCAs mit großer klinischer und vermutlich auch sozialmedizinischer Bedeutung (Dent et al., 2007; Liedtke et al., 2008). Des Weiteren zeigte sich, dass v. a. jüngere Frauen an einem TNBC erkranken und wegen einer familiären Genese (BRCA1/2-Mutationen) häufiger ein erhöhtes Krebs- und Rezidivrisiko vorliegt.

Ziel dieser retrospektiven Pilot-Studie war die Erfassung und Analyse psychischer Distressfaktoren und die Reha-Zieldefinition von Patientinnen mit TNBC, um im Rahmen eines weiteren Forschungsprozesses spezifische psychoonkologische Behandlungs-Settings etablieren zu können.

Methoden

260 Patienten (Durchschnittsalter 55,5 +/- 11,6), die zur Durchführung einer stationären Anschlußrehabilitation in der Paracelsus-Klinik in Scheidegg waren, wurden, nach schriftlichem Einverständnis, mittels Distress-Thermometer (Mehnert et al., 2006) auf ihre psychischen Belastungen (Angst, Depression, Sorgen, Traurigkeit und Nervosität) untersucht. Zusätzlich wurde analysiert ob sich die Patientinnen in der Zieldefinitionen (Tripp et al., 2012) unterscheiden. Die Auswertung erfolgte mit der Statistiksoftware SPSS 19 (t-/Chi²-Test).

Ergebnisse

Die Analyse basierte auf n=130 Patientinnen mit TNBC und n=130 non-TNBC. Die Ergebnisse zeigen, dass sich Patientinnen mit TNBC im Alter (53,7 +/- 10,7) signifikant (p=0,013) von non-TNBC Patientinnen (57,3 +/- 12,2) unterscheiden. Auf der Angstskala zeigte sich ein Trend (p=0,058) zur stärkeren Belastung. Im Distress-Thermometer unterscheiden sich die Gruppen nicht. Die Altersgruppen <54 (N=145) versus >54 (N=114) unterscheiden sich signifikant p=0,039 im Distress-Thermometer. Jüngere Patientinnen geben einen höheren Distress-Wert in Bezug auf Sorgen und Probleme mit der Arbeitssituation an. Sexualität (p=0,016) und Partnerschaftsprobleme (p=0,009) werden signifikant häufiger von TNBC Patientinnen genannt. 47 % der Patientinnen mit TNBC möchten lernen, besser mit Stress umgehen zu können.

Zusammenfassung

Vor allem jüngere Frauen mit TNBC zeigen eine stärkere psychische Belastung und nach chemotherapeutisch induzierter Menopause ein erhöhtes Risiko für Veränderungen im sexuellen Erleben. Dies kann wiederum auf Partnerschaftsprobleme eine Auswirkung haben. Es konnte bestätigt werden, dass bei jüngeren Menschen das Angsterleben ausgeprägter ist und Probleme bezogen auf die Arbeitssituation ansteigen (Berg et al., 2011). Weitere Untersuchungen zur Identifizierung spezifischer psychischer Belastungen und adaptierte psychonkologische Interventionsprogramme bei Patientinnen mit TNBC sollten etabliert werden, um so Progredienzangst zu verringern und die psychische Befindlichkeit zu verbessern.

Literatur

- Berg, P., Book, K., Dinkel, A., Henrich, G., Marten-Mittag, B., Mertens, D., Ossner, C., Volmer, S., Herschbach, P. (2011): Progredienzangst bei chronischen Erkrankungen. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 61. 32-37.
- Dent, R.T.M., Pritchard, K.I., Hanna, W.M., Kahn, H.K., Sawka, C.A., Lickley, L.A., Rawlinson, E., Sun, P., Narod, S.A. (2007): Triple-negative breast cancer: Clinical features and patterns of recurrence. Clin Cancer Res, 13. 4429-4434.
- Liedtke, C., Mazouni, C., Hess, K., André, F., Tordai, A., Mejia, J.A., Symmans, W.F., Gonzalez Angulo, A.M., Hennessy, B., Green, M., Cristofanilli, M., Hortobagyi, G.N., Pusztai, L. (2008): Response to neoadjuvant therapy and long-term survival in patients with triple-negative breast cancer. J Clin Oncol, 26. 1275-1281.
- Mehnert, A., Müller, D., Lehmann, C., Koch, U. (2006): Die deutsche Version des NCCN Distress-Thermometers. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 54. 213-223.
- Sorlie, T., Perou, C.M., Tibshirani, R., Aas, T., Geisler, S., Johnsen, H., Hastie, T., Eisen, M.B., van de Rijn, M., Jeffrey, S.S., Thorsen, T., Quist, H., Matese, J.C., Brown, P.O., Botstein, D., Lønning, P.E., Børresen-Dale, A.L. (2001): Gene expression patterns of breast carcinomas distinguish tumor subclasses with clinical implications. Proc Natl Acad Sci USA, 98. 10869-10874.
- Tripp, J., Schulte, T., Schröck, R., Hass, H.G., Berger, D., Muthny, F. (2012): Ziele und Zielerreichung in der onkologischen Rehabilitation aus Patienten- und Arztsicht. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 90. 98-109.

Nachsorgeempfehlungen bei Brustkrebspatientinnen

Exner, A.-K. (1), Kähnert, H. (1), Leibbrand, B. (2)

(1) Institut für Rehabilitationsforschung Norderney, Abt. Bad Salzuflen,

(2) Salzetalklinik Bad Salzuflen

Hintergrund

Im Entlassungsbericht (DRV-Formular Blatt 1) werden vorformulierte Nachsorgeempfehlungen aufgeführt, die durch Ankreuzen markiert werden können (DRV, 2008). Diese werden nach der jeweiligen Zielgruppe unterteilt in die drei Rubriken: (1) Weiterbehandelnde Ärzte/Psychologen, (2) Patienten und (3) Rentenversicherung. Diese Strukturierung der Nachsorgeempfehlungen erfolgte nach einer Untersuchung von Gerdes et al., 2005. Rubrik (1) enthält Empfehlungen wie z. B. "Kontrolle Laborwerte", (2) z. B. "Sport und Bewegung", "Übungen selbständig fortsetzen" und (3) z. B. "Rehabilitationssport", "Stufenweise Wiedereingliederung". Weiterhin ist es möglich, in einem Freitext weitere Empfehlungen zu dokumentieren. Wenig bekannt ist, welche Empfehlungen Brustkrebspatientinnen nach Abschluss einer Rehabilitation erhalten und welche sie nach Klinikentlassung umsetzen. Daher wird den Fragen nachgegangen: 1) Welche Nachsorge-Empfehlungen werden Brustkrebspatientinnen vonseiten der Klinik gegeben?; 2) Welche Empfehlungen benennen Brustkrebspatientinnen sechs Monate nach Klinikentlassung?; 3) Wie bewerten Brustkrebspatientinnen die Nachsorge-Empfehlungen sechs Monate nach Entlassung?

Methode

Im Rahmen der randomisierten kontrollierten Multicenterstudie "Individuelle Nachsorge onkologischer Patienten" wurden Brustkrebspatientinnen sechs Monate nach Abschluss ihrer Rehabilitation (t2) schriftlich befragt, welche Empfehlungen sie aus der Reha-Klinik erhalten haben, wie sie die Empfehlungen bewerten und was sie umsetzen. Die Nachsorge-Empfehlungen wurden dem Reha-Entlassungsbericht (Blatt 1) entnommen (t1). Die Kontrollgruppe (KG) (n=226) erhielt die Standardrehabilitation. Die Interventionsgruppe (IG) (n=216) bekam zusätzlich die INOP-Intervention mit dem Ziel, über volitionale Strategien die körperliche Aktivität zu fördern. Diese beinhaltet während der Rehabilitation ein Seminar, eine Arbeitsmappe einschließlich wohnortnaher Nachsorgeadressen und eine Einzelberatung sowie drei Monate nach Abschluss der Rehabilitation eine telefonische Nachsorge. Die Auswertung erfolgte deskriptiv. Unterschiede wurden mittels Chi²-Test überprüft.

Ergebnisse

Hauptsächlich wurden den Brustkrebspatientinnen Empfehlungen zur Förderung eines gesunden Lebensstils ausgesprochen. So erhielten 88 % der Studienteilnehmerinnen die Empfehlung "Übungen selbständig fortführen", 75 % "Sport und Bewegung" und 28 % "Gewichtsreduktion". Alle diese Empfehlungen sollen von den Teilnehmerinnen zuhause in Eigenregie umgesetzt werden, denn "Rehabilitationssport" aus der Rubrik "Rentenversicherung" wurde nur 4 % der Rehabilitandinnen empfohlen. Aus der Rubrik "Weiterbehandelnde Ärzte/Psychologen" war die Hauptempfehlung "Kontrolle der Laborwerte", die 34 % der Studienteilnehmerinnen gegeben wurde. Zudem wird im Freitext die regelmäßige Teilnahme an der onkologisch-gynäkologischen Nachsorgeuntersuchung (98 %) als Empfehlung ausge-

sprochen. Hinsichtlich der Nachsorgeempfehlungen aus den Kliniken können keine Unterschiede zwischen den Studiengruppen nachgewiesen werden. Mit den Nachsorgeempfehlungen waren 81 % der Interventions- und 72 % der Kontrollgruppenteilnehmerinnen (sehr) zufrieden.

Unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit kennt die Mehrheit der Studienteilnehmerinnen zur 6-Monatskatamnese ihre Nachsorgeempfehlungen aus den Rehabilitationskliniken, insbesondere die Empfehlungen, die einen gesunden Lebensstil fördern. Gruppenunterschiede lassen sich bei der Empfehlung "Rehabilitationssport" nachweisen, die zu t2 von 41 % der Interventions- und von 24 % der Kontrollgruppe angegeben wird ($p < 0,001$). Etwa die Hälfte der Studienteilnehmerinnen geben zu t2 an, ihre Nachsorgeempfehlungen vollständig umgesetzt zu haben (43 % der IG; 46 % der KG). Insbesondere setzen zu t2 die Teilnehmerinnen ihre Sportempfehlungen um und zwar signifikant häufiger in der Interventionsgruppe (86 %) als von der Kontrollgruppe (66 %) ($p < 0,001$).

Diskussion

Vonseiten der Kliniken werden neben der regelmäßigen Teilnahme an der onkologisch-gynäkologischen Nachsorgeuntersuchung insbesondere Nachsorge-Empfehlungen zur Förderung eines gesunden Lebensstils gegeben. Vor allem wird körperliche Aktivität (Sport und Bewegung, Übungen selbstständig fortführen), die in Eigenregie zuhause ausgeführt werden soll, empfohlen. Die Empfehlung Rehabilitationssport hingegen wird selten im Entlassungsbericht dokumentiert. Dass mehr Patientinnen (insbesondere der IG) diese Empfehlung zu t2 benennen, lässt sich darauf zurückführen, dass das Thema Rehabilitationssport Bestandteil der INOP-Intervention war, aber auch darauf, dass die Teilnehmerinnen diese Empfehlung während ihres Rehabilitationsaufenthaltes mündlich von MitarbeiterInnen der Klinik erhalten haben. Die INOP-Intervention kann bei der konkreten Umsetzung der Sport-Empfehlungen einen positiven Beitrag leisten, denn die Interventionsgruppe ist zur 6-Monatskatamnese sportlich aktiver im Vergleich zur Kontrollgruppe. Daher sollten volitionale Strategien in den Therapien und in der Nachsorge von Brustkrebspatientinnen eingesetzt werden, um die Patientinnen bei der Umsetzung eines gesunden Lebensstils zu unterstützen (siehe auch Kähnert et al., 2013).

Förderung: Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e. V. (VfR)

Literatur

- Deutsche Rentenversicherung (2008): Ärztlicher Entlassungsbericht. URL: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/217642/publicationFile/50021/G0810_01_01_08.pdf. Stand: 01.01.2008.
- Gerdes, N., Bührlen, B., Lichtenberg, S., Jäckel, W.H. (2005): Rehabilitationsnachsorge: Analyse der Nachsorgeempfehlungen und ihrer Umsetzung. Rehabilitationswissenschaften, Rehabilitationspsychologie, Rehabilitationsmedizin. Bd 10. Regensburg: Roderer.
- Kähnert, H., Exner, A.-K., Leibbrand, B., Biester, I., Gharaei, D., Niehues, C., Trapp, M. (2013): Bewegungsförderung von Brustkrebspatientinnen: Ergebnisse der INOP-Studie sechs und zwölf Monate nach Abschluss einer stationären Rehabilitation. DRV-Schriften, Bd 101. 360-361.

Ziele und Anliegen von Familien mit einem an Krebs erkrankten Kind in der pädiatrisch-onkologischen Rehabilitation – Eine Analyse von ärztlichen Entlassungsberichten

Inhestern, L. (1), Beierlein, V. (1), Krauth, K.A. (2), Schulte, T. (2), Berger, D. (3), Koch, U. (1), Bergelt, C. (1)

(1) Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,
(2) Klinik Bad Oexen, (3) Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung Nordrhein-Westfalen

Hintergrund

Durch die Fortschritte in der medizinischen Behandlung von Krebserkrankungen im Kindesalter stieg die 5-Jahres-Überlebensrate in den letzten Jahren auf 83 % (Kaatsch et al., 2012). Neben Behandlungsphasen und schweren Nebenwirkungen wirken sich lange Krankenhausaufenthalte und der damit verbundene veränderte Alltag sowohl auf den Patienten wie auch auf das gesamte Familiensystem aus. Nicht nur für die Patienten, sondern auch für die Eltern und Geschwisterkinder bedeutet eine Krebserkrankung eine extreme Belastung (Alderfer et al., 2010; Lund et al., 2013; Rosenberg et al., 2013). Die Integration von Familienmitgliedern in die familienorientierte Rehabilitation (FOR) soll dabei den Behandlungserfolg nachhaltig sichern. In dieser Studie wurde untersucht, mit welchen Anliegen und Zielen Patienten und ihre Familien in die FOR kommen.

Methode

Auf Basis der Freitextangaben aus 422 ärztlichen Entlassungsberichten aus den Jahren 2011 und 2012 aus vier verschiedenen Reha-Kliniken mit dem Angebot einer pädiatrisch-onkologischen Rehabilitation wurden auf Grundlage eines differenzierten Auswertungsschemas mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2008) umfassende Analysen durchgeführt. Für die erkrankten Kinder als primäre Patienten werden in den Entlassungsberichten explizite Reha-Ziele definiert, für die Begleitpersonen wurden Anliegen und Wünsche anhand der Angaben im Aufnahmebefund extrahiert.

Ergebnisse

Die häufigsten Ziele aus dem Bereich physische Stabilisierung für die Patientenkinder waren Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit (95.3 %), Reduktion der Einschränkungen (47.9 %) und Muskelaufbau (20.1 %). Die häufigsten psychosozialen Ziele waren die Integration in die Gruppe Gleichaltriger (87.9 %), Krankheitsbewältigung (80.1 %), Selbstwertstärkung (65.6%), Psychische Stabilisierung (57.6 %) und Entwicklungsförderung (23.5 %). Es zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen (Leukämie, Lymphome, ZNS und Andere) in den Zielen Reduktion der Einschränkungen ($p=.002$), Muskelaufbau ($p=.013$), Entwicklungsförderung ($p=.006$) und Integration in die Gruppe Gleichaltriger ($p=.040$). Auch zwischen den Altersgruppen (0-3, 4-6, 7-10, 11-14, 15-18 Jahre) zeig-

ten sich für alle Ziele (außer Psychische Stabilisierung) signifikante Unterschiede ($p < .001 - .037$).

Für insgesamt 134 Mütter, 38 Väter und 70 Geschwisterkinder konnten Aussagen bzgl. der Anliegen für die Reha extrahiert und ausgewertet werden. In 93 Fällen konnten den Entlassungsberichten zusätzlich Angaben zur Dyade Eltern und in 210 Fällen zum Gesamtsystem Familie entnommen werden. Häufigste Ziele der Mütter und Väter waren Erholung (47.8 %/44.7 %), Psychische Stabilisierung (47 %/31.6 %), Physische Stabilisierung (37.2 %/31.6 %) und Krankheitsbewältigung (24.6 %/31.6 %). Zu dem gaben die Eltern an, ihre Paarbeziehung stärken (31.2 %) und Zeit mit der Familie verbringen zu wollen (26.9 %) sowie Kontakt zu anderen Eltern zu suchen (26.9 %). Für die begleitenden Geschwisterkinder wurden insgesamt sehr heterogene Anliegen formuliert. Häufigste Anliegen waren die Gruppenintegration (35.7 %), Sporttreiben (22.9 %), Verbringen einer positiven Zeit (17.1 %), Selbstwertstärkung und psychische Stabilisierung (je 15.7 %). Physische und Psychische Stabilisierung (>80 %), Restabilisierung der familiären Beziehungen (26.2 %) und die familiäre Krankheitsverarbeitung (13.8 %) waren die Hauptanliegen für das gesamte Familiensystem.

Diskussion/Schlussfolgerung

Die Ergebnisse zeigen, dass alle Familienmitglieder in der Reha nach Abschluss der Akutbehandlung des erkrankten Kindes regelhaft noch immer psychophysische Defizite aufweisen und diese im Rahmen der Rehabilitation bewältigen möchten. Das Gesamtsystem Familie als Reha-Teilnehmer birgt für die Kliniken eine besondere Herausforderung. Die Ergebnisse zeigen eine große Diversität und Heterogenität der Ziele und Anliegen der Familien, mit denen im Rahmen der FOR umgegangen werden muss.

Förderung: Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung NRW (Arge Krebs NW)

Literatur

- Alderfer, M.A., Long, K.A., Lown, E.A., Marsland, A.L., Ostrowski, N.L., Hock, J.M., Ewing, L.J. (2010): Psychosocial adjustment of siblings of children with cancer: a systematic review. *Psycho-Oncology*, 19 (8). 789-805.
- Deutsches Kinderkrebsregister, Jahresbericht (2011): Stand 09/2012. URL: www.kinderkrebsregister.de
- Lund, L.W., Winther, J.F., Dalton, S.O., Cederkvist, L., Jeppesen, P., Deltour, I., Hargreave, M., Kjaer, S.K., Jensen, A., Rechnitzer, C., Andersen, K.K., Schmiegelow, K., Johansen, C. (2013): Hospital contact for mental disorders in survivors of childhood cancer and their siblings in Denmark: a population-based cohort study. *Lancet Oncol*, 14 (10). 971-980.
- Mayring, P. (2008): *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Rosenberg, A.R., Dussel, V., Kang, T., Geyer, J.R., Gerhardt, C.A., Feudtner, C., Wolfe, J. (2013): Psychological distress in parents of children with advanced cancer. *JAMA Pediatr*, 167 (6). 537-543.

Kardiorespiratorische Fitness bei Brustkrebspatientinnen unter adjuvanter Therapie

Klassen, O. (1), Schmidt, M. (1), Scharhag-Rosenberger, F. (1,2), Ulrich, C. (1), Schneeweiss, A. (3), Potthoff, K. (4), Steindorf, K. (1), Wiskemann, J. (1,2)

(1) Nationales Centrum für Tumorerkrankungen, Präventive Onkologie/Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg, (2) Nationales Centrum für Tumorerkrankungen/Universitätsklinikum Heidelberg, Medizinische Onkologie, Heidelberg, (3) Nationales Centrum für Tumorerkrankungen/Universitätsklinikum Heidelberg, Medikamentöse Gynäkologische Onkologie, Heidelberg, (4) Nationales Centrum für Tumorerkrankungen/Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie, Heidelberg

Einleitung

Geringe kardiorespiratorische Fitness hat negative Auswirkungen auf das alltägliche Leben; aber auch auf die Morbidität und die Mortalität (Blair et al., 1996). Dank verbesserter Antikrebs-therapie ist die Überlebensrate für Brustkrebspatientinnen in den letzten Jahren gestiegen, sodass das Risiko bei nicht metastasierten Brustkrebspatientinnen aufgrund von kardiovaskulären Erkrankungen zu versterben derzeit am höchsten ist (Patnaik et al., 2011). Die kardiorespiratorische Fitness bei Brustkrebspatientinnen während und nach der adjuvan-ten Therapie wurde jedoch bisher nur unzureichend untersucht und der Einfluss der Anti-krebs-therapie nur maginal verstanden (Lakoski et al., 2012). Daher analysierten wir maxi-male und submaximale kardiorespiratorische Parameter, um die Fitness der Patientinnen im klinischen Setting besser einschätzen zu können.

Material und Methoden

Bei 222 Patientinnen mit nicht metastasiertem Brustkrebs unter adjuvanter Therapie wurde die kardiopulmonale Leistungsfähigkeit mittels einer Spiroergometrie auf einem Fahrrader-gometer untersucht. Die Baseline-Testungen wurden im Rahmen von zwei randomisiert kontrollierten Studien (BEST- und BEATE-Studie) durchgeführt. Hierbei erfassten wir etab-lierte spiroergometrische Indikatoren für die Ausdauer-leistungsfähigkeit, v. a. maximale Sauerstoffaufnahme (VO_{2peak}), um die allgemeinen Herz-Kreislauf-Lungen-Funktionen zu beurteilen. Des Weiteren wurden submaximale Parameter, wie die Herzfrequenz bei 50 Watt (HR50) zur Analyse der kardiozirkulatorischen Funktion und die ventilatorische Schwel-le (VT), als Indikator der Sauerstoffaufnahme in die Muskulatur ermittelt. Alle Patientinnen hatten einige Wochen zuvor die Brustoperation erhalten und wurden nach dem aktuellen Behandlungsstatus kategorisiert: vorherige neo-adjuvante Chemotherapie (n=23), keine Chemotherapie (n=87), im 1. oder 2. Zyklus einer adjuvan-ten Chemotherapie (n=87) oder nach Abschluss einer adjuvan-ten Chemotherapie (n=25). Die gemessenen VO_{2peak} der Pati-entinnen wurden mit den erwarteten Werten bei gesunden Frauen gleichen Alters und BMI verglichen (Koch et al., 2009). Mittels Kovarianzanalyse (ANCOVA) adjustiert auf klinische Faktoren wurden die Assoziationen der Behandlungskategorien mit der kardiorespiratori-schen Fitness untersucht.

Ergebnisse

Die Teilnehmerinnen hatten ein Durchschnittsalter von 55 ± 9 Jahren. Die submaximalen Parameter der Patientinnen waren bei 220 (99 %) für HR50 und 200 (90 %) für VT bestimmbar. Die maximalen Ausbelastungskriterien zur Bestimmung der VO_{2peak} hatten 176 (79 %) der Probanden erreicht. Im Mittel betrug der VO_{2peak} $20,6 \pm 6,7$ ml/kg/min, der Mittelwert der VT $10,7 \pm 2,9$ ml/min/kg und die HR50 112 ± 16 /min. Chemotherapie war dabei mit verminderter VO_{2peak} assoziiert. Patientinnen nach einer adjuvanten Chemotherapie hatten signifikant geringere VO_{2peak} im Vergleich zu Patientinnen ohne Chemotherapie oder Patientinnen, die gerade erst mit der Chemotherapie begonnen hatten (alle $p < .01$). Patientinnen nach der Chemotherapie (Mittelwert VO_{2peak} $15,5 \pm 4,8$ ml/kg/min) erreichten nur 63 % der VO_{2peak} , die bei gesunden Frauen gleichen Alters und BMI zu erwarten wären. Eine erhöhte HR50 war ebenfalls signifikant mit Chemotherapie assoziiert. Die VT konnte jedoch nicht mit der Krebstherapie assoziiert werden.

Diskussion

Brustkrebspatientinnen haben eine deutlich beeinträchtigte kardiopulmonale Fitness während und nach der Chemotherapie. Dabei scheint die Chemotherapie die kardiorespiratorische Fitness eher über das sauerstoffversorgende System als über die metabolische Muskelfunktion zu beeinflussen. Allerdings müssen die genauen Mechanismen in weiteren Untersuchungen eruiert werden. Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit eines möglichst frühzeitigen Ausdauertrainings bei Brustkrebspatientinnen im Rehabilitationssetting, um dem Verlust von kardiorespiratorischer Fitness während der Krebsbehandlung entgegenzuwirken.

Literatur

- Blair, S.N., Kampert, J.B., Kohl, H.W., 3rd, Barlow, C.E., Macera, C.A., Paffenbarger, R.S. Jr., Gibbons, L.W. (1996): Influences of cardiorespiratory fitness and other precursors on cardiovascular disease and all-cause mortality in men and women. *The Journal of the American Medical Association*, 276 (3). 205-210.
- Koch, B., Schaper, C., Ittermann, T., Spielhagen, T., Dorr, M., Volzke, H., Opitz, C.F., Ewert R., Glaser, S. (2009): Reference values for cardiopulmonary exercise testing in healthy volunteers: the SHIP study. *The European respiratory journal*, 33 (2). 389-397.
- Lakoski, S.G., Eves, N.D., Douglas P.S., Jones, L.W. (2012): Exercise rehabilitation in patients with cancer. *Nature reviews. Clinical oncology*, 9 (5). 288-296.
- Patnaik, J.L., Byers, T., DiGuseppi, C., Dabelea D., Denberg, T.D. (2011): Cardiovascular disease competes with breast cancer as the leading cause of death for older females diagnosed with breast cancer: a retrospective cohort study. *Breast Cancer Research*, 13 (3).

Prädizieren Erwartungen die Lebensqualität 3 Monate nach Rehabilitation? Eine Untersuchung bei onkologischen Rehabilitanden

Schuler, M. (1), Heiduk, T. (1), Schulte, T. (2)

(1) Abteilung für Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften, Universität Würzburg, (2) Klinik Bad Oexen

Hintergrund

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität (GLQ) ist einer der wichtigsten Outcomes in der onkologischen Rehabilitation. Thornton et al. (2012) konnten zeigen, dass die GLQ bei Prostatakrebspatienten durch Erwartungen der Patienten über den Verlauf der Erkrankung vorhersagt werden kann. In diesem Beitrag wird geprüft, ob bei onkologischen Rehabilitanden beiderlei Geschlechts und unterschiedlicher Diagnosen Erwartungen über die zukünftige GLQ die tatsächliche GLQ 3 Monate nach der Rehabilitation prognostizieren können.

Methode

Aktuelle GLQ, GLQ vor der Erkrankung (frühere GLQ) und die erwartete GLQ nach der Rehabilitation wurden zu Rehabeginn mit dem "Oexiom" erfasst, ebenso die aktuelle GLQ 3 Monate nach der Rehabilitation. Der Oexiom ist ein Fragebogen zur Erfassung der GLQ und Teilhabe bei onkologischen Patienten und differenziert zwischen allgemeiner GLQ (z. B. "Wie würden Sie insgesamt Ihre Lebensqualität in den letzten 7 Tagen einschätzen"), psychischer GLQ (z. B. "Wie kommen Sie mit den seelischen Folgen der Krebserkrankung zurecht?") und körperlicher GLQ (z. B. "Wie ist ihr aktuelles körperliches Leistungsvermögen?"). Im Rahmen der psychometrischen Evaluation des Oexiom wurden Daten von 997 onkologischen Patienten (Alter: $M=61,3$ [$SD=14,4$] Jahre; 41,8% weiblich; 70,3 % AHB; 20,3 Brustkrebs, 33,9 % Prostatakrebs) erhoben. Die statistischen Analysen erfolgten mittels Regressionsanalysen (in Mplus V7.1), als weitere Kontrollvariablen wurden Alter, Geschlecht, Diagnose (Brust-/Prostatakrebs) und Depressivität (PHQ-2) einbezogen. Über Mehrgruppenvergleiche wurde geprüft, ob die Art der Rehabilitation (Anschlussheilbehandlung [AHB] oder Heilverfahren [HV]) einen moderierenden Einfluss hat; Parameterunterschiede wurden über Expected Parameter Changes und Modification Indices mittels JruMplus identifiziert (Saris et al., 2009; Oberski, 2009).

Ergebnisse

Kriterium	GLQ Allgemein T3	Psychische GLQ T3	Körperliche GLQ T3
Prädiktoren	R ² =0.31	R ² =0.37	R ² =0.31
Frühere GLQ ¹ T1	0.18 (0.03)	0.08 (0.03)	0.21 (0.03)
Aktuelle GLQ ¹ T1	0.11 (0.04)	<i>AHB: 0.20</i> (0.06) <i>HV: 0.44</i> (0.08)	0.15 (0.04)
Erwartete GLQ ¹ T1	0.18 (0.04)	<i>AHB: 0.25</i> (0.06) <i>HV: 0.07</i> (0.09)	0.21 (0.04)
Depressivität T1	-0.24 (0.04)	-0.13 (0.04)	<i>AHB: -0.12</i> (0.04) <i>HV: -0.25</i> (0.06)
Alter	-0.02 (0.02)	0.06 (0.03)	-0.07 (0.03)
Geschlecht	-0.17(0.14)	-0.11 (0.04)	<i>AHB: -0.48</i> (0.17) <i>HV: 0.07</i> (0.21)
Prostatakrebs	<i>AHB: 0.13</i> (0.13) <i>HV: -0.73</i> (0.31)	-0.01 (0.03)	-0.23 (0.16)
Brustkrebs	-0.16 (0.15)	<i>AHB: -0.69</i> (0.22) <i>HV: -0.40</i> (0.16)	0.15 (0.12)

Anm.: In jeder Spalte wird die dem Kriterium entsprechende GLQ zu T1 als Prädiktor modelliert: GLQ Allgemein zu T3 wird durch GLQ Allgemein zu T1 prognostiziert, psychische GLQ zu T3 durch psychische GLQ zu T1 usw.; Wenn nicht anders angezeigt, beziehen sich die Koeffizienten auf ein Modell mit AHB- und HV-Patienten; statistisch signifikante Parameter sind fett gedruckt

Tab. 1: Regressionskoeffizienten (Betas (+Standardfehler))

Es zeigt sich (Tabelle 1), dass bei AHB-Patienten neben der früheren und aktuellen GLQ auch die erwartete GLQ einen signifikant Beitrag zur Vorhersage der GLQ 3 Monate nach der Rehabilitationsmaßnahme hat. Dies gilt sowohl für die allgemeine, die psychische als auch für die körperliche GLQ. Bei HV-Patienten finden sich diese Zusammenhänge nur in der allgemeinen und körperlichen GLQ. Diese Effekte sind unabhängig von der Depressivität, die jedoch ebenfalls einen signifikanten Vorhersagebeitrag liefert. Die Modelle klären ca. 1/3 der Varianz im jeweiligen Kriterium auf.

Diskussion

Die Erwartungen von Krebspatienten an den Verlauf der GLQ können die GLQ 3 Monate nach der Reha vorhersagen, und zwar unabhängig von der aktuellen und früheren GLQ oder aktuellen Depressivität. Ob dieser Zusammenhang stabil ist und worauf er zurückzuführen ist (z. B. dispositioneller Optimismus [Thornton et al., 2012]), muss weiter erforscht werden. Für Kliniker können einfache Fragen nach der erwarteten GLQ lohnend sein, um Rehabilitanden mit potentiell höherem Therapiebedarf zu identifizieren.

Literatur

- Oberski, D.J. (2009): Jrule for Mplus. URL: <http://wiki.github.com/daob/JruleMplus/>.
- Saris, W.E., Satorra, A., van der Veld, W.M. (2009): "Testing structural equation models or detection of misspecifications?" *Structural Equation Modeling*, 16 (4). 561-582.
- Thornton, A.A., Perez, M.A. et al. (2012): "Optimism and prostate cancer-specific expectations predict better quality of life after robotic prostatectomy." *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 19 (2). 165-176.

Veränderungen und Einflussgrößen der Subjektiven Erwerbsprognose bei Brustkrebspatientinnen 12 Monate nach Reha-Ende

Lamprecht, J., Müller, M., Mau, W.

Institut für Rehabilitationsmedizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle/Saale

Hintergrund

In den letzten Jahren ist eine deutliche Zunahme der neu diagnostizierten Brustkrebserkrankungen vor dem 60. Lebensjahr zu verzeichnen. Inzwischen ist etwa jede vierte betroffene Frau bei Diagnosestellung jünger als 55 Jahre, jede zehnte jünger als 45 Jahre (Robert Koch-Institut, 2012). Die Rückkehr ins Erwerbsleben nach Abschluss der Primärtherapie ist insbesondere für jüngere Brustkrebspatientinnen ein wichtiges Ziel zur Sicherung ihrer sozialen Teilhabe und Rückkehr in ein normales Leben. Zugleich sind der Erhalt und die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit eine primäre Zielgröße onkologischer Rehaleistungen der Rentenversicherungsträger. Im Jahr 2012 waren ca. 52 % der Brustkrebspatientinnen bei der Inanspruchnahme stationärer Rehaleistungen jünger als 60 Jahre (Deutsche Rentenversicherung, 2013). Eine wichtige Einflussgröße auf die langfristige Rückkehr ins Erwerbsleben ist die subjektive Erwerbsprognose (SEP), deren Entwicklung und Prädiktion über ein Jahr Gegenstand der vorliegenden Untersuchung ist.

Methode

Grundlage der Analyse ist eine standardisierte schriftliche Befragung von Brustkrebspatientinnen (T1: N=88) im Alter zwischen 18 und 63 Jahren, die nach OP eines histologisch gesicherten Mammakarzinoms (ohne Metastasen oder Tumorrezidiv) an einer medizinischen Rehabilitation teilnahmen. Die Befragung erfolgte zu vier Messzeitpunkten (T1: Reha-Beginn; T2: Reha-Ende; T3: drei Monate nach Reha-Ende; T4: 12 Monate nach Reha-Ende) in insgesamt sechs Rehabilitationskliniken. Zur Ermittlung der SEP wurden die Patienten zu allen Messzeitpunkten zur a) Erwartung, aufgrund des derzeitigen Gesundheitszustandes bis zum Erreichen des Rentenalters erwerbstätig sein zu können, b) dauerhaften (subjektiven) Gefährdung der Erwerbsfähigkeit, sowie c) zum aktuellen Gedanken einen Rentenanspruch zu stellen, befragt (Mittag, Raspe, 2003). Der Skalenwert wird durch Addition der Itemwerte errechnet und kann zwischen 0 und 3 liegen, wobei die SEP mit aufsteigendem Wert schlechter wird. Die Entwicklung der SEP von T1 bis T4 wurde untersucht. Als potenzielle Einflussgrößen der SEP zu T4 wurden folgende Variablen zu T1 univariat ermittelt ($p < .05$): Alter, Zeit seit Diagnosestellung, Anzahl der AU-Tage in den letzten 12 Monaten, Teilhabe-einschränkung (IMET: Deck et al., 2007), Depressivität (HADS: Hinz, Schwarz, 2011) sowie soziale Schichtzugehörigkeit (Winklerindex: Winkler, Stolzenberg, 2009). Diese wurden zur Vorhersage der SEP zu T4 in eine multiple Regression aufgenommen.

Ergebnisse

Insgesamt lagen zu T4 die Daten von N=66 (Rücklauf: 75 %) Brustkrebspatientinnen vor. Die Deskription der potenziellen Einflussgrößen sowie der SEP ist in Tabelle 1 dargestellt. Die subjektive Teilhabe-einschränkung, die AU-Dauer und die SEP verbessern sich im Verlauf, obwohl sich die Depressivität im Sinne eines "Wanneneffekts" 12 Monate nach Reha-Ende wieder verschlechtert. Der Anteil der Patientinnen, die ihre Erwerbsprognose als sehr

gut einschätzen, ist 12 Monate nach Reha-Ende um 12 % gestiegen, nur 4 % haben zu T4 die ungünstigste Ausprägung. Als signifikante Einflussgrößen der SEP 12 Monate nach Reha-Ende erwiesen sich die Teilhabe einschränkung zu T1 ($\beta = .665$; $p \leq .001$) sowie der Sozialstatus zu T1 ($\beta = -.242$; $p \leq .05$).

	T1	T2	T3	T4
Alter	Alter: M=49 ^a (SD=6,9)	-	-	-
Art der OP	brusterhaltend: 75 % ^a	-	-	-
Zeit seit Diagnostik	M= 8 Monate ^a (SD:4,2)	-	-	-
IMET	M= 25,04 ^a (SD: 17,19)	-	M= 19,48 (SD: 16,7)	M= 16,28 (SD: 13,5)
Depressivität (0-21; auffällig ab 9)	M= 5,73 (SD:4,39)	M=4,00 ^a (SD: 3,4)	M=4,71 (SD:4,1)	M= 6,30 (SD:4,0)
Sozialstatus	Unterschicht: 28 %, Mittelschicht:62 %, Oberschicht:10 %	-	-	-
AU-Tage in den letzten 12 Monaten	M=196,8 (SD:95,91)			M=74,19 ^a (SD:84,56)
SEP ^b	0=47 % 1=22 % 2=17 % 3=14 %	0=52 % 1=27 % 2=10 % 3=11 %	0=57 % 1=25 % 2=10 % 3=8 %	0=59 % 1=17 % 2=20 % 3=4%

Anm.: a= Prädiktor im Modell zur Vorhersage der SEP zu T4; b= im Modell metrisch

Tab. 1: Deskription der potenziellen Einflussgröße und der SEP im Verlauf

Diskussion

Im Rehabilitationsverlauf und 12 Monate danach ist bei Brustkrebspatientinnen eine Verbesserung der Teilhabe sowohl mit Bezug auf die Erwerbstätigkeit (SEP und AU-Dauer) als auch darüber hinausgehend (IMET) nachweisbar. Je ausgeprägter die Teilhabe einschränkung zu Reha-Beginn und je geringer der Sozialstatus umso schlechter ist die subjektive Erwerbsprognose 12 Monate nach Reha-Ende. Hier können zum einen bereits während der Rehabilitation im Sinne eines kurzen Eingangsscreenings zu Teilhabe einschränkungen am Leistungsniveau angepasste Gruppenangebote sowie zum anderen adressatengerechte Beratungsangebote zur beruflichen Situation wichtige Impulse für die Zeit nach der Rehabilitation geben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Dank: Wir danken herzlich den beteiligten Kooperationskliniken.

Literatur

Deck, R., Mittag, O., Hüppe, A., Muche-Borowski, C., Raspe, H. (2007): Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe (IMET) – Erste Ergebnisse eines ICF-orientierten Assessmentinstruments. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 76 (2).113-120.

- Deutsche Rentenversicherung (2013): Statistik der Deutschen Rentenversicherung: Rehabilitation 2012. Bd 194.
- Hinz, A., Schwarz, R. (2001): Angst und Depression in der Allgemeinbevölkerung: Eine Normierungsstudie zur Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychother Psychosom med Psychol*, 51. 193-200.
- Mittag, O., Raspe, H. (2003): Eine kurze Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit: Ergebnisse einer Untersuchung an 4.279 Mitgliedern der gesetzlichen Arbeiterrentenversicherung zu Reliabilität (Guttman-Skalierung) und Validität der Skala. *Die Rehabilitation*, 42. 169-174.
- Robert Koch-Institut (2012). Krebsregisterdaten – Brustkrebs. URL: http://www.rki.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Brustkrebs/brustkrebs_node.html. Abruf: 10.10.13.
- Winkler, J., Stolzenberg, H. (2009): Adjustierung des Sozialen-Schicht-Index für die Anwendung im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). *Wismarer Diskussionspapiere: Vol. 2009, 07*. Wismar: Hochsch. Fachbereich Wirtschaft.

Unterscheiden sich die Kurzzeitergebnisse der pneumologischen Rehabilitation bei COPD zwischen Heilverfahrens- und AHB-Patienten?

Jelusic, D. (1), Wittmann, M. (1), Schuler, M. (2), Schultz, K. (1)

(1) Zentrum für Rehabilitation, Pneumologie und Orthopädie, Klinik Bad Reichenhall,

(2) Institut für Klinische Epidemiologie und Biometrie, Universität Würzburg

Hintergrund

Die COPD (chronic obstructive pulmonary disease) ist seit 2010 die weltweit dritthäufigste zum Tode führende chronische Erkrankung (Lozano et al., 2012). Insbesondere Patienten, die wegen einer akuten Exazerbation ihrer COPD (AECOPD) akutstationär behandelt werden müssen, haben eine ausgesprochen schlechte Langzeitüberlebensprognose (Suissa et al., 2012). In einem aktuellen Cochrane-Review konnte gezeigt werden, dass durch pneumologische Rehabilitation direkt nach krankenhauspflichtiger AECOPD die Letalität (NNT = "Number Needed to Treat" = 6) und die Rehospitalisierungsrate (NNT = 4) gesenkt werden können (Puhan et al., 2011). In Deutschland werden derzeit, ungeachtet der Evidenzlage, weniger als 10 % dieser Hochrisikopatienten einer Anschluss-Rehabilitation zugeführt. Vor diesem Hintergrund sowie der sehr überzeugenden Datenlage und den begrenzten Mitteln wird die Frage diskutiert, ob es nicht sinnvoll wäre, die Mittel der Rehabilitation primär auf AECOPD-Patienten zu konzentrieren/zu beschränken. Umgekehrt ist jedoch bekannt, dass entgegen den Empfehlungen u. a. der Nationalen Versorgungsleitlinie COPD, bereits jetzt nur ein kleiner Bruchteil der leitliniengemäß indizierten COPD-Patienten mit "stabiler COPD" einem Antrags-HV zugeführt wird. Daten zur Effektivität der pneumologischen Anschluss-Rehabilitation in Deutschland sind publiziert (Schultz et al., 2006). Bisher gibt es aus Deutschland jedoch keine systematische Untersuchung, ob sich die Ergebnisse einer stationären pneumologischen Rehabilitation bei Patienten einer Anschluss-Rehabilitation (AHB) nach krankenhauspflichtiger AECOPD von jenen der Heilverfahrenspatienten (HV) mit "stabiler COPD" unterscheiden.

Methode

Bei 211 konsekutiven COPD-Patienten wurden folgende Parameter zu Reha-Beginn (T0) und -Ende (T1) erhoben und bei AHB- und HV-Patienten verglichen: 6MWD (6-Min-Gehstrecke), MMRC (mod. MRC-Dyspnoe-Skala), TDI (Transition Dyspnea Index), CAT (COPD Assessment Test), CCQ (Clinical COPD Questionnaire) und SGRQ-Summscore (St George's Respiratory Questionnaire).

Ergebnisse

Baseline: Die AHB-Patienten wiesen zu T0 eine signifikant schlechtere Lungenfunktion auf (FEV1, $p = 0.006$), zudem war der Frauenanteil höher. Veränderungen T0 → T1: In beiden Gruppen fanden sich bei fast allen Outcomes zu T1 fast durchgängig mittelstarke positive Effekte, die Verbesserung der 6MWD kann als starker Effekt gewertet werden. Im Intergrup-

penvergleich fand sich bei keinem der analysierten Outcomes ein signifikanter Unterschied (p jeweils $>0,05$). Die Intergruppenvergleiche erfolgten mittels T-Test für unverbundene Stichproben (Tab. 1).

		T0 (MW \pm SD)	T1	Δ (MW)	p	SRM*
149 HV-Patienten Ø Alter 56,4 J. Ø FEV ₁ 53,7 %SW Männer 65,1 %	6MWD	442,1 \pm 101,9	523,1 \pm 103,5	81,0	< 0,0001	1,34
	TDI	--	4,39 \pm 3,27	--	--	--
	MMRC	2,56 \pm 1,22	2,27 \pm 1,32	-0,29	< 0,0001	-0,34
	CCQ	2,83 \pm 1,18	2,27 \pm 1,15	-0,56	< 0,0001	-0,63
	CAT	21,02 \pm 7,24	17,74 \pm 6,85	-3,28	< 0,0001	-0,63
	SGRQ (total)	54,23 \pm 15,52	46,03 \pm 15,98	-8,20	< 0,0001	-0,75
62 AHB-Patienten Ø Alter 58,5 J. Ø FEV ₁ 48,0 % SW Männer 56,5 %	6MWD	405,7 \pm 112,3	481,9 \pm 94,3	76,1	< 0,0001	1,49
	TDI	--	5,04 \pm 3,13	--	--	--
	MMRC	2,50 \pm 1,20	2,10 \pm 1,28	-0,40	< 0,0001	-0,39
	CCQ	2,82 \pm 1,41	2,25 \pm 1,32	-0,57	< 0,0001	-0,54
	CAT	19,03 \pm 8,62	16,18 \pm 7,55	-2,85	< 0,0001	-0,54
	SGRQ (total)	53,50 \pm 17,84	43,61 \pm 19,26	-9,89	< 0,0001	-0,68

* Effektstärke (Standardized Response Mean = Differenzwert zwischen T1 und T0, dividiert durch die Standardabweichung der Differenzen) Effektstärken zwischen 0,2 und 0,5 gelten als schwache Effekte, ab 0,5 als mittlere Effekte und ab 0,8 als starke Effekte.

Tab. 1: Veränderungen der Outcome-Parameter

Diskussion

Alle Outcomes besserten sich in beiden Gruppen signifikant mit zumeist mittlerer bis starker Effektstärke. Beim Ausmaß der Verbesserungen (Δ) fanden sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Fazit: AHB- und HV-Patienten mit COPD profitieren deutlich und in gleichem Ausmaß von einer pneumologischen Rehabilitation.

Förderung: Netzwerk Reha-Forschung in Bayern (NRFB)

Literatur

Lozano, R., Naghavi, M., Foreman, K. et al. (2012): Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 380. 2095-2128.

Puhan, M.A., Gimeno-Santos, E., Scharplatz, M., Troosters, T., Walters, E.H., Steurer, J. (2011): Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 10 Art. No.: CD005305.DOI: 10.1002/14651858.CD005305.pub3.

Schultz, K., Bergmann, K.C., Kenn, K., Petro, W., Heitmann, R.H., Fischer, R., Lang, S.M. (2006): Effektivität der pneumologischen Anschluss-Rehabilitation (AHB): Ergebnisse einer multizentrischen prospektiven Beobachtungsstudie. *Dtsch. Med Wochenschr.* 131. 1793-1798.

Suissa, S., Dell'Aniello, S., Ernst, P. (2012): Long-term natural history of chronic obstructive pulmonary disease: severe exacerbations and mortality. *Thorax*. 67. 957-963.

Psychische Komorbidität bei COPD-Rehabilitanden: Welche Änderungen lassen sich nach 3 Wochen stationärer Rehabilitation mittels Screeningverfahren finden?

Schwaighofer, B. (1), Jelusic, D. (1), Wittmann, M. (1), Schuler, M. (2), Schultz, K. (1)
 (1) Klinik Bad Reichenhall, (2) Universität Würzburg

Hintergrund

Angststörungen und Depressionen sind häufige psychische Komorbiditäten bei COPD und sind negative Prognoseprädiktoren, weshalb in evidenzbasierten Reha-Leitlinien systematische Assessments bzgl. Angst und Depression gefordert werden.

Methode: Von Feb-Aug 2013 wurden 204 konsekutive COPD-Rehabilitanden mittels PHQ-9 und GAD-7 systematisch bzgl. Depression und Angstsymptomen jeweils zu Reha-Beginn (T0) und Ende (T1) befragt.

Ergebnisse

Zu T0 erfüllten 37 % aller Patienten die Verdachtskriterien einer Major Depression (MD) (PHQ9 \geq 10) und 31 % zeigten klinisch relevante Angstsymptome (AS) (GAD7 \geq 10). 23 % hatten sowohl klinisch relevante Depressions- wie auch Angstsymptome.

Zum Ende der Reha reduzierte sich der Anteil der MD-Verdachtsdiagnosen auf 17,7 % und jener für eine klinisch relevante AS auf 13,2 %. Bei der Patientengruppe mit Angst- und Depressionssymptomen reduzierte sich die Anzahl der Betroffenen auf 7,4 %.

Die Reduktion beider Testscores zum Reha-Ende, bei der Betrachtung der gesamten Stichprobe, als auch bei der alleinigen Berücksichtigung der Rehabilitanden mit klinisch relevanten Symptomen erwiesen sich als signifikant (Tab. 1).

Testverfahren	T0	T1	p
	Reha-Beginn	Reha-Ende	
	M (\pm SD)		
GAD-7			
Alle COPD Patienten (N=204)	7,09 (\pm 4,963)	5,04 (\pm 4,512)	<0.001
Patienten mit GAD-7 \geq 10 (N=63)	13,06 (\pm 2,972)	8,19 (\pm 4,885)	<0.001
PHQ-9			
Alle COPD Patienten (N=204)	8,12 (\pm 5,266)	5,51 (\pm 4,494)	<0.001
Patienten mit PHQ-9 \geq 10 (N=75)	13,75 (\pm 3,468)	8,69 (\pm 4,762)	<0.001

Tab. 1: Testergebnisse zu T0 und T1

Diskussion

Angst und/oder Depression treten bei COPD-Rehabilitanden häufiger auf als in der Normalbevölkerung. Der in der Literatur für 6- und mehrwöchige ambulante Reha-Programme berichtete positive Effekt der Reha auf Angst und Depression findet sich offenbar auch nach einer 3-wöchigen stationären Rehabilitation.

Lebensqualität und Atemnot von COPD-Patienten ¼ Jahr nach pneumologischer Rehabilitation

Schultz, K. (1), Wittmann, M. (1), Jelusic, D. (1), Schuler, M. (2)

(1) Fachbereich Pneumologie, Klinik Bad Reichenhall, (2) Abteilung für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften, Universität Würzburg

Hintergrund

Die Effektivität pneumologischer Rehabilitation bei der Volkskrankheit COPD (chronic obstructive pulmonary disease) ist im internationalen Schrifttum auf höchstem Evidenzlevel durch zahlreiche randomisierte Studien und Metaanalysen gesichert (Lacasse et al., 2006; Puhan et al., 2011). In diese Datenlage gingen vor allem die angloamerikanischen ambulanten Reha-Programme mit einer Dauer von zumeist 6 bis 8 Wochen (oder länger) ein. Für diese Programme ist auch die Langzeiteffektivität belegt (Ochmann et al., 2012a). Die Datenlage *zur Langzeiteffektivität* für die in Deutschland übliche 3-wöchige stationäre Rehabilitation ist demgegenüber deutlich weniger umfangreich (Farin et al., 2007; Ochmann et al., 2012b).

Methode

Im Rahmen einer laufenden prospektiven Studie, wurde daher die Effektivität pneumologischer Rehabilitation bei 106 konsekutiven COPD-Patienten der Schweregrade 2-4 mittels dreier validierter krankheitsspezifischer HRQoL-Instrumente über ein viertel Jahr erfasst: SGRQ (St George's Respiratory Questionnaire; Gesamt-Score und die 3 Domänen "symptoms", "activity" und "impact"), CCQ (Clinical COPD Questionnaire) und CAT (COPD Assessment Test). Zudem wurde das Ausmaß der Dyspnoe mittels zweier international häufig eingesetzter und validierter Instrumente erfasst: MMRC (mod. MRC-Dyspnoe-Skala), TDI (Transition Dyspnea Index).

Patientengut

n = 106 Patienten mit fachärztlich gesicherter COPD, mittleres Alter $56,7 \pm 7,0$ Jahre, 62,3 % ♂, 46,2 % GOLD 2 (mittelschwere COPD), 35,9 % GOLD 3 (schwere COPD), 17,9 % GOLD 4 (sehr schwere COPD).

Ergebnisse

Die Ergebnisse sind in Tabelle 1 dargestellt (Mittelwerte \pm SD, p-Wert jeweils gegenüber Reha-Beginn).

	Reha-Beginn T0	Reha-Ende T1	p	3 Monate nach Reha T2	p
Gesundheitsbezogene Lebensqualität					
SGRQ <i>total score</i>	54,49 \pm 17, 82	44,23 \pm 17,84	<0,001	45,34 \pm 20,28	<0,001
SGRQ <i>symptoms</i>	69,69 \pm 18,15	56,35 \pm 20,80	<0,001	57,50 \pm 23,66	<0,001
SGRQ <i>activity</i>	62,85 \pm 22,48	53,59 \pm 21,80	<0,001	55,52 \pm 22,14	<0,001
SGRQ <i>impact</i>	38,78 \pm 19,87	30,55 \pm 19,25	<0,001	33,59 \pm 20,98	0,007
CAT	20,63 \pm 7,49	17,46 \pm 7,17	<0,001	19,09 \pm 8,31	0,032
CCQ	2.89 \pm 1.32	2.28 \pm 1.26	<0,001	2.51 \pm 1.38	0,002
Dyspnoe					
TDI	--	5,13 \pm 4,16	--	2,92 \pm 5,5	--
MRC	2,57 \pm 1,29	2,21 \pm 1,32	<0,001	2,35 \pm 1,211	0,044

Effektstärke (Standardized Response Mean = SRM) Effektstärken zwischen 0,2 und 0,5 gelten als schwache Effekte, ab 0,5 als mittlere Effekte und ab 0,8 als starke Effekte.

Tab. 1: Entwicklung von HRQoL und Dyspnoe ¼ Jahr nach pneumologischer Reha bei 106 COPD-Patienten

Diskussion

Der Summenscore des SGRQ, einem der international meist genutzten und gut validierten HRQoL-Fragebogen für COPD, verbesserte sich am Ende der Rehabilitation im Mittel um 10,26 Punkte (minimal important difference = MID des SGRQ beträgt 4 Punkte). Die Effektstärke (Standardized Response Mean =SRM) liegt bei 0,7 (t0→t1), d. h. der Effekt kann als mittelstark gewertet werden. Auch nach 3 Monaten lag der Score noch 9,14 Pkt. besser als zu Beginn der Rehabilitation (SRM=0,5). Alle 3 Domänen des SGRQ (activity, symptoms, impact) besserten sich zum Ende der Reha aber auch noch 3 Monate nach der Entlassung signifikant und vor allem klinisch relevant. Ergänzend wurden auch die COPD-spezifischen Kurzfragebögen CAT und CCQ eingesetzt. Auch hierbei fand sich eine über 3 Monate anhaltende signifikante Verbesserung der gesundheitsbezogenen LQ. Als Parameter der Atemnot verbesserte sich der TDI zum Ende der Rehabilitation um 5,13 Pkt. (minimal important difference = MID = 1) und war auch noch nach 3 Monaten klinisch relevant verbessert. Selbst der sehr wenig veränderungssensitive MMRC besserte sich signifikant. Somit kann davon ausgegangen werden, dass die im internationalen Schrifttum mit hoher Evidenz belegte Langzeiteffektivität der pneumologischen Rehabilitation auf deutsche Verhältnisse übertragbar ist. Die Ergebnisse sind aber noch aus einem zweiten Aspekt relevant: Die Überlebensprognose von COPD-Patienten korreliert eng mit dem SGRQ und dem MMRC. Eine anhaltende Verbesserung dieser Parameter könnte daher auf eine günstigere Überlebensprognose nach Rehabilitation hinweisen. Es wird aber kaum möglich sein, dies in einer prospektiven randomisierten Studie in Deutschland zu untersuchen, denn bei hochgradig gesicherter Effektivität der Reha bei COPD wäre eine solche Studie aus ethischen Gründen obsolet.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd

Literatur

- Farin, E., Opitz, U., Jäckel, W.H., Gallenmüller, K., Schwiersch, M., Schultz, K. (2009): Pneumologische Rehabilitation: Langzeitdaten zur Lebensqualität und Prädiktoren der Behandlungseffekte. *Phys Med Rehab Kuror*, 19. 75-84.
- Lacasse, Y., Goldstein, R., Lasserson, T.J., Martin, S. (2006): Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev.*, 4. CD003793.
- Ochmann, U. (a), Jörres, R.A., Nowak, D. (2012): Long-term efficacy of pulmonary rehabilitation: a state-of-the-art review. *J Cardiopulm Rehabil Prev*, 32. 117-126.
- Ochmann, U. (b), Kotschy-Lang, N., Raab, W., Kellberger, J., Nowak, D., Jörres, R.A. (2012): Long-term efficacy of pulmonary rehabilitation in patients with occupational respiratory diseases. *Respiration*, 84. 396-405.
- Puhan, M.A., Gimeno-Santos, E., Scharplatz, M., Troosters, T., Walters, E.H., Steurer, J. (2011): Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*, 10. CD005305.

Wie ändert sich der BODE-(Überlebensprognose-)Index bei COPD-Patienten nach stationärer pneumologischer Rehabilitation?

Jelusic, D. (1), Wittmann, M. (1), Schuler, M. (2), Schultz, K. (1)

- (1) Zentrum für Rehabilitation, Pneumologie und Orthopädie, Klinik Bad Reichenhall,
(2) Institut für Klinische Epidemiologie und Biometrie, Universität Würzburg

Hintergrund

Die COPD (chronic obstructive pulmonary disease) ist zwischenzeitlich die weltweit dritthäufigste zum Tode führende chronische Erkrankung (Lozano et al., 2012). Wichtige negative Prognoseparameter sind u. a. Einschränkungen der Lungenfunktion und der körperlichen Leistungsfähigkeit (Pinto-Plata et al., 2004), der Grad der Atemnot (Nishimura et al., 2002) und ein Gewichtsverlust. Als verlässlichster Prognose-Parameter hat sich international ein aus diesen Parametern zusammengesetzter Prognose-Score erwiesen, der sog. BODE-Score. In diesen Score gehen der BMI (Body-Mass Index), der Grad der bronchialen Obstruktion (FEV1 in % des Sollwertes), das Ausmaß der Atemnot (Dyspnoe; mod. MRC-Dyspnoe-Scale) und die 6-min walk distance (6-MWD = Exercise Capacity) ein (Cote, Celli, 2005). Der Score reicht von 0 bis 10 Punkten; je höher der Wert für den einzelnen Patienten, desto höher ist das Letalitäts-Risiko. Dabei werden 4 "BODE-Quartile" (Q I-IV) unterschieden (Q I = 0-2 Pkt., Q II = 3-4 Pkt., Q III = 5-6 Pkt., Q IV = 7-10 Pkt.). Eine mit der Abnahme des BODE-Scores verbesserte Überlebensprognose ist bei COPD-Patienten nach 8- und mehrwöchigen Reha-Programmen belegt. Ob und welche Effekte nach einer nur 3-wöchigen stationären Rehabilitation zu erreichen sind, ist bisher nicht bekannt.

Methode

Bei 226 konsekutiven Reha-Patienten (Schweregrad GOLD 2-4, mittleres Alter 57,0 Jahre, 62,4 % ♂, Ø FEV1 50,9 % des Sollwertes) wurde der BODE-Index zu T0 (Reha-Beginn) und T1 (Entlassung) ermittelt.

Ergebnisse

Bei 118 Patienten (52,2 %) kam es zu einer Verbesserung (= Abnahme) des BODE-Index, bei 91 (40,3 %) blieb er unverändert und bei 17 (7,5 %) verschlechterte er sich (Abb. 1). Im Mittel verbesserte sich der BODE-Index zu T1 um 0,72 Punkte (entspricht einer mittleren Effektstärke von 0.64 (Tab.1.). Bei 77 Pat. (30,8 %) führte dies zu einem Wechsel in ein prognostisch günstigeres "BODE-Quartil" (24 Pat. Quartil II→I, 8 Pat. QIII→I, 18 Pat. QIII→II, 8 Pat. QIV →II, 13 Pat. QIV →III).

	T0	T1	Signifikanz	SRM*
Bode-Index (MW ± SD)	3,44±2,19	2,72±1,93	P = 0,001	-0.64

* Effektstärke (Standardized Response Mean = Differenzwert zwischen T1 und T0, dividiert durch die Standardabweichung der Differenzen) Effektstärken zwischen 0,2 und 0,5 gelten als schwache Effekte, ab 0,5 als mittlere Effekte und ab 0,8 als starke Effekte.

Tab. 1: Mittlerer BODE-Index zu Beginn und Ende der Rehabilitation

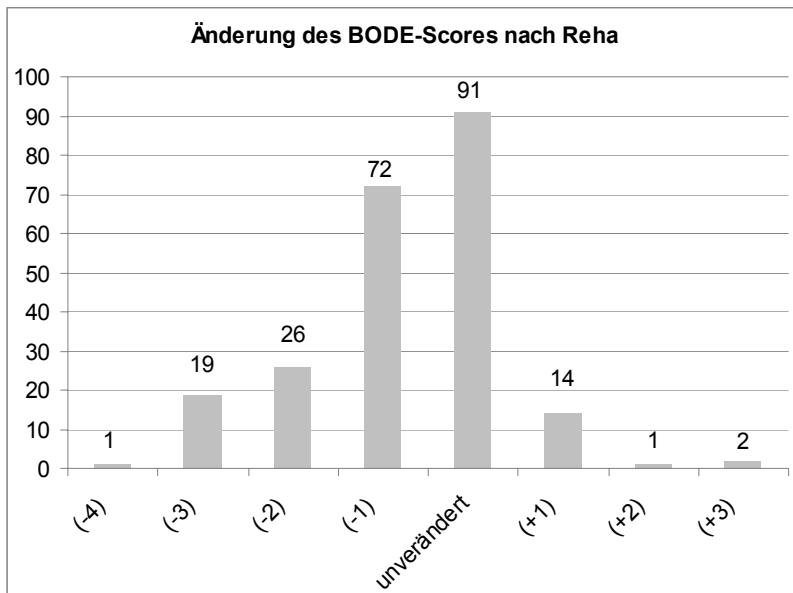


Abb. 1: Anzahl der Patienten mit Verbesserung bzw. Verschlechterung des BODE-Index

Bei Einbezug des Faktors Geschlecht zeigt sich, dass sich Frauen signifikant ($F=6,16$; $df=1$; $p=0.011$) mehr verbessern als die Männer (♀: MW -0.96, SRM -0,77 ↔ ♂: MW -0,57, SRM -0,57; Intergruppensignifikanz: $p = 0,029$)

Diskussion

Unserem Wissen nach konnte erstmals eine signifikante und Prognose-relevante Besserung des BODE-Index bei COPD-Patienten nach nur 3 Wochen stationärer Reha nachgewiesen werden. Die Größenordnung der mittleren Verbesserung entspricht fast dem von Cote und Celli 2005 mitgeteilten Ergebnissen für achtwöchige ambulante Reha-Programme. Die Verbesserung des BODE-Index ist bei weiblichen Rehabilitanden ausgeprägter als bei den Männern.

Förderung: Netzwerk Reha-Forschung in Bayern (NRFB)

Literatur

- Cote, C.G., Celli, B.R. (2005): Pulmonary rehabilitation and the BODE index in COPD. *Eur Respir J*, Oct, 26 (4). 630-636.
- Lozano, R., Naghavi, M., Foreman, K. et al. (2012): Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380. 2095-2128.
- Nishimura, K., Izumi, T., Tsukino, M., Oga, T. (2002): Dyspnea is a better predictor of 5-year survival than airway obstruction in patients with COPD. *Chest*, 121. 1434-1440.
- Pinto-Plata, V.M., Cote, C., Cabral, H., Taylor, J., Celli, B.R. (2004): The 6-min walk distance: change over time and value as a predictor of survival in severe COPD. *Eur Respir J*, Jan, 23 (1). 28-33.

Sozialmedizinische Aspekte der Rehabilitation bei Sarkoidose – Ergebnisse der -Studie Prospektive multizentrische Katamnesestudie Sarkoidose in der pneumologischen Rehabilitation (ProKaSaRe)

*Buhr-Schinner, H. (1), Braune, R. (2), Quadder, B. (3), Buchbender, W. (4,5),
Heitmann, R. (5), Hummel, S. (6), Tönnemann, U. (7), van der Meyden, J. (7),
Schultz, K. (8), Ernst, S. (9), Großhennig, A. (9), Schlee, T. (10), Lingner, H. (10)*

(1) Ostseeklinik Schönberg-Holm, (2) Sarkoidose Stiftung, Meerbusch,
(3) Deutsche Sarkoidose-Vereinigung, Meerbusch, (4) Fachklinik St. Georg,
Höchenschwand, (5) MediClin Albert Schweitzer Klinik, Königsfeld, (6) Klinik Heiligendamm,
(7) Klinik Wehrwald, Todtmoos, (8) Klinik Bad Reichenhall, (9) Institut für Biometrie,
Medizinische Hochschule Hannover, (10) Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische
Hochschule Hannover

Hintergrund

Die Sarkoidose ist eine granulomatöse Systemerkrankung bisher unklarer Ätiologie, die prinzipiell alle Organe betreffen kann (Prasse et al., 2009). Der Altersgipfel liegt zwischen dem 20. bis 40. Lebensjahr mit einem 2. Gipfel bei Frauen um das 50. Lebensjahr. Die Datenlage zur Sarkoidose-Rehabilitation ist spärlich (Ries et al., 2007). Typisch sind bei chronischen oder rezidivierenden Verläufen deutliche funktionelle Beeinträchtigungen, eingeschränkte Lebensqualität oder Fatigue (Baydur et al., 2012; Marcellis et al., 2013). Inwieweit die Rehabilitation Einfluss auf Aspekte des Erwerbslebens und Soziallebens haben kann,

wurde in der prospektiven, multizentrischen Beobachtungsstudie ProKaSaRe mit einer 12monatigen Beobachtungsphase als sekundäres Outcome untersucht.

Methode

Von 1/2011 bis 1/2012 wurden konsekutiv alle teilnahmewilligen Patienten der 6 beteiligten Rehabilitationskliniken (s. o.), die sich mit der Erstdiagnose Sarkoidose vorstellten, in die Studie aufgenommen. Erhoben wurden Parameter zur körperlichen Leistungsfähigkeit (6-MWD), Spirometrie (VC, FEV1), Atemmuskulatur (PI max) sowie weitere klinische Outcomes zur Lebensqualität (SGRQ), Dyspnoe (mMRC-Score) und Fatigue (FAS) mittels standardisierter und international evaluierter Fragebögen. Zusätzlich wurde der sozialmedizinische Status abgefragt (T0 zu Beginn der Reha, T1 nach Abschluss der Reha) und ein sozialmedizinischer Patientenfragebogen (T2 3 Monate, T3 6 Monate, T4 12 Monate nach der Rehabilitation) ausgefüllt.

Ergebnisse

Die Studie umfasst knapp 1/3 aller in 2011 in Deutschland rehabilitierten Sarkoidosepatienten (n=296) (Das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2013). Kostenträger waren überwiegend die Rentenversicherungsträger (85,9 %). Die Reha-Maßnahme wurde den Patienten in 90,9 % mit dem 1. Antrag bewilligt. Das mittlere Alter der Patienten betrug 49,0 Jahre, 52,8 % waren weiblich.

79,4 % der Patienten gaben zu Beginn der Rehabilitation alltagsrelevante Auswirkungen der Sarkoidose bzgl. ihres Privatlebens an, 83,3 % bzgl. ihres Berufslebens. 68,6 % der Patienten gaben an, wegen der Sarkoidose schon einmal länger als 2 Wochen krankgeschrieben gewesen zu sein, im Mittel wurden 74,4 Arbeitsunfähigkeitstage in den 12 Monaten vor der Rehabilitation berichtet. Durch die Rehabilitation zeigten sich signifikante z. T. bis 12 Monate nach Rehabilitation anhaltende Verbesserungen der gemessenen Parameter.

Zu Beginn der Rehabilitation gaben 22 Patienten eine Arbeitsunfähigkeitsdauer von 3 - 6 Monaten an, 39 waren mehr als 6 Monate krankgeschrieben, davon 12 mehr als ein Jahr. Durch die Reha-Maßnahme konnten 14 zuvor arbeitsunfähige Patienten sofort arbeitsfähig entlassen werden, 52 Patienten gaben an, nach weiteren 4 - 6 Wochen eine Rückkehr in den Beruf zu planen. Die prozentuale Arbeitsfähigkeit der Patienten (die ihre Fragebögen zurückgeschickt haben) blieb bis zum Abschluss des Beobachtungszeitraumes stabil.

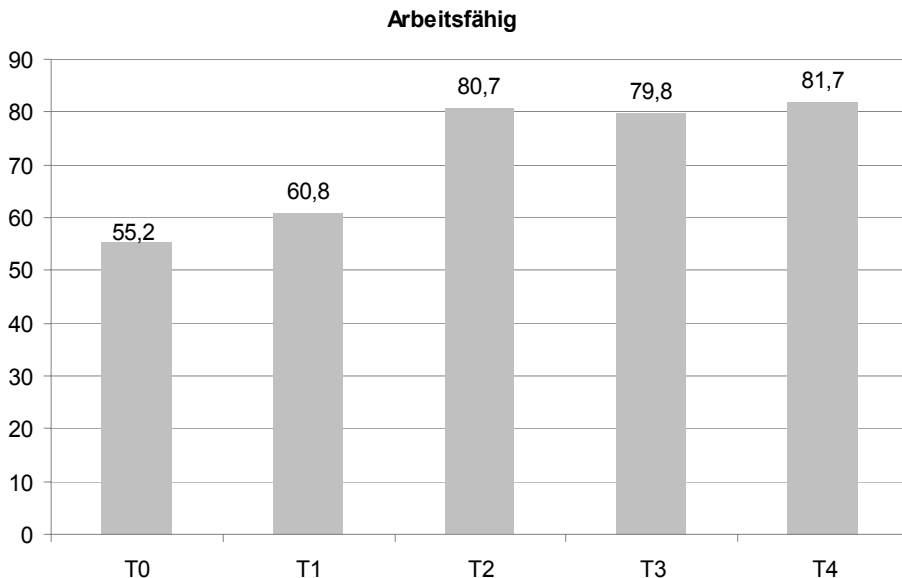


Abb. 1: Sozialmedizinische Aspekte der Sarkoidosestudie - Langzeitverlauf über 12 Monate

Diskussion

Diese Ergebnisse belegen eine positive Wirkung der pneumologischen Rehabilitation auf die Erwerbsfähigkeit bei Sarkoidose. Es läßt sich auch nach langer AU-Zeit eine Reintegration in das Erwerbsleben durch die Reha-Maßnahme nachweisen. Der Aussagewert dieser Studie ist aufgrund der hohen Bereitschaft (>95 %), an der Studie zu partizipieren und den guten Rücklauf der Fragebögen sehr hoch.

Förderung: Deutsche Lungenstiftung e.V. und Sarkoidose Stiftung

Literatur

- Baydur, A (2012): Recent developments in the physiological assessment of sarcoidosis: clinical implications. *Curr Opin Pulm Med*, 18. 499-505.
- Das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2013): URL: <https://www.google.de/#q=www.gbe-bund.de%3A+Diagnosedaten+der+Vorsorge+oder+Rehaeinrichtungen+mit++mehr+als+100+Betten>. Abruf 4.11.13.
- Marcellis, R.G.J., Lenssen, A.F., Kleynen, S., de Vries, J., Drent, M. (2013): Exercise Capacity, Muscle Strength, and Fatigue in Sarcoidosis: A Follow-Up Study. *Lung*, 191. 247-256.
- Prasse, A., Müller-Querheim, J. (2009): Sarkoidose. *Der Internist*, 50/5. 581-590.
- Ries, A.L., Bauldoff, G.S., Carlin, B.W., Casaburi, R., Emery, C.F., Mahler, D.A., Make, B., Rochester, C.L., Zuwallack, R., Herrerias, C. (2007): Pulmonary Rehabilitation. Joint ACCP/AACVPR Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*, 131(5 Suppl). 4-42.

Ist ein doppelter 6-Minuten-Gehtest im Rahmen des Routine-Assessments der pneumologischen Reha bei COPD-Patienten erforderlich?

Wingart, S. (1), Krämer, B. (1), Huber, V. (1), Fuchs, S. (1), Wittmann, M. (1), Jelusic, D. (1), Schuler, M. (2), Schultz, K. (1)

- (1) Zentrum für Rehabilitation, Pneumologie und Orthopädie, Klinik Bad Reichenhall,
- (2) Abteilung für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften, Universität Würzburg

Hintergrund

Die COPD (chronic obstructive pulmonary disease) ist seit 2010 die weltweit dritthäufigste zum Tode führende chronische Erkrankung (Lozano et al., 2012). Einer der besten Prädiktoren der Überlebensprognose und der weiteren Morbidität ist die sog. 6-Minuten-Gehstrecke (six minute walk distance = 6MWD), die mittels 6-Minuten-Gehtest (6-MGT) ermittelt wird. Eine Verbesserung der 6MWD nach Rehabilitation ist bei COPD-Patienten mit einer besseren Überlebensprognose assoziiert (Enfield et al., 2010). Zudem ist die 6MWD im Rahmen der Rehabilitation eine wichtige Grundlage einer gezielten Trainingssteuerung. Der 6-MGT ist daher eine zentrale diagnostische Maßnahme der pneumologischen Rehabilitation. Die Durchführung des 6-MGT ist durch eine Leitlinie der American Thoracic Society (ATS) standardisiert (ATS 2002). In der Literatur wird jedoch in den letzten Jahren zunehmend ein 2. Gehtest gefordert, jeweils zu Beginn und am Ende der Rehabilitation, um Ergebnisverfälschungen durch Lerneffekte zu minimieren (Hernandes et al., 2011; Chandra et al., 2012). Dabei soll der jeweils bessere Test als Grundlage für die Beurteilung der Besserung der 6MWD nach Reha herangezogen werden. Der Personalzeitbedarf pro 6-MGT beträgt ca. 12 Min. pro Test. An der Klinik Bad Reichenhall wurden 2012 1.553 6-MGT durchgeführt. Ein routinemäßiger zweiter 6-MGT würde somit einen erheblichen personellen Mehraufwand erfordern. Ziel der Untersuchung war es daher prospektiv zu prüfen, ob und wie deutlich sich die Ergebnisse bei einem "doppelten Gehtest" von der einmaligen Durchführung unterscheiden.

Methode

Bei 215 konsekutiven COPD-Rehabilitanden der Schweregrad 2-4 erfolgten zu Beginn (T0) und am Ende (T1) der Rehabilitation jeweils 2 Gehtests im Abstand von einer Stunde.

Ergebnisse

Die mittlere Verbesserung der 6MWD zu T1 betrug 76,5 m, wenn der jeweils bessere Test zu T0 und T1 zugrundegelegt wurde und 78,2 m beim Zugrundelegen des jeweils ersten Tests. (Pearson-Korrelationsindex zu T0 = 0,94, zu T1 = 0,95; Abb. 1). Zu T0 fand sich aber bei 24,1 % der Patienten eine Differenz der 6MWD von >10 % zwischen den beiden Gehtests, zu T1 in 14,7 %.

T0 (Reha-Beginn)	Mittelwert	T1 (Reha-Ende)		$\Delta T0 \rightarrow T1$
6MWD (Test 1)	422,9 \pm 96,3	6MWD Test 1	501,1 \pm 96,3	78,2
6MWD (Test 2)	435,1 \pm 101,5	6MWD (Test 2)	514,8 \pm 93,9	79,7
6MWD (bester Test)	440,9	6MWD (bester Test)	517,4	76,5

Tab. 1: 6-MWD [m] zu T0 und T1 (erster, zweiter und jeweils bester Test)

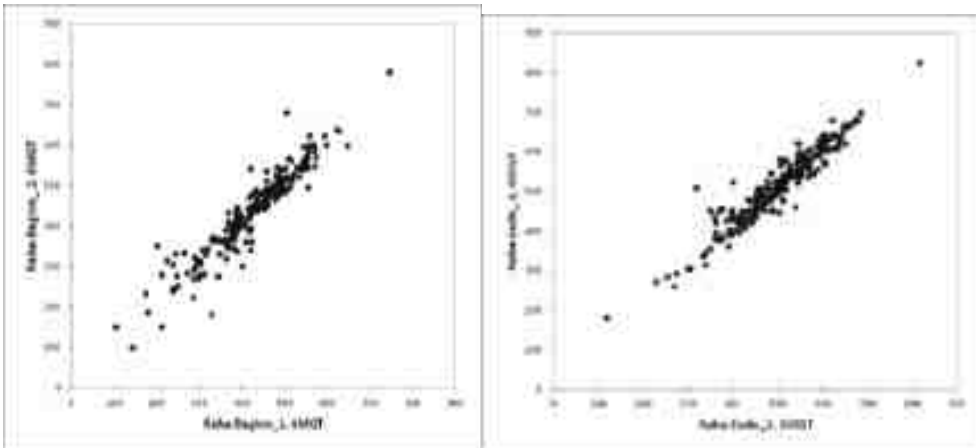


Abb. 1: Pearson-Korrelationen der Ergebnisse der beiden 6-MGT zu Beginn ($r=0,94$) und am Ende ($r=0,95$) der Reha

Diskussion

Ein doppelter Gehstest jeweils zu T0 und T1 mit Zugrundelegen des jeweils besten Wertes zeigt im Mittel bezüglich der Änderung der 6MWD nach Reha kein wesentlich anderes Ergebnis als jeweils nur ein einmaliger 6-MGT. Der mittlere Unterschied beträgt lediglich 2,2 %. Im Einzelfall fanden sich aber zum Teil deutliche Unterschiede zwischen den beiden Gehstests, wobei der 2. Test jedoch nicht immer zu einer Steigerung der 6MWD führte. So divergierten die 6MWD zu T0 bei fast einem Viertel der Patienten um mindestens 10 %, diese Unterschiede wurden zu T1 geringer. In einer laufenden Folgeuntersuchung wird daher aktuell geprüft, ob erfahrene Mitarbeiter voraussagen können, bei welchen Patienten der 2. Gehstest mehr als 10 % vom ersten divergieren wird.

Insgesamt kann die mittlere Verbesserung der 6MWD bei 215 konsekutiven COPD-Rehabilitanden um mehr als 76 Meter als ausgesprochen guter und klinisch relevanter Reha-Effekt gewertet werden.

Förderung: Netzwerk Rehabilitationsforschung in Bayern (NRFB)

Literatur

ATS statement (2002): Guidelines for the six-minute walk test. ATS Committee on Proficiency Standards for Clinical Pulmonary Function Laboratories. Am J Respir Crit Care Med. Jul 1. 166. 111-117.

Chandra, D., Wise, R.A., Kulkarni, H.S., Benzo, R.P., Criner, G., Make, B., Slivka, W.A., Ries, A.L., Reilly, J.J., Martinez, F.J., Sciruba, F.C. (2012): NETT Research Group. Opti-

- mizing the 6-min walk test as a measure of exercise capacity in COPD. *Chest*. Dec. 142(6). 1545-1552.
- Enfield, K., Gammon, S., Floyd, J., Falt, C., Patrie, J., Platts-Mills, T.A., Truwit, J.D., Shim, Y.M. (2010): Six-minute walk distance in patients with severe end-stage COPD: association with survival after inpatient pulmonary rehabilitation. *J Cardiopulm Rehabil Prev*. 30. 195-202.
- Hernandes, N.A., Wouters, E.F., Meijer, K., Annegarn, J., Pitta, F., Spruit, M.A. (2011): Reproducibility of 6-minute walking test in patients with COPD. *Eur Respir J*. Aug. 38/2. 261-267.
- Lozano, R., Naghavi, M., Foreman, K. et al. (2012): Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 380. 2095-2128.

Re-Analysen zur Inhalts- und Konstruktvalidität des "Asthma-Wissenstest"

*Bäuerle, K. (1), Feicke, J. (2), Miklejewski, S. (1), Spörhase, U. (2), Scherer, W. (3),
Wohlfarth, R. (1), Bitzer, E.M. (1)*

- (1) Institut für Alltagskultur, Bewegung und Gesundheit, Pädagogische Hochschule Freiburg,
(2) Institut für Biologie und ihre Didaktik, Pädagogische Hochschule Freiburg,
(3) Reha-Zentrum Utersum auf Föhr, Deutsche Rentenversicherung Bund, Utersum

Hintergrund

Patientenschulungen in der Rehabilitation chronischer Erkrankungen bilden ein zentrales Instrument, um den Therapieerfolg langfristig zu sichern (Bitzer et al., 2009) und sind auch bei Asthma bronchiale ein essentieller Teil des Krankheitsmanagements (NVL, 2013). Die Effektivität von Schulungsprogrammen für Asthmatiker, insbesondere bezüglich ihres Krankheitswissens ist gut belegt (Gibson et al., 2003). In Deutschland ist der von De Vries et al. (2004) systematisch entwickelte Asthma-Wissenstest (AWT) ein validiertes Erhebungsinstrument zur Messung von Asthma-Wissen, zu dessen Konstruktvalidität bislang jedoch nur wenige Informationen vorliegen. Zudem haben sich zwischenzeitlich Therapieempfehlungen und Lehrziele für Personen mit Asthma bronchiale verändert. Vor diesem Hintergrund verfolgt die vorliegende Studie das Ziel, die inhaltliche und Konstruktvalidität des AWT erneut zu prüfen. Darüber hinaus wird untersucht, ob sich das Asthma-Wissen nach einer Asthma-Schulung erhöht.

Methodik

Personen die zwischen 04.2013-09.2013 mit der Hauptindikation "Asthma bronchiale" in das Reha-Zentrum Utersum auf Föhr aufgenommen wurden und ihre Bereitschaft zur Teilnahme erklärten, wurden zu Beginn (T0) und am Ende des Aufenthaltes (T1) schriftlich mit dem AWT befragt.

Der AWT umfasst 56 als Aussagen formulierte Items, welche im dichotomen Antwortformat, mit richtig oder falsch beantwortet werden können. Inhaltlich werden die vier Dimensionen

Krankheitslehre (KL), Behandlungswissen (BW), Selbstmanagement (SM) sowie Interozeption und nicht medikamentöse Maßnahmen (IZ) abgebildet. Für die Auswertung kann anhand der korrekt beantworteten Aussagen ein Gesamtscore oder ein Wert für die einzelnen Subskalen gebildet werden.

Zunächst wurde (1) die Aktualität und Gültigkeit einzelner Items geprüft (Expertengespräche und NVL). Auf Basis der T0-Daten berechnet wurden (2) Interkorrelationen der Skalengesamtwerte sowie (3) psychometrische Kennwerte der Subskalen. Im nächsten Schritt (4) erfolgte die Prüfung auf faktorielle Eindimensionalität der vier inhaltlichen Dimensionen getrennt mittels exploratorischer Faktorenanalyse (EFA) und kategorialer Hauptkomponentenanalyse (CATPCA). Auf Basis der ermittelten Itemkennwerte und inhaltlicher Überlegungen wurden Modifikationen zur Optimierung der Subskalen vorgenommen und diese den Analysen gemäß Schritt (3) und (4) sowie ergänzend einer (5) konfirmatorischen Faktorenanalyse unterzogen. Veränderungen des Asthmawissens erfolgten durch (6) Mittelwertvergleiche der Subskalenscores und des Gesamtwertes zwischen T0 und T1.

Ergebnisse

Der AWT wurde von n=139 RehabilitandInnen zu T0 und T1 bearbeitet. Das Durchschnittsalter der Teilnehmenden beträgt 51,8 Jahre (SD=8,5), 69,8 % sind weiblich und sie kennen ihre Diagnose im Mittel seit 18,5 Jahren (SD=14,3).

(1) Aufgrund aktueller Leitlinien und therapeutischer Praxis wurden vier Items (Medikation/Inhalation) ausgeschlossen. (2) Die Skalen korrelieren zwischen .34 und .68 signifikant miteinander ($p < .01$). (3) Psychometrische Kennwerte sowie Reliabilität konnten durch die Modifikation nicht substantiell aber dennoch leicht optimiert werden (s. Tab.1). (4) Die EFA extrahiert bei allen vier inhaltlichen Dimensionen mehrere Faktoren. Die eindimensionale Quantifizierung mittels CATPCA weist teilweise negative und niedrige Komponentenladungen auf. Die Modifikation führt zu höheren und (ausgenommen SM-Skala) zu homogen positiven Faktorladungen (s. Tab.1). (5) Allerdings wurde in der konfirmatorischen Prüfung die Eindimensionalität der Subskalen abgelehnt. Alle Ergebnisse wurden auf Basis der T1-Daten repliziert. (6) Zwischen T0 und T1 nimmt das Asthma-bezogene Wissen in drei der vier Subskalen (Ausnahme KL) und damit auch der Gesamtscore statistisch signifikant zu (Gesamtscore: AWT-Original Wissenssteigerung um 10,8 % von 36,3_{T0} auf 42,0_{T1}; $t(128) = -5,61$; $p < .05$, $d = .49$; AWT-Modifikation Wissenssteigerung um 7,6 % von 31,8_{T0} auf 35,2_{T1}; $t(137) = -3,08$; $p < .05$; $d = .26$).

Dimension	AWT-Original							
	Items	M (%)	SD	P _i	r _{it}	α	PCA	EW
KL	7	4,25 (60,7)	2,01	.60	.46	.75	.45	2
BW	14	9,95 (71,1)	3,11	.71	.42	.79	.32	4
SM	23	16,20 (70,4)	5,48	.69	.50	.89	.14	5
IZ	8	5,86 (73,3)	2,05	.72	.46	.75	.36	3
Gesamt	52	36,25 (69,7)	10,37	.69	.44	.92	.15	15

Dimension	AWT-Modifikation							
	Items	M (%)	SD	P _i	r _{it}	α	PCA	EW
KL	6	3,42 (57,0)	1,96	.57	.54	.79	.57	1
BW	11	7,83 (71,2)	2,81	.71	.50	.82	.44	3
SM	22	15,80 (71,8)	5,49	.71	.53	.90	.20	4
IZ	6	4,76 (79,3)	2,86	.79	.54	.79	.50	2
Gesamt	45	31,81 (70,7)	9,73	.70	.47	.93	.20	12

Anm.: M (%) = Mittelwert der durchschnittlich erreichten Punktzahl (durchschnittlicher Anteil korrekter Antworten), SD=Standardabweichung, P_i = mittlere Itemschwierigkeit, r_{it} = mittlere Trennschärfe, α = Cronbachs Alpha, PCA=mittlere Faktorladung in der CATPCA, EW=Anzahl der Eigenwerte >1 in der EFA

Tab. 1: Skalenergebnisse der AWT Dimensionen und der Gesamtskala zu T0 für Original- und modifizierte Version (n=139)

Diskussion und Schlussfolgerung

Der AWT ist nach wie vor ein praktikabler und intern konsistenter Fragebogen zur Erfassung des Krankheitsbezogenen Wissens zu Asthma bronchiale, wobei Fragen zur Konstruktvalidität offen bleiben. Geht man über die Schulungsevaluation und Lernzielmessung hinaus, stellt sich im Sinne von Health Literacy und Gesundheitskompetenz die Frage, inwiefern das vorhandene und verbesserte Wissen Anwendung findet und in Handlungskompetenz und Teilhabefähigkeit mündet. Ein Anliegen weiterer Forschungen könnte die Entwicklung eines Assessments sein, welches die anwendungsorientierte Erfassung von asthmaspezifischen Fertigkeiten und selbstbestimmtem Krankheitsmanagement fokussiert.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Bitzer, E.M., Dierks, M.L., Heine, W., Becker, P., Vogel, H., Beckmann, U., Butsch, R., Dörning, H., Brüggemann, S. (2009): Teilhabebefähigung und Gesundheitskompetenz in der medizinischen Rehabilitation – Empfehlungen zur Stärkung von Patientenschulungen. *Die Rehabilitation*, 48. 202-210.
- De Vries, U., Mühlig, S., Petermann, F. (2004): Entwicklung und Erprobung eines Asthma-Wissenstests. *Prävention und Rehabilitation*, 16 (3). 129-136.
- Gibson, P. G., Powell, H., Wilson, A.J., Abramson, M., Haywood, P., Hensley, M. J., Haydn Walters, E., Roberts, J. (2003): Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma. *Cochrane Database Syst Rev*: CD001117.
- NVL – Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale Versorgungsleitlinie Asthma – Langfassung, 2. Auflage. Version 5. 2009, zuletzt geändert: August 2013. Zugriff unter <http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/asthma/pdf/nvl-asthma-2.auf1.-lang-5.pdf>. Abruf: 16.10.2013.

Fähigkeitsbeeinträchtigungen und Arbeitsplatzprobleme?

Muschalla, B. (1,2), Linden, M. (1)

(1) Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité, Universitätsmedizin Berlin und dem Rehabilitationszentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund, Teltow/Berlin, (2) Arbeits- und Organisationspsychologie, Universität Potsdam

Hintergrund

Krankheitsbedingte Beeinträchtigungen in psychischen Fähigkeiten, wie bspw. interaktionelle Fähigkeiten oder Planungs- und Urteilsfähigkeiten, bringen Partizipationsprobleme in verschiedenen Lebensbereichen mit sich, insbesondere am Arbeitsplatz (Muschalla et al., 2012; Brenninkmeijer et al., 2008; Balducci et al., 2011).

Eine wissenschaftlich wie klinisch relevante Frage ist, welche Arten von Fähigkeitsbeeinträchtigungen mit welcher Art von Arbeitsplatzproblemen zusammenhängen. Erkenntnisse darüber sind von Bedeutung für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (Mallen et al., 2011) sowie die Indikationsstellungen für die Behandlung oder Maßnahmen im Rahmen der medizinisch beruflich orientierten Rehabilitation, MBOR.

Methode

In einer Untersuchung in Hausarztpraxen wurden 307 Patienten, die zuvor in der Selbsteinschätzung angegeben hatten, unter einer psychischen Erkrankung zu leiden, von einem sozialmedizinisch geschulten Arzt in einem halbstandardisierten diagnostischen Interview auf psychische Erkrankungen untersucht. Die Patienten wurden gefragt, ob und ggf. welche Probleme sie an ihrem Arbeitsplatz haben. Durch die psychische Symptomatik bedingte Fähigkeitsstörungen wurden mit dem Fremdratinginstrument Mini-ICF-APP (Linden et al., 2009) vom Arzt beurteilt.

Ergebnisse

201 von 307 Patienten hatten aktuell einen Arbeitsplatz. Von diesen Patienten berichteten 58.7 %, dass sie Probleme am Arbeitsplatz haben. Patienten mit Arbeitsplatzproblemen waren in den Fähigkeiten zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, Flexibilität, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, Durchhaltefähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit und rekreativen Spontanaktivitäten signifikant schwerer beeinträchtigt als Patienten ohne Arbeitsplatzprobleme.

Die häufigsten Arbeitsprobleme waren quantitative und qualitative Überforderung, während eine Arbeitsplatzgefährdung vergleichsweise seltener berichtet wurde.

Es zeigt sich, dass unterschiedliche Fähigkeitsdimensionen in unterschiedlicher Weise mit den verschiedenen Arbeitsproblemen assoziiert sind (Tabelle 1). Quantitative Überforderung ist mit Beeinträchtigungen in der Planungs- und Strukturierungsfähigkeit verbunden, während qualitative Überforderung mit Problemen in der Anwendung fachlicher Kompetenzen

und Gruppenfähigkeit zusammenhängen. Konflikte und Mobbingprobleme sind mit Kontaktfähigkeitsdefiziten verbunden. Patienten, die Probleme mit strukturellen Veränderungen berichten, haben vergleichsweise weniger Probleme in familiären Beziehungen und rekreativen Spontanaktivitäten. Langzeitarbeitsunfähigkeit geht mit reduzierter Selbstbehauptungsfähigkeit einher. Bei Arbeitsplatzgefährdung scheint keine spezifische Fähigkeitsdimension relevant.

Fähigkeitsdimensionen nach Mini-ICF-APP	Überforderung mit der Arbeitsmenge (N=64)		Überforderung mit der Art der Arbeit (N=28)		Mobbing und Konflikte (N=30)		Probleme mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (N=46)		Probleme mit der Anpassung an strukturelle Veränderungen (N=40)	
	Beta	Sig.	Beta	Sig.	Beta	Sig.	Beta	Sig.	Beta	Sig.
Anpassung an Regeln u. Routinen	-.114	.183	-.139	.091	.067	.430	-.022	.787	-.014	.871
Planung und Strukturierung von Aufgaben	.176	.067	.081	.365	-.009	.927	.023	.806	.121	.202
Flexibilität	.087	.420	.082	.417	.094	.378	-.038	.715	.014	.896
Anwendung fachlicher Kompetenzen	.028	.757	.178	.040	-.048	.601	.088	.325	-.051	.575
Entscheidungs- u. Urteilsfähigkeit	-.078	.425	.085	.376	.124	.226	.119	.236	-.004	.972
Durchhaltefähigkeit	-.018	.850	.017	.845	-.130	.171	.090	.328	.060	.526
Selbstbehauptungsfähigkeit	.070	.446	.057	.505	-.092	.310	.160	.073	.139	.129
Kontaktfähigkeit	.033	.730	-.032	.772	.296	.012	.046	.685	-.017	.885
Gruppenfähigkeit	-.072	.518	.224	.032	-.138	.211	-.038	.726	.045	.683
Fam. und intime Beziehungen	-.033	.730	-.096	.285	-.185	.053	-.074	.427	-.211	.028
Spontanaktivitäten	.026	.784	.000	.999	.072	.441	.095	.299	-.169	.073
Selbstpflege	.073	.348	.007	.924	-.064	.411	-.036	.634	-.055	.477
Verkehrsfähigkeit	.086	.318	-.045	.577	-.106	.214	.006	.942	-.061	.471

Tab 1.: Prädiktive Wertigkeit verschiedener Fähigkeitsdimensionen für unterschiedliche Arbeitsplatzprobleme bei Patienten mit chronischen psychischen Erkrankungen mit Arbeitsplatz. Regressionsanalyse (Einschlussmethode)

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse zeigen, dass verschiedene Fähigkeitsdimensionen in unterschiedlicher Weise mit den verschiedenen Arbeitsproblemen zusammenhängen. Daher erscheint die Unterscheidung der verschiedenen Fähigkeitsdimensionen sinnvoll (im Vergleich bspw. zu einem undifferenzierten Globalscore von Fähigkeitsbeeinträchtigung).

Eine genaue Kenntnis über die Art sowohl des Kontextproblems als auch der für diesen Kontext relevanten Fähigkeitsstörung ist auch von Bedeutung im Rahmen der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung und bei der Auswahl fähigkeits- und kontextbezogener Behandlungsmöglichkeiten.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Literatur

- Linden, M., Baron, S., Muschalla, B. (2009): Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini-ICF-APP). Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeits- bzw. Kapazitätsstörungen bei psychischen Störungen. Göttingen: Hans Huber.
- Balducci, C., Fraccaroli, F., Schaufeli, W.B. (2011): Workplace bullying and its relation with work characteristics, personality, and post-traumatic stress symptoms: an integrated model. *Anx Stress Cop*, 24. 499-513.
- Brenninkmeijer, V., Houtman, I., Blonk, R. (2008): Depressed and absent from work: predicting prolonged depressive symptomatology among employees. *Occup Med*, 58. 295-301.
- Mallen, C.D., Wynne-Jones, G., Dunn, K.M. (2011): Sickness certification for mental health problems: an analysis of a general practice consultation database. *PrimHealth Care, Res Dev*, 12. 179-182.
- Muschalla, B., Vilain, M., Lawall, C., Lewerenz, M., Linden, M. (2012): Participation restrictions at work indicate participation restrictions in other domains of life. *Psychol Health Med*, 17. 95-104.

Berufsbezogene psychosomatische Rehabilitation für Pflegeberufe

Köllner, V., Eckert-Tag Elsir, C., Freiberg, A., Lipka-Stöhr, G.

Fachklinik für Psychosomatische Medizin, Mediclin Bliestal Kliniken, Blieskastel

Hintergrund

Berufe im Bereich der Alten- und Krankenpflege sind mit einer erhöhten Morbidität für psychische Störungen (v. a. depressive Störungen), aber z. B. auch für chronische Schmerzen (v. a. chronischer Rückenschmerz) und einem hohen Risiko für ein gesundheitsbedingtes vorzeitiges Ausscheiden aus dem Beruf belastet, was den Fachkräftemangel in diesem Bereich erheblich verstärkt (Weber et al., 2006). Schon früh wurden deshalb Programme zur Prävention und Therapie entwickelt (Schmidt, 2004), die im Sinne eines stärkeren Berufsbezuges (Hillert, Koch, 2009) auch in die psychosomatische Rehabilitation integriert werden sollen. Aufgrund des hohen Anteils von Rehabilitanden aus Pflegeberufen mit ähnlicher berufsbezogener Problematik entstand in unserer Klinik die Idee eines berufsgruppenspezifischen Behandlungskonzepts, um spezifisch auf die berufsbezogene Problematik eingehen und Selbsthilferessourcen nutzen zu können.

Methodik

Zentrales Element des in Tabelle 1 dargestellten Rehabilitationskonzeptes (Köllner et al., 2013) ist die Kombination einer berufsgruppenhomogenen Therapiegruppe in fester Kombination mit Tanztherapie. Die Gruppenleiterin ist psychodynamisch und verhaltenstherapeu-

tisch qualifiziert, was es erlaubt, sowohl Zusammenhänge der beruflichen Problematik mit der Biographie und unbewussten Konflikten zu bearbeiten als auch konkrete Lösungsstrategien für den beruflichen Alltag zu erarbeiten und z. B. in Rollenspielen zu erproben. Die Tanztherapie wirkt als Erfahrungsraum, der in der Therapiegruppe reflektiert werden kann (z. B. "Wie viel Raum nehme ich mir?" "Wie behaupte ich meinen Standpunkt?"). Die Ausdrucks- und Beziehungsaufgaben in der Gruppe sind so konzipiert, dass typische Konfliktsituationen in pflegerischen Berufen unmittelbar erlebt und danach bewusst reflektiert werden können. Weitere Ziele der Tanztherapie sind die Schulung der Körperwahrnehmung und die spielerische Erprobung neuer Verhaltensweisen in der Bewegung und der Begegnung mit anderen. Hinzu kommen weitere problem- oder störungsspezifische Therapiebausteine (Tabelle 1). Zur Diagnostik und Evaluation wurden routinemäßig AVEM, Health-49 und BDI-II eingesetzt. Eine systematische Auswertung der Daten im Vergleich zu Rehabilitanden aus anderen Berufsgruppen ist in Vorbereitung. Hier soll das Konzept zunächst an Fallbeispielen dargestellt werden.

Indikationen	Depressive Störungen, Anpassungsstörungen, Angststörungen, somatoforme Störungen und chronische Schmerzen bei Rehabilitanden, die in Pflegeberufen arbeiten und hierdurch belastet sind
Diagnostik	Ausführliche Anamneseerhebung bei Aufnahme AVEM, Health – 49, BDI-II sowie ggf. weitere störungsspezifische Instrumente (jeweils Prä- und Post-Messung) Abschlussgespräch
Gruppenstärke	9 -12 Rehabilitanden, halboffene Gruppe
Obligate Therapiebausteine nur im Pflegekonzept	2 x 90 min/Woche berufsspezifische Gruppe und 2 x 90 min/Woche Tanztherapie in einer geschlossenen Gruppe nur für Rehabilitanden im Pflege-Konzept 30 Min./Woche Einzeltherapie
Zusätzliche Therapiebausteine gemeinsam mit anderen Rehabilitanden	2 x 90 min/Woche indikative Gruppe (z. B. Depression, Schmerzbewältigung oder soziales Kompetenztraining) 2 x 90 min/Woche Ergotherapie (z. B. rückengerechtes Arbeiten oder PC-Training) 2 x 45 Minuten Entspannungstraining (PMR) Psychoedukative Seminare 3 x 60 Minuten Ausdauertraining/Woche 2 x 60 Minuten Kraft-Ausdauertraining (Geräteraum) für die Rückenmuskulatur Physiotherapie je nach Indikation Physikalische Therapie Sozialberatung (z. B. Planung der Reha-Nachsorge und der stufenweisen Wiedereingliederung)

Tab. 1: Rehabilitationskonzept für Pflegeberufe

Ergebnisse

Während der seit Anfang 2012 laufenden Pilotphase des Projekts nahmen über 150 Rehabilitanden an dem Programm teil. Im Vergleich zur Gesamtpopulation der Klinik war ein signifikant höherer Frauenanteil auffällig. Häufigste Diagnosen bei dieser Berufsgruppe waren depressive Störungen im psychischen- und chronische Kreuzschmerzen im somatischen Bereich. Einige Rehabilitandinnen hatten zunächst Vorbehalte ("ich bin doch wegen meiner Schmerzen hier und nicht weil ich Altenpflegerin bin" oder "was ist denn hier anders als beim Gespräch in der Stationsküche?"), erlebten aber schnell, dass der gemeinsame berufliche Erfahrungshintergrund die Therapiegruppe effektiver machte und das Selbsthilfepotential der Gruppe stärkte. Gerade RehabilitandInnen mit depressiver Symptomatik neigten zunächst dazu, ihre Symptomatik als persönliches Versagen zu erleben und schuldhaft zu verarbeiten. Der Kontakt mit den MitpatientInnen ermöglichte es ihnen, zu erleben, dass sie mit ihrer Problematik nicht alleine sind und dass gerade in Pflegeberufen als Folge der Ökonomisierung im Gesundheitswesen und des Mangels an Fachkräften eine Leistungsverdichtung stattgefunden hat, die sich auf der individuellen Ebene nur schwer abfangen lässt und die ohne adäquate Abgrenzungs- und Selbstfürsorgestrategien depressogen wirkt.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Das Konzept eines berufsgruppenspezifischen Rehabilitationsangebotes wurde von den TeilnehmerInnen gut angenommen und – gelegentlich nach anfänglicher Skepsis – sehr positiv bewertet. Durch die Fokussierung auf eine Berufsgruppe konnten berufliche Problemlagen sehr gezielt thematisiert, eigene Anteile reflektiert und Lösungswege mit Hilfe der Kompetenz der MitpatientInnen erarbeitet werden. Von besonderer Bedeutung war hierfür die Aktivierung von Ressourcen und Selbsthilfepotential. Individuell unterschiedliche Eingangsdiagnosen konnten durch die Kombination mit einer zweiten, störungsspezifischen Therapiegruppe gezielt behandelt werden. Da die Kombination von zwei Gruppen zum Grundkonzept der Klinik gehört, entstehen im Pflegekonzept keine zusätzlichen Kosten. Das Konzept lässt sich gut auf andere Reha-Einrichtungen, aber auch auf andere Berufsgruppen mit spezifischen Problemmustern (z. B. Lehrkräfte, Beschäftigte im Bank- oder Versicherungswesen, ErzieherInnen) übertragen.

Literatur

- Hillert, A., Koch, S. (2009): Klinik berufsbezogener Gesundheitsstörungen - Psychosomatik. In: Hillert, A., Müller-Fahrnow, W., Radoschewski, F.M. (Eds.): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag. 331-348.
- Köllner, V., Eckert-Tag Elsier, C., Freiberg, A., Lipka-Stöhr, G. (2013): Stationäre Rehabilitation bei depressiven Störungen. Psychotherapie im Dialog, 14/3. 64-68.
- Schmidt, S. (2004): Burnout in der Pflege. Stuttgart: Kohlhammer.
- Weber, A., Hörmann, G., Köllner, V. (2006): Psychische und Verhaltensstörungen – Die Epidemie des 21. Jahrhunderts? Deutsches Ärzteblatt, 103. 688-691.

Welchen Einfluss hat das Laienkonzept "Burnout" auf den Erfolg und die Nachhaltigkeit der medizinischen psychosomatischen Rehabilitation – Ein-Jahres-Katamnese

Webendörfer, S., Benoit, D., Bischoff, C., Limbacher, K.

AHG Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim

Hintergrund

In den Medien ist der Begriff Burnout seit Jahren als arbeitsplatzbezogene Erkrankung präsent. In den gängigen Definitionen der Laienpresse werden emotionale Erschöpfung, subjektiver Leistungsabfall, negative bis aggressive Einstellung zu Mitmenschen, insbesondere zu Kunden, Mitarbeitern und Kollegen und spätestens in fortgeschrittenen Stadien ein tiefer Widerwille gegen die Arbeit oder die Arbeitsumstände beschrieben (u. a. Spiegel-Online). Auch in der Fachwelt erfolgt eine intensive Auseinandersetzung (Kaschka, 2011; Berger et al. 2012). Der Einfluss subjektiver Krankheitskonzepte auf Krankheitsverarbeitung und Verläufe ist gut untersucht (Bischoff, 1994). Das Konstrukt Burnout lässt sich im Biopsychosozialen-Modell als Stressfolgegestörung in Folge einer Dysbalance der individuellen Ressourcen und der Lebensanforderungen gut einordnen.

Es stellte sich uns die Frage, ob unsere Patienten ein Burnout-Konzept als Ursache für ihre Erkrankung haben, ob sie die Symptomatik auf Ihre Arbeit/ Arbeitsumstände zurückführen, ob Patienten mit diesem Laienkonzept weniger von der Rehabilitation profitieren und ob sie mehr Schwierigkeiten haben an den bestehenden Arbeitsplatz zurückzukehren.

Methode

Im Frühjahr 2012 wurden konsekutiv neu aufgenommene Patienten (N=209) unselektiert mit einem Selbstauskunftsfragebogen mit einer Kombination aus offenen und theoriegeleiteten geschlossenen Fragen befragt. Alle Patienten nahmen an unserer Routinediagnostik teil und bearbeiteten störungsspezifische Selbstauskunftsfragebögen (u. a. Health 49, Rabung et al., 2007; AVEM, Schaarschmidt, 2006). Die soziodemographischen Daten wurden der Klinik-Bado entnommen.

Die offenen Fragen wurden nach den Prinzipien der Qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring) ausgewertet und nach der Definition von Kategorien im Sinne der deskriptiven Statistik ausgewertet. Ebenso die geschlossenen Fragen.

In einer Ein-Jahres-Katamnese wurden die Patienten postalisch in Bezug auf ausgewählte soziodemographische Daten, ihren Gesundheitszustand, AU-Tage und ihre Erwerbssituation befragt, auch wurden erneut AVEM und Health-49 vorgelegt.

Aufgrund der Eingangsfragebögen wurden zwei Gruppen gebildet: B+ Patienten, die sich als Burnout Betroffene ansehen (N= 89) und B- Patienten (N=81), die sich nicht von Burnout betroffen erleben. Diese beiden Gruppen wurden zu den drei Messzeitpunkten statistisch verglichen.

Ergebnis

Die Rücklaufquote der komplett auswertbaren Katamnesen lag bei ca. 51 %.

Zu T 2 zeigten Patienten mit Burnout-Konzept bessere Reha-Ergebnisse in Bezug auf die Verbesserung des Gesundheitszustands (u. a. gemessen in Effektstärken im Health-49) und der Arbeitsfähigkeit. Die zum Teil signifikanten Unterschiede waren durch die Stichprobe (in der B+ Gruppe fanden sich mehr Frauen mit depressiver Symptomatik) mit erklärbar.

Zu T 3 zeigte die B+ Gruppe weiter bessere Effektstärken. Bezüglich der Arbeitsunfähigkeitszeiten in den letzten zwölf Monaten besteht kein signifikanter Unterschied, obwohl die B+Patienten insgesamt weniger Au-Zeiten aufweisen und tendenziell eine bessere subjektive berufliche Leistungsfähigkeit besteht. B+Patienten bezogen zu T 3 seltener Rente oder waren im Rentenverfahren (B+ 77,2 % vs B- 72,7 %). Patienten der B+Gruppe nahmen im Katamnesezeitraum signifikant häufiger ambulante Psychotherapie in Anspruch.

Bei der Auswertung der Musterzuordnung im AVEM über die drei Messzeitpunkte zeigte sich für beide Gruppen das B-Muster konstanter als das A-Muster. Patienten, die bei Aufnahme dieses Muster zeigten, wechselten häufiger in die günstigen Muster "Schonung und Gesund".

Frauen mit depressiver Symptomatik neigen eher dazu, für sich ein Burnout anzunehmen.

Das Laienkonzept Burnout hatte in dieser Studie keinen negativen Einfluss auf das Reha-Ergebnis und die Nachhaltigkeit.

Literatur

Kaschka, W.P., Korczak, D., Broich, K. (2011): Burnout-a fashionable diagnosis. Dtsch Arztebl Int. 108/46. 781-787.

Berger, M., Linden, M., Schramm, E., Hillert, A.,Voderholzer, U., Maier, W. (2012): Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Thema Burnout.

Bischoff, C. (1994): Krankheitstheorien und Behandlungserwartungen von Patienten. Psychosomatische Grundversorgung: verhaltenstherapeutische Konzepte und Empfehlungen für die ärztliche Praxis. Mark, N., Bischoff, C. (Hrsg.): Dt. Ärzte- Verlag.

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>.

Schaarschmidt, U. (2006): AVEM – ein persönlichkeitsdiagnostisches Instrument für die berufs- bezogene Rehabilitation. In: Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation BDP (Hrsg.): Psychologische Diagnostik – Weichenstellung für den Reha-Verlauf. Deutscher Psychologen Verlag GmbH, Bonn. 59-82.

Das Spektrum klinischer Verbitterungsvarianten

Rotter, M., Linden, M.

Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité Universitätsmedizin Berlin und Abteilung für psychische und psychosomatische Erkrankungen am Rehabilitationszentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund, Teltow/Berlin

Hintergrund

Verbitterung ist eine Emotion, die allen Menschen bekannt ist und auch schon in jungen Lebensjahren beobachtet werden kann. Analog zu Angst kann Verbitterung in verschiedenen Formen auftreten. Als normale emotionale Reaktion, als Begleitsymptom anderer psychischer Störungen und als Leitaffect bei Persönlichkeitsstörungen (kränkbare Persönlichkeitsstörung). Des Weiteren gibt es, analog zur PTSD, die "Posttraumatische Verbitterungsstörung, PTED" (Linden et al., 2007; Linden, Maercker, 2011) nach einem einmaligen einschneidenden Ereignis aus völliger Gesundheit heraus. Es ist zu diskutieren, ob es auch eine komplexe PTED gibt, die sich kumulativ über die Zeit in Folge mehrfacher Erfahrungen entwickelt.

Methode

1.479 konsekutive Patienten der Abteilung Verhaltenstherapie und Psychosomatik wurden mit der PTED-Skala untersucht. Ein Wert von ≥ 1 spricht für relevante reaktive Verbitterung und ein Wert ≥ 2.5 ist ein Indikator für eine ausgeprägte Verbitterungsreaktion (Linden et al., 2009). 489 Patienten mit einem erhöhtem PTED-Wert ($M = \geq 2.5$) wurden mit dem Internationalen Neuropsychiatric Interview untersucht und zur Art des erlittenen Traumas befragt.

Ergebnisse

Nimmt man einen Wert ≥ 1 als Grenzwert, dann kennen 86.5 % der Patienten Verbitterungsgefühle. 41.2 % zeigen einen Wert von ≥ 2.5 .

70.1 % gaben an, dass sie im letzten Jahr ein Ereignis erlebt hatten, das sich ihnen immer wieder intrusionsartig aufdrängt, 68,1 % meinten, dass sich dadurch seitdem ihr Leben deutlich und bis heute anhaltend negativ verändert hat und 66,1 % berichteten, dass sie sich durch das Ereignis gekränkt und verbittert fühlen.

Bei 1.032 Patienten, die nur mit einer einzigen klinischen Diagnose entlassen wurden, wurde der Zusammenhang zwischen Diagnose und Verbitterungserleben untersucht. Die höchsten Werte fanden sich bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen ($M = 2.6$; $SD = .81$; range = 0-4) und Anpassungsstörungen ($M = 2.3$; $SD = .83$; range = 0-4), die niedrigsten Werte bei Patienten mit Migräne ($M = .87$, $SD = .78$; range = 0-3) und somatoformen Störungen ($M = 1.66$, $SD = .95$; range = 0-3.74).

Bei den Patienten, bei denen ein standardisiertes klinisches Interview durchgeführt wurde, wurde auch speziell nach kritischen Lebensereignissen gefragt. 31.1 % berichteten von keinem speziellen Ereignis (unspezifische Verbitterung). 9.8 % der Patienten berichteten von einer Serie verschiedener Ereignisse (komplexe Verbitterung). 45 % berichtet von Verbitterung als Reaktion auf ein singuläres Ereignis, waren aber bereits davor psychisch krank

(sekundäre Verbitterung). 14.1 % erfüllten die Kriterien einer klassischen PTED (Linden et al., 2009).

Schlussfolgerungen

Die Daten bestätigen, dass Verbitterungserleben eine lebensübliche Emotion ist, die bei Patienten in psychosomatischer Rehabilitation häufig anzutreffen ist. Analog zu Angst kommt Verbitterung im Kontext von Persönlichkeitsstörungen wie auch anderen psychischen Erkrankungen vor und dies sowohl im Kontext von Auslösern, wie auch unabhängig davon. So wie die PTSD eine Sonderform der Angststörungen ist, so ist auch die PTED eine Krankheitsentität, die von anderen Verbitterungsvarianten unterschieden werden muss.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

Linden, M., Rotter, M., Baumann, K., Lieberei, B. (2007): Posttraumatic Embitterment Disorder. Definition, Evidence, Diagnosis, Treatment. Hogrefe & Huber, Bern.

Linden, M., Maercker, A. (2011): Embitterment. Societal, psychological, and clinical perspectives. Springer, Wien.

Linden, M., Baumann, K., Lieberei, B., Rotter, M. (2009): The Posttraumatic Embitterment Disorder Self-Rating Scale (PTED Scale). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 139-147.

Der Zusammenhang zwischen subjektiven und objektiven Schlafstörungen

Linden, M. (1), Fietze, I. (2)

(1) Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité, Universitätsmedizin Berlin und dem Rehabilitationszentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund, Teltow/Berlin, (2) Sleep Centre at the Charité University Medicine Berlin

Hintergrund

Patienten in psychosomatischer Rehabilitation klagen regelhaft über Schlafstörungen. Schlechter Schlaf führt wiederum zu schlechtem Wohlbefinden, Müdigkeit und Leistungsin-suffizienz und ist damit ein sozialmedizinisches Thema von großer Bedeutung.

Eine offene Frage in der wissenschaftlichen Literatur wie klinischen Praxis ist, ob subjektive Schlafklagen von Patienten Ausdruck unspezifischen psychischen Belastungserlebens sind oder inwieweit sie Indikatoren objektivierbarer Änderungen im Schlafverhalten sind.

Methode

Im Schlaflabor des Reha-Zentrums Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund wurde bei 99 Patienten eine Schlafpolysomnographie durchgeführt. 80 Patienten hatten auf dem Pittsburgh-Sleep-Quality-Index (PSQI, Buysse et al 1989) einen Wert > 10, was für schwere subjektive Schlafstörungen spricht und 19 einen Wert < 6, was für einen subjektiv völlig un-gestörten Schlaf spricht.

Polysomnographisch wurden erfasst Einschlaf latenz, Schlaffeffizienz, Gesamtschlafzeit, Wachzeit, Slow-wave-Schlaf, REM-Schlaf und Mikroarousals.

An subjektiven Parametern wurden in einem Morgenprotokoll nach den Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (Hoffmann et al., 1997) erfasst Niedergeschlagenheit, Müdigkeit, Anspannung, Erholbarkeit des Schlafs, subjektive Einschlafzeit, subjektive Bewertung der Einschlafzeit, Aufwachhäufigkeit in der Nacht, subjektive Beurteilung der Aufwachhäufigkeit, Wachzeit in der Nacht, subjektive Bewertung der Wachzeit.

Ergebnisse

Es fanden sich signifikante Korrelationen zwischen der objektiven Schlaffeffizienz und der subjektiven Schlafzeit, Einschlaf latenz, Bewertung der Einschlaf latenz und Bewertung der Wachzeit in der Nacht.

Ein Vergleich der Patienten mit (PSQI > 10) und ohne (PSQI < 6) subjektive Schlafklagen zeigte eine signifikant kürzere objektive Schlaffeffizienz, längere nächtliche Wachzeit und einen Trend zu einer kürzeren objektiven Gesamtschlafzeit und einen geringeren Slow-wave-Anteil bei den Patienten mit subjektiven Schlafstörungen.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen, dass subjektive Schlafklagen nicht als ausschließlich psychopathologisches Symptom und Ausdruck unspezifischen Klageverhaltens missverstanden werden dürfen. Sie sind Indikatoren eines objektiv gestörten Schlafs und sollten daher Anlass sein, die Art der vorliegenden Schlafstörung genauer abzuklären und ggf. eine spezifische Behandlung einzuleiten.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

Buysse, D., Reynolds, C., Monk, T. (1989): Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res.*, Vol. 28. 193-213.

Hoffmann, R.M., Müller, T., Hajak, G., Cassel, W., Arbeitsgruppe Diagnostik der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) 1997: Abend-Morgen-Protokolle in Schlafforschung und Schlafmedizin – ein Standardinstrument für den deutschsprachigen Raum. *Somnologie*, 1. 103-109.

Nachsorge Neues Credo – Transfer in die Psychosomatik

Deck, R., Hüppe, A.

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck

Hintergrund

Die Prävalenz psychosomatischer Erkrankungen ist in den letzten Jahren erheblich angestiegen, damit wächst auch die Bedeutung der medizinischen Rehabilitation. Die Erfolge der medizinischen psychosomatischen Reha gelten als belegt, der Transfer der Reha-Erfolge in den Alltag gelingt hingegen nur einem kleineren Teil der Rehabilitanden. Zahlreiche Nachsorgeangebote sollen die Effekte der Rehabilitation stabilisieren. Bislang gelingt dies mit wechselndem Erfolg. Vor diesem Hintergrund wurde eine neue Nachsorgestrategie (neues Credo), die ursprünglich in der Indikation Orthopädie entwickelt (Deck et al., 2009) und mit guten Erfolgen evaluiert wurde (Deck et al., 2012), in der Psychosomatik erprobt. Das Ziel der vorliegenden Studie war die Überprüfung von Praktikabilität und Machbarkeit des Konzepts in einer psychosomatischen Klinik. Erste Aussagen über die Wirksamkeit des neuen Credo können mit Hilfe einer "historischen" Kontrollgruppe getroffen werden.

Methodik

In einer längsschnittlichen Feasibility-Studie mit drei Messzeitpunkten (Reha-Beginn, Reha-Ende, 4-Monats-Follow-up) wurde die Praktikabilität und die Akzeptanz des neuen Credo überprüft. Eine psychosomatische Rehabilitationsklinik aus Schleswig-Holstein beteiligte sich an der Studie, eingeschlossen wurden Rehabilitanden mit depressiven Störungen (Erstdiagnosen F32.x, F33.x und F40 nach ICD-10). Die Klinik übernahm die Credo-Philosophie in den Klinikalltag und setzte die unterstützenden Materialien (vgl. Deck et al., 2009) während der Projektlaufzeit ein. In Abstimmung mit den Klinikern wurde auch in der Psychosomatik der Fokus auf körperliche Aktivität gelegt. Zahlreiche Studien kommen zu dem Ergebnis, dass körperliche Aktivität bei depressiven Störungen als therapeutische Maßnahme empfehlenswert ist (Rethorst et al., 2009; Cooney et al., 2013). Die Klinik war für die Laufzeit des Projekts mit einer Nachsorgebeauftragten ausgestattet. Die Rehabilitanden durchliefen im Rahmen der Studie die begleitete Nachsorge gemäß dem neuen Credo aufgrund des Studiencharakters in verkürzter Form (1 Beobachtungsheft in der Klinik, 2 Bewegungstagebücher nach dem Reha-Aufenthalt für einen Zeitraum von insgesamt 4 Monaten). Als primäre Zielgröße wurde die psychische Symptombelastung (BSI) definiert. Sekundäre Zielgrößen waren die subjektive Gesundheit, Einschränkungen der Teilhabe, katastrophisierende Kognitionen sowie gesundheitsbezogene Lebensqualität. Für 91 Rehabilitanden lagen komplette Datensätze zu drei Messzeitpunkten vor.

Um Hinweise auf die Wirksamkeit zu erhalten, wurde eine nach Alter, Geschlecht und Schulbildung gematchte Vergleichsgruppe aus den Daten der Qualitätsgemeinschaft medizinische Rehabilitation in Schleswig-Holstein (QGmR) gebildet.

Ergebnisse

Die Bereitschaft sich an der Studie zu beteiligen lag bei 75 %, die Dropoutrate am Ende der Reha betrug 12 %, zum Katamnesezeitpunkt 43 %. Die Praktikabilität des neuen Credo wurde auch in der psychosomatischen Reha bestätigt, es wurde von allen Beteiligten gut ange-

nommen. Die Rehabilitanden nutzten den Reha-Aufenthalt, um eine für sie passende Aktivität nach der Reha auszuwählen, das Führen der Tagebücher wurde mehrheitlich positiv bewertet. Hinsichtlich der kurz- und mittelfristigen Verbesserungen in den primären und sekundären Outcomegrößen zeigen sich in der Feasibility Studie mittlere bis große Effekte ($p < 0.01$).

Beim Vergleich mit der "historischen" Vergleichsgruppe bleibt auf der Ebene der Intragruppeneffekte ein deutlicher Vorteil zugunsten der Credo-Gruppe bestehen. In der multivariaten Analyse ergeben sich signifikante Interaktionseffekte hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ($p < 0.05$). Mit Blick auf die verschiedenen körperlichen Aktivitäten in der Zeit nach dem Reha-Aufenthalt geben die Credo-Rehabilitanden häufiger die Nutzung von Ausdauer- und Kraftsportarten an, die Rehabilitanden der QGmR nehmen in deutlich höherem Ausmaß ambulante Psychotherapie in Anspruch. Die Credo-Rehabilitanden fühlen sich auf die Zeit nach der Reha durch die Klinik gut vorbereitet, jeweils über die Hälfte der Rehabilitanden vergibt hier gute Bewertungen. Die Bewertungen vergleichbarer Urteile aus der Qualitätsgemeinschaft fallen deutlich ungünstiger aus.

Schlussfolgerung und Ausblick

Das neue Credo erwies sich auch für Rehabilitanden mit depressiven Störungen als praktikabel und machbar, die Reha- und Nachsorgestrategie wurde von Kliniken und Rehabilitanden gut angenommen. Im Vergleich mit einer historischen Vergleichsgruppe erreichten die Credo-Rehabilitanden in Teilaspekten die besseren Langzeiteffekte, was auf eine verbesserte Nachhaltigkeit der Reha-Erfolge durch das neue Credo hinweist. Auch auf der Prozessebene sehen wir die Credo-Rehabilitanden im Vorteil.

Auch wenn es den psychosomatischen Rehabilitanden aus krankheitsimmanenten Gründen (Antriebs- und Lustlosigkeit) schwerer fällt, die Dokumentation und die Handlungsplanung durchzuführen und ihre Vorsätze einzuhalten, werden die Nachsorge-Tagebücher und die Begleitung durch die Nachsorgebeauftragte der Klinik von den meisten Rehabilitanden positiv bewertet.

Förderung: Im gemeinsamen Förderschwerpunkt "Chronische Krankheiten und Patientenorientierung" von BMBF, Kranken- und Rentenversicherung.

Literatur

- Cooney, G.M., Dwan, K., Greig, C.A., Lawlor, D.A., Rimer, J., Waugh, F.R., McMurdo, M., Mead, G.E. (2013): Exercise for depression. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 9. Art. No.: CD004366. DOI: 10.1002/14651858.CD004366.pub6.
- Deck, R., Hüppe, A., Arlt, C. (2009): Optimierung der Rehabilitationsnachsorge durch eine längerfristige Begleitung der Rehabilitanden – Ergebnisse einer Pilotstudie. Die Rehabilitation, 38. 39-46.
- Deck, R., Schramm, S., Hüppe, A. (2012): Begleitete Eigeninitiative nach der Reha ("neues Credo") – ein Erfolgsmodell? Die Rehabilitation, 51. 316-325.
- Rethorst, C.D., Wipfli, B.M., Landers, D.M. (2009): The antidepressive effects of exercise. A meta-analysis of randomized trials. Sports Med, 39. 491-511.

Unterscheiden sich Rehabilitanden mit Anpassungsstörungen und depressiven Störungen im Verlauf der psychosomatischen Rehabilitation?

Schweiberer, D. (1,2), Neu, R. (1), Köllner, V. (1,2)

(1) Fachklinik für Psychosomatische Medizin, Mediclin Bliestalkliniken, Blieskastel,

(2) Medizinische Fakultät der Universität des Saarlandes, Homburg/Saar

Hintergrund

Anpassungsstörungen werden immer noch häufig als diagnostische Restkategorie verwendet (Maercker et al., 2007). Für die psychosomatische Rehabilitation konnte nachgewiesen werden, dass diese Diagnose nicht selten zu Unrecht an Stelle einer depressiven Störung vergeben wird, auch, um der subjektiven Krankheitstheorie der Rehabilitanden zu folgen (Terber et al., 2012), die ihre Symptomatik häufig als durch eine externe Belastung verursacht beschreiben. Gerade im Bereich der arbeitsplatzbezogenen Störungen wird diese Diagnose häufig im Zusammenhang mit einer vom Patienten erlebten Burnout- oder Mobbingproblematik gestellt. Auch bezüglich des Geltungsbereiches des Reha-Therapiestandards Depression stellt sich die Frage, wie stark sich Rehabilitanden aus den beiden Diagnosegruppen unterscheiden. In dieser Studie soll untersucht werden, ob sich Rehabilitanden mit einer im strukturierten Interview gesicherten Diagnose einer Anpassungsstörung von solchen mit dem Vollbild einer depressiven Störung unterscheiden.

Methodik

Untersucht wurden 100 konsekutive Patienten einer Schwerpunktstation zu arbeitsplatzbezogenen Störungen (71w/29m; Alter 49,84 \pm 8,73 Jahre) in der psychosomatischen Rehabilitation. Hiervon erfüllten 73 die Kriterien einer depressiven Störung und 23 die Kriterien einer Anpassungsstörung. Die Diagnosen wurden mit einem strukturierten Interview (Mini-DIPS) gesichert. Zur Erfassung der psychischen Symptomatik wurden der Health-49 (Rabung et al., 2009), der BDI-II sowie die Burnout-Screening-Skalen (Hagemann, Geuenich, 2009; Schweiberer et al., 2013) zur Erfassung von arbeitsbezogenen Belastungen (BOSS I), Beschwerden (BOSSII) und Ressourcen (BOSS III) bei Aufnahme (T0) und Entlassung (T1) eingesetzt. Nach 6 Monaten (T2) wurde zusätzlich der sozialmedizinische Status erfasst.

Ergebnisse

Patienten mit Anpassungsstörungen waren zu Therapiebeginn und Ende (siehe Tabelle 1) auf allen symptombezogenen Skalen geringer belastet als Patienten mit einer depressiven Störung, hinsichtlich Aktivität und Partizipation waren sie jedoch gleich stark beeinträchtigt. Beide Gruppen konnten trotz des unterschiedlichen Ausgangsniveaus in etwa dem gleichen Maße von der Therapie profitieren (Effektstärken d zwischen .79 und 1.25 bei Anpassungsstörungen, d zwischen .79 und 1.16 bei Depression). Patienten mit einer depressiven Störung verbesserten sich im BDI-II von 25,3 \pm 11,1 auf 12,5 \pm 12,5; Patienten mit einer AD von

12,4 ±9,5 auf 4,9 ±5,3 (p jeweils < 0,001 von T0 zu T1). Bezüglich Arbeitsunfähigkeit unterschieden sich die beiden Gruppen zu keinem Zeitpunkt signifikant, der Anteil der Arbeitsfähigen ging in der Gesamtstichprobe von 45 % zu T0 auf 9,5 % zu T2 zurück. Von T0 zu T1 beschrieben die Rehabilitanden in beiden Diagnosegruppen im BOSS III signifikant mehr Ressourcen bezogen auf die eigene Person, dieser Effekt blieb in der Katamnese nach 6 Monaten stabil.

Skala	Mittelwert ± SD	Mittelwert ± SD	p-Wert
	Anpassungsstörung	Depression	
Depressivität (Health-49)	,3630 ± ,45170	1,0112 ± ,95121	,001*
Aktivität und Partizipation (Health-49)	2,9203 ± ,58359	2,3767 ± ,98876	,018
BDI-II	4,91 ± 5,308	12,45 ± 12,512	,006*
BOSS I (Arbeitsbezogene Belastungen)	50,13 ± 11,263	58,90 ± 12,317	,003*
BOSSII (Arbeitsbezogene Beschwerden)	47,61 ± 9,134	55,64 ± 11,506	,005*

Das Signifikanzniveau nach Bonferroni-Korrektur beträgt ,007.

Tab. 1: Gruppenunterschiede zwischen Patienten mit Anpassungsstörung und Patienten mit Depression zum Zeitpunkt der Entlassung (T1).

Diskussion und Schlussfolgerungen

Patienten mit einer Anpassungsstörung haben erwartungsgemäß eine geringere psychopathologische Symptombelastung zu Beginn und Ende der Rehabilitation als Patienten mit einer depressiven Störung. Sie sind sozialmedizinisch und bezüglich Aktivität und Partizipation jedoch vergleichbar stark belastet und profitieren ähnlich gut und nachhaltig von einer psychosomatischen Rehabilitation. Dies gilt sowohl für die Symptombelastung als auch für die gestiegene Wahrnehmung eigener Ressourcen, um berufliche Belastungen zu bewältigen. Kritisch anzumerken ist allerdings die geringe Anzahl der Patienten mit Anpassungsstörungen vor allem zum Katamnesezeitpunkt. Für künftige Studien relevant ist die Frage, ob bei Rehabilitanden mit Anpassungsstörungen spezifischere arbeitsbezogene Belastungen vorliegen und ob sie die gleichen Therapieelemente benötigen wie Rehabilitanden mit einer depressiven Störung.

Literatur

- Hagemann, W., Geuenich, K. (2009): Burnout-Screening-Skalen (BOSS). Göttingen: Hogrefe.
- Maercker, A., Einsle, F., Köllner, V. (2007): Adjustment disorders as stress response syndromes: A new diagnostic concept and its exploration in a cardiology patient sample. *Psychopathology*, 40. 135-146.
- 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. 162-179.

Schweiberer, D., Geuenich, K., Hagemann, W., Neu, R., Kraft, D., Köllner, V. (2013): Eignen sich die Burnout-Screening-Skalen zur Verlaufsmessung in der psychosomatischen Rehabilitation? DRV-Schriften, Bd 101. 480-481.

Terber, S., Untersinger, I., Köllner, V. (2012): Wer findet was? Vergleich von klinischer Diagnostik und strukturiertem Interview bei Angst- und Anpassungsstörungen. Psychotherapie in Dialog, 13. 26-29.

Ist das Typ D-Muster ein hilfreiches Konstrukt für die Psychosomatische Rehabilitation?

Neu, R. (1), Müller, P. (1), Roth, P. (1), Grande, G. (2), Köllner, V. (1,3)

- (1) Fachklinik für Psychosomatische Medizin, Mediclin Bliestal Kliniken, Blieskastel,
- (2) Fachbereich Angewandte Sozialwissenschaften, HTWK Leipzig,
- (3) Medizinische Fakultät der Universität des Saarlandes, Homburg/Saar

Hintergrund

Das Typ-D-Muster beschreibt eine Kombination aus hoher negativer Affektivität und sozialer Inhibition und gilt als ein Risikocluster für die Entstehung und einen ungünstigen Verlauf einer koronaren Herzkrankheit (Grande et al., 2012). Die Bedeutung des Typ-D-Musters für andere Erkrankungen oder für berufliche Problemlagen wurde bisher nur wenig untersucht. Das theoretische Konstrukt legt jedoch einen Einfluss auf die Verarbeitung chronischer Schmerzen oder auf berufliche Erlebens- und Verhaltensmuster nahe. In dieser Studie soll daher untersucht werden, ob es einen Zusammenhang zwischen Typ-D und beruflichem Erleben und Verhalten gibt, ob sich das Typ-D-Muster während einer psychosomatischen Rehabilitation verändert und ob es als Verlaufsprädiktor für die psychosomatische Rehabilitation geeignet ist.

Methodik

Untersucht wurden 1132 Rehabilitanden mit chronischem Schmerz (163m/969w; Alter MW 53,26, Range 23-78 Jahre) mit den Diagnosen Somatoforme Schmerzstörung F45.4 (37,6 %), Chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren F45.41 (26,1 %) sowie Fibromyalgiesyndrom M79.7 und F45.4 (36,3 %). Zu Beginn der Maßnahme (T0) lagen von 436 Patienten Daten zum Typ-D vor (Typ-D 59,9 %; kein Typ-D 40,1 %), am Ende der Rehabilitation (T1) von 317 Patienten (Typ-D 55,5 %; kein Typ-D 44,5 %). Typ-D wurde mit der deutschen Version des DS-14-Fragebogens erhoben (Grande et al., 2004), arbeitsbezogene Erlebens- und Verhaltensmuster mit dem AVEM (Schaarschmidt, 2006). Bei einer Substichprobe von 73 Patienten mit Fibromyalgiesyndrom wurden zusätzlich die Beeinträchtigung durch Schmerzen (Pain Disability Index, PDI; Dillmann et al., 1994) und schmerzbezogene Copingstrategien (CSQ; Kraft et al., 2012) erfasst.

Ergebnisse

Tabelle 1 stellt die Zusammenhänge zwischen den beiden Dimensionen des Typ-D und den AVEM-Skalen dar. Es finden sich meist Korrelationen im geringen bis mittleren Bereich, wobei der Zusammenhang zwischen AVEM und Negativer Affektivität etwas stärker ausgeprägt

ist als mit Sozialer Inhibition. Während der Rehabilitation kam es bei 7 der 11 AVEM-Skalen zu signifikanten Veränderungen weg von den als problematisch angesehenen Mustern A und B, die Effektstärken sind allerdings gering (Tab.1). Negative Effektivität ging ebenfalls von T0 zu T1 zurück ($p < ,001$; $d = 0,26$), während bei sozialer Inhibition das Signifikanzniveau verfehlt wurde ($p = ,079$). Das Vorliegen eines Typ-D-Musters zu T0 war in der Regressionsanalyse bei folgenden AVEM-Skalen Prädiktor einer geringeren Verbesserung zu T1: Verausgabungsbereitschaft ($p = ,001$), Perfektionsstreben ($p = ,001$), Distanzierungsfähigkeit ($p = ,048$), Resignationstendenz ($p = ,034$), Erfolgserleben im Beruf ($p = ,019$) und Lebenszufriedenheit ($p = ,047$).

Fibromyalgie-Patienten mit Typ-D waren stärker durch Schmerz beeinträchtigt ($40,5 \pm 13,7$ vs. $28,0 \pm 12,6$; $p < 0,01$) und neigten häufiger zu dysfunktionalen Schmerzbewältigungsstrategien wie Katastrophisieren ($p=0,009$) und setzten seltener funktionale Strategien wie Schmerzkontrolle ($p=0,047$) ein als Patienten ohne Typ-D.

AVEM-Skala	Korrelation mit Typ-D "Negative Affektivität"	Korrelation mit Typ-D "Soziale Inhibition"	Veränderung während der Rehabilitation (Effektstärke d)
Bedeutsamkeit der Arbeit	$r = ,078$; $p = ,111$	$r = ,155$; $p = ,001$,18
Beruflicher Ehrgeiz	$r = -,023$; $p = ,631$	$r = -,011$; $p = ,826$	n. s.
Verausgabungsbereitschaft	$r = ,351$; $p < ,001$	$r = ,237$; $p < ,001$,21
Perfektionsstreben	$r = ,346$; $p < ,001$	$r = ,222$; $p < ,001$,23
Distanzierungsfähigkeit	$r = -,412$; $p < ,001$	$r = -,301$; $p < ,001$,22
Resignationstendenz	$r = ,522$; $p < ,001$	$r = ,411$; $p < ,001$,12
Offensive Problembewältigung	$r = -,352$; $p < ,001$	$r = -,244$; $p < ,001$	n. s.
Innere Ruhe	$r = -,596$; $p < ,001$	$r = -,339$; $p < ,001$,19
Erfolgserleben im Beruf	$r = -,287$; $p < ,001$	$r = -,271$; $p < ,001$	n. s.
Lebenszufriedenheit	$r = -,600$; $p < ,001$	$r = -,451$; $p < ,001$,22
Soziale Unterstützung	$r = -,309$; $p < ,001$	$r = -,255$; $p < ,001$	n. s.

Tab. 1: Veränderungen der Skalen des AVEM während der Rehabilitation sowie deren Korrelation mit Typ-D

Diskussion und Schlussfolgerungen

In der hier durchgeführten Pilotstudie zeigten sich Zusammenhänge zwischen dem Typ-D Muster und einer stärkeren Schmerzbelastung, ungünstigeren Copingstrategien für Schmerz und ungünstigen arbeitsbezogenen Erlebens- und Verhaltensmustern. Hinsichtlich der Veränderungen im AVEM war Typ D Prädiktor eines ungünstigeren Verlaufs. Somit konnte gezeigt werden, dass Typ-D auch außerhalb der Psychokardiologie ein prädiktiver Wert zukommt. Obwohl Typ-D als Persönlichkeitsmerkmal eher stabil sein sollte, zeigte sich zumindest hinsichtlich negativer Affektivität während der Rehabilitation eine signifikante Verbesserung. Kritisch ist allerdings der kurze Nachbeobachtungszeitraum anzumerken. Außerdem war die Erhebung nur auf Schmerzpatienten beschränkt, möglicherweise hat Typ-D bei anderen Problemstellungen (z. B. chronische Depression oder arbeitsplatzbezogene interaktionale Störungen) eine stärkere Bedeutung. Weitere Studien sind sinnvoll, um zu zeigen, ob Rehabilitanden mit ausgeprägtem Typ-D eine Risikogruppe für einen ungünstigen berufsbe-

zogenen Verlauf darstellen, die spezieller Interventionen bedürfen, wie sie zur Behandlung der chronischen Depression entwickelt worden sind (z. B. CBASP).

Literatur

- Dillmann, U., Nilges, P., Saile, H., Gerbershagen, H.U. (1994): Behinderungseinschätzung bei chronischen Schmerzpatienten. *Schmerz*, 8. 100-114.
- 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. *Psychother Psych Med*, 54. 413-422.
- Grande, G, Romppel, M, Barth, J. (2012): Association Between Type D Personality and Prognosis in Patients with Cardiovascular Diseases: a Systematic Review and Meta-analysis. *Ann. Behav. Med.* 43. 299-310.
- Kraft, D., Bernardy, K., Köllner, V. (2012): Eignet sich das Coping Strategies Questionnaire zur Messung des Therapieerfolgs in der stationären Rehabilitation chronischer Schmerzpatienten? *DRV-Schriften*, Bd 98. 367-368.
- Schaarschmidt, U. (2006): AVEM – ein persönlichkeitsdiagnostisches Instrument für die berufsbezogene Rehabilitation. In *Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation BDP* (Hrsg.), *Psychologische Diagnostik – Weichenstellung für den Reha-Verlauf*. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag GmbH. 59-82.

Krankheitsbewältigung bei Depression: Strategien, Ziele und Veränderungen im Verlauf der psychosomatischen Rehabilitation

Heyduck, K., Jakob, T., Glattacker, M.

Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg

Hintergrund

Die Auseinandersetzung mit der eigenen Erkrankung und Krankheitsbewältigung beginnt für Patienten mit einer Depression häufig schon lange vor dem Antreten einer psychosomatischen Rehabilitation. Das Muster der individuellen Vorerfahrungen der Patienten ist nach der Theorie des Common-Sense-Modells (Leventhal et al., 2001) dabei insbesondere durch subjektive Vorstellungen zur Erkrankung und die bisherigen Bewältigungserfahrungen geprägt. Ziel des vorliegenden Beitrags ist 1.) ein differenzierter Einblick in die Krankheitsbewältigung depressiver Patienten vor Beginn einer Rehabilitation, wobei sowohl das individuelle Strategierepertoire als auch spezifische Bewältigungsziele dargestellt werden und 2.) die Untersuchung von Veränderungen des Krankheitsbewältigungsverhaltens im Verlauf der Rehabilitation.

Methodik

Die Datenerhebung erfolgte von März bis September 2012 in sechs psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen. Zur Operationalisierung der Krankheitsbewältigung wurde der im Rahmen des Forschungsprojekts "SELF" entwickelte Fragebogen "Krankheitsbewälti-

gung – Ziele und Bewertung" (Jakob et al., 2013) eingesetzt, welcher mit 38 (t0) bzw. 32 (t1) Items, die von den Patienten eingesetzten Krankheitsbewältigungsstrategien, deren Ziele, die Bewertung der Zielerreichung sowie Barrieren der Umsetzung von Bewältigungsstrategien erfasst. Messzeitpunkte waren "Zwei Wochen vor Reha-Beginn" (t0) und "Reha-Ende" (t1). Die untersuchte Stichprobe umfasste N=232 Rehabilitanden der Diagnosegruppe Depression. Das Alter der Befragten variierte zwischen 24 und 74 Jahren (M=47.9, SD=9.3), der Frauenanteil lag bei 72.8 %. Die Auswertung des Strategierepertoires und der Bewältigungsziele erfolgte mittels deskriptiver Statistik. Die Veränderungen im Krankheitsbewältigungsverhalten zwischen den beiden Messzeitpunkten wurden mittels t-Tests für abhängige Stichproben geprüft. Zur Quantifizierung der Effekte wurden Standardized Effect Sizes (SES) berechnet.

Ergebnisse

Die Patienten berichteten, im Umgang mit ihrer Depression in den letzten sechs Monaten vor Beginn der Rehabilitation durchschnittlich 18 Strategien (von 37 Strategien zur Auswahl, Range 2-32) eingesetzt zu haben, wobei "nachdenken/grübeln" (94.8 %), "sich ausruhen/nichts tun" (79.3 %), "sich zurückziehen/allein sein" (78.4 %), "sich Unterstützung von der Familie holen" (75.4 %), "einfach weitermachen" (74.6 %) sowie "Krankschreibung" (72.4 %), "einen Psychiater aufsuchen" (68.1 %) und "Medikamente" (64.7 %) am häufigsten genannt wurden. Auf der Ebene der Ziele gaben die Patienten je Strategie im Durchschnitt drei Ziele an. Neben der "Verbesserung des psychischen Befindens" (je nach Strategie von 27.3-92.3 % der Patienten als Ziel genannt) und "Belastungsreduktion" (82.4-95.2 %) waren der Wunsch nach "Unterstützung" (78.9-95.6 %) und "Verständnis" (89.0-92.0 %), "Ablenkung" (26.0-91.2 %), "Wohlbefinden" (70.1%-92.9 %), "Entspannung" (36.4-93.3 %), das Bedürfnis den "eigenen Standards gerecht zu werden" (64.0-91.6 %) und "andere nicht zu belasten" (53.8-90.6 %) sowie die Verbesserung der "Alltagsbewältigung" (58.1%-94.7 %) und der "Stressbewältigung" (80.0-84.8 %) wichtige Patientenziele. Signifikante Veränderungen ($p < .05$) zwischen Reha-Beginn und Reha-Ende konnten bei 82 % der untersuchten Strategien aufgezeigt werden. So konnte beispielsweise eine beachtliche Zunahme bei den Strategien "sportliche Betätigung" (SES=1.09), "Entspannungstechniken" (SES=1.14), Einholen von "Unterstützung durch andere Betroffene" (SES=1.65), "Zeit in der Natur verbringen" (SES=.87) und "Selbstfürsorge" (SES=.77) gefunden werden, während "nachdenken/grübeln" (SES=-.71) und "sich ausruhen/nichts tun" (SES=-.74) zu Reha-Ende signifikant seltener eingesetzt wurden.

Diskussion

Konform mit den Behandlungszielen der psychosomatischen Rehabilitation zeigen die Ergebnisse bei Reha-Ende beachtliche Veränderungen in Richtung einer Reduktion depressiver Verarbeitungsstile und Symptome und einer Verbesserung der aktiven Krankheitsbewältigung auf. Interessant erscheint jedoch auch, dass die Patienten bereits vor Beginn der Rehabilitation über ein differenziertes Strategierepertoire im Umgang mit ihrer Depression verfügen, welches durch eine Vielzahl verschiedener Bewältigungsziele gesteuert wird. Es lässt sich vermuten, dass diese Muster individueller Vorerfahrungen die Behandlung in zentraler Weise beeinflussen und den Erfolg wichtiger Behandlungsbestandteile wie die Erarbeitung eines adäquaten Krankheitsmodells oder die Vermittlung von Einsicht in die Notwendigkeit

adäquater Therapien (NVL Depression, 2012) mitbestimmen kann, weshalb diesen Vorerfahrungen u. E. im Rahmen der Behandlung mehr Beachtung geschenkt werden sollte.

Förderung: Im gemeinsamen Förderschwerpunkt "Chronische Krankheiten und Patientenorientierung" von BMBF, Kranken- und Rentenversicherung.

Dank: Wir danken herzlich allen beteiligten Kooperationskliniken.

Literatur

DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPTK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg.): S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression, Langfassung, Version 1.3 basierend auf der Fassung von November 2009.

Jakob, T., Heyduck, K., Nagl, M., Glattacker, M. (2013): Vorstellung des multimethodal entwickelten Fragebogens "Krankheitsbewältigung – Ziele und Bewertung". In: INSIDE RESEARCH REPORTS, Abstractband des 11. Kongress der Fachgruppe Gesundheitspsychologie.

Leventhal, H., Leventhal, E.A., Cameron, L. (2001):. Representations, procedures and affect in illness self-regulation: a perceptual-cognitive model. In: Baum, A., Revenson, T.A., Singer, J.E. (Eds.): Handbook of Health Psychology. Mahwah, N.J: Lawrence Erlbaum. 19-48.

Unterstützende und belastende Beziehungen zwischen Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation

Kastner, S., Linden, M.

Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité, Universitätsmedizin Berlin und Abteilung für psychische und psychosomatische Erkrankungen am Rehabilitationszentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund, Teltow/Berlin

Hintergrund

Das therapeutische Milieu ist ein wichtiges Merkmal jeder stationären Behandlung (Linden, 2011). Zu unterscheiden sind das ökologische Milieu (bauliche und organisatorische Rahmenbedingungen) und das psychologisch-soziale Milieu, d. h. die Interaktionen zwischen Patienten und Therapeuten, aber wesentlich auch zwischen den Patienten untereinander. Patienten können sich gegenseitig soziale Unterstützung geben, sich aber auch belasten. Die Kontakte zu Mitpatienten lassen sich hinsichtlich verschiedener Umgangsformen sowie Ausmaß an funktionalen sowie schädlichen Beziehungen unterscheiden (Kastner, Linden, 2011; 2013). Ziel war die Erfassung von Beziehungen zwischen psychosomatischen Patienten in stationärer Rehabilitation.

Methode

Es wurden 233 aufgenommene Patienten der Abteilung für psychische und psychosomatische Erkrankungen des Rehabilitationszentrums Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund während und durchschnittlich 9 Monate nach dem stationären Aufenthalt mittels eines Fragebogens zur Erfassung von Patienten-Beziehungen (FEPB) befragt.

Ergebnisse

Psychosomatische Rehabilitanden pflegten durchschnittlich zu 6.5 Mitpatienten eine persönliche Beziehung. Die soziale Patientennetzwerkgröße betrug 15.41 Mitpatienten. Fast 90 % (89.3 %) der Patienten klassifizierten mindestens einen Mitpatienten als "Bekanntes" und 68.4 % bewerteten die Beziehung zu mindestens einem Mitpatienten als "Freundschaft". Intime Beziehungen in Form von Partnerschaften (2.2 %) oder "Kurschatten" (1.8 %) kamen vereinzelt vor; sexuelle Kontakte zu Mitpatienten wurden jedoch verneint. Die Kontakte zu ehemaligen Mitpatienten bestanden bei 75.3 % auch noch nach 9 Monaten nach Entlassung. 43.5 % der Patienten fühlten sich emotional "teilweise", 29.5 % "ziemlich" und 15.1 % "sehr" durch Mitpatienten unterstützt. 30.2 % gaben an, sich "teilweise", "ziemlich" oder "sehr" durch Mitpatienten emotional belastet zu fühlen.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse zeigen, dass Patienten während der stationären Rehabilitation viele und intensive Beziehungen zu ihren Mitpatienten eingehen. Drei Viertel der Patienten pflegten diese Kontakte auch nach der Entlassung weiter, was als Hinweis dafür gewertet werden kann, dass sich tatsächlich engere Beziehungen entwickelten, die über unverbindliche "Reha-Kontakte" hinausgehen. Auch wenn die Beziehungen überwiegend positiv erlebt wurden, so gibt es doch einen relevanten Teil an dadurch bedingten Belastungen (Kastner, 2013). Beziehungen zwischen Patienten sind Teil des therapeutischen Milieus und es ist Aufgabe der Therapeuten, diese Behandlungsoption zu nutzen, aber auch schädliche Effekte zu verhindern.

Literatur

- Kastner, S. (2013): Beziehungen und soziale Unterstützung zwischen Patienten in psychosomatischer Rehabilitation. Unveröffentlichte Dissertation. Freie Universität Berlin.
- Kastner, S., Linden M. (2011): Beziehungen im sozialen Netz und im therapeutischen Milieu. In Linden, M. (Hrsg.): Therapeutisches Milieu. Healing Environment in medizinischer Rehabilitation und stationärer Behandlung. Berlin: MWV. 15-28.
- Kastner, S., Linden, M. (2013): Relations between patients in psychiatric and psychotherapeutic inpatient care: a literature review and conclusions for clinical practice and research. Manuscript submitted for publication.
- Linden, M. (Hrsg.) (2011): Therapeutisches Milieu. Healing Environment in medizinischer Rehabilitation und stationärer Behandlung. Berlin: MWV.

Nebenwirkungen in verhaltenstherapeutischen Gruppentherapien

Muschalla, B. (1,2,3), Flöge, B. (1,2,3), Linden, M. (1)

(1) Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité, Universitätsmedizin Berlin und dem Rehabilitationszentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund, Teltow/Berlin, (2) Arbeits- und Organisationspsychologie, Universität Potsdam, (3) Brandenburgklinik Bernau

Hintergrund

Auch für die Psychotherapie gilt, dass Behandlungen immer auch mit einem Nebenwirkungsrisiko einhergehen (Mohr, 1995). Für eine Gruppenpsychotherapie geht man im Vergleich zur Einzeltherapie von einer höheren Quote von Nebenwirkungen aus (Roback, 2000). Die Besonderheit der Gruppenpsychotherapie ist die Gruppendynamik, mit deren Hilfe z. B. auch an Interaktionsproblemen gearbeitet wird (Sipos, Schweiger 2003). Die spezifischen Gruppen-Wirkfaktoren können aber ebenso zur Quelle von unerwünschten Therapieeffekten werden.

Die Erforschung und Instrumentenentwicklung zur Erfassung von Nebenwirkungen ist in der Psychotherapie im Vergleich zur Pharmakotherapie noch in der Entwicklung (Jacobi, 2011; Linden, 2013; Linden, Strauss, 2013). Es gibt noch nicht einmal allgemein konsenterte Konzepte zur Unterscheidung von Nebenwirkungen, Therapieunwirksamkeit oder Kunstfehlern, und kaum anerkannte Instrumente.

Methode

Es wurde ein Selbstbeurteilungsfragebogen für spezifische Nebenwirkungen bei Gruppentherapien entwickelt. Patienten einer stationären Rehabilitation, die an einer verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie teilnehmen, erhalten im persönlichen Kontakt und nach Ankündigung der Befragung im Rahmen der Gruppentherapiesitzung einen Fragebogen zur Selbstbeurteilung. Die Patienten werden gebeten auf einer Skala von 0-5 anzugeben wie stark einzelne unerwünschte Therapieeffekte aus Sicht der Patienten selbst bei ihnen aufgetreten sind. Der Nebenwirkungsfragebogen enthält eine Auflistung von insgesamt 48 Items, die den folgenden Bereichen zugeordnet werden:

- Nebenwirkungen bedingt durch die Gruppengröße oder den Raum
- Nebenwirkungen bedingt durch die Inhalte, die in der Gruppe besprochen worden sind
- Nebenwirkungen bedingt durch Mitpatienten in der Gruppe
- Nebenwirkungen bedingt durch das Auftreten des Therapeuten
- Unerwünschte Folgewirkungen nach der Gruppentherapieaufnahme
- Globaleinschätzung von Nebenwirkungen der Gruppe.

Ergebnisse

Es wurden insgesamt N=85 Patienten zu Nebenwirkungen (NW) in verhaltenstherapeutischen Gruppentherapien befragt, 40 in einer expositionsorientierten Arbeitsangstbewältigungsgruppe, und 45 in einer ablenkungsorientierten Freizeit- und Genussgruppe. In der Arbeitsangstgruppe gaben 90 % der befragten Patienten in mindestens einem Nebenwirkungsbereich (Raum, Inhalt, Mitpatienten, Therapeuten, Gruppenwirkung) eine NW an, in der Freizeitgruppe 84,4 %. NW durch den Raum haben 65 % (66,7 %) angegeben, NW

durch den Therapeuten 15 % (20 %), NW durch Mitpatienten 57,5 % (42,2 %), NW durch den Inhalt 80 % (71,1 %), und Gruppennachwirkungen berichteten 65 % (51,1 %). Ausgeprägt "belastende" NW (Rating 3 oder 4) waren in 11,8 % (14,7 %) aller angegebenen NW zu verzeichnen. In beiden Gruppen berichteten 20 % der befragten Patienten mindestens eine ausgeprägt belastende (Rating 3 oder 4) NW.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse zeigen, dass es in einer Gruppentherapie häufig zu Belastungen und unerwünschten Reaktionen kommt, d. h. Nebenwirkungen. Es handelt sich dabei um unerwünschte und therapiebedingte Begleitwirkungen einer ordnungsgemäß durchgeführten engmaschig live supervidierten Psychotherapie.

Von Interesse ist, dass eine Psychotherapiegruppe im engeren Sinne und eine eher ergotherapeutisch ausgerichtete Therapiegruppe in etwa gleiche Nebenwirkungsraten zeigen.

Die Daten zeigen, dass das Thema Nebenwirkungen von erheblicher klinischer Relevanz ist, und dies nicht nur in speziellen Psychotherapiegruppen, sondern in allen Gruppenformen. Da die Therapie in Rehabilitationskliniken sehr stark auf Gruppentherapien aufbaut, muss diesem Thema angemessene Aufmerksamkeit gewidmet werden.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Jacobi, F., Uhlmann, S., Hoyer, J. (2011): Wie häufig ist therapeutischer Misserfolg in der ambulanten Psychotherapie? Ergebnisse aus einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40. 246-256.
- Linden, M. (2013): How to define, find, and classify side effects in psychotherapy: from unwanted events to adverse treatment reactions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20. 286-296.
- Linden, M., Strauss, B. (Hrsg.) (2013): Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung. Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2013.
- Mohr, D.C. (1995): Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2. 1-27.
- Roback, H.B. (2000): Adverse outcomes in group psychotherapy. *Journal of Psychotherapy, Practice and Research*, 9. 113-122.
- Sipos, V., Schweiger, U. (2003): Gruppentherapie. In: Leibing, E., Hiller, W., Sulz, S. (Hrsg.): *Lehrbuch der Psychotherapie. Ausbildungsinhalte nach dem Psychotherapeutengesetz. Vertiefungsband Verhaltenstherapie*. München: CIP Medien. 469-481.

Selbstwirksamkeitserleben im arbeitsbezogenen Verhalten und Erleben – Prädiktor für nachhaltige stationäre psychosomatische Rehabilitation?

Benoit, D. (1), Bischoff, C. (1,2)

(1) AHG-Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim, (2) Universität Mannheim

Hintergrund

Selbstwirksamkeitserwartungen bewirken nachhaltiges Gesundheitsverhalten (HAPA-Modell, Schwarzer, 2004). Ein Zuwachs an Selbstwirksamkeitserleben während der stationären Rehabilitation korreliert mit nachhaltigem Therapieerfolg (gemessen mit dem HEALTH-49, Rabung et al., 2007), zunehmendes Selbstwirksamkeitserleben von der Aufnahme bis zu einem Jahr nach Entlassung (Ein-Jahres-Katamnese) ist mit nachhaltig reduzierten psychosomatischen Beschwerden noch höher korreliert (Benoit, Bischoff, 2013). Selbstwirksamkeitserleben im Einflussnehmen auf seine psychosomatischen Beschwerden kann ein Patient demnach während der Rehabilitation erlernen und danach umsetzen.

In Umsetzung des bio-psycho-sozialen Modells der ICF auf die Nachhaltigkeit stationärer psychosomatischer Rehabilitation sind das arbeitsbezogene Verhalten und Erleben sowie die Arbeits- und Lebenssituation bedeutsame Umwelt- und personenbezogenen Faktoren für Aktivität und Partizipation und damit für Lebensqualität und Erwerbsfähigkeit. Steht das Selbstwirksamkeitserleben der Patienten bei Aufnahme in die stationäre Rehabilitation im Zusammenhang mit arbeitsbezogenem Verhalten und Erleben, mit der Erwerbssituation bzw. einem laufenden Rentenverfahren? Verändern sich arbeitsbezogenes Verhalten und Erleben mit zunehmender Selbstwirksamkeit während der Rehabilitation und nachhaltig im Jahr danach, wenn Einstellungs- und Verhaltensänderungen transportiert und durch Umsetzung erlernter Strategien Therapieerfolge erhalten werden sollen?

Patienten und Methode

Bei Aufnahme in die psychosomatische Rehabilitationsklinik werden in ihrem Selbstwirksamkeitserleben beeinträchtigte vs. unbeeinträchtigte Patienten (anhand der HEALTH-49-Skala SELB) bezüglich ihrer Lebenssituation, ihrer Erwerbsfähigkeit, ihrem arbeitsbezogenen Verhalten und Erleben (AVEM) (Schaarschmidt, Fischer, 2008) und ihrem Rentenwunsch (Klinik-Basisdokumentation 2011) verglichen. Der Einfluss zunehmenden Selbstwirksamkeitserlebens wird mit sich während der Rehabilitation verändernden arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern und ihrer Nachhaltigkeit zum Katamnesezeitpunkt in Beziehung gesetzt. In dieser retrospektiven Vorstudie wird nach Einflussfaktoren für Nachhaltigkeit stationärer psychosomatischer Rehabilitation geforscht, um diese in einem nächsten Schritt therapeutisch fördern zu können.

Ergebnisse

Von 2.055 im Jahr 2011 aus der psychosomatischen Rehabilitation entlassenen Patienten erleben sich 241 Patienten (12 %) in ihrer Selbstwirksamkeit nicht beeinträchtigt, 1.750 Patienten (88 %) beeinträchtigt (Cut-off HEALTH-49). Patienten mit verringertem Selbstwirksamkeitserleben kommen häufiger (52 % vs. 34 %) und länger arbeitsunfähig (49 % > 3 Mon. vs. 32 %) in die Rehabilitation und geben häufiger (latent oder offen) einen Rentenwunsch an (23 % vs. 15 %). In ihrer Selbstwirksamkeit beeinträchtigte Patienten zeigen zur

Aufnahme und Entlassung tendenziell ein Risikomuster B im AVEM gegenüber den sich nicht beeinträchtigt erlebenden Patienten mit einem tendenziellen Muster S. Dabei korreliert die Selbstwirksamkeitsskala des HEALTH-49 mit fast allen AVEM-Skalen.

Von 1.874 zur Ein-Jahres-Katamnese angeschriebenen Patienten können 51 % Responder in die Analysen aufgenommen werden. Von den zur Aufnahme in ihrer Selbstwirksamkeit beeinträchtigten Patienten zeigen Patienten mit einem signifikanten Zuwachs an Selbstwirksamkeitserleben während der Rehabilitation zur Katamnese tendenziell seltener ein Risikomuster B (54 %) gegenüber den Patienten ohne Zuwachs an Selbstwirksamkeitserleben (68 %). Der Anteil arbeitsunfähiger Patienten (17 % vs. 18 %) und über dreimonatiger Arbeitsunfähigkeit (29 % vs. 30 %) unterscheiden sich kaum zwischen den Patienten mit und ohne Zuwachs an Selbstwirksamkeitserleben, jedoch der Anteil nicht erwerbstätiger Patienten (13 % vs. 25 %) sowie der Anteil an Patienten mit un-/befristeter Rente bzw. Rentenanspruch (18,4 % vs. 32,7 %).

Zusammengefasst profitieren Patienten, die sich bei Aufnahme in ihrer Selbstwirksamkeit beeinträchtigt erleben und in der psychosomatischen Rehabilitation einen signifikanten Zuwachs an Selbstwirksamkeitserleben erfahren auch hinsichtlich ihrer arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster und bezüglich ihrer Erwerbssituation. Patienten mit unverändertem Selbstwirksamkeitserleben scheinen sich häufiger für die Rente zu entscheiden. Hier liegt möglicherweise therapeutisches Potential psychosomatischer Rehabilitation.

Literatur

- Benoit, D., Bischoff, C. (2013): Nachhaltigkeit stationärer medizinischer Rehabilitation in der Psychosomatik: Selbstwirksamkeit als ein Prädiktor für nachhaltigen Therapieerfolg. DRV-Schriften, Bd 101. 456-457.
- Bischoff, C. (2012): Mobile Technologien zur Förderung der Nachhaltigkeit stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Vortrag auf dem AHG-Forum. Düsseldorf.
- 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>.
- Schaarschmidt, U., Fischer, A. (2008): AVEM – Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (Manual). Frankfurt/Main: Pearson Assessment & Information GmbH.
- Schwarzer, R. (2004): Psychologie des Gesundheitsverhaltens: Einführung in die Gesundheitspsychologie. Göttingen: Hogrefe.

Umsetzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in der psychosomatischen Rehabilitation und Suchtrehabilitation

Spies, M., Brütt, A.L., Freitag, M., Buchholz, A.
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie,
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Einleitung

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF, DIMDI) spielt in der Rehabilitation eine besonders große Rolle. Durch die Deutsche Rentenversicherung und andere relevante Kostenträger sind Rehabilitationskliniken mittlerweile dazu angehalten, ICF-basierte Rehabilitationskonzepte vorzulegen. Während der konzeptionelle Rahmen der ICF große Akzeptanz gefunden hat, erweist sich die praktische Handhabung der ICF – vor allem im Bereich der psychischen Erkrankungen – als sehr komplex (Breuer, 2011). Durch den Umfang von 1494 Items und die mehrdimensionale Struktur der ICF ergeben sich äußerst vielfältige und differenzierte Beschreibungsmöglichkeiten. Zudem erfordert der praktische Einsatz der ICF neben einer Auswahl relevanter Kategorien auch die Operationalisierung und Erfassung vorhandener Beeinträchtigungen. Gleichzeitig gibt es bisher gerade für den Bereich psychischer Störungen kaum Anwendungsvorgaben für den Klinikalltag. Seit Veröffentlichung der ICF sind einige Ansätze zur Implementierung in die Praxis entwickelt worden (Buchholz, Brütt, 2013). Es ist jedoch wenig darüber bekannt, welche Maßnahmen die Einrichtungen tatsächlich einsetzen und wie ihre Erfahrungen damit sind. Ziel dieser Untersuchung ist es, Informationen über die derzeitige Umsetzung der ICF in der psychosomatischen und Suchtrehabilitation zu gewinnen.

Methode

Mithilfe einer Onlinebefragung wurden von Juli bis November 2013 bundesweit Kliniken befragt, die eine Rehabilitation für Patienten mit psychosomatischen und/oder Suchterkrankungen anbieten (N = 359). Die beteiligten Kliniken wurden dreimal per Mail an die Teilnahme erinnert, zusätzlich wurden alle Kliniken telefonisch um die Studienteilnahme gebeten. Der Fragebogen erhob, ob und zu welchen Zwecken (Therapieplanung, Dokumentation etc.) die ICF in den Kliniken eingesetzt wird, und auf welcher Ebene die Anwendung erfolgt, z. B. ob die Kliniken anhand des bio-psycho-sozialen Modells arbeiten, ICF-Termini oder Codes verwenden. Zudem gaben die Teilnehmer an, ob Hilfsmittel wie Core Sets, Assessments oder Software genutzt werden. Es erfolgte eine umfassende deskriptive Auswertung, um den gegenwärtigen Umfang und die Art der ICF-Nutzung in der Rehabilitation abzubilden.

Ergebnisse

Die Rücklaufquote betrug 29,8 %; die Stichprobe umfasst somit N = 107 Teilnahmen. Dreiundfünfzig (50 %) der teilnehmenden Kliniken bieten psychosomatische Reha an, 33 (30 %)

Sucht-Reha und 6 (6 %) beides; 15 (14 %) machten keine Angabe. Die Mehrheit der Befragten (62, 62 %) gaben an, dass in ihrer Einrichtung Schritte zur Implementierung der ICF unternommen wurden; in 38 (38 %) der befragten Kliniken wird die ICF derzeit in irgendeiner Form angewendet. Von diesen Anwendern (N = 38) gaben 32 (84 %) an, anhand des biopsychosozialen Modells zu arbeiten, 20 (53 %) verwenden die ICF-Fachsprache, 12 (32 %) das Klassifikationssystem und 24 (63 %) benutzen ICF-basierte Assessments. Das am häufigsten eingesetzte ICF-basierte Assessment ist der Mini-ICF-P (Linden et al. 2005). Die größte Gruppe der Teilnehmer (30, 79 %) berichtet, die ICF zu Zwecken der Dokumentation einzusetzen, dann folgen Diagnostik (26, 68 %) und Therapieplanung (23, 61 %).

Diskussion

Mithilfe der Ergebnisse dieser Befragung lassen sich bisher entwickelte Lösungsansätze inventarisieren und vergleichen. In einem weiteren Schritt können Vorschläge zur Implementierung und zum Abbau von Barrieren entwickelt und diskutiert werden.

Literatur

- Breuer, M. (2011): Assessmentinstrumente für die Anwendung der ICF in der Suchttherapie. Workshop auf der Fachkonferenz der DHS am 15. November 2011.
- Buchholz, A., Brütt, A.L. (2013): Assessments zur Operationalisierung der ICF im Kontext von psychischen Störungen – ein systematisches Review. DRV-Schriften, Bd. 101. 96.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information und World Health Organization. (2005): ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Neu-Isenburg: MMI.
- Linden, M., Baron, S., Muschalla, B. (2009): Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini-ICF-APP). Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeits- bzw. Kapazitätsstörungen bei psychischen Störungen. Göttingen: Hans Huber.

Internationale Daten zum Mini-ICF-APP

Linden, M.

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

Hintergrund

Die sozialmedizinische Beurteilung von Patienten leitet sich nicht vom aktuellen Krankheitsstatus sondern den daraus resultierenden Fähigkeitseinschränkungen und den folgenden Teilhabebeeinträchtigungen ab. Ein Instrument zur Erfassung von Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen ist das Mini-ICF-APP, das mit Unterstützung der Deutschen Rentenversicherung Bund entwickelt wurde. Es hat inzwischen weite Verbreitung gefunden und wird in den deutschsprachigen Ländern auch in Gutachtenleitlinien genannt.

Das Mini-ICF-APP und der zugrundeliegende ICF-basierte Beurteilungsansatz haben inzwischen aber auch international Resonanz gefunden. Es gibt eine italienische Version des

Manuals (Linden et al., 2012). Es liegen desweiteren englischsprachige, japanische und schwedische Übersetzungen vor. Eine Übertragung eines Instruments in andere Sprachen und Versorgungssysteme erfordert jedoch eine weitere wissenschaftliche Evaluation.

Methode

In Italien wurde von der Arbeitsgruppe von Prof. M. Balestrieri vom Department of Experimental and Clinical Medical Sciences, Section of Psychiatry, der Universität Udine 30 Patienten mit Schizophrenie, 30 mit majorer Depression, 30 mit bipolar-I-Erkrankung und 30 mit Angststörungen untersucht (Balestrieri et al., submitted for publication).

In einer englischen Studie der Arbeitsgruppe von Prof. Burns vom Department of Psychiatry, Social Psychiatry Group, Universität Oxford in England wurden 105 Patienten aus einer psychiatrischen Ambulanz mit Mini-ICF-APP untersucht, davon 45 % wiederholt und 48 % von zwei Ratern (Molodynski et al., in press).

Ergebnisse

In der italienischen Studie fand sich ein Mini-ICF-APP Gesamtscore von 18,1. Schizophrene Patienten hatten signifikant höhere und Angstpatienten signifikant niedrigere Scores als die anderen Patientengruppen. Es fanden sich signifikante Inter-Rater Übereinstimmungen (ICC 0.987, IC95 % 0.981-0.990) und Retest-Übereinstimmungen (ICC 0.993, IC95 % 0.984-0.997) für alle Items des Mini-ICF-APP. Es fanden sich signifikante Korrelationen mit der PSP Skala ($r_s = -0.767$; $p < .0001$), dem SOFAS ($r_s = -0.790$; $p < .0001$), der CGI-S ($r_s = 0.777$) und der BPRS ($r_s = 0.729$).

In der englischen Studie fand sich eine hohe interne Konsistenz des Mini-ICF-APP (Cronbach's α 0.869-0.912), eine gute Retestrelia-bilität (ICC= 0.832) und Interraterrelia-bilität (ICC= 0.886). Das Mini-ICF-APP war hoch korreliert mit anderen Maßen der Krankheits-schwere und des Funktionsstatus.

Schlussfolgerungen

Das Mini-ICF-APP hat sich in den Übersetzungen und unter den Bedingungen anderer Gesundheitsversorgungssysteme als reliables und valides Instrument erwiesen. Dies trägt bei zur Validierung des Instruments.

Literatur

- Balestrieri, M., Isola, M., Bonn, R., Tam, T., Vio, A., Linden, M., Maso, E (submitted for publication): Validation of the Italian version of Mini-ICF-APP, a short instrument for rating activity and participation restrictions in psychiatric disorders.
- Linden, M., Baron, S., Muschalla, B. (2009): Mini-ICF-APP. Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen. Huber Verlag, Bern.
- Linden, M., Baron, S., Muschalla, B. (2012): Mini-ICF-APP. Uno strumento per la valutazione delle limitazioni di Attività e Partecipazione nei disturbi Psichici. Giunto, Firenze.
- Molodynski, A., Linden, M., Juckel, G., Yeeles, K., Anderson, C., Vazquez-Montes, M., Burns, T. (in press): The reliability, validity, and applicability of an English language version of the Mini-ICF-APP. Soc Psychiat Psychiat Epidemiol.

Erfassung von Teilleistungsstörungen im Erwachsenenalter mit der MCD-TLS-Skala

Bahri, S., Warnke, M., Otto, J., Linden, M.

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

Hintergrund

Etwa 10 % der Normalbevölkerung leiden an Teilleistungsstörungen, die häufig auch mit Teilhabestörungen einhergehen. In Reha-Kliniken liegt der Anteil wahrscheinlich noch darüber. In den letzten Jahren wurde insbesondere durch die Befassung mit der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) zunehmend deutlich, welche Bedeutung Teilleistungsstörungen auch im Erwachsenenalter haben. Terminologisch wird auch von diskretem hirnganischem Psychosyndrom oder einer Minimalen Cerebralen Dysfunction (MCD) gesprochen. MCD-Patienten sind häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen und zeigen, im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine ausgeprägtere Psychopathologie und haben ein global schlechteres sozialmedizinisches Outcome mit geringeren Bildungsabschlüssen, längeren AU-Zeiten, früherer Berentung (Warnke, 2012).

Obwohl bereits mehrere Instrumente zur Erfassung des ADHS im Erwachsenenalters vorliegen (z. B.: ADHS-SB, Rösler et al., 2004), zeigt sich, dass die alleinige Erfassung von ADHS-typischen Symptomen zu kurz greift, denn das Spektrum der vorliegenden Symptomatik geht deutlich über die ADHS-typische Symptomtrias (motorische Unruhe, Aufmerksamkeitsstörung, Impulsivität) hinaus.

Zur erweiterten Erfassung der MCD im Erwachsenenalter wurde eine MCD Skala entwickelt mit vier Symptomclustern, d. h. Auffälligkeiten des Vegetativum, der Motorik, des Affektes und kognitive Defizite (Enseroth, 2011). Diese Skala wurde im Weiteren überarbeitet und ergänzt zur MCD-TLS Skala, mit den Subskalen Orientierung, Mnestik, Kognition, Vegetativum, Affektivität, Motorik, Aufmerksamkeit, Antrieb sowie einem Anamneseteil. Die Skala hat 70 Items mit fünfstufiger Antwortmöglichkeit (0 = gar nicht, 1=trifft leicht zu, 2=trifft teilweise zu, 3=trifft zu, 4=trifft stark zu). Im Folgenden werden erste Kenndaten der neu entwickelten Skala berichtet.

Methode

758 unausgelesene Patienten des Reha-Zentrums Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund haben bei Aufnahme die MCD-TLS Skala ausgefüllt.

Ergebnisse

Cronbach's Alpha zeigte einen sehr guten Wert von 0,948.

Erwartungsgemäß fand sich eine linksschiefe Verteilung. Der mittlere Gesamtwert über alle Items und Domänen der Skala lag bei 1,1 (SD 0,54).

Von 19 Anamnesemerkmale, die auf Entwicklungsprobleme hindeuten, wurden im Mittel 5,5 (SD 3,3) bejaht bzw. 2,0 (SD 2,2) als eindeutig gegeben berichtet ('3' oder '4'). 20 % der Patienten gaben 9 oder mehr anamnestische Merkmale an.

Der Mittelwert über alle psychopathologischen Items lag bei 1,29 (SD 0,6). Die Mittelwerte der 8 psychopathologischen Subdimensionen sind in Tabelle 1 zusammengestellt.

Dimension	Orientierung	Mnestik	Kognition	Vegetativum	Affektivität	Motorik	Aufmerksamkeit	Aktivität/Antrieb
Mittelwert	0,93	1,32	1,22	1,47	1,65	0,93	1,46	1,24
Standardabweichung	0,82	0,82	0,96	0,81	0,93	0,73	0,91	0,85

Tab. 1: Mittelwerte der psychopathologischen Subdimensionen auf der MCD-TLS-Skala

Schlussfolgerungen

Entsprechend den bekannten epidemiologischen Daten, berichten Patienten aus der psychosomatischen Rehabilitation häufig und in deutlicher Ausprägung über Symptome, die als Hinweise auf eine Teilleistungsstörung bzw. MCD angesehen werden können.

Außer im Bereich der Motorik lag der Mittelwert der psychopathologischen Domänen im Durchschnitt über 1. Besonders häufig berichteten die Patienten von affektiver Auslenkbarkeit, vegetativer Hyperreagibilität und gestörter Aufmerksamkeit. 11 % der Patienten gaben deutliche oder schwere Symptomatik an.

Für die Praxis der psychosomatischen Rehabilitation bestätigen die Ergebnisse, dass es sich um ein relevantes Problem handelt, das in der psychosomatischen Rehabilitation angemessener Beachtung bedarf. Das Thema ist dringend weiter wissenschaftlich zu bearbeiten hinsichtlich der differentialdiagnostischen Abgrenzung, der therapeutischen Implikationen und der sozialmedizinischen Bedeutung.

Literatur

- Enseroth, T. (2011): Konstruktion und Validierung der MCD-Skala zur Erfassung unterschwelliger organischer Psychosynndrome (Minimale Cerebrale Dysfunktion, MCD) im Erwachsenenalter. Monographische Dissertation, Universitätsbibliothek der Charité-Universitätsmedizin, Berlin.
- Rösler, M., Retz, W., Retz-Junginger, P., Thome, J., Supprian, T., Nissen, T., Stieglitz, R.D., Blocher, D., Hengesch, G., Trott, G.E. (2004): Instrumente zur Diagnostik der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter. *Nervenarzt*, 75, 888-895.
- Warnke, M. (2012): Klinische Korrelate von Indikatoren komplexer Teilleistungsstörungen bzw. Minimaler Cerebraler Dysfunktion (MCD). Monographische Dissertation, Universitätsbibliothek der Charité-Universitätsmedizin, Berlin.

Eine Überprüfung der Wirksamkeit des Behandlungskonzeptes "MANN!" bei male depression

Daube, C., Schneider, D., Dippel, A.
Spessart-Klinik Bad Orb GmbH

Hintergrund

Aufgrund der in der neueren Fachliteratur (z. B. Möller-Leimkühler, 2003 und 2010; Röcklein, 2011) beschriebenen Unterschiede innerhalb der Symptomatik und Behandlungserwartungen bei männlichen depressiven Patienten, entwickelten wir ein geschlechtshomogenes Behandlungskonzept "Mann!", um gezielt auf diese Unterschiede einzugehen und den Behandlungserfolg zu erhöhen. Das Behandlungsprogramm beinhaltet folgende Module: Eine indikationsbezogene Männergesprächsgruppe, Training Emotionaler Kompetenzen (Berking, 2010), therapeutisches Boxen, projektorientierte Ergotherapie und Sporttherapie. Weiterhin bietet die Klinik ein geschlechtsheterogenes Depressionsbewältigungsprogramm an, das aus einer klassischen Indikationsgruppe, Hirnleistungstraining, einer Genussgruppe und Sporttherapie besteht. Ziel war eine Überprüfung der Wirksamkeit des neu entwickelten geschlechtshomogenen Depressionsbewältigungsprogramms "Mann!", wobei wir aufgrund der sehr positiven Rückmeldungen der Teilnehmer des Fachprogramms "Mann!" von einer höheren Wirksamkeit ausgehen.

Methodik und Stichprobe

Im Zeitraum vom 05.06.2013 bis 25.10.2013 nahmen 82 Patienten an den zwei Fachprogrammen teil (N = 41 in beiden Fachprogrammen). Psychosoziale Beschwerden der Patienten wurden vor Behandlungsbeginn und 4 Wochen danach erhoben (mittels Health-49, Rabung et al., 2007; DASS-21, Lovibond & Lovibond, 1995 und PHQ-15, Löwe et al., 2002). Die Patienten unterschieden sich nicht wesentlich im Durchschnittsalter (M = 46, 8 Jahre; SD = 9,3). Um die Unterschiede im Behandlungserfolg zu testen, wurden multivariate Varianzanalysen (MANOVA) genutzt.

Ergebnisse

Insgesamt zeigte sich im Prä-post-Vergleich der Daten des HEALTH-49 in beiden Fachprogrammen nach 4 Wochen im Mittel eine statistisch signifikante Reduktion der depressiven Symptomatik. Es zeigt sich bei dem geschlechtshomogenen Fachprogramm eine mittlere Effektstärke nach Cohen ($d = 0,61$), bei dem geschlechtsheterogenen Fachprogramm jedoch eine hohe Effektstärke ($d = 1,00$). Es zeigte sich kein Interaktionseffekt zwischen dem Behandlungserfolg über die beiden Messzeitpunkte und der Gruppenzugehörigkeit. In einem zweiten Analyseschritt wurde der Prozentsatz der Patienten mit klinisch bedeutsamer Depressivität (oberhalb des Health-49 cut-offs von 0,66, Rabung et al., 2007) vor und nach Behandlungsbeginn gegenübergestellt. Nach 4 Wochen überschritten noch 23 (56,1 %) Patienten der Fachprogramms "Mann!" den cut-off und in der geschlechtsheterogenen Gruppe noch 26 Patienten (63,4 %). Diese Unterschiede zwischen den beiden Gruppen waren jedoch statistisch nicht signifikant.

Diskussion und Ausblick

Trotz sehr guter Resonanzen in den Abschlussgesprächen der Patienten, die am Fachprogramm "Mann!" teilnahmen, wurde unsere Hypothese, dass männliche depressive Patienten von einem geschlechtshomogenen Behandlungsprogramm mehr profitieren, nicht bestätigt. Subjektiv profitieren die Teilnehmer zwar von einem "frauenfreien" Raum, in dem schambe-setzte Themen wie z. B. Leistungsreduktion, Zukunftsängste oder Erektionsstörungen leichter thematisiert werden können und ein Fokus des Behandlungsprogramms auf der Verbesserung der Selbstwirksamkeitserwartungen liegt, allerdings zeigt sich eine bessere Effektstärke im geschlechtsheterogenen Behandlungsprogramm. Nach einer Analyse der Themenschwerpunkte wurde deutlich, dass die geschlechtsheterogene Gruppe vorwiegend von klassisch kognitiv-behavioralen Elementen dominiert wird und weniger Raum zum generellen Austausch bleibt. Daher erscheint es sinnvoll, eine zusätzliche rein psychoedukative Gruppe, in der vorwiegend manualgeleitet gearbeitet wird, in das bestehende geschlechtshomogene Fachprogramm zu integrieren.

Literatur

- Berking, M. (2010): Training emotionaler Kompetenzen. Springer-Verlag: Berlin, Heidelberg. 2. Auflage.
- Dippel, A., Schneider, D., Daube, C. (2013): Das Behandlungskonzept "MANN!" bei male depression - Erste Erfahrungen. DRV-Schriften, Bd 101. 472-474.
- Löwe, B., Spitzer, R.L., Zipfel, S., Herzog, W. (2002): Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ D). Komplettversion und Kurzform. Testmappe mit Manual, Fragebögen, Schablonen. 2. Auflage. Karlsruhe: Pfizer.
- Lovibond, S.H., Lovibond, P.F. (1995): Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (2. Aufl.). Sydney: Psychology Foundation.
- Möller-Leimkühler, A.M. (2003): The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 253. 1-8.
- Möller-Leimkühler, A.M. (2010): Depression bei Männern - eine Einführung. Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, 11 (3). 11-20.
- Rabung, S., Harfst, T., Koch, U., Schulz, H. (2008). "Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH)" – Referenzdaten zur verkürzten 49-Item-Version "HEALTH-49". Stand: 15.01.2007. URL: <http://www.hamburger-module.de/download.htm>. Abruf: 31.10.2013.
- Röckelein, E. (2011): Versorgungssituation und Inanspruchnahme von medizinischen Rehabilitationsleistungen der GRV bei Frauen und Männern. MHH-Workshop "Geschlechtsspezifische Aspekte in der Rehabilitationsmedizin" am 16.02.2011.

Pathologisches Glücksspielen – Veränderungen in den Glücksspielformen und Konsequenzen für die Behandlung

Premper, V., Peters, A., Fischer, T.

AHG-Klinik Schweriner See, Lübstorf

Ziele/Fragestellung

Auf dem Glücksspielmarkt werden zahlreiche unterschiedliche Glücksspielarten angeboten (z. B. Lotto, Roulette, Black Jack, Poker, Geldspielautomaten, Sportwetten). Der überwiegende Teil der Glücksspieler, deren Glücksspielverhalten in einer pathologischen Form entgleist, geben das Spielen an Geldspielautomaten als ihr hauptsächliches Glücksspielproblem an (Meyer et al., 2011). Der Glücksspielmarkt unterliegt aktuell einem erheblichen Wandel. Die Zahl der Glücksspielangebote im Internet nimmt stetig zu. Hinzu kommt, dass ein immer größerer Teil von Glücksspielangeboten auch mobil über Smartphone und Tablet-PC aufgerufen werden können (Premper, 2013). Vor diesem Hintergrund wurde untersucht, inwieweit sich die Veränderungen im Glücksspielangebot niederschlagen in der Art der Glücksspiele, die von pathologischen Glücksspielern in stationärer Behandlung als primäre Probleme genannt werden. Weiter wird erörtert, welche therapeutischen Konsequenzen sich aus diesen Veränderungen ergeben.

Methodisches Vorgehen

In der AHG-Klinik Schweriner See werden pathologische Glücksspieler seit dem Jahr 1995 behandelt. Seit dem Jahr 2006 übersteigt die Zahl der jährlich in der Klinik behandelten Spieler die Zahl von 100 Behandlungsfällen. Gleichfalls seit dem Jahr 2006 werden Art und Ausmaß der praktizierten Glücksspiele der behandelten Patienten systematisch erfasst. Hierzu dient ein speziell entwickelter Anamnesefragebogen (Premper, 2006; Premper et al., 2009). Ergänzend wurde der Ausprägungsgrad des pathologischen Glücksspielverhaltens mit dem Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (KFG) (Petry et al., 2013) sowie die Involviertheit in das Glücksspielen mit dem Schweriner Fragebogen zum Glücksspielen (SFG) (Premper et al., 2013) erfasst. Die praktizierten Glücksspielformen der Patienten der Entlassungsjahrgänge 2006-2012 werden vergleichend gegenübergestellt.

Ergebnisse

In den untersuchten 7 Entlassungsjahrgängen 2006-2012 wurde als hauptsächlich praktizierte Glücksspielform unverändert das Spielen an Geldspielautomaten an erster Stelle genannt. Zu beobachten ist jedoch eine nahezu stetige Zunahme des Praktizierens von Internet-basierten Glücksspielen. Hier werden primär Online-Poker, Sportwetten sowie Online verfügbare Automaten Spiele genannt. Hinsichtlich der Ausprägung der Schwere der Glücksspielproblematik (KFG) sowie der Involviertheit in das Glücksspielen (SFG) ließen sich zwischen den verschiedenen Glücksspielformen nur geringfügige Unterschiede feststellen. Zwischen erstmaliger Aufnahme von Glücksspielhandlungen und dem Antritt einer stationä-

ren Therapie lagen im Mittel 17 Jahre, und rückblickend als problematisch bewertet wird das pathologische Glücksspielen im Mittel seit 10 Jahren.

Diskussion/Schlussfolgerungen

Bei den von pathologischen Glücksspielern praktizierten Formen des Glücksspielens zeigt sich ein stetiger Anstieg Internet-basierter Glücksspielformen. Vor dem Hintergrund der vergleichsweise langen Zeiträume, bis sich vom pathologischen Glücksspielen betroffene Patienten in Behandlung begeben, ist zu erwarten, dass Internet-basierte Glücksspiele in den nächsten Jahren in der Behandlung an Bedeutung zunehmen werden. Dies umso mehr, als diese Spiele jederzeit und an jedem beliebigen Ort zur Verfügung stehen. Angenommen werden darf hier, dass bei gefährdeten Personen eine schnellere Manifestation eines pathologischen Glücksspielens beobachtbar sein wird als dies bei terrestrischen Glücksspielen der Fall ist. Eine besondere Herausforderung für die Therapie ist es, dass die "Abstinenz" des Gebrauchs von Smartphones, Tablets oder Laptop-Computern kein anzustrebendes Ziel sein kann. Primär gilt es hier, einen kontrollierten Gebrauch dieser Medien, verbunden mit einem spezifischen Bewältigungsverhalten im Umgang mit glücksspielassoziierten Stimuli zu etablieren. Die AHG-Klinik Schweriner See hat dem bereits in mehrfacher Weise durch Anpassung des Therapieprogramms und der therapeutischen Rahmenbedingungen Rechnung getragen.

Literatur

- Meyer, C., Rumpf, H.-J., Kreuzer, A., de Brito, S., Glorius, S., Jeske, Ch., Kastirke, N., Porz, S., Schön, D., Westram, A., Klingler, D., Goeze, Ch., Bischof, G., John, U. (2011): Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE): Entstehung, Komorbidität, Remission und Behandlung. Endbericht an das Hessische Ministerium des Inneren und für Sport. Greifswald und Lübeck, 29.03.2011.
- Petry, J., Peters, A., Baulig, T. (2013): Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (KFG). In: V. Premper, J. Petry & Mitarbeiter: Glücksspielskalen für Screening und Verlauf (GSV). Göttingen: Hogrefe.
- Premper, V. (2006): Komorbide psychische Störungen bei Pathologischen Glücksspielern. Lengerich: Pabst.
- Premper, V. (2013): Internetwelten: Pathologisches Online-Gambling und Online-Gaming – Herausforderungen für Beratung und Therapie. Vortrag für Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen, München 12.06.2013.
- Premper, V., Schwickerath, J., Missel, P., Feindel, H., Zemlin, U., Petry, J. (2009): Glücksspielanamnese. AHG Fachgruppe Pathologisches Glücksspielen/Pathologischer PC-Gebrauch. Lübstorf: Eigenverlag.
- Premper, V., Sobottka, B., Fischer, T. (2013): Der Schweriner Fragebogen zum Glücksspielen (SFG). In: Premper, V., Petry, J. & Mitarbeiter: Glücksspielskalen für Screening und Verlauf (GSV). Göttingen: Hogrefe.

Herzratenvariabilitäts-gestütztes Biofeedbacktraining reduziert Trinkverlangen und Angst bei alkoholabhängigen Patienten

Penzlin, A.I. (1), Siepmann, M. (1,2)

(1) Evangelische Fachklinik Heidehof, Weinböhla, (2) Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden

Hintergrund

Alkoholverlangen und Angst sind therapierschwerende Symptome während der rehabilitativen Alkoholentwöhnungstherapie, die mit einer Imbalance des autonomen Nervensystems zugunsten einer erniedrigten parasympathischen und erhöhten sympathischen Aktivität einhergehen. Ziel unserer Studie war, die Wirkung von Herzratenvariabilitäts(HRV)-gestütztem Biofeedbacktraining bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit zu untersuchen.

Methoden

In stationärer rehabilitativer Alkoholentwöhnungsbehandlung befindliche Patienten (n=48; 14 Frauen, 34 Männer) im Alter von 27 bis 59 Jahren (42 ± 8 ; Mittelwert \pm SD) wurden in eine prospektive kontrollierte Studie eingeschlossen. Unter randomisierten Bedingungen erhielten 24 der Patienten 20-minütige HRV-Biofeedbacktrainingseinheiten dreimal wöchentlich über 2 Wochen zusätzlich der rehabilitativen Routinehandlung. Die psychometrische Erfassung von Trinkverlangen (Obsessive Compulsive Drinking Scale, OCDS) und Angst (Subscale 5, Symptom-Checklist 90 – SCL-90) sowie die Messung der autonomen neurovaskulären Funktion (kutane Vasokonstriktionsdauer $\Delta t_{50\% \text{down}}$, laser-Doppler-flowmetry) wurden vor Beginn des HRV-Biofeedbacktrainings (Baseline), nach Abschluss der letzten HRV-Biofeedbacktrainingseinheit (Follow up 1) sowie 21 und 42 Tage danach (Follow up 2 und 3) durchgeführt. Bei 24 weiteren Patienten (Kontrollgruppe) wurden identische Messungen zu den gleichen Zeitpunkten durchgeführt jedoch fand HRV-Biofeedbacktraining bei diesen nicht statt.

Resultate

Nach Abschluss der letzten HRV-Biofeedbacktrainingseinheit (Follow up 1) war die kutane Vasokonstriktionsdauer verglichen mit Baseline erhöht ($\Delta t_{50\% \text{down}} 4,1 \pm 1,9$ sec vs. $2,8 \pm 1,1$ sec; $p < 0,05$). Bei Patienten der Kontrollgruppe wurde keine Veränderung der kutanen Vasokonstriktionsdauer beobachtet. Trinkverlangen war nach Durchführung der letzten HRV-Biofeedbacktrainingseinheit (Follow up 1) im Vergleich zu Baseline vermindert (OCDS: $8,6 \pm 8,0$ vs. $13,8 \pm 7,7$; $p < 0,05$). Bei Patienten der Kontrollgruppe blieb das Trinkverlangen zu diesem Zeitpunkt gegenüber Baseline unverändert. Bei Patienten, die HRV-gestütztes Biofeedback erhielten, wurde eine Abnahme von subjektiv empfundener Angst im Verlauf der Untersuchung festgestellt (SCL-90 Angst Score: $3,8 \pm 5,1$ Follow up 1 und $2,9 \pm 3,0$ Follow up 2 vs. $5,8 \pm 5,8$ Baseline; $p < 0,05$). Bei Patienten der Kontrollgruppe blieb subjektiv empfundene Angst unverändert.

Schlussfolgerungen

Unsere Studienresultate weisen darauf hin, dass HRV-gestütztes Biofeedbacktraining bei alkoholabhängigen Patienten 1.) Alkoholverlangen vermindert, 2.) Angst reduziert und 3.) zu einer Verbesserung der neurovaskulären Funktion führen kann. HRV-Biofeedbacktraining kann eine ergänzende therapeutische Maßnahme in der stationären Alkoholentwöhnungstherapie darstellen.

Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit: Psychotherapie im Fokus

Schuhler, P., Vogelgesang, M., Jung, A., Wagner, A.

AHG Klinik Münchwies, Neunkirchen

Hintergrund und Fragestellung

Im Zuge des vollzogenen Wandels zur Dienstleistungsgesellschaft spielen die psychischen in Abgrenzung zu den körperlichen Belastungsfaktoren im Arbeitskontext (Demerouti, et al., 2012; Poppelreuter, Mierke, 2005) eine immer größere Rolle. Dazu gehören: fehlender Handlungs- und Entscheidungsspielraum, mangelhafte Information, Zeitdruck, häufige unvorhersehbare Änderungen im Arbeitsablauf, dauernde, hohe Aufmerksamkeit, insbesondere bei monotonen Arbeitsabläufen, Unklarheit über Arbeitsabläufe, nicht eindeutig geregelte Zuständigkeiten, ebenso wie sozial-interaktive Konflikte, aggressive, entwertende Teams, Mobbing, unzureichende Weiterbildungsangebote, mangelhafte Kooperation, Kommunikation und Unterstützung, insbesondere durch Vorgesetzte. Die individuelle kognitive, emotionale und behaviorale Kompetenz, die im Fall der Sucht stark defizitär ist, entscheidet darüber, ob aus Belastungsfaktoren anhaltende Fehlbeanspruchung und in der Konsequenz Krankheitsentstehung, Chronifizierung und Multimorbidität resultieren, die unbehandelt oft bis zur Aufhebung der beruflichen Leistungsfähigkeit führen können. Besondere berufliche Problemlagen komplizieren die meisten der stationären Entwöhnungsbehandlungen. Als Fokus der Behandlung ist dabei die Psychotherapie gefordert, die unter dem Primat der Abstinenzerrreichung die Verflechtung zwischen Arbeitskontext, Suchtentwicklung und Komorbidität in den Blick nimmt hinsichtlich Problemanalyse, Behandlungsplanung, psychotherapeutischer Schwerpunktsetzung mit Arbeitsbezug und Einbezug adjuvanter sozio-, ergo- und sporttherapeutischer Maßnahmen.

Methodik

Psychotherapie-Programm als zentrales Element der MBOR

Das MBOR- Psychotherapieprogramm (Baumeister, 2006; Schuhler et al., 2006a, 2006b) ist dem Grundsatz verpflichtet, dass die Einbeziehung der Persönlichkeit, der Entwicklungsgeschichte und der gesamten Lebenssituation des Patienten gelingen muss, weil es nicht nur um die Kompensation einer isolierten Leistungseinschränkung handelt. Das Programm umfasst folgende Bausteine: (1) Die Anamnese und Exploration der Arbeitssituation und des beruflichen Werdegangs wird in Verbindung gebracht mit der psychischen Entwicklung, den Sozialisierungserfahrungen, den Persönlichkeitsmerkmalen, der sozialen Lebenssituation,

und vor allem mit der Suchtentwicklung, sowie den zentralen Problembereichen der komorbiden psychischen und körperlichen Symptomatik. (2) Vor diesem Hintergrund werden MBOR-Zielsetzungen formuliert die über die allgemeinen therapeutischen Zielsetzungen: Diese lauten im Einzelnen: Einsicht in die psychogenetischen Zusammenhänge, die zur Fehlbeanspruchung im Arbeitshandeln führen: Zusammenhänge zwischen dysfunktionaler innerer Steuerung hinsichtlich der Leistungserbringung, Symptomentwicklung und Einsatz von Suchtmitteln in abhängiger Weise. (3) MBOR-spezifischer Behandlungsplan: Einsichtsvermittlung in die Art und Weise, wie das Suchtmittel dazu beigetragen hat, die komplexe pathogene Struktur von Persönlichkeit und Arbeitshandeln aufrechtzuerhalten im Sinn einer kognitiven und emotionalen Krankheitsannahme als Suchtkranker; Erlernen arbeitskontextspezifischer Symptombewältigung, wie bspw. Expositionsübungen in sensu und in vivo; Erarbeitung der arbeitsbezogenen Kompetenzen und Ressourcen; Arbeitserprobung im Anschluss; Abstinenzentscheidung und Rückfallprophylaxe unter besonderer Berücksichtigung der prästationären Funktionalität des Medikamentenkonsums zur Aufrechterhaltung der Leistungsfähigkeit und Erarbeitung funktionaler Alternativen im Arbeitskontext. (4) Methodische Elemente: Im Zentrum steht die interaktionelle Gruppenpsychotherapie im Rahmen der therapeutischen Wohngruppe (wegen der besonderen Explorations- und Veränderungspotenz arbeitsbezogener Erlebens- und Handlungsdefizite), flankiert von Einzeltherapie und indikativem Therapieprogramm via Problembewältigung am Arbeitsplatz (Baumeister, 2006) im multiprofessionellen Team, das medizinische Versorgung, Ergo- Sport- und soziotherapeutische Behandlungselemente integriert. (5) Erarbeitung individueller Lösungen für berufs- und sozialrechtliche Problemlagen: Sozial- und Berufsberatung, Beratung bei Arbeitsplatzproblemen, Bewerbungstraining, Möglichkeiten der Wiedereingliederung und von LTA, interne und externe Belastungserprobungen.

Empirische Wirksamkeitsüberprüfung

In der Zweijahreskatamnese zeigte sich, dass 83 % der Patienten im Erwerbsleben geblieben sind. Dies korrespondiert mit Ergebnissen zu dem arbeitsbezogenen Erleben und Verhalten, gemessen mit dem AVEM-Fragebogen.

Diskussion

Die Ergebnisse ermutigen den eingeschlagenen Weg des fokussierten Arbeitsweltbezugs in der Psychotherapie bei suchtmittelabhängigen Patienten weiter zu verfolgen, um anhaltender psychischer Fehlbeanspruchung im Arbeitskontext, die sowohl Ursache als auch Folge von eingeschränkter beruflicher Leistungsfähigkeit bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit ist, wirksam entgegenzutreten.

Literatur

- Baumeister, H. (2006): Problembewältigung am Arbeitsplatz – ein gruppenpsychotherapeutisches Programm zur Behandlung von zeitüberdauernden Belastungen im Arbeitsalltag. In: Müller-Farnow, W., Hansmeier, T., Karoff, M. (Hrsg.): Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Lengerich: Pabst. 172-180.
- Demerouti, E. et al. (2012): Psychische Belastung und Beanspruchung am Arbeitsplatz. Berlin: Beuth.
- Poppelreuter, S., Mierke, K. (2005): Psychische Belastungen am Arbeitsplatz. Berlin. Schmidt.

Schuhler, P., Vogelgesang, M., Wagner, A. (2006a): Schädlicher Gebrauch von Alkohol und suchtpotenten Medikamenten psychosomatisch Kranker: Prä-Post-Vergleich und katamnestische Ergebnisse zur beruflichen Integration und Lebenszufriedenheit. In: Müller-Fahrnow, W., Hansmeier, T., Karoff, M. (Hrsg.): Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Lengerich: Pabst. 418-427.

Schuhler, P., Schmitz, B., Vogelgesang, M., Limbacher, K., Wagner, A., Gönner, S. (2006b): Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit suchtmittelabhängiger Patienten mit komorbider Persönlichkeitsstörung. In: Müller-Fahrnow, W., Hansmeier, T., Karoff, M. (Hrsg.): Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Lengerich: Pabst. 511-519.

Die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation in der Suchtrehabilitation – Status Quo und Entwicklungsbedarf aus empirischer Perspektive

Egner, U. (1), Vorsatz, N. (1), Grünbeck, P. (2), Klosterhuis, H. (2), Streibelt, M. (1)

(1) Abteilung Rehabilitation, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin, (2) Bereich Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Einleitung

Die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) stellt eine spezifische Behandlungsstrategie im Rahmen der medizinischen Rehabilitation im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung (DRV) dar, um den Reha-Erfolg bei RehabilitandInnen mit besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL) – die Re-Integration in das Erwerbsleben – weiter zu optimieren. Die Anforderungen an eine erfolgreiche MBOR aus der Sicht der DRV sind in einem Anforderungsprofil definiert, welches indikationsübergreifend konzipiert wurde (DRV, 2012; Streibelt, Buschmann-Steinhage, 2011). Die Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen wird – trotz des sonst generischen Anspruchs des Anforderungsprofils – explizit ausgeklammert.

Der Beitrag widmet sich auf der Basis vorliegender empirischer Erkenntnisse insbesondere zwei Fragen: (a) Ist die Zielgruppe der MBOR, Personen mit BBPL, auch bei Suchterkrankungen mithilfe der bekannten Kriterien identifizierbar (Radoschewski, 2006; Streibelt, 2010) (b) Welcher Entwicklungsstand bzgl. der Durchführung berufsbezogener Leistungen in der Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen kann konstatiert werden?

Methoden

Der Beitrag verfolgt einen explizit empirischen Zugang am Beispiel der Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit und nutzt die Daten des Qualitätssicherungsprogramms der DRV Bund. Hierzu wird auf drei Datenquellen zurückgegriffen. Auf Basis der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) erfolgte eine Detailanalyse der Codes, die berufsbezogene Leistungen repräsentieren. Der sozialmedizinische Verlauf (SMV) zwei Jahre nach medizinischer Rehabilitation sowie die Rehabilitandenbefragung (RB) drei Monate nach Abschluss der Rehabilitation geben Aufschluss über die erwerbsbezogenen Risiken von RehabilitandInnen

mit und ohne BBPL. Eine BBPL war definiert durch: (1) im Jahr vor der Rehabilitation mehr als 3 Monate Arbeitsunfähigkeit, (2) bei Antragstellung arbeitslos gemeldet oder (3) Leistungsfähigkeit von unter 6 Stunden in der letzten Tätigkeit laut Entlassungsbericht.

Die Analysebasis bildeten alle regulär abgeschlossenen stationären Entwöhnungsbehandlungen im Auftrag der DRV Bund wegen Alkoholabhängigkeit. Für die KTL sowie die Rehabilitandenbefragung wurden alle entsprechenden Leistungen aus dem Jahr 2011 mit validen Datensätzen, für den sozialmedizinischen Verlauf alle abgeschlossenen Leistungen aus dem Jahr 2008 zugrunde gelegt. Damit basieren die Analysen auf folgenden Fallzahlen: n = 5.076 (KTL), n = 2.564 (SMV) bzw. n = 1.115 (RB).

Ergebnisse

(a) Eine BBPL wurde in allen drei Datensätzen bei etwa jeder zweiten Person angegeben (KTL: 53 %, SMV: 49 %, RB: 48 %). Das Risiko eines Zugangs in Erwerbminderungsrente (EMR) zwei Jahre nach der Rehabilitation war bei einer BBPL um das 4-fache höher (BBPL: 12 %, ohne BBPL: 3 %). Dagegen wiesen nur 13 % der Personen mit BBPL in dieser Zeit einen lückenlosen Beschäftigungsverlauf auf (ohne BBPL: 41 %). Auch in der Rehabilitandenbefragung zeigte sich dieses Bild. Die relativen Risiken für unterschiedliche negative berufliche Ereignisse war für Personen mit BBPL signifikant höher (arbeitslos gemeldet: RR=2,6; arbeitsunfähig: RR=2,4; Intention EMR-Antrag: RR=3,5).

(b) Laut KTL wurden in der Rehabilitation Alkoholabhängiger durchschnittlich 4h berufsbezogene Therapien pro Woche angeboten. Bezogen auf die durchschnittliche Gesamtdauer wurden damit insgesamt etwa 60h berufsbezogene Leistungen während der Rehabilitation durchgeführt. Allerdings konnte kein Unterschied zwischen Personen mit und ohne BBPL festgestellt werden (mit BBPL: 4,3h; ohne BBPL: 4,0h). Dieses Bild zeigte sich auch hinsichtlich einzelner berufsbezogener Leistungen (Beratung Berufliche Perspektiven: 51 % vs. 43 %; Umgang mit Arbeitslosigkeit: 25 % vs. 23 %; Arbeitstherapie einzeln: 17 % vs. 15 %; Arbeitsplatztraining: 3 % vs. 2 %; Beobachtung zur Leistungsbeurteilung: 21 % vs. 20 %).

Diskussion

Die Analyse der potenziellen sozialmedizinischen Risiken der Gruppe mit BBPL zeigte eindrucksvoll, dass mit einer zukünftig stärker an den BBPL-Kriterien orientierten MBOR-Leistungsvergabe tatsächlich verstärkt Personen in den Fokus rücken, die im Anschluss an die Rehabilitation weitaus größere Probleme in ihrer beruflichen Teilhabe haben als Personen ohne BBPL. Sie weisen sowohl kurz- als auch mittelfristig in höherem Maße berufliche Risiken auf. Daraus lässt sich schließen, dass eine stärker an dieser Problemlage orientierte Behandlungsplanung auch in der Suchtrehabilitation sinnvoll ist.

Demgegenüber zeigt die Analyse des aktuellen Leistungsgeschehen zwar, dass dem mit einer recht hohen Dosis berufsbezogener Therapie Rechnung getragen wird. Allerdings muss auch konstatiert werden, dass bislang kaum eine Differenzierung der Leistungsvergabe nach Vorliegen berufsbezogener Risiken erfolgte. An dieser Stelle sollten weitere Entwicklungen ansetzen, um eine bedarfsadäquate MBOR-Versorgung auch in der Suchtrehabilitation sicherzustellen.

Literatur

- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2012): Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung.
- Radoschewski, F.M., Müller-Fahmow, W., Thode, N., Tesmer, N. (2006): PORTAL – Partizipationsorientierte Rehabilitation zur Teilhabe am Arbeitsleben. Ergebnisse einer bundesweiten Versorgungssystemanalyse für den von der Gesetzlichen Rentenversicherung verantworteten Bereich der medizinischen und beruflichen Rehabilitation. Unveröffentlichter Projektbericht.
- Streibelt, M. (2010): Steuerung besonderer beruflicher Problemlagen als Voraussetzung effektiv durchgeführter medizinischer Rehabilitationsleistungen. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 86/1. 5-14.
- Streibelt, M., Buschmann-Steinhage, R. (2011): Ein Anforderungskatalog zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation aus der Perspektive der Gesetzlichen Rentenversicherung. Die Rehabilitation, 50. 160-167.

Evaluation des Modellprojekts "Berufliche Integration nach stationärer Suchtbehandlung" (BISS)

Styp von Rekowski, A. (1), Indlekofer, W. (2), Seelig, H. (3), Bengel, J. (1)

- (1) Institut für Psychologie, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, (2) Rehaklinik Freiolsheim, (3) Institut für Sport und Sportwissenschaften, Universität Basel

Hintergrund

Eine intensive berufliche Nachsorge erfolgt in der Suchtrehabilitation häufig nicht (Bader, Heise, 2000). Der Ausbau von Projekten und Initiativen, die den (Wieder-) Einstieg sichern und fördern wird deshalb gefordert (Bader et al., 2008). Das Projekt "berufliche Integration nach stationärer Suchtbehandlung" (BISS), durchgeführt vom Integrationszentrum Lahr der Rehaklinik Freiolsheim und gefördert von der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg, richtet sich an ehemalige Suchtmittelabhängige nach erfolgreichem Abschluss einer stationären Rehabilitationsmaßnahme. Klienten werden bei der Arbeitsintegration und der Aufrechterhaltung des Arbeitsplatzes über ein Jahr unterstützt, wobei auch deren Arbeitgeber vertraglich eingebunden werden. Zum Angebot gehören regelmäßige Gruppenangebote und unangekündigte Suchtmittelkontrollen, Arbeitgebergespräche sowie bedarfsbezogene Angebote wie Einzelgespräche und Krisen- bzw. Rückfallinterventionen.

Methoden

Die Evaluation umfasst summative und formative Zugänge. Die Fragestellungen bezogen sich auf den Bedarf, Erwartungen und Zielsetzungen, den Prozess, Effekte und Wirkungen sowie den Aufwand und die Kosten. Der Fragebogenstudie lag ein quasi-experimentelles Prä-Post-Vergleichsgruppendesign zugrunde. Zudem wurden teilstrukturierte Leitfadeninterviews mit den Teilnehmern, deren Arbeitgebern und relevanten Stakeholdern geführt. Die Stichprobe bestand aus der Interventionsgruppe (t1: n=39, t3: n=21), der Vergleichsgruppe

(t1: n=65, t3: n=26), den Arbeitgebern der Klienten (n=12) sowie weiteren Stakeholdern (n=13). Es wurden Inferenzstatistische Gruppenvergleiche durchgeführt (U-Test nach Mann und Whitney bzw. Chi-Quadrat) und Effektstärkemaße berechnet (z. B. Yules Y).

Ergebnisse

Die Wirksamkeit konnte zum Zeitpunkt t3 insbesondere in Bezug auf suchtbezogene Faktoren nachgewiesen werden. Durch BISS war in der Interventionsgruppen (IG) ein höherer Anteil zur Abstinenz verpflichtet als in der Vergleichsgruppe ($p=.000$; $Y=0,76$). Die Abstinenzverpflichtung wurde in der IG auch häufiger von Kontrollen begleitet ($p=.487$; $Y=0,35$). Nach einem Jahr hatte die IG seltener Suchtmittel konsumiert (IG: 19 % vs. VG: 65,4 %; $p=.000$; $Y=-0,70$). Bei dauerhafter Teilnahme an BISS wurde, auch bei kurzzeitigem Rückfall, eine abstinenten Lebensführung erreicht. Die Prozessevaluation zeigte zudem eine gute Inanspruchnahme des gesamten Unterstützungsangebots sowie einen Integrationserfolg und eine hohe berufliche Stabilität bei den Teilnehmern, welche auch durch den Einbezug der Arbeitgeber gefördert wurden.

Diskussion und Ausblick

Durch die regelmäßigen und bei Bedarf angebotenen Elemente, die aktive Einbindung des Arbeitgebers und die schnelle Hilfe bei Rückfälligkeit, unterstützt das Projekt BISS die dauerhafte berufliche Integration und die Aufrechterhaltung der Abstinenz. Methodische Einschränkungen im Gruppenvergleich ergeben sich aus dem hohen Drop-Out und der damit verbundenen kleinen Stichprobe zu t3. Es zeigte sich der Bedarf an weiteren Ressourcen zur adäquaten Umsetzung des Projekts sowie die Notwendigkeit der Weiterentwicklung von Abläufen (Rückfallintervention) und der ausführlicheren Dokumentation der Interventionen.

Literatur

- Bader, T., Bürkle, S., Gaßmann, R., Hüllinghorst, R., Kemper, U., Koch, A., Leune, J., Peter-Höner, S., Tönsing, C., Wessel, T. (2008): Handlungsnotwendigkeiten in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker zur Sicherung eines hochwertigen Leistungsangebotes. Positionspapier der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) zur Situation und Entwicklung der medizinischen Rehabilitation. URL: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs_stellungnahmen/handlungsnotwendigkeiten_2008.pdf, Abruf: 31.10.2013.
- Bader, T., Heise, C. (2000): Behandlungsangebote für Suchtkranke im Verbundsystem der Suchthilfe: Rehabilitative Aspekte. In: Thomasius, R. (Hrsg.): Psychotherapie der Suchterkrankungen. Stuttgart: Thieme. 161-180.

Zur Wirksamkeit einer schnittstellenübergreifenden arbeitsbezogenen Fallbegleitung in der suchtherapeutischen Nachsorge – Erste Ergebnisse einer randomisierten Studie

Saal, S. (1), Stopp, J. (2), Forschner, L. (3), Kallert, T. (4), Bolle, M. (5),
Schlösser, R. (6), Behrens, J. (1)

(1) Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle/Saale, (2) Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH, Elbingerode, (3) Medine GmbH Rehabilitationsklinik Alte Ölmühle, Magdeburg, (4) Soteria Klinik Leipzig, (5) Therapiehof Sotterhausen, Allstedt, (6) AHG Klinik Römhild

Hintergrund

Erwerbsarbeit steht in einem deutlichen Zusammenhang mit der Reduzierung des Rückfallrisikos bei Suchtrehabilitanden (Henkel et al., 2005; 2008). Um arbeitslosen Suchtrehabilitanden den (Wieder-) Einstieg ins Erwerbsleben zu erleichtern, ist es notwendig, Vermittlungshemmnisse der Rückkehr in Arbeit abzubauen und die Übergänge vom medizinischen Behandlungssystem zu nachfolgenden erwerbsfördernden Maßnahmen zu optimieren. Reibungsverluste, z. B. durch mangelhaften Informationsaustausch zwischen Grundsicherungsstellen und Einrichtungen der Suchtbehandlung, können ein nahtloses Anschließen erwerbsintegrierender Maßnahmen an die Rehabilitation erschweren (FIA, 2009) und sich so negativ auf den Behandlungserfolg auswirken.

Ausgehend von diesen Befunden prüft die Studie "Schnittstellenübergreifende, arbeitsbezogene Fall-Begleitung in der suchtherapeutischen Nachsorge als Schlüssel zu Erwerbsintegration und Rückfallprophylaxe" (SaBiNE), in wie weit sich ein arbeitsbezogenes Case Management auf die berufliche Wiedereingliederung und die Rückfallhäufigkeit von Abhängigkeitserkrankten ein Jahr nach Verlassen der Entwöhnungsbehandlung auswirkt.

Methodik

In die randomisierte Studie wurden Patienten aus vier Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitserkrankungen in Mitteldeutschland eingeschlossen. Die Kontrollgruppe erhielt die Regelversorgung einer medizinischen Rehabilitationsleistung und Nachsorge. Für die Interventionsteilnehmer begann sechs Wochen vor voraussichtlichem Verlassen der Entwöhnungsbehandlung zusätzlich zur Regelversorgung die arbeitsbezogene Fallbegleitung. Die Intervention stand den Teilnehmern 12 Monate nach dem Verlassen der Entwöhnungsbehandlung zur Verfügung. Sie hatte zum Ziel, über Netzwerkarbeit mit Partnern des ambulanten Hilfesystems sowie Beratung und Begleitung der Interventionsteilnehmer die Rückkehr in Erwerbsarbeit und die Abstinenzfähigkeit zu fördern. Eine standardisierte schriftliche Befragung erfasste primär die berufliche Wiedereingliederung auf dem ersten Arbeitsmarkt als auch weitere Zielgrößen wie Abstinenzraten, Beschäftigungsdauer, Zugang zur Erwerbsminderungsrente, Lebenszufriedenheit und Nutzung von Suchtnachsorgeangeboten 12 so-

wie 24 Monate nach Entlassung aus der Entwöhnungsbehandlung. In die Studie eingeschlossen wurden erwerbsfähige Rehabilitanden im Alter von 18-63 Jahren mit einer Erstdiagnose aus den Diagnosegruppen F10-F19 (ICD-10), die in den 4 Wochen unmittelbar vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme ohne Arbeit waren und die deutsche Sprache beherrschten.

Ergebnisse

Die Teilnehmer hatten ein durchschnittliches Alter von 41,2 (10,1) Jahren (SD), 86,9 % mit der Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit. 83,1 % der Teilnehmer waren männlich. Zum Interventionsende im September 2013 lagen Daten von 267 Studienteilnehmern vor, 144 aus der Interventionsgruppe und 123 aus der Kontrollgruppe. Das entspricht einem Follow-up von 83,4 %. Im Beitrag werden Ergebnisse zu Interventionseffekten 12 Monate nach Verlassen der Rehabilitation auf die berufliche Wiedereingliederung und die Rückfallhäufigkeit vorgestellt.

Diskussion und Ausblick

Der Follow-up-Anteil ist mit 83,4 % erfreulich hoch. So steht eine belastbare Datengrundlage zur Verfügung, um die Wirksamkeit der arbeitsbezogenen Fall-Begleitung auf die Rückkehr in Arbeit und die Rückfallhäufigkeit abschätzen zu können. Der Beitrag diskutiert die Interventionseffekte unter anderem vor dem Hintergrund der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland, Bundesagentur für Arbeit

Literatur

- Forschungsteam Internationaler Arbeitsmarkt (FIA) (Hrsg.) (2009): Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben im Rahmen des SGB II-Abschlussbericht. URL: http://drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Suchtstoffuebergreifende_Themen/Downloads/Integration_ins_Erwerbsleben_090801_Drogenbeauftragte.pdf. Abruf: 09.10.2013.
- Henkel, D., Dornbusch, P., Zemlin, U. (2005): Prädiktoren der Alkoholrückfälligkeit bei Arbeitslosen 6 Monate nach Behandlung – Empirische Ergebnisse und Schlussfolgerungen für die Suchtrehabilitation. *Suchttherapie*, 6. 165-175.
- Henkel, D., Zemlin, U., Dornbusch, P. (2008): Arbeitslosigkeit und Suchtrehabilitation: Hauptergebnisse des ARA-Projektes und Schlussfolgerungen für die Praxis. In: Henkel, D., Zemlin, U. (Hrsg.): *Arbeitslosigkeit und Sucht – Ein Handbuch für die Wissenschaft und Praxis*. Fachhochschulverlag, Frankfurt am Main.

Entwicklung eines Manuals zur Reha-Fallbegleitung bei Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigen mit erwerbsbezogenen Problemen

Jakob, T. (1), Schröder, A. (2), Hoffmann, S. (3), Stapel, M. (3), Glattacker, M. (1)

(1) Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg,

(2) Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Koblenz-Landau,

(3) Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

Hintergrund

Das Modellprojekt "Reha-Fallbegleitung bei Alkohol-, Medikamenten- und Drogen-abhängigen mit erwerbsbezogenen Problemen" wurde von der Deutschen Renten-versicherung Rheinland-Pfalz (DRV RLP) in Zusammenarbeit mit klinischen Experten entwickelt. Es greift in innovativer Weise wesentliche Herausforderungen in der Rehabilitation Abhängigkeits-kranker auf. Insbesondere der Bedarf nach einer verstärkten Förderung der beruflichen Reintegration Abhängigkeitskranker und einem verbesserten Schnittstellenmanagement in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker – wesentlichen Zielkriterien der Reha-Fallbeglei-tung – sind gut belegt (Weissing, 2012). Das Projekt wurde zwischen 2008 und 2012 mo-dellhaft durchgeführt und evaluiert. Aufgrund zahlreicher positiver Ergebnisse der Evaluation des Modellprojekts (Glattacker et al., 2013; Kainz et al., 2011) wurde das Projekt 2012 von der DRV RLP in die Regelversorgung übernommen. Die Ergebnisse der Evaluation zeigten jedoch auch zwei wesentliche Verbesserungsbereiche der Reha-Fallbegleitung auf: Zum einen eine definitorische Schärfung bzw. Operationalisierung von Prozessen, die für die Re-ha-Fallbegleitung zentral sind und zum anderen eine weitere Sensibilisierung der Beteiligten für die spezifischen Zielstellungen der Reha-Fallbegleitung. Diese Hinweise aufgreifend wurde eine Manualisierung der Reha-Fallbegleitung angestrebt, um die Erfolge der Maß-nahme zu verstetigen und zu optimieren. Im vorliegenden Beitrag werden das Vorgehen und die Ergebnisse der Manualentwicklung vorgestellt.

Methodik

Die Entwicklung des Manuals erfolgte in einem mehrstufigen Prozess unter Einbezug der Gruppe der zukünftigen Anwender (Reha-Fallbegleiter) und des Leistungsträgers (DRV RLP).

Zunächst wurden alle am Modellprojekt beteiligten Reha-Fallbegleiter (n=16) und Vertreter des Leistungsträgers (n=2) zu wesentlichen Inhalten der Reha-Fallbegleitung schriftlich befragt. Die Befragung bestand vorwiegend aus offenen Fragen, um einen möglichst umfas-senden ersten Eindruck zu Themen und Inhalten des Manuals zu erhalten. Auf der Basis dieser Ergebnisse und Ergebnisse der Evaluation des Modellprojekts wurde eine Arbeits-version des Manuals erstellt. Im Rahmen eines zweitägigen Expertenworkshops mit einer kleineren Gruppe an Reha-Fallbegleitern (n=9) und Vertretern des Leistungsträgers (n=3) wurden die Inhalte des Manuals ausdifferenziert und konsentiert. Abschließend wurde die Gesamtgruppe der Reha-Fallbegleiter (n=15) im Rahmen einer zweiten schriftlichen Befra-gung erneut zu weiteren Änderungswünschen und zu ihren Einschätzungen hinsichtlich der Übersichtlichkeit, Verständlichkeit, Nützlichkeit, Vollständigkeit und des Anwendungsbezugs

des Manuals befragt. Eine finale Abstimmung des Manuals erfolgte mit dem Leistungsträger.

Ergebnisse

In der ersten schriftlichen Befragung wurde zum einen deutlich, dass ein Bedarf an Strukturierungshilfen für die Reha-Fallbegleitung besteht. Daher wurden für zwei zentrale Bereiche der Reha-Fallbegleitung - berufliche (Re-)Integration und Schnittstellenmanagement - Strukturierungshilfen entwickelt. Zum anderen wurde auch deutlich, dass das Manual für die Reha-Fallbegleitung im Wesentlichen übergreifend für die Indikationen Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit gestaltet werden kann. Bereiche, bei denen eine Differenzierung zwischen diesen Indikationen besonders relevant ist, wurden in der ersten Befragung identifiziert.

Im Expertenworkshop wurde die Arbeitsversion des Manuals weiter ausdifferenziert. Beispielsweise wurden förderliche und hinderliche Kontextfaktoren für die Reha-Fallbegleitung und Maßnahmen zur Intervention bei Vorliegen spezifischer Kontextfaktoren ergänzt. Des Weiteren wurde eine Funktionsbeschreibung für Reha-Fallbegleiter präzisiert.

Hohe positive Zustimmungsraten in der zweiten schriftlichen Befragung weisen darauf hin, dass das Manual von den Reha-Fallbegleitern als vollständige und praxisnahe Beschreibung der Reha-Fallbegleitung akzeptiert wird und insbesondere auch als hilfreich für neue Reha-Fallbegleiter eingeschätzt wird.

Schlussfolgerungen

Durch wiederholte Abstimmungsprozesse mit Experten (Reha-Fallbegleitern) und der DRV RLP wurde ein Manual entwickelt, das eine bedarfsorientierte, alltagsnahe und handlungsorientierte Anleitung für die Durchführung von Reha-Fallbegleitungen darstellt.

Das Manual kann in Zukunft dazu beitragen, dass die Reha-Fallbegleitung objektivierbarer und nachvollziehbarer gestaltet werden kann. Insbesondere die Überführung des Konzepts in die Routine, aber auch z. B. die Übertragbarkeit in andere Regionen oder in bislang nicht an der Reha-Fallbegleitung beteiligte Einrichtungen wird durch das Vorliegen des Manuals unterstützt.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

Literatur

Glattacker, M., Kainz, B., Hauer, J., Jakob, T., Hoffmann, S., Kulick, B., Schröder, A., Jäckel, W.H. (2013): Reha-Fallbegleitung bei Alkohol- und Drogenabhängigen mit erwerbsbezogenen Problemen: Evaluation eines Modellprojekts bezüglich der Zielgrößen Abstinenz und berufliche Wiedereingliederung. *Sucht Aktuell*, 1. 58-64.

Kainz, B., Schröder, A., Glattacker, M., Wenzel, D., Hoffmann, S., Kulick, B., Jäckel, W. (2011): Inanspruchnahme und Akzeptanz des Modells "Reha-Fallbegleitung bei Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigen mit erwerbsbezogenen Problemen". *Sucht Aktuell*, 2. 40-46.

Weissinger, V. (2012): Förderung der Teilhabe Abhängigkeitskranker am Arbeitsleben – Erfordernisse für ein organisationsübergreifendes Schnittstellenmanagement aus Sicht des Fachverbandes Sucht e.V.. *Sucht Aktuell*, 1. 60-69.

Mit dem Joystick gegen das Suchtgedächtnis: Erste Ergebnisse der Multicenterstudie

Lindenmeyer, J. (1,2), Rinck, M. (3), Becker, E. (3), Hoffmann, S. (1),
Becht, N. (1), Wiers, R. (4)

(1) salus klinik Lindow, (2) TU Chemnitz, (3) Universität Nijmegen,
(4) Universität Amsterdam

Theoretischer Hintergrund

In zwei randomisiert-kontrollierten Studien der Autoren mit hohen Fallzahlen konnte nachgewiesen werden, dass die Rückfallrate bei Alkoholabhängigen durch ein PC-gestütztes Alkohol-Vermeidungstraining langfristig signifikant gesenkt werden kann (Wiers et al., 2011; Eberl et al., 2013). In zwei weiteren Studien wurden die Wirkfaktoren und verschiedene Trainingselemente untersucht. Der Vortrag gibt zunächst einen Überblick über die bisherigen Studienergebnisse und berichtet über erste Ergebnisse einer multizentrischen Phase IV-Studie zur feasibility (Praktikabilität, Akzeptanz durch Behandler und Patienten, erforderliche Voraussetzungen, Kosten-Nutzen-Relation) sowie Effektivität des Trainings in der Routineversorgung (effectiveness) in 10 stationären Entwöhnungseinrichtungen.

Probanden

Alkoholabhängige in stationären Entwöhnungsbehandlung.

Procedere

In allen Studien wurden die Probanden zufällig auf eine Trainingsgruppe (6 Sitzungen Vermeidungs-Training à 15 Minuten mit jeweils 220 Trainingsdurchgängen) bzw. eine Kontrollgruppe ohne Training bzw. Pseudotraining verteilt. Beim Vermeidungs-Training hatten die Probanden die Aufgabe, Bilder von alkoholischen Getränken auf dem Bildschirm mit Hilfe eines Joysticks wegzudrücken (Vermeidung) und nicht-alkoholische Getränke heranzuziehen (Annäherung).

Ergebnisse

In 4 randomisiert kontrollierten Studien zeigten sich bislang folgende Ergebnisse:

Studie	N	Abstinenzquote	Signifikanz
1	214	Trainingsgruppe 54,0 %, Kontrollgruppe 41,1 %	P=.057
2	475	Trainingsgruppe 51,2 %, Kontrollgruppe 42,7 %	P=.039
3	729	Trainingsgruppe 58,6 %, Kontrollgruppe 49,3 %	P=.010
4	1.266	Vermeidungstraining 56,3 %, Aufmerksamkeitstraining 55,3 %, Kontrollgruppe 45,9 %	P=.001

Tab. 1: Ergebnisse zur Abstinenz

Schlussfolgerung und Ausblick

Die bis zur Tagung vorliegenden Ergebnisse werden aufzeigen, unter welchen Bedingungen und bei welchen Patienten der in den Phase-III-Studien gezeigte positive Trainingseffekt auch in der Routineversorgung werden kann.

Literatur

- Wiers, R., Eberl, C., Rinck, M., Lindenmeyer, J. (2011): Re-training automatic action tendencies. Changes alcoholic patient's approach bias for alcohol and improves treatment outcome. *Psychological Science*, 20. 1-8.
- Eberl, C., Wiers, R., Pawelczack, S., Rinck, M., Becker, E., Lindenmeyer, J. (2013): Approach bias modification in alcohol dependence: Do clinical effects replicate and for whom does it work best? *Developmental Cognitive Neuroscience*, 4. 38-51.

Diagnostik und Behandlung im Rahmen medizinisch-beruflich orientierter Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen

Missel, P.

AHG Kliniken Daun

Theoretischer Hintergrund

In der medizinischen stationären Rehabilitation bei Suchterkrankungen ist bekannt, dass Arbeitslosigkeit einen negativen Prognosefaktor für die Abhängigkeitsentwicklung darstellt. Neben der Zielsetzung, erwerbslose Rehabilitanden wieder in den ersten oder zweiten Arbeitsmarkt zu integrieren, eröffnet sich zunehmend als zentrale Zielsetzung der Rehabilitation auch die aktive berufliche Integration, d. h. die Verstärkung der Maßnahmen zum Erhalt bestehender Arbeitsplätze. Nach dem "Anforderungsprofil zur Durchführung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung" (2012) ist die grundlegende Zielsetzung, die medizinische Rehabilitation an den Anforderungen der Arbeitswelt und insbesondere dem aktuellen bzw. angestrebten Arbeitsplatz auszurichten.

Die Entwicklung eines eigenen Anforderungsprofils für die stationäre Suchtrehabilitation wäre auch aus Sicht der Leistungserbringer zu begrüßen.

Procedere

Zur Analyse der bestehenden MBOR-bezogenen Versorgungsqualität in stationären Einrichtungen der Suchtrehabilitation wurde der Entlassjahrgang 2012 aus Fachkliniken für Alkohol-/Medikamentenabhängigkeit (N = 6.599), Drogenabhängigkeit (N = 902), Adaption (N = 439), Alkohol/Medikamente, ambulant (N = 135) und ganztägig ambulante Rehabilitation Sucht (N = 273) hinsichtlich ausgewählter Parameter (Leistungsfähigkeit, Arbeitsfähigkeit, Erwerbstätigkeit, exemplarischer Erfüllungsgrad der berufsbezogenen ETMs Alkoholabhängigkeit) einer Analyse unterzogen.

Ergebnisse

Hinsichtlich der Leistungsfähigkeit bei Entlassung (letzter Beruf) waren 6 und mehr Stunden leistungsfähig: 83,6 % (Alkohol/Medikamente, stationär), 90,5 % (Drogen), 80,3 % (Adaption), 71,4 % (Alkohol/Medikamente, ambulant) und 83 % (ganztägig ambulante Rehabilitation Sucht).

Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt waren 6 Stunden und mehr leistungsfähig bei Entlassung: 93,5 % (Alkohol/Medikamente, stationär), 95,0 % (Drogen), 95,2 % (Adaption), 81,5 % (Alkohol/Medikamente, ambulant) und 93,9 % (ganztägig ambulante Rehabilitation Sucht).

Bei Behandlungsende (Arbeitsfähigkeit bei Behandlungsende, nur Erwerbspersonen, ohne stufenweise Wiedereingliederung) waren arbeitsfähig: 87,8 % (Alkohol/Medikamente, stationär), 93,8 % (Drogen), 93,4 % (Adaption), 91,8 % (Alkohol/Medikamente, ambulant) und 86,9 % (ganztägig ambulante Rehabilitation Sucht).

Das Saldo der Arbeitsfähigkeit von Behandlungsbeginn zu Behandlungsende (nur Erwerbspersonen, ohne stufenweise Wiedereingliederung) hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit ergibt: +27,4 % (Alkohol/Medikamente, stationär), +40,4 % (Drogen), -3,3 % (Adaption), -4,1 % (Alkohol/Medikamente, ambulant) und +19,7 % (ganztägig ambulante Rehabilitation Sucht).

Erwerbstätig bei Behandlungsende waren: 43,9 % (Alkohol/Medikamente, stationär), 13,0 % (Drogen), 8,8 % (Adaption), 58,6 % (Alkohol/Medikamente, ambulant) und 52,5 % (ganztägig ambulante Rehabilitation Sucht).

Das Saldo von Behandlungsbeginn zu Behandlungsende hinsichtlich der Erwerbstätigkeit betrug: -0,9 % (Alkohol/Medikamente, stationär), -0,8 % (Drogen), +4,4 % (Adaption), +6,7 % (Alkohol/Medikamente, ambulant) und 0,0 % (ganztägig ambulante Rehabilitation Sucht).

Beim Erfüllungsgrad Reha-Therapiestandards für MBOR-bezogene Leistungen wurden die ETMs ,05a: Arbeitsbezogene Leistungen für Arbeitslose', ,05b: Arbeitsbezogene Leistungen für Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige', ETM ,13a: Arbeitsbezogene Leistungen: Klinische Sozialarbeit für Arbeitslose' und ETM ,13b: Arbeitsbezogene Leistungen: Klinische Sozialarbeit für Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige' exemplarisch einer Analyse unterzogen. Es ergaben sich für ETM ,05a' 28, für ETM ,05b' 83, für ETM ,13a' 81 und für ETM ,13b' 76 Qualitätspunkte.

Die Ergebnisse zeigen, dass auch in der stationären Abhängigkeitsrehabilitation der Erfüllungsgrad der MBOR-bezogenen Behandlungsangebote zu optimieren ist.

Im Bereich der Diagnostik wurde ein Screening des diagnostischen Instrumentes SIMBO-C (Streibel, 2007) für alkoholabhängige und drogenabhängige stationär behandelte Patienten durchgeführt. Dabei zeigten 60 % der alkoholabhängigen Patienten (N = 237) und 67 % der drogenabhängigen Patienten (N = 33) besondere berufliche Problemlagen (BBPL >30).

Schlussfolgerung und Ausblick

Der routinemäßige Einsatz des diagnostischen Instrumentes SIMBO-C in der stationären Abhängigkeitsrehabilitation sollte geprüft werden. Auch in der Suchtrehabilitation sind MBOR-bezogene Behandlungsangebote weiter zu optimieren.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung (2012): Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. Berlin.

Streibel, M., Gerwin, H., Hansmeier, T., Thren, K., Müller-Fahrnow, W. (2007): SIMBO: Ein Screeninginstrument zur Feststellung des Bedarfs an berufsbezogenen medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen. Die Rehabilitation, 46. 266-275.

Können die RMK-Therapieorientierungswerte (RMK-TOW) die Therapieplanung in der stationären Entwöhnungsbehandlung Alkoholabhängiger unterstützen?

*Spyra, K. (1), Egner, U. (2), Fahrenkrog, S. (1), Köhn, S. (1),
Lindenmeyer, J. (3), Missel, P. (4)*

(1) Charité – Universitätsmedizin Berlin, (2) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin,
(3) salus Klinik Lindow, (4) AHG Kliniken Daun Am Rosenberg

Hintergrund

Das an der Charité-Universitätsmedizin Berlin entwickelte Konzept der Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK) erlaubt es, auf der Basis eines speziellen Assessments, alkoholabhängige Rehabilitanden in vier Gruppen einzuteilen. Diese unterscheiden sich signifikant in ihrem reha-relevanten somato-psycho-sozialen Therapiebedarf (Egner et al., 2009; Spyra et al., 2010; 2011b). Die RMK umfassen auch eine Definition von Behandlungsanforderungen, die sog. RMK-Therapieorientierungswerte (RMK-TOW) (Spyra et al., 2011a). Sie beinhalten Empfehlungen für Quantitäten von Leistungen in den Evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM) des "Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit". Weiter wurde ein Algorithmus entwickelt, der für jeden Patienten eine individuelle Therapieempfehlung gibt.

Fragestellungen

In welchem Umfang werden die TOW in der Therapieplanung berücksichtigt und warum geschieht dies gegebenenfalls nicht? Wie wirkt sich der TOW-Einsatz auf Ergebnisparameter sowie die Patientenzufriedenheit aus?

Methode

In einer prospektiven kontrollierten Studie wurde von 05/2011 bis 12/2012 in 12 Kliniken zeitlich aufeinanderfolgend eine Kontroll- und eine Interventionsgruppe (KG, IG) rekrutiert, wobei in der KG die klinikübliche Diagnostik und Therapieplanung erfolgte. In der IG wurden die behandelnden Ärzte/Therapeuten über die patientenbezogenen RMK-TOW informiert und sollten diese bei ihrer Therapieentscheidung berücksichtigen, ohne ihr jedoch folgen zu müssen. Die "Behandler" wurden in einem standardisierten fallbezogenen Fragebogen sowie in qualitativen Interviews zum Nutzen der TOW und Gründen für ein mögliches Abweichen befragt.

Die Auswertungen bezogen sich zum einen auf die Ermittlung von Steuerungsunterschieden zwischen KG und IG anhand der Daten der KTL-Dokumentation. In Ergänzung wurden die Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Anwenderbefragung deskriptiv bzw. inhaltsanalytisch ausgewertet. Außerdem wurde untersucht, welche Effekte eine "TOW-konforme" Steuerung auf ausgewählte Outcome-Parameter (SCL-9, BDI, AASE, Patientenzufriedenheit u. a.) hat.

Ergebnisse

Insgesamt wurden n=3.321 in die Studie eingeschlossen. Die Analysestichprobe bestand aus n=1.423 (KG) und n=1.402 (IG), für die neben den Befragungsdaten auch die KTL-

Dokumentation vorlag. Ein Behandlerfragebogen wurde für n=1.202 Patienten der IG (85,7 %) ausgewertet.

Bei einer Zwischenauswertung (6 Studienkliniken) ergaben die KTL-Analysen zur Steuerungsumsetzung, dass in 5 von 9 ETM TOW-konformer gesteuert wird, die RMK-TOW-Information hier also bei der Therapieplanung berücksichtigt wurde (z. B. ETM2: Intervention psychische Komorbidität). Insgesamt zeigt die KTL-Analyse, dass auch in der KG ein hoher Anteil TOW-konformer Therapien realisiert wurde, bei einem insgesamt hohen Niveau an Therapieminuten. In den Wirksamkeitsanalysen konnten keine zusätzlichen Effekte für die IG nachgewiesen werden. Ein Vergleich von TOW-konform und Nicht-TOW-konform behandelten Patienten in der Gesamtstichprobe dieser 6 Studienkliniken ergab eine höhere Behandlungszufriedenheit für TOW-konform behandelte Patienten.

Die Analyse der standardisierten Anwenderbefragung ergab, dass den RMK-TOW auf ETM-Ebene überwiegend zugestimmt wurde. Bei einer Nicht-Zustimmung wurde die TOW-Empfehlung eher nach unten korrigiert (weniger Behandlungsminuten als empfohlen), hier werden als Hauptgründe der Patientenwunsch, das Klinikkonzept oder ein geringerer Behandlungsbedarf angeführt. Zum Reha-Kolloquium werden die Auswertungsergebnisse aller 12 Studienkliniken berichtet.

In den qualitativen Interviews wurde überwiegend auf den Nutzen der individuellen RMK-Diagnostik für die Therapieplanung verwiesen, bei einer eher geringeren Nützlichkeit der konkreten Angaben der RMK-TOW, da diese u. a. aufgrund klinikintern definierter Behandlungspfade und Behandlungsangebote mit festgelegtem zeitlichen Umfang häufig nicht ein-zu-eins im Klinikalltag umsetzbar sind.

Diskussion und Ausblick

Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass der kurze Zeitraum der Studie nicht ausreichend war, um die RMK-TOW in die Steuerungspraxis umzusetzen. Das erklärt sich zum einen daraus, dass die beteiligten Kliniken häufig über Therapiepfade bzw. -konzepte verfügen, in die der RMK-Algorithmus nicht ohne weiteres kurzzeitig integriert werden konnte. Zum anderen hielten die Studien-Kliniken in der Mehrzahl ein die RMK-TOW übersteigendes Therapieangebot vor. Angesichts der relativ geringen Steuerungsmodifikationen konnten folgerichtig auch keine Wirksamkeitszuwächse nachgewiesen werden.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund, AHG Allgemeine Hospitalgesellschaft AG, AKG Dr. S. Zwick GmbH & Co. KG, Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V., Paracelsus-Kliniken-Deutschland GmbH, salus Klinik Lindow, Haus Saaletal GmbH, Klinik Eschenburg KG

Literatur

- Egner, U., Spyra, K., Vorsatz, N. (2009): Suchtbehandlung passgenau! - Anforderungen und Entwicklungspotenziale aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung Bund. Sucht aktuell, 2. 21-25.
- Spyra, K., Ammelburg, N., Köhn, S. (2010): Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK): Überblick zu den Ergebnissen aus der bisherigen Forschungs- und Entwicklungsarbeit. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 87. 63-80.

- Spyra, K., Egner, U., Fahrenkrog, S. Köhn, S., Lindenmeyer, J., Missel, P. (2011a): Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK) in der Sucht-Rehabilitation – Forschungsergebnisse für die klinische Praxis. Sucht aktuell, 2. 20-28.
- Spyra, K., Köhn, S., Ammelburg, N., Schmidt, C., Missel, P., Lindenmeyer, J. (2011b): Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK) – Entwicklungsprozess und ausgewählte Ergebnisse am Beispiel der Suchtrehabilitation. Die Rehabilitation, 50. 298-307.

Psychopharmaka in der Sucht-Rehabilitation – Ein Blick in die Praxis

Schüppel, R. (1), Bachmeier, R. (2)

(1) Fachklinik Furth im Wald, Furth im Wald, (2) Johannesbad Holding, Bad Füssing

Einleitung

Komorbide psychiatrische Störungen sind bei Patienten in stationärer Sucht-Rehabilitation häufig (Wessels, Harfst, 2009). Neben Antidepressiva und Antipsychotika spielen zunehmend auch Stimmungsstabilisierer und Anticraving-Substanzen im Vorfeld und in der Behandlung eine Rolle (Murthy, Chand, 2012). Es ist bislang aber kaum bekannt, mit welchen Substanzen Patienten tatsächlich in eine Einrichtung aufgenommen und mit welchen Medikamenten sie nach der Rehabilitation entlassen werden.

Methodik

Aus dem Entlassjahrgang 2012 der Fachklinik Furth im Wald wird eine Zufallsstichprobe gezogen (retrospektives, hypothesengenerierendes Design, n=100, jede fünfte Akte in alphabetischer Reihenfolge). Eingeschlossen in die Studie werden Patienten mit der Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit und der Kostenträgerschaft der Deutschen Rentenversicherung. Ausgeschlossen werden Patienten mit anderen Suchterkrankungen. In den Akten wird die jeweils aktuelle Medikation bei Aufnahme und bei Entlassung erfasst.

Ergebnisse

Nach 41 ausgewerteten Akten ergaben sich folgende Befunde: Mit 9 Frauen (22 %) und 32 Männern (78 %) entsprach die Teilstichprobe der üblichen Verteilung in der Klinik. Bei Aufnahme und Entlassung waren Antidepressiva die am häufigsten eingesetzten Psychopharmaka (44 % bzw. 56 %). Es folgten (Mehrfachnennung möglich) Antipsychotika (20 % bzw. 17 %) und Stimmungsstabilisatoren (12 % bzw. 17 %). Anticraving-Substanzen und Tranquillizer wurden bei Aufnahme nur selten angetroffen, bei Entlassung wurden sie nicht verordnet.

Im Schnitt hatte ein Patient bei Aufnahme und Entlassung je 0,9 Psychopharmaka. 18 Patienten (44 %) waren durchgängig ohne einschlägige Medikation. Von den übrigen hatten 14 (34 %) gleich viele, 3 (7 %) weniger und 6 (15 %) mehr Psychopharmaka bei Entlassung im Vergleich zur Aufnahme.

Die bei Aufnahme erfassten Verordnungen stammten aus heterogenen Quellen: psychiatrische und internistische Akutkliniken, niedergelassene Haus- und Fachärzte. In 21 Fällen (51 %) wurde diese Einstellung unverändert übernommen. Gründe für eine Änderung waren Absetzen einer Akutmedikation nach Entgiftung, Umstellung bei unzureichender Wirksamkeit eines Therapieansatzes, Behandlung neu diagnostizierter Störungen und Dosisreduktion bei Symptombesserung.

Diskussion

Die leitliniengerechte Behandlung psychischer Störungen beinhaltet meist auch pharmakologische Ansätze, gerade in der primärärztlichen Versorgung sind diese schneller und häufiger verfügbar als psychotherapeutische (Gensichen et al., 2011). Insbesondere bei "Doppeldiagnose-Patienten" führt dies in der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankten zur Aufnahme von Rehabilitanden, die eine einschlägige Medikation aufweisen. Das Vorhalten und Integrieren von pharmakologisch-fachlicher Expertise ist dabei für die - zurecht - primär psychotherapeutisch ausgerichteten Einrichtungen der Suchthilfe eine Herausforderung in personeller, vor allem aber auch in konzeptueller Hinsicht (Schüppel, im Druck). Darin liegt allerdings auch eine Chance. Offensichtlich gibt es trotz ambulanter und stationärer Akuttherapie Lücken in der Diagnostik psychischer Störungen. Jedenfalls wurde nach den bislang ausgewerteten Daten eine Unterversorgung mit Psychopharmaka in einem Bereich von 15 % gefunden. Es sieht damit so aus, dass der bislang nur wenig zur Kenntnis genommene Bereich der Rehabilitations-Psychopharmakotherapie wieder einmal gründlich aufgearbeitet werden muss (Linden, Müller, 2005).

Literatur

- Gensichen, J., Härter, M., Klesse, C. (2011): Die NVL/S3-Leitlinie Unipolare Depression – was ist wichtig für die hausärztliche Praxis? Zeitschrift für Allgemeinmedizin. DOI 10.3238/zfa.2011.0223.
- Linden, M., Müller W. E. (2005): Rehabilitationspsychopharmakotherapie. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Murthy, P., Chand, P. (2012): Treatment of dual diagnosis disorders. Current Opinion in Psychiatry, 25. 194-200.
- Schüppel, R. (im Druck): Reha – Auftrag und Komplexität der Behandlung – ein Widerspruch? SuchtAktuell.
- Wessels, T., Harfst, T. (2009): Doppeldiagnosen bei alkoholbezogenen Störungen: Häufigkeit und Inanspruchnahme des Versorgungssystems. Suchttherapie, 10. 621.

Schmerzspezifische Selbstwirksamkeit und schmerzbedingte psychische Beeinträchtigung als Prädiktoren der körperlichen und psychischen Lebensqualität bei chronischen Rückenschmerzpatienten

Garbrecht, M. (1), Freund, S. (2), Dibbelt, S. (2), Greitemann, B. (2), Glattacker, M. (1)

(1) Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg,

(2) Institut für Rehabilitationsforschung an der Klinik Münsterland, Bad Rothenfelde

Hintergrund

Für den Verlauf von Rückenschmerzen werden eine Vielzahl von sogenannten Yellow flags wie z. B. Überzeugungen der Patienten sowie Angst und Depressivität diskutiert. In einer Stichprobe von akuten Rückenschmerzpatienten waren schmerzspezifische Selbstwirksamkeit und Subjektive Krankheitskonzepte stabile Prädiktoren für rüchenschmerzbedingte Einschränkungen, während Angst und Depressivität nur univariat einen signifikanten Beitrag leisteten (Foster et al., 2010). An einer Stichprobe von chronischen Rückenschmerzpatienten waren Überzeugungen bezüglich der Rückenschmerzen und der Rehabilitation relevante Prädiktoren. Angst und Depressivität wurden dort nicht berücksichtigt (Glattacker et al., 2013).

Die vorliegende Untersuchung zielt darauf ab, die berichteten Ergebnisse bezüglich der schmerzspezifischen Selbstwirksamkeit an einer Stichprobe chronischer Rückenschmerzpatienten zu replizieren. Darüber hinaus soll der prädiktive Wert schmerzbedingter Angst, Hilflosigkeit/Depressivität und Wut untersucht werden, um die Affektlage als Prädiktor vollständig abzubilden.

Methodik

Es wurden 120 chronische Rückenschmerzpatienten vor Reha-Beginn und zu Reha-Ende in vier Rehabilitationseinrichtungen untersucht. Die Outcome-Kriterien körperliche und psychische Lebensqualität wurden mit der Kurzform des Fragebogens zum Gesundheitszustand (SF-12) erfasst. Die schmerzspezifische Selbstwirksamkeit wurde mit dem Fragebogen zur Erfassung der schmerzspezifischen Selbstwirksamkeit (FESS) operationalisiert, die Affektlage mit den entsprechenden Subskalen des Fragebogens zur Erfassung der Schmerzverarbeitung (FESV). Es wurden hierarchische Regressionsanalysen gerechnet, um neben der Signifikanz der einzelnen β -Gewichte auch den inkrementellen Varianzzuwachs der Selbstwirksamkeit und psychischen Beeinträchtigung darstellen zu können. Im ersten Schritt der hierarchischen Regression wurde der jeweilige Baseline-Wert der SF-12-Subskalen aufgenommen, im zweiten Schritt soziodemographische Angaben (Alter, Geschlecht, Schulabschluss) und im dritten Schritt die interessierenden Prädiktoren.

Ergebnisse

Die Rehabilitanden sind im Mittel 49 Jahre alt ($SD=9.31$) und zu 35,8 % weiblich. 50 % der Stichprobe haben einen Hauptschulabschluss, 31,6 % einen Realschulabschluss und

11,6 % Hochschulreife. In die Berechnungen gehen aufgrund des listenweisen Fallauschlusses Angaben von 89 Rehabilitanden ein. Die Prädiktoren klärten zusammen 51,7 % der Varianz der körperlichen Lebensqualität auf. Der stärkste Prädiktor war der Baseline-Wert der körperlichen Lebensqualität. Selbstwirksamkeit, Angst, Hilflosigkeit/Depressivität und Wut wiesen zusammen einen inkrementellen Varianzanteil von 6,1 % auf. An der Varianz der psychischen Lebensqualität konnten 29,4 % aufgeklärt werden. Der stärkste Prädiktor war der Baseline-Wert der psychischen Lebensqualität. Die interessierenden Prädiktoren wiesen einen inkrementellen Varianzanteil von 6,2 % auf. Die β -Gewichte der Selbstwirksamkeit und psychischen Beeinträchtigung wurden allerdings für beide Outcome-Kriterien nicht signifikant.

Diskussion

Unter Berücksichtigung der Ausgangswerte bezüglich der Lebensqualität vor Reha-Beginn und demographischer Angaben klärten die schmerzspezifische Selbstwirksamkeit sowie die schmerzbedingten psychischen Beeinträchtigungen Depressivität/Hilflosigkeit, Angst und Wut zwar einen kleinen Teil der Varianz der Lebensqualität zu Reha-Ende auf. Dennoch leisteten sie in unserer Untersuchung keinen eigenständigen signifikanten Vorhersagebeitrag. Dies mag mit der relativ kleinen Stichprobe zusammenhängen, die ein Aufdecken signifikanter Effekte erschwerte. Weiterer Forschungsbedarf besteht hinsichtlich der Exploration der relativen Vorhersagekraft von Yellow flags mit differenzierter Betrachtung akuter und chronischer Rückenschmerzpatienten.

Förderung: Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften Nordrhein-Westfalen e. V.

Dank: Wir danken herzlich den beteiligten Kooperationskliniken.

Literatur

- Foster, N., Thomas, E., Bishop, A., Dunn, K., Main, C. (2010): Distinctiveness of psychological obstacles to recovery in low back pain patients in primary care. *Pain*, 148. 398-406.
- Glattacker, M., Heyduck, K., Meffert, C. (2013): Illness beliefs and treatment beliefs as predictors of short and middle term outcome in depression. *Journal of health psychology*, 18. 139-152.

Die Relevanz von Depressivität für den Zusammenhang von Schmerz, Vermeidungsverhalten und Beeinträchtigung bei Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen

Seekatz, B., Meng, K., Faller, H.

Abteilung für Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften, Universität Würzburg

Hintergrund

Schmerzpatienten mit erhöhter Depressivität weisen eine geringere Lebensqualität und einen ungünstigeren Krankheitsverlauf auf als Patienten ohne diese Komorbidität (Baumeister, Härter, 2011). Nach dem Fear-Avoidance-Modell, das einen bio-psycho-sozialen Ansatz zur Erklärung von Chronifizierung bietet, ist neben Schmerzintensität auch Vermeidungsverhalten für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Beeinträchtigung bedeutsam (Vlaeyen, Linton, 2000). Um ein besseres Verständnis für den Chronifizierungsprozess zu erhalten, wird die Berücksichtigung zusätzlicher medierender Variablen, z. B. Depressivität, diskutiert (Kamper et al., 2012). Depressivität beeinflusst somatische, affektive und kognitive Aspekte und wirkt somit auf vielfältige Weise auf den Zusammenhang von Schmerz und Beeinträchtigung (Pincus et al., 2010). Allerdings gibt es bislang nur wenige längsschnittliche Studien, die Depressivität als Mediator untersuchen.

In der vorliegenden Studie wird untersucht, ob Depressivität als Mediator für längsschnittliche Zusammenhänge zwischen Schmerzintensität, Vermeidungsverhalten und Beeinträchtigung wirkt.

Methode

Die Überprüfung der Fragestellung erfolgt als Sekundäranalyse längsschnittlicher Daten (Messzeitpunkte: Reha-Beginn, nach 6 und 12 Monaten) von Patienten mit chronischen, unspezifischen Rückenschmerzen (n=243; ICD-10: M51, M53, M54), die an einer stationären orthopädischen Rehabilitation teilnahmen. Die Patienten sind im Mittel 51 Jahre alt (SD=7), 62 % sind Frauen. Die Daten wurden im Rahmen einer randomisierten Studie zur Wirksamkeit einer Patientenschulung erfasst (Meng et al., 2011). Messinstrumente sind NRS (Schmerzintensität), PASS (Vermeidungsverhalten) und SF-12 (körperliche und psychische Lebensqualität). Die Mediation der Zusammenhänge von Vermeidungsverhalten auf spätere körperliche und psychische Beeinträchtigung sowie von Schmerzintensität auf spätere körperliche und psychische Beeinträchtigung wird durch Pfadanalysen mit Mplus überprüft.

Ergebnisse

Alle untersuchten Zusammenhänge werden zumindest teilweise durch Depressivität mediert (signifikante indirekte Effekte; Tab. 1). Die Varianzaufklärung der körperlichen und psychischen Lebensqualität kann durch Hinzunahme von Depressivität als Mediator für alle untersuchten Modellzusammenhänge erhöht werden. Die Vorhersage der körperlichen Lebensqualität durch Schmerz erhöht sich z. B. von 6 auf 13 % (Abb. 1), wenn zusätzlich Depressivität als Mediator berücksichtigt wird. Sowohl der indirekte (durch Depressivität medierte) als auch der direkte Effekt sind signifikant, daher besteht eine partielle Mediation. Die Ergebnisse der übrigen Pfadanalysen sind im Überblick in Tab. 1 dargestellt. Die Vorhersa-

ge der Beeinträchtigung der körperlichen Lebensqualität durch Vermeidungsverhalten sowie die Vorhersage der Beeinträchtigung der psychischen Lebensqualität durch Vermeidungsverhalten und durch Schmerzintensität werden vollständig durch Depressivität erklärt (nicht signifikante direkte Effekte; Tab. 1).

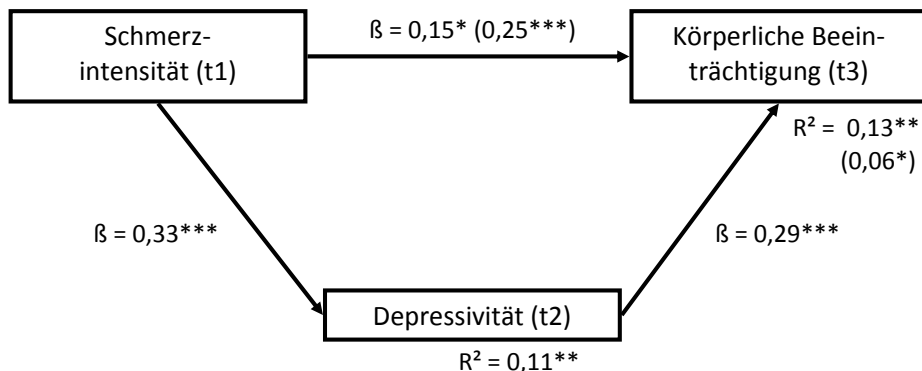


Abb. 1: Pfadmodell 1 mit standardisierten Pfadkoeffizienten (β) und dem Anteil aufgeklärter Varianz (R^2) des Mediationsmodells bzw. des Pfades ohne Depressivität (in Klammern). t1: Reha-Beginn, t2: nach 6 Monaten, t3: nach 12 Monaten. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

UV ¹	MV ²	AV ³	Indirekter Effekt			
			Indirekter Effekt β (95 %-KI)	SE	Teststatistik (z-Wert)	p-Wert
VV	D	BK	0,11 (0,01 – 0,20)	0,05	2,11	0,035
VV	D	BP	0,21 (0,13 – 0,29)	0,04	5,05	<0,001
SI	D	BK	0,09 (0,04 – 0,15)	0,03	3,18	0,001
SI	D	BP	0,19 (0,13 – 0,25)	0,03	6,16	<0,001

UV ¹	MV ²	AV ³	Direkter Effekt			
			Direkter Effekt β (95 %-KI)	SE	Teststatistik (z-Wert)	p-Wert
VV	D	BK	0,11 (-0,05 – 0,26)	0,08	1,30	0,194
VV	D	BP	0,05 (-0,08 – 0,18)	0,07	0,78	0,436
SI	D	BK	0,15 (0,05 – 0,25)	0,05	0,79	0,004
SI	D	BP	0,06 (-0,09 – 0,20)	0,07	0,79	0,432

Tab. 1: Pfadmodelle mit Mediatoren

Anm.: UV (unabhängige Variable), MV (Mediatorvariable), AV (abhängige Variable). Schmerzintensität (SI), Vermeidungsverhalten (VV), Beeinträchtigung körperliche Lebensqualität (BK), Beeinträchtigung psychische Lebensqualität (BP), Depressivität (D). ¹ Messung zum Ausgangszeitpunkt, ² Messung nach 6 Monaten, ³ Messung nach 12 Monaten. KI: Konfidenzintervall; SE: standardisierter Effekt.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung von Depressivität für die Aufrechterhaltung von Beeinträchtigung bei chronischen Rückenschmerzen. Sie geben Hinweise darauf, dass bei der Behandlung chronischer Rückenschmerzen während der medizinischen Rehabilitati-

on neben der Reduktion von Schmerz und Vermeidungsverhalten auch die Verringerung depressiver Symptome von zentraler Bedeutung ist.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

Baumeister, H., Härter, H. (2011): Psychische Komorbidität bei muskuloskelettalen Erkrankungen. Bundesgesundheitsblatt, 54. 52-58.

Kamper, S., Maher, C., Menezes Costa, L., McAuley, J., Sterling, M. (2012): Does fear of movement mediate the relationship between pain intensity and disability in patients following whiplash injury? A prospective longitudinal study. Pain, 153. 113-119.

Meng, K., Seekatz, B., Roßband, H., Worringer, U., Vogel, H., Faller, H. (2011): Intermediate and long-term effects of a standardized back school for inpatient orthopedic rehabilitation on illness knowledge and self-management behaviors: A randomized controlled trial. Clin J Pain, 27. 248-257.

Pincus, T., Smeets, R., Simmonds, M., Sullivan, M. (2010): The Fear Avoidance Model Disentangled: Improving the Clinical Utility of the Fear Avoidance Model. Clin J Pain, 26. 739-746.

Vlaeyen, J., Linton, S. (2000): Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of the art. Pain, 85. 317-332.

Der vermittelnde Einfluss von Katastrophisieren für den Effekt von Depression auf Schmerz und körperliche Funktionsfähigkeit: Eine längsschnittliche Mediatoranalyse

Briest, J., Bethge, M.

Klinik für Rehabilitationsmedizin, Medizinische Hochschule Hannover

Hintergrund

Depression ist eine der häufigsten komorbiden Diagnosen bei chronischen Schmerzpatienten (Baune et al., 2008). Studien haben zudem gezeigt, dass depressive Symptome die Chronizität und Intensität von Schmerz negativ beeinflussen (Melloh et al., 2011). Laut Becks kognitiver Theorie wird die depressive Störung wesentlich durch dysfunktionale Grundüberzeugungen, so genannte kognitive Verzerrungen, ausgelöst und aufrecht erhalten (Clark, Beck, 2010). Bislang wurde vor allem der Zusammenhang zwischen Depression und Schmerz untersucht, nicht jedoch der mögliche vermittelnde Einfluss kognitiver Verzerrungen. Für die kognitive Verzerrung Katastrophisieren wurde ein Zusammenhang mit chronischen Schmerz und körperlicher Funktionsfähigkeit nachgewiesen (Westman et al., 2011). Ziel unserer Studie war die längsschnittliche Analyse des Zusammenhangs von Depression und Schmerz bzw. körperlicher Funktionsfunktion und des vermittelnden Einflusses von Katastrophisieren für diesen Zusammenhang.

Methodik

Eingeschlossen wurden erwerbstätige Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im Alter von 18 bis 65 Jahren am Beginn einer orthopädischen ambulanten Rehabilitationsnachsorge. Depression wurde mit dem PHQ-9 und der SF-36 Skala zum psychischen Wohlbefinden am Rehabilitationsbeginn (T1) erfasst. Katastrophisieren als antizipierter Mediator (CSQ-D) wurde ebenfalls am Rehabilitationsbeginn erhoben. Schmerzintensität (numerische Ratingskala) sowie körperliche Funktionsfähigkeit (SF-36 und Spinal Function Sort) wurden am Rehabilitationsbeginn und nach sechs Monaten (T2) erfasst. Mittels Pfadmodellen wurden die direkten und indirekten über Katastrophisieren vermittelten Zusammenhänge zwischen unabhängiger und abhängiger Variable analysiert. Die Zusammenhänge wurden unter Berücksichtigung der Ausgangswerte der jeweils abhängigen Variable geprüft. Die Signifikanzen der direkten und indirekten Effekte wurden mittels Bootstrapping bestimmt.

Ergebnisse

241 Personen wurden in die Analysen eingeschlossen (54,8 % weiblich; Durchschnittsalter: 47,1, SD = 9,7). Ohne Berücksichtigung von Katastrophisieren als möglichen Mediator war der Gesamteffekt von Depressivität auf die Schmerzintensität signifikant ($\beta = 0,184$, $p = 0,012$). Katastrophisieren (T1) und Schmerzintensität (T2) waren ebenfalls deutlich assoziiert ($\beta = 0,216$, $p = 0,016$). Nachdem Katastrophisieren als Mediator in dem Modell berücksichtigt wurde, war der direkte Effekt von Depressivität auf Schmerzintensität nicht signifikant ($\beta = 0,044$, $p = 0,520$). 76,6 % des berichteten Gesamteffektes wurden durch Katastrophisieren vermittelt ($\beta = 0,141$, $p = 0,011$). Bei der Analyse des Zusammenhangs zwischen Depression und körperlicher Funktionsfähigkeit (SF-36) zeigten sich ebenfalls ein signifikanter totaler Effekt von Depressivität ($\beta = -0,171$, $p = 0,004$) sowie ein signifikanter über Katastrophisieren vermittelter indirekter Effekt ($\beta = -0,100$, $p = 0,012$). Auch in diesem Modell war der direkte Effekt von Depressivität auf die körperliche Funktionsfähigkeit nach Berücksichtigung des Mediators Katastrophisieren nicht signifikant ($\beta = -0,072$, $p = 0,303$). 58,5 % des Effektes von Depressivität auf die körperliche Funktionsfähigkeit war durch Katastrophisieren vermittelt. Bezüglich des Einflusses von Katastrophisieren auf den Zusammenhang zwischen Depression und der auf dem Spinal Function Sort selbsteingeschätzten körperlichen Funktionsfähigkeit zeigten sich ähnliche Ergebnisse. Während sowohl der totale Effekt von Depressivität ($\beta = -0,214$, $p = 0,009$) als auch der über Katastrophisieren vermittelte indirekte Effekt von ($\beta = -0,143$, $p = 0,007$) auf den Wert des Spinal Function Sort signifikant waren, war dies beim direkten Effekt nicht der Fall ($\beta = -0,071$, $p = 0,274$). Katastrophisieren vermittelte in diesem Modell 66,8 % des Einflusses von Depression auf die selbsteingeschätzte körperliche Funktionsfähigkeit. Die Pfadanalysen mit der SF-36 Skala zum psychischen Wohlbefinden als unabhängige Variable führten zu vergleichbaren Ergebnissen.

Schlussfolgerung

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass Katastrophisieren die Zusammenhänge zwischen Depression und Schmerz sowie körperlicher Funktionsfähigkeit vermittelt, und legen nahe, dass Interventionen, die katastrophisierende Bewertungen überwinden helfen, das Schmerzerleben depressiver Patientinnen und Patienten verbessern können.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Baune, B., Caniato, R., Garcia-Alcaraz, M., Berger, K. (2008): Combined effects of major depression, pain and somatic disorders on general functioning in the general adult population. *Pain*, 138. 310-317.
- Clark, D., Beck, A. (2010): Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: convergence with neurobiological findings. *Trends Cogn Sci*, 14. 418-424.
- Melloh, M., Elfering, A., Egli Presland, C., Roder, C., Hendrick, P., Darlow, B., Theis, J. (2011): Predicting the transition from acute to persistent low back pain. *Occup Med (Lond)*, 61. 127-131.
- Westman, A., Boersma, K., Leppert, J., Linton, S. (2011): Fear-avoidance beliefs, catastrophizing, and distress: a longitudinal subgroup analysis on patients with musculoskeletal pain. *Clinical Journal of Pain*, 27. 567-577.

Iatrogen induzierter Opiatmissbrauch bei chronischen Schmerzpatienten beeinträchtigt das Reha-Ergebnis erheblich

Egle, U.T., Zentgraf, B.

Klinik Kinzigtal, Gengenbach

Einleitung

Die Zahl chronischer Schmerzpatienten mit iatrogen induziertem Opiatmissbrauch in der psychosomatischen Reha steigt immer mehr an. Dies erfordert in der Regel nach Aufnahme zunächst eine Entzugsbehandlung, um Reha-Fähigkeit herzustellen. Welche Auswirkungen hat dies bei zeitlich limitierter Aufenthaltsdauer auf das Reha-Ergebnis?

Design

Über einen Zeitraum von 12 Monaten wurden konsekutiv alle chronischen Schmerzpatienten (N=648) hinsichtlich Prä-Post-Veränderung des psychischen Beschwerdedrucks (SCL-90-R, GSI) sowie von Depression und Angst (HADS) in eine Studie aufgenommen und nach zugrunde liegenden Schmerzmechanismen sowie Opiatmissbrauch differenziert.

Ergebnisse

N= 67 (10,3 %) wiesen einem Opiatmissbrauch auf. Am ausgeprägtesten war dieser bei Patienten mit somatoformer Schmerzstörung (N=165, 15,2 %), obwohl hier keinerlei Indikation für Opiate besteht! Während sich bei den differenzierten Schmerzgruppen ohne Opiatmissbrauch in den psychometrischen Testverfahren hochsignifikante Prä-Post-Veränderungen ($d= 0.6$ bis 0.8) zeigten, erbrachte die Reha-Maßnahme für die Gruppe mit Opiatmissbrauch keine signifikanten Veränderungen hinsichtlich psychischer Belastung, Depression und Angst ($d=0.1$ bis 0.25).

Diskussion

Für Schmerzpatienten mit Opiatmissbrauch ist aufgrund des ein- bis zweiwöchigen Opiatentzugs die Dauer einer psychosomatischen Reha nicht hinreichend, damit eine Mechanismen orientierte störungsspezifische Behandlung greifen kann. Der Umgang mit Opiatmiss-

brauch bei chronischem Schmerz erfordert ein anderes Procedere bei der Gestaltung der Reha-Maßnahme.

Teilhabebeeinträchtigungen von Patientinnen und Patienten mit Fibromyalgiesyndrom: Die Entwicklung eines neuen Fragebogens und deskriptive Ergebnisse

Farin-Glattacker, E., Ullrich, A.

Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg

Einleitung

Das Fibromyalgiesyndrom (FMS) ist durch chronische und multifokale Schmerzen sowie durch Fatigue, Schlafprobleme, kognitive Beeinträchtigungen und Depressivität geprägt (Williams, Clauw, 2009). Um den komplexen Einfluss von FMS und anderen chronisch-muskuloskelettalen Erkrankungen auf den Alltag der Betroffenen zu erfassen, wurden in den letzten Jahren verstärkte Bemühungen unternommen, Teilhabebeeinträchtigungen zu messen (z. B. Wilkie et al., 2011). Oft schätzen FMS-PatientInnen die sozialen Konsequenzen der Erkrankung (z. B. Schwierigkeiten, sich mit Freunden zu treffen und seine Arbeit zu erledigen) als noch belastender ein als die Einschränkungen auf den Ebenen der Körperfunktionen und Aktivitäten.

Während jedoch für die Erfassung der Symptome von FMS-PatientInnen viele Instrumente zur Verfügung stehen gibt es nur wenige Verfahren, die in der Lage sind, auf detaillierte Weise Teilhabebeeinträchtigungen zu messen. Der FIQ/FIQ-R-Fragebogen ist das einzige, zur Zeit verfügbare FMS-spezifische Assessmentverfahren, es besitzt aber einen starken Fokus auf Körperfunktionen und elementare Aktivitäten. Komplexere Aspekte der sozialen Partizipation wie z. B. interpersonelle Interaktionen, soziale Beziehungen und Berufsleben werden gar nicht oder nur mit wenigen Items erfasst.

Ziel der aktuellen Studie war es, einen methodisch elaborierten Patientenfragebogen zu entwickeln und psychometrisch zu prüfen, der die spezifischen Teilhabeprobleme von FMS-PatientInnen auf umfassende Weise misst. Zusätzlich sollen die mit dem Instrument erhobenen Daten zum Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigungen präsentiert werden.

Methodik

Um im ersten Schritt einen Überblick über die von PatientInnen erlebten Teilhabeprobleme zu gewinnen, wurden im Rahmen einer explorativen Pilotstudie mit n=38 PatientInnen Fokusgruppengespräche geführt (vgl. Ullrich et al., 2012). Zur Auswertung wurde ein Kodiersystem entwickelt, das 10 Oberkategorien und 105 Unterkategorien enthielt. Aus den so identifizierten Teilhabeaspekten wurden Items für einen Fragebogen (FPQ = Fibromyalgia Participation Questionnaire) entwickelt und anschließend mit kognitiven Interviews auf Akzeptanz und Verständlichkeit geprüft. Die psychometrische Analyse erfolgte in einer Stichprobe von N=256 FMS-PatientInnen (91.3 % Frauen), die eine stationäre orthopädische Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt haben. Der Fragebogen wurden den PatientInnen zu drei Messzeitpunkten (Reha-Beginn, 3 und 6 Monate nach der Reha) vorgelegt.

Ergebnisse

Die finale Version des FPQ umfasst 27 Items und drei Skalen (Teilhabe am sozialen Leben FPQ-S, 11 Items; Teilhabe am täglichen Leben FPQ-D, 11 Items, Teilhabe am Arbeitsleben FPQ-W, 5 Items) (vgl. Farin et al., 2013). Die Skalenwerte liegen zwischen 0 und 100, höhere Werte stehen für höhere Teilhabe. Der FPQ weist gute Verteilungseigenschaften auf, alle Skalen sind eindimensional und genügen den weitgehenden Anforderungen des Rasch-Modells. Cronbach's Alpha liegt zwischen 0.85 und 0.94. Hinweise auf Konstruktvalidität ergeben sich dadurch, dass der FPQ in der erwarteten Höhe mit körperlicher Funktionsfähigkeit (Skala des FIQ-G), mit dem Pain Disability Index (PDI) und mit den PROMIS®-Skalen zur Zufriedenheit mit Teilhabe (Nagl et al., 2013) korreliert. Die FPQ-Skalen erreichen größtenteils eine höhere Änderungssensitivität als die anderen eingesetzten Instrumente. Die Zuordnung der Items des FPQ zur ICF belegt die Inhaltsvalidität.

Im Bereich sozialer Interaktionen (FPQ-S) sowie im beruflichen Bereich (FPQ-W) bestehen erhebliche Teilhabebeeinträchtigungen (zu Reha-Beginn Mittelwerte zwischen 35 und 40). Bezüglich alltäglicher Aufgaben und Verpflichtungen fallen die Beeinträchtigungen geringer aus (Mittelwert um 60). Besonders viele Schwierigkeiten haben FMS-PatientInnen mit dem Ausrichten von Feiern oder Einladungen, der Durchführung von Urlaubsreisen sowie mit verschiedenen Freizeitaktivitäten. Im beruflichen Bereich werden Schwierigkeiten hervorgehoben, mehrere Aufgaben parallel zu bearbeiten und das geforderte Arbeitstempo zu erbringen.

Diskussion

Der FPQ erfasst auf spezifische Weise die Teilhabebeeinträchtigungen von FMS-PatientInnen. Da die psychometrischen Eigenschaften gut ausfallen, kann das Instrument für den Einsatz in Evaluationsstudien und klinischen Studien empfohlen werden. Die mit dem FPQ erhobenen deskriptiven Befunde belegen zudem deutliche Teilhabebeeinträchtigungen, von denen FMS-PatientInnen (insbesondere im sozialen und beruflichen Bereich) betroffen sind.

Dank: Wir bedanken uns bei den Patienten und Patientinnen und dem Personal des RehaKlinikums Bad Säckingen GmbH (Bad Säckingen) sowie bei Johannes Hauer für die Mitwirkung bei Datenerhebung und Datenmanagement.

Literatur

- Farin, E., Ullrich, A., Hauer, J. (2013): Participation and social functioning in patients with fibromyalgia: development and testing of a new questionnaire. *Health Qual Life Outcomes*; 11 (1). 135.
- Nagl, M., Gramm, L., Heyduck, K., Glattacker, M., Farin, E. (2012): Development and psychometric evaluation of a German version of the PROMIS® item banks for satisfaction with participation. *Eval Health Prof*, 2013, online first: <http://dx.doi.org/10.1177/0163278713503468>.
- Ullrich, A., Farin, E., Jäckel, W. (2012): Beeinträchtigungen der Teilhabe bei Fibromyalgie-Patientinnen: Eine qualitative Studie. *Schmerz*, 26. 54-60.
- Wilkie, R., Jordan, J., Muller, S., Nicholls, E., Healey, E., Van Der Windt, D. (2011): Measures of social function and participation in musculoskeletal populations: Impact on Participation and Autonomy (IPA), Keele Assessment of Participation (KAP), Participation

Measure for Post-Acute Care (PM-PAC), Participation Objective, Participation Subjective (POPS), Rating of Perceived Participation (ROPP), and the Participation Scale. *Arthritis Care Res*, 63 (suppl. 11). 325-336.

Williams, D., Clauw, D. (2009): Understanding fibromyalgia: Lessons from the broader pain research community. *J Pain*, 10 (8). 777-791.

Soll man den Clusterkopfschmerz rehabilitieren?

Berwanger, C.

Abteilung Neurologie, Hardtwaldklinik I, Bad Zwesten

Hintergrund

Der Clusterkopfschmerz (CK) gehört zu den seltenen primären Kopfschmerzformen und wird in der ICHD II den trigemino-autonomen Kopfschmerzformen (Gruppe 3) zugeordnet. Man unterscheidet eine episodische von einer chronischen Form.

Mit einer Lebenszeitprävalenz von 0.1 % sind unüblicherweise überwiegend Männer (3-4:1) betroffen.

Ziel dieser Übersicht ist die Beschreibung des Patientenkontexts einer neurologischen Rehabilitationsklinik mit CK unter der Fragestellung, ob eine stationäre medizinische Rehabilitation bei diesem Krankheitsbild sinnvoll ist.

Ergebnisse

Zwischen 1/2005 und 1/2010 wurden 42 Patienten (34 Männer, 8 Frauen) mit CK (ICD 10: G44.0) stationär-rehabilitativ behandelt; chronischer CK 20, episodischer CK 16, atypischer CK 6 Patienten. Durchschnittsalter 45.7 (26-60 Jahre), 69 % Raucher (lediglich 1 Patient wurde nikotinabstinent).

Bei 11 Patienten bestand eine familiäre Disposition bzgl. primärer Kopfschmerzen. An relevanten Begleiterkrankungen lagen depressive Episoden bei 16, eine Migräne bei 6 und Spannungskopfschmerzen bei 6 Patienten vor.

30 Patienten kamen in einer aktiven CK-Phase zur Aufnahme. In den allermeisten Fällen konnte initial mit hochdosierten Kortikosteroiden erfolgreich interveniert werden. Als Prophylaxe gelangten Verapamil (bei 20 Patienten, teilweise bis 720 mg/Tag), Lithium (3), Topiramal (4), Valproinat (2), Carbamazepin (1), zusätzlich Amitriptylin (5) und Citalopram (5) zur Anwendung.

Die Akutbehandlung bestand in Sauerstoff, Sumatriptan sc. und nasal, Zolmitriptan nasal und Sevredol (1).

In sozialmedizinischer Hinsicht bestanden im Jahr vor der Rehabilitation teilweise erhebliche AU-Zeiten. Es wurden 27 Patienten arbeitsfähig und 15 arbeitsunfähig entlassen. Von den 15 mit AU Entlassenen wurden mittelfristig 5 als erwerbsunfähig, 10 als erwerbsfähig eingeschätzt. Insgesamt 8 Patienten (19 %) wurden aus teilweise mehrmonatiger AU wieder arbeitsfähig. Einzelne exemplarische Verläufe werden dargestellt.

Diskussion

Auch bei schwierig zu behandelnden Krankheitsbildern wie dem chronischen CK gelingt es der stationären Rehabilitation, in zahlreichen Fällen eine berufliche Reintegration zu errei-

chen. An Fallbeispielen wird aufgezeigt, wie psychische Komorbiditäten die Leistungsfähigkeit erheblich beeinträchtigen können.

Constraint-induced movement therapy versus intensive bimanuelle Therapie bei Kindern mit armbetonter Hemiparese – Wirksamkeitsvergleich und Einflussfaktoren

Deppe, W., Thümmler, K., Danzer, J., Berger, C., Meyer, S.

Neurologisches Rehabilitationszentrum für Kinder und Jugendliche, Klinik Bavaria Kreischau

Fragestellung

Die gute Wirksamkeit der Constraint-induced movement therapy (CIMT) wurde inzwischen nicht nur bei erwachsenen Schlaganfall-Patienten, sondern auch bei Kindern und Jugendlichen mit unilateraler Zerebralparese in mehreren kontrollierten randomisierten Studien belegt. Jedoch erhielten die Kontrollgruppen nie eine gleich intensive Therapie. Deshalb blieb unklar, ob die Wirksamkeit der CIMT tatsächlich auf der Restriktion des nicht betroffenen Arms oder der hohen Therapieintensität oder dem strukturierten Aufbau beruht. Um die Bedeutung von Restriktion und Therapieintensität zu klären, haben wir die Wirksamkeit unseres modifizierten kindgerechten, interdisziplinären kid-CIMT-Programms (Abb. 1) mit einer gleich intensiven bimanuellen Therapie (IBT) verglichen und weitere Einflussfaktoren auf den Therapieerfolg untersucht.



Abb. 1: Struktur und Elemente des kid-CIMT-Behandlungsprogramms

Methode

Prospektive, randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie.

Teilnehmer: 47 Kinder, Alter 3,4 bis 11,5 Jahre mit unilateral-spastischer Zerebralparese oder länger als 2 Jahre bestehender erworbener zentraler Hemiparese.

Nach Testung randomisierte Zuteilung zur kid-CIMT oder zur bimanuellen Therapie.

Kid-CIMT (n=26): unter Wickel-Restriktion des nicht betroffenen Arms täglich 4 Stunden Einzeltherapie über 3 Wochen. In Woche 4 bimanuelles Training von Alltagsaktivitäten. Gesamttherapiezeit 80 Stunden.

Bimanuelle Therapie (IBT) (n=21): 4 Stunden täglich über 4 Wochen Einzeltherapie mit Betonung von Alltagsaktivitäten. Gesamttherapiezeit 80 Stunden.

Assessmentverfahren:

- Melbourne Assessment of Unilateral Upper Limb Function (MelbAss)
- Assisting Hand Assessment (AHA)
- Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI)
- Motorisch-evozierte Potenziale (TMS) zur Erfassung der kortikalen Handrepräsentation (kontralateral oder ipsilateral)

Statistische Methode: Kovarianzanalyse (ANCOVA)

Ergebnisse

Beide Therapieformen ergaben signifikante Verbesserungen der arm- und handmotorischen Fähigkeiten.

Für mit dem Melbourne Assessment erfasste isolierte aufgabenorientierte Bewegungen des paretischen Arms zeigte sich die CIMT der IBT signifikant überlegen: +6,6 (CI 3,8-9,4) vs. +2,3 (CI 0,3-4,3) %-Punkte ($p=0,033$). Für den Spontangebrauch der paretischen Hand in bimanuellen alltagsbezogenen Tätigkeiten, gemessen mit dem Assisting Hand Assessment, fand sich jedoch keine signifikante Überlegenheit der CIMT: +6,2 (CI 3,6-8,8) vs. +4,6 (CI 2,9-6,3) %-Punkte ($p=0,58$).

Bei Betrachtung des Schweregrades, gemessen am initialen AHA-Score, zeigte sich bezüglich des AHA-Zuwachses eine negative Korrelation ($r = -.50$, $p<0,02$), d. h. Kinder mit ausgeprägten Handfunktionsstörungen profitieren stärker von der Therapie als weniger betroffene. Dieser Effekt ist vor allem in der CIMT-Gruppe zu finden (Im Vergleich der 50 % Pat. mit den schlechteren und der 50 % Pat. mit den besseren AHA-Ausgangswerten: + 9,1 %-Punkte vs. + 4,1 %-Punkte, $p=0,04$). Ferner ergab sich eine Tendenz, dass stärker betroffene Kinder mehr von der CIMT als von der bimanuellen Therapie profitieren: +9,1 vs. +5,0 %-Punkte ($p=0,07$) im AHA.

Es fand sich keine Abhängigkeit des Therapieerfolgs (gemessen über den AHA) vom Alter ($r= -.18$, n.s.) und von der Lateralität der kortikalen Handkontrolle (kontralateral vs. ipsilateral: 6,4 vs. 4,5 %-Punkte, n. s.).

Schlussfolgerungen

CIMT erbringt trainingsspezifisch nur für isolierte Funktionen des paretischen Arms signifikant bessere Ergebnisse als eine intensive bimanuelle Therapie. Bezüglich des Handgebrauchs in bimanuellen Alltagsaktivitäten ergibt sich jedoch keine generelle Überlegenheit. Diese Ergebnisse stimmen mit denen aus zwei ähnlich angelegten, kürzlich veröffentlichten Studien überein (Gordon et al., 2011; Sakzewski et al., 2011) Wir schließen daraus,

dass die Therapieintensität der wesentliche Wirkfaktor für den Alltagserfolg der Therapie ist und daher die eingreifende Armrestriktion bei Kindern nicht generell notwendig erscheint. Es ergeben sich jedoch Hinweise, dass Kinder mit schwerer Handfunktionsstörung von der CIMT mit Restriktion stärker profitieren könnten als von der bimanuellen Therapie. Die Handfunktionstherapie bei hemiparetischen Kindern sollte daher noch stärker individuell zugeschnitten werden.

Literatur

- Deppe, W., Thuemmler, K., Fleischer, J., Berger, C., Meyer, S., Wiedemann, B. (2013): Modified constraint-induced movement therapy versus intensive bimanual training for children with hemiplegia – a randomized controlled trial. *Clin Rehabil.*, 27/10. 909-920.
- Gordon, A.M., Hung, Y.C., Brandao, M., Ferre, C.L., Hsing-Ching Kuo, Friel, K., Petra, E., Chinnan, A., Charles, J.R. (2011): Bimanual training and constraint-induced movement therapy in children with hemiplegic cerebral palsy: a randomized trial. *Neurorehabil Neural Repair*, 25/8. 692-702.
- Sakzewski, L., Ziviani, J., Abbott, D.F., Macdonell, R.A.L., Jackson, G.D., Boyd, R.N. (2011): Randomized trial of constraint-induced movement therapy and bimanual training on activity outcomes for children with congenital hemiplegia. *Dev Med Child Neurol*, 53/4. 313-320.

Prospektive monozentrische Evaluation einer Rehabilitationsmaßnahme zur Entwicklung des Gangbilds, der Alltagsaktivität und der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen nach hämatologisch/onkologischer Erkrankung

Krauth, K.A. (1), Rosenbaum, D. (2), Kelter-Klöpping, A. (1), Mailand, P. (1), Lindkamp, K. (1), Müller, C. (2)

(1) Klinik Bad Oexen, Kinderhaus, Bad Oeynhausen, (2) Institut für Experimentelle Muskuloskeletale Medizin (IEMM), Funktionsbereich Bewegungsanalytik, Universitätsklinikum Münster

Einleitung

Aufgrund kontinuierlich verbesserter Überlebensraten nach einer Krebserkrankung im Kindes- und Jugendalter rücken vermehrt die Spätfolgen der Erkrankung und Therapie in den Vordergrund. Neben funktionellen Beeinträchtigungen wurde ein erhöhtes Risiko für eine eingeschränkte Alltagsaktivität beobachtet (Ginsberg et al., 2010). Eine Rehabilitationsmaßnahme soll die betroffenen Kinder und Jugendliche in der Entwicklung ihrer motorischen Fähigkeiten zur Vermeidung oder Einschränkung von Spätfolgen unterstützen. Dieser Beitrag untersucht den Einfluss einer vierwöchigen stationären Rehabilitationsmaßnahme in der Kinderklinik Bad Oexen hinsichtlich der Entwicklung des Gangbilds, der Alltagsaktivität und der Lebensqualität nach einer Krebserkrankung im Kindes- und Jugendalter.

Methoden

98 Patienten mit soliden Tumoren (Hirntumoren: n=60, Knochen-/Weichteiltumoren: n=38) im Alter von 11,4±4,0 Jahren wurden zu Beginn und vor Abschluss ihrer Rehabilitationsmaßnahme ganganalytisch mittels 2-D-Videoanalyse (Fa. Contemplas, erhobene Parameter: Standphase, Schwungphase, Schrittlänge und maximaler Kniegelenkwinkel) und plantarer Druckverteilungsmessung (Fa. Novel, erhobene Parameter: Kontaktfläche, Spitzendruck und Kraft-Zeit-Integral) funktionell untersucht. Die Beurteilung der Gangqualität erfolgte

über die Berechnung des Absoluten Symmetrie-Indexes (ASI [%] = $\frac{(|XL - XR|)}{(\frac{1}{2} \cdot XL + \frac{1}{2} \cdot XR)} \times 100$). Ein geringerer prozentualer Wert weist auf einen geringeren Seitenunterschied im Rechts-Links-Vergleich und somit ein symmetrischeres und harmonischeres Gangbild hin.

Vor Beginn, direkt im Anschluss, sowie sechs und zwölf Monate nach Abschluss der Maßnahme wurde bei diesen Patienten und 109 weiteren Leukämie- und Lymphompatienten (Alter 9,6±4,4 Jahre) eine Alltagsaktivitätsmessung mit einem uniaxialen Akzelerometer (StepWatchTM Activity Monitor (SAM), Fa. Orthocare Innovations, erhobene Parameter: Schritte pro Tag, Bewegungsintensitäten = Schritte pro Minute) für die Dauer von sieben Tagen, sowie eine Beurteilung der Lebensqualität über den KINDL[®]-Fragebogen durchgeführt. Die Patientenrekrutierung wurde im November 2012 abgeschlossen. Während der Rehabilitation erhielten die Patienten das etablierte und jeweils individuell mit Patienten und Eltern abgestimmte indikationsbezogene Therapieprogramm.

Ergebnisse

Ganganalyse: In den Messungen zum Gangbild über die Videoanalyse verringerte sich der ASI signifikant für die Standphase von 5,4±5,3 % auf 4,1±3,8 % (Wilcoxon-Test: p=0,009, Effektgröße d=0,24), Schwungphase von 9,8±9,5 % auf 7,6±6,8 % (p=0,011, d=0,24) und Schrittlänge von 6,8±8,0 % auf 4,0±5,4 % (p<0,001, d=0,32). Die Ergebnisse der plantaren Druckverteilungsmessung deuten ebenfalls auf einen positiven Effekt der Rehabilitationsmaßnahme auf die Entwicklung des Gangbilds hin, insbesondere bei Patienten nach tumorendoprothetischer Versorgung der unteren Extremität (vgl. Tab. 1).

Die Alltagsaktivität sämtlicher Patienten steigerte sich im Verlauf des Follow-ups kontinuierlich von durchschnittlich 9.410±4.238 Schritten vor Beginn auf 10.102±3.766 Schritte pro Tag zwölf Monate nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme (nicht signifikant). Darüber hinaus wurden im Anschluss an die Rehabilitationsmaßnahme signifikant höhere Bewegungsintensitäten gemessen. Die kurzfristigen Effekte auf die Lebensqualität mit teilweise signifikanten Verbesserungen zwischen den Messzeitpunkten vor und direkt nach Abschluss der Maßnahme sind in Abb. 1 dargestellt.

Videoanalyse (n=9)					
b=betroffene Seite, nb=nicht betroffene Seite	prä	post	MW-Differenz (90 % CI)	p-Wert	Cohen's d
ASI Standphase (%)	11,0±10,3	7,2±6,3	-3,8 (+0,7; -8,3)	0,151	0,37
ASI Schrittlänge (%)	12,3±13,8	7,1±8,4	-5,2 (-8,8; -1,5)	0,029	0,37
ASI Kniegelenkwinkel (%)	33,1±29,9	18,6±18,6	-14,6 (-33,3; +4,2)	0,187	0,49

Druckverteilungsmessung (n=13)					
Kontaktfläche (cm) b	25,2±4,4	26,2±4,1	+1,1 (+0,1; +2,1)	0,039	0,24
Kontaktfläche (cm) nb	29,5±5,1	29,5±4,9	0,0 (-0,4; +0,5)	0,916	-0,01
Spitzendruck (kPa) b	269,2±169,8	311,2±158,3	+41,9 (+4,5; +79,4)	0,046	0,25
Spitzendruck (kPa) nb	378,9±71,6	374,8±83,6	-4,1 (-54,4; +46,2)	0,529	-0,06
Kraft-Zeit-Integral (N*s) b	80,7±72,8	109,4±88,0	+28,7 (-7,4; +64,8)	0,101	0,39
Kraft-Zeit-Integral (N*s) nb	124,7±73,9	123,1±68,0	-1,7 (-16,2; +12,9)	0,917	-0,02

Anm.: ASI = Absoluter Symmetrie-Index in %: Ein geringerer Wert deutet eine verbesserte Symmetrie im Vergleich betroffene vs. nicht-betroffene Seite an.

Tab. 1: Ganganalyse bei Patienten nach tumorendoprothetischer Versorgung der unteren Extremität

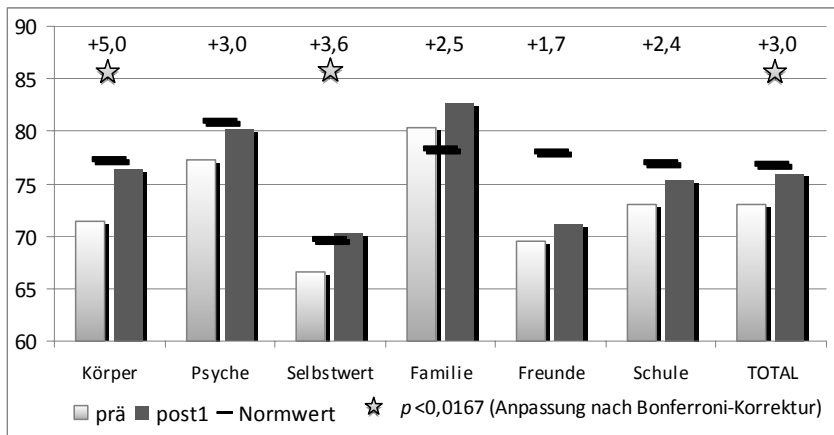


Abb. 1: Kurzfristige Effekte auf die Lebensqualität mit teilweise signifikanten Verbesserungen zwischen den Messzeitpunkten vor und direkt nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme

Schlussfolgerung

Die funktionellen Untersuchungen im Rahmen der Ganganalysen als auch die Aktivitätsmessungen im Alltag liefern objektive Informationen zum funktionellen Status von Kindern und Jugendlichen nach einer Krebserkrankung. In Kombination mit der Fragebogenerhebung konnten umfassende Verbesserungen als Folge der vierwöchigen stationären Rehabilitationsmaßnahme im Gangbild und in den Subskalen zur Lebensqualität nachgewiesen werden.

Förderung: Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung (ARGE Krebs NW).

Literatur

Ginsberg, J.P., Goodman, P., Leisenring, W., Ness, K.K., Meyers, P.A., Wolden, S.L., Smith, S.M., Stovall, M., Hammond, S., Robison, L.L., Oeffinger, K.C. (2010): Long-term Survivors of Childhood Ewing Sarcoma: Report from the Childhood Cancer Survivor Study. *Journal of the National Cancer Institute*, 102. 1272-1283.

Motorische Entwicklungsstörungen im Vorschulalter – Ist eine reine Behandlung der motorischen Defizite ausreichend?

Jaščenoka, J., Korsch, F., Petermann, U., Petermann, F.

Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen

Hintergrund

Die umschriebenen Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen (F82 nach ICD-10) gehören mit einer Prävalenz von ca. 5 % zu den häufigsten Entwicklungsauffälligkeiten des Vorschulalters (Blank et al., 2012). Intakte motorische Fertigkeiten stellen nicht nur die Basis einer gesunden körperlichen Entwicklung, sondern auch einer normativen kognitiven und sozial-emotionalen Entwicklung dar (Schoemaker et al., 2013). Aktuell liegen bereits Erkenntnisse darüber vor, dass motorische Entwicklungsstörungen im Grundschulalter komorbid mit verschiedenen kognitiven Defiziten sowie sozial-emotionalen Verhaltensauffälligkeiten assoziiert sind (z. B. Kastner et al., 2010). Für das therapeutische Vorgehen ist es von großer Notwendigkeit festzustellen, ob bereits jüngere Kinder komorbide Auffälligkeiten aufweisen und ob diese bis in das Grundschulalter persistieren.

Methode

In der Hochschulambulanz für Kinder und Jugendliche wurden 36 motorisch auffällige Kinder wenige Monate vor ihrer Einschulung mit dem Ziel einer umfassenden diagnostischen Untersuchung ihres kognitiven und sozial-emotionalen Entwicklungsstandes vorgestellt (t1). Die 29 Jungen und sieben Mädchen waren im Durchschnitt 6.25 Jahre (SD=.44 Jahre) alt. Die Einschätzung der motorischen Leistungen erfolgte mittels des international etablierten Motoriktests Movement ABC-2 (Petermann, 2011a). Kinder, deren Testergebnis einem Prozentrang von fünf oder weniger entsprach, wurden als motorisch auffällig klassifiziert (M= 4.47; SD=.81). Alle Probanden wiesen nach WPPSI-III (Petermann, 2011b) einen Gesamt-IQ > 70 (M=86.14; SD=10.98) sowie keine neurologischen Defizite auf. Neben den kognitiven Leistungen wurden Informationen zum Verhalten der Kinder von Eltern und Erziehern erfragt (*Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ, Klasen et al., 2003*). Zusätzlich wurden ein Jahr nach der ersten Vorstellung in der Ambulanz wiederholt Daten mit der Movement ABC-2 sowie dem Fragebogenverfahren SDQ erhoben (t2); aktuell liegen 16 Datensätze vor (neun Jungen, sieben Mädchen). Für eine zuverlässige Einschätzung kognitiver und sozial-emotionaler Entwicklungsdiskrepanzen wurde eine nach Alter und Geschlecht parallelisierte Referenzgruppe herangezogen. Es erfolgten inferenzstatistische Analysen mithilfe von t-Tests für unabhängige Stichproben sowie non-parametrische Tests nach Wilcoxon.

Ergebnisse

Der Vergleich der Testleistungen von Kindern mit motorischen Entwicklungsauffälligkeiten sowie der motorisch unauffälligen Referenzgruppe belegt auch für Vorschulkinder signifikante Leistungsabweichungen in den Indizes der WPPSI-III (*Verbal- und Handlungs-IQ, Verarbeitungsgeschwindigkeit, Allgemeine Sprachskala; Gesamt-IQ*; $p < .000$) (Tab. 1). Die schlechtesten Testresultate wurden in der *Verarbeitungsgeschwindigkeit* erzielt ($M=81.19$, $SD=15.00$). Motorisch auffällige Kinder weisen im Vergleich mit der Kontrollgruppe in nahezu allen Skalen des SDQ zudem ein höheres Maß an Verhaltensproblemen auf (Tab. 1). Die Gesamtproblemwerte aus der Eltern- und Erzieherbefragung können dabei als grenzwertig eingestuft werden.

Messverfahren	Motorik (n=36)		Referenz (n=36)		T-Test p
	M	SD	M	SD	
WPPSI-III					
Verbal-IQ	89.64	14.53	106.33	9.99	.000*
Handlungs-IQ	87.92	10.24	105.00	10.67	.000*
Verarbeitungsgeschwindigkeit	81.19	15.00	101.81	14.82	.000*
Allgemeine Sprachskala	91.11	13.07	101.14	8.20	.000*
Gesamt-IQ	86.14	10.98	105.31	9.15	.000*
SDQ (Eltern)					
Gesamtproblemwert	14.22	6.76	5.69	2.89	.000*
Emotionale Probleme	2.69	2.18	1.28	1.39	.002*
Verhaltensprobleme	2.86	2.22	1.58	1.16	.003*
Hyperaktivität	5.83	2.62	1.97	1.75	.000*
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	2.81	2.36	.69	.98	.000*
Prosoziales Verhalten	7.67	1.88	8.58	1.73	.035*
SDQ (Erzieher)					
Gesamtproblemwert	13.82	6.23	6.24	5.98	.000*
Emotionale Probleme	2.03	1.92	1.71	2.26	.527
Verhaltensprobleme	3.15	2.22	1.03	1.31	.000*
Hyperaktivität	5.53	2.79	2.15	2.55	.000*
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	3.03	2.83	1.35	2.16	.008*
Prosoziales Verhalten	5.47	2.09	7.53	2.00	.000*

Anm.: M=Mittelwert; SD=Standardabweichung, p=Signifikanzniveau, *= signifikantes Ergebnis auf dem .05-Signifikanzniveau.

Tab. 1: Kognitives Leistungsprofil nach WPPSI-III, Entwicklungsprofil nach ET6-6, Verhaltensmaße nach SDQ: Motorische Entwicklungsstörungen (F82.0) vs. Referenzgruppe (n=36).

Zum Zeitpunkt der zweiten Datenerhebung zeigt sich an der reduzierten Stichprobe von 16 Kindern, dass sowohl die motorischen Defizite als auch die Verhaltensprobleme persistieren. Lediglich zwei Kinder wurden dabei im vergangenen Jahr ergotherapeutisch behandelt.

Der inferenzstatistische Vergleich der einzelnen Test- und Fragebogenkennwerte mittels Wilcoxon-Test zeigt keine signifikanten Verbesserungen zwischen den beiden Testzeitpunkten ($p < .05$). Die durchschnittliche motorische Leistung der Kinder zu t2 beträgt $M=4.56$

(SD=2.31). Auf deskriptiver Ebene ist mit Ausnahme der Skala *Verhaltensauffälligkeiten* (Fremdbeurteilung) ein Zuwachs der Verhaltensproblematik für alle Skalen des SDQ erkennbar.

Diskussion

Kinder mit motorischen Entwicklungsstörungen weisen neben Beeinträchtigungen im Bewegungsverhalten auch leichte kognitive Defizite und Abweichungen in ihrer Sozial- und emotionalen Entwicklung auf. Motorisch entwicklungsverzögerte Kinder sollten zu Beginn eines Rehabilitationsprozesses deshalb routinemäßig einer Mehrbereichsdiagnostik unterzogen werden, um ein umfassendes Profil ihrer Defizite und Ressourcen zu erhalten. Vor dem Hintergrund der Analyse der ersten Langzeitdaten ist eine zeitnahe und umfassende Intervention angezeigt, um der Ausbildung von Verhaltensstörungen frühzeitig präventiv entgegenzuwirken.

Literatur

- Blank, R., Smits-Engelsman, B., Polatajko, H., Wilson, P. (2012): European Academy for Childhood Disability (EACD): Recommendations on the definition, diagnosis and intervention of developmental coordination disorder (long version). *Developmental Medicine & Child Neurology*, 54. 54-93.
- Kastner, J., Petermann, F. (2010): Entwicklungsbedingte Koordinationsstörungen: Zur Bedeutung kognitiver Beeinträchtigungen im Zusammenhang motorisch-koordinativer Defizite und psychischer Auffälligkeiten. *Zeitschrift für Sportpsychologie*, 17. 36-49.
- Klasen, H., Woerner, W., Rothenberger, A., Goodman, R. (2003): Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) – Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 52. 491-502.
- Petermann, F. (Hrsg.) (2011a): *Movement Assessment Battery for Children-2 (M-ABC-2)* (3., erg. Aufl.). Frankfurt: Pearson Assessment.
- Petermann, F. (Hrsg.) (2011b): *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence-III (WPPSI-III) – Deutsche Version* (2., korr.Aufl.). Frankfurt: Pearson Assessment.
- Schoemaker, M., Lingam, R., Jongmans, M., van Heuvelen, M., Emond, A. (2013): Is severity of motor coordination difficulties related to co-morbidity in children at risk for developmental coordination disorder? *Research in Developmental Disabilities*, 34. 3084-3091.

Das kardio-vaskuläre Risiko übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher

– Quantifizierung mittels Pulswellenanalyse und aerober Fitness

*Elmenhorst, J. (1), Springer, S. (2), Giegerich, T. (1), Alber, V. (1),
Barta, C. (1), Oberhoffer, R. (1)*

(1) Lehrstuhl für Präventive Pädiatrie, Technische Universität München,
(2) Klinik Hochried der Katholischen Jugendfürsorge Augsburg e. V., Murnau

Hintergrund

Kardiovaskuläre Erkrankungen (CVD) sind die häufigste Todesursache in Europa. Höhere Sterblichkeit bereits im jüngeren Alter, sowie die krankheitsbedingte Reduktion der Lebenserwartung in Folge CVD nehmen voraussichtlich kontinuierlich zu. Die meisten dieser Folgen wären verhinderbar. CVD beginnen bereits im Kindesalter mit zunehmender arterieller Steifheit und früher subklinischer Arteriosklerose. Die European Society for Hypertension und die European Society of Cardiology empfehlen die Pulswellenanalyse (PWA) zur Messung der arteriellen Steifheit. Die PWA ist inzwischen ein etabliertes Verfahren zur Risiko- beurteilung bei Erwachsenen. Es fehlen jedoch Daten zu Kindern. Übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche haben zwar ein absolut gesehen niedriges, jedoch relativ hohes kardiovaskuläres Risiko in Folge des Weiterbestehens der Risikofaktoren im Erwachsenenalter (Freedman et al., 1999).

Patienten und Methodik

Insgesamt 76 Probanden wurden untersucht. 38 übergewichtige oder adipöse Patienten ohne weitere relevante kardiovaskuläre Komorbidität einer Rehabilitationsklinik für Kinder und Jugendliche in Oberbayern wurden mit 38 Schülern Münchner Schulen gleichen Alters-, Geschlechts- und Größenverteilung verglichen. Das Einverständnis der Kinder und Sorgeberechtigten liegt vor.

Die Pulswellenanalyse und Blutdruckmessung zur Bestimmung der arteriellen Steifheit wurde bei den Kindern oszillometrisch durchgeführt (Mobil-O-Graph, IEM, Stolberg, Germany). Die Manschetten wurden dem Oberarmdurchmesser angepasst (es wurden 5 Größen verwendet). Die Messung am linken Oberarm wurde nach 5min Ruhe im Liegen begonnen.

Die aerobe Fitness wurde nach Durchführung der Pulswellenanalyse entsprechend dem Deutschen Motorik Test 6-18 als Laufstrecke innerhalb 6min gemessen (Bös et al., 2009).

Mit den anthropometrischen Daten wurde der Body Mass Index (BMI) berechnet. Z-scores des BMI wurden im Vergleich zu Referenzwerten einer deutschen Kohorte berechnet (Kromeyer-Hauschild et al., 2001).

Ergebnisse

Die Pulswellengeschwindigkeit (PWV) war bei den übergewichtigen/ adipösen Kindern signifikant höher mit mittlerer Effektstärke (PWV 5.07 [m/s] (4.71; 5.31) vs. PWV 4.84 [m/s] (4.59; 5.00) bei den Kontrollen; $p < .001$). Es gab eine enge Assoziation zwischen BMI und PWV (spearman's rho $r = 0.52$; $p < 0.001$). Es zeigte sich keine Differenz des peripher gemessenen systolischen Blutdrucks zwischen den Gruppen, der zentrale Blutdruck lag bei den überge-

wichtigen/ adipösen Kindern jedoch höher (cSBP 111 [mmHg] (103;118) vs. cSBP 105 [mmHg] (97;109) bei den Kontrollen; $p < .001$).

Eine reduzierte aerobe Fitness bei den übergewichtigen/ adipösen Kindern konnte mit hoher Effektstärke durch den 6min-Lauftest nachgewiesen werden (6 min Distanz [m] 718.5 [m] (650;864) vs. 1140.7 [m] (1075;1350) bei den Kontrollen; $p < .001$). Die aerobe Fitness zeigte eine inverse Korrelation mit dem BMI in der Patientengruppe, jedoch nicht in der Kontrollgruppe (spearman's rho -0.39; $p = 0.02$ und rho 0.23 bei Kontrollen; $p = 0.2$). Eine Korrelation zwischen aerober Fitness und Blutdruck oder PWV gab es nicht. Alle Ergebnisse sind in Tabelle 1 dargestellt.

Kohorte	Übergewichtige/Adipöse			Kontrollen			Signifikanz (2-seitig)	Z	Effektstärke (Z/\sqrt{n})
	25.	50. (Median)	75.	25.	50. (Median)	75.			
Alter [Jahre]	11.19	14.08	17.00	11.23	14.09	16.69	.85	-1.19	-.02
Körpergröße [cm]	150.25	161.00	174.20	148.75	168.30	172.38	.22	-1.23	-.14
Körpergewicht [kg]	64.58	93.50	103.30	39.96	52.90	64.39	.00	-5.37	-.62
BMI [kg/m ²]	28.04	32.01	36.87	17.49	18.96	20.94	.00	-5.37	-.62
BMI z-score	2.27	2.57	3.09	-.72	-.07	.36	.00	-5.16	-.60
pSBD [mmHg]	108.75	120.00	130.00	110.00	116.00	122.00	.07	-1.82	-.21
pDBD [mmHg]	60.00	64.50	70.25	61.00	67.00	71.00	.50	-.68	-.08
pMAD [mmHg]	82.75	90.50	97.25	84.00	89.00	93.25	.41	-.82	-.09
zSBD [mmHg]	103.00	111.50	118.50	97.75	105.50	109.00	.00	-3.08	-.35
zDBD [mmHg]	62.00	65.50	72.25	62.75	69.00	73.00	.45	-.75	-.09
PWV [m/s] 6 min	4.71	5.07	5.31	4.59	4.84	5.00	.01	-2.69	-.31
Laufstrecke [m]	650.25	718.50	864.00	1075.13	1140.75	1350.00	.00	-5.01	-.61

Abk.: BMI: BMI - body mass index; pSBD: peripher systolischer Blutdruck; pDBD: peripher diastolischer Blutdruck; MAD: peripher mittlerer arterieller Druck; zSBD: zentral systolischer Blutdruck; zDBD: zentral diastolischer Blutdruck; PWV: Pulswellengeschwindigkeit

Tab. 1: Charakteristika der Gruppen (eine Signifikanz von $p < 0.01$ ist hervorgehoben).

Schlussfolgerungen

Die PWV und der zentrale Blutdruck sind bei der Gruppe übergewichtiger/ adipöser Kinder und Jugendlicher erhöht, obwohl es keinen Unterschied des mittleren peripheren Blutdrucks oder des mittleren peripheren arteriellen Drucks gibt. Dies könnte beginnende strukturelle Veränderungen anzeigen. Abnehmende Elastizitätseigenschaften des kardiovaskulären Systems stellen noch reversible Zeichen vermehrter arterieller Steifheit und beginnender Arteriosklerose dar, die bis ins Erwachsenenalter weiter bestehen können. Die Bedeutung dieser frühen morphometrischen und funktionellen vaskulären Veränderungen bei Jugendlichen und ihr Einfluss auf die körperliche Aktivität und Fitness soll anhand größerer Kollektive weiter untersucht werden.

Förderung: Deutsche Herzstiftung

Literatur

Bös, K., Schlenker, L., Büsch, D., Lämmle, L., Müller, H., Oberger, J., Seidel, I., Tittlbach, S. (2009): Deutscher Motorik-Test 6-18 (DMT 6-18). Hamburg: Czwalina.

Freedman, D.S., Dietz, W.H., Srinivasan S.R., Berenson G.S. (1999): The relation of overweight to cardiovascular risk factors among children and adolescents: the Bogalusa Heart Study. *Pediatrics*, 103. 1175-1182.

Kromeyer-Hauschild, K., Wabitsch, M., Geller, F., Ziegler, A., Geiß, H.C., Hesse, V., v. Hippel, Jaeger, U., Johnsen, D., Kiess, W., Korte, W., Kunze, D., Menner, K., Müller, M., Niemann-Pilatus, A., Remer, T., Schaefer, F., Wittchen, H.U., Zabransky, S., Zellner, K., Hebebrand, J. (2001): Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 149. 807-818.

Inanspruchnahme und Durchführung einer telefonischen Reha-Nachsorge für Jugendliche mit Adipositas

Pankatz, M. (1), Böder, J. (1), Tiedjen, U. (1), Hampel, P. (2), Stachow, R. (1)

(1) Fachklinik Sylt für Kinder und Jugendliche, Deutsche Rentenversicherung Nord, Westerland, (2) Universität Flensburg

Hintergrund

Um die nicht befriedigende Nachhaltigkeit der stationären Adipositasreha (Stachow et al., 2004) zu verbessern, wird in der Fachklinik Sylt für Kinder und Jugendliche gegenwärtig eine randomisierte und kontrollierte Studie durchgeführt. Sie prüft die Durchführbarkeit, die Akzeptanz und den Erfolg einer telefonischen Nachbetreuung mittels quantitativer und qualitativer Methoden und richtet sich an Kinder und Jugendliche ab dem Alter von 10 Jahren, die eine vier- oder sechswöchige Rehabilitation abgeschlossen haben.

Methode

Intervention: Die Patienten erhalten während der Reha ein Gespräch, in dem die Verhaltenspläne für zu Hause exploriert werden. Zusätzlich kann in ambulante Angebote weitervermittelt werden.

Nach der Heimreise werden die Studienteilnehmer der Interventionsgruppe innerhalb von sechs Monaten fünf Mal angerufen, zusätzlich wird ein Gespräch mit den Erziehungsberechtigten geführt.

Die Studienteilnehmer der Kontrollgruppe haben das Angebot, sich bei Fragen und Problemen selbst an die Klinik zu wenden. Sonst werden sie einmal nach 20 Wochen angerufen.

Alle Gespräche werden nach dem Prinzip der Motivierenden Gesprächsführung nach Miller & Rollnick (2009) geführt, welches auf eine Veränderung des Lebensstils abzielt, eigene Wünsche und Vorsätze des Patienten fördert und anstrebt, bestehende Ambivalenzen aufzulösen.

Dokumentation: Über alle Gespräche wird ein schriftliches Protokoll geführt. Darin festgehalten sind die behandelten Themen, Ziele, antizipierte Entwicklungen und Vereinbarungen.

Ergebnisse

Inanspruchnahmeverhalten: Die Nachsorge wurde bislang 270 Patienten angeboten (Abb. 1), von denen in 198 Fällen das Einverständnis von Patient und Erziehungsberechtigten gewonnen werden konnte, so dass sie in die Studie aufgenommen wurden. 87 dieser Patienten haben sowohl die Rehabilitation als auch den angeschlossenen Nachsorgezeitraum bereits beendet, von ihnen sind 44 der Interventions- und 43 der Kontrollgruppe zugeordnet. Diese Patienten konnten ihren BMI-SDS im Mittel während der Reha von 2,63 auf 2,39 ($p \leq .001$) senken. Die Dropoutrate betrug zum Ende der Nachsorge 20 % ($n=18$).

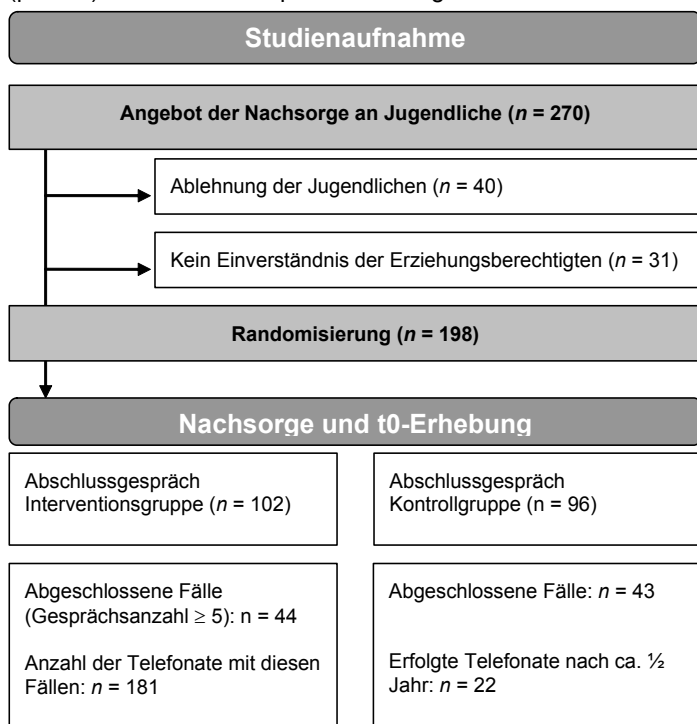


Abb. 1: Inanspruchnahmeverhalten

Das Angebot an die Kontrollgruppe, selbst Kontakt zur Beraterin aufzunehmen, wurde nie in Anspruch genommen.

Kohorte: Das durchschnittliche Alter der Teilnehmer beträgt 14,02 Jahre (SD 2,03; Minimum: 10, Maximum: 19 Jahre); 115 (58,1 %) der 198 Teilnehmer sind weiblich.

Durchführbarkeit: Es hat sich an den bereits abgeschlossenen Fällen der Interventionsgruppe gezeigt, dass eine telefonische Nachsorge in oben beschriebener Form umsetzbar ist und angenommen wird, jedoch einen großen Aufwand erfordert. Durchschnittlich wurden trotz vereinbarter Termine zwischen 1,32 (2. Telefonat) und 1,13 (4. und 5. Telefonat) Versuche je Gespräch unternommen, Patienten zu erreichen. Nach dem dritten missglückten Kontaktversuch eines Gesprächs wurden die Fälle als Dropout gewertet.

Die Angaben zur Gesprächsdauer sind in Tabelle 1 dargestellt. Die Vorgespräche zum Ende der Reha hatten eine durchschnittliche Dauer von 30,72 Minuten, die Länge der Telefonge-

sprache variierte im Mittel zwischen 13,30 und 11,43 Minuten, wobei sie mit Fortschreiten des Programms leicht abnahm.

	N	Min.	Max.	Mittelwert	SD
Vorgespräch					
44	15	80	30,48	14,16	
Telefonat mit Erziehungsberechtigten					
42	4	64	17,21	12,67	
1. Telefonat					
44	5	45	13,30	7,25	
2. Telefonat					
40	5	46	13,00	8,07	
3. Telefonat					
35	6	28	11,34	5,42	
4. Telefonat					
32	5	25	10,53	4,52	
5. Telefonat					
30	5	55	11,43	9,66	

Tab. 1: Gesprächsdauer in Minuten.

Die gewählte Methode der Motivierenden Gesprächsführung scheint angemessen. In manchen Fällen ist eine Anpassung jedoch angezeigt.

Schlussfolgerung

Die oben beschriebene Intervention hat sich in der Praxis als eine mögliche Methode erwiesen, mit der Nachsorge für Kinder und Jugendliche mit Adipositas durchgeführt werden kann. Inwieweit sie geeignet ist, den Erfolg einer Rehabilitation langfristig zu stabilisieren, werden quantitative Auswertungen nach Abschluss der Studie zeigen.

Da es nach § 31 Absatz 4 SGB V bislang keine Rechtsgrundlage zur Finanzierung von Nachsorge aus der Reha hinaus gibt (Stachow, van Egmond-Fröhlich, 2011), ist auch dies ein Handlungsfeld.

Literatur

- Miller, W.R., Rollnick, S. (2009): Motivierende Gesprächsführung (3. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Stachow, R., Sailer, C., Tiedjen, U., Sievers, K., Westenhöfer, J. (2004): Langfristige Ergebnisse einer stationären Rehabilitation wegen Adipositas bei Kindern und Jugendlichen – eine Katamnese über 2-5 Jahre. *Kinder- und Jugendmedizin*, 4. 215-221.
- Stachow, R., van Egmond-Fröhlich, A. (2011): Nachsorge und Vernetzung. In: Rick, O., Stachow, R. (Hrsg.): *Klinikleitfaden Medizinische Rehabilitation*. München: Urban & Fischer. 682-685.

Passivrauchbelastung von chronisch kranken Kindern in der stationären Rehabilitation

Rosenecker, J. (1), Hermann, T. (2), Springer, S. (3), Zellhuber, B. (4), Hoch, B. (5)

(1) Alpenklinik Santa Maria, Oberjoch, (2) Fachklinik Prinzregent Luitpold, Scheidegg, (3) Klinik Hochried, Murnau, (4) Akademie der Katholischen Jugendfürsorge der Diözese Augsburg e. V., Klinik Josefinum, Augsburg

Hintergrund

Regelmäßige Passivrauchexposition stellt eine erhebliche Gefahr für die Gesundheit von Kindern dar (World Health Organization, 1999). Die elterliche Wohnung spielt dabei eine zentrale Rolle. Noch immer leben circa 50 % der Kinder in Haushalten mit mindestens einem Raucher (Lampert et al., 2008; RKI, BzGA, 2008). Bislang liegen keine Daten zur Passivrauchexposition chronisch kranker Kinder vor, die im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme stationär behandelt wurden mussten. In der vorliegenden Studie wurden Eltern, deren Kinder für eine Rehabilitationsmaßnahme stationär behandelt wurden, mittels Fragebogen zu dem Rauchverhalten befragt.

Methodik

Der Fragebogen war in Anlehnung an das Erhebungsinstrument, welches vom Robert Koch-Institut für die "Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland" (KiGGS; Lampert et al., 2008) verwendet wurde, gestaltet worden. Die Befragung der Eltern fand im Zeitraum vom 05.11.2012 bis 31.05.2013 statt. Die Fragebögen wurden während des stationären Aufenthalts der Kinder an die Eltern ausgegeben. Insgesamt wurden 384 Fragebögen in anonymisierter Form in den Kliniken abgegeben. Die Auswertung der Fragebögen erfolgte an der Akademie der Katholischen Jugendfürsorge Augsburg.

Ergebnisse

Als Grund für die Rehabilitationsmaßnahme wurden folgende Diagnosen (Mehrfachnennungen möglich) angegeben: 233 Asthma bronchiale, bei 101 Neurodermitis /atopische Dermatitis, bei 24 Adipositas, und bei 77 eine andere seltene Diagnose. Von den Eltern, deren Kinder wegen der Diagnose Neurodermitis stationär behandelt wurden, rauchten 17 von 101 (16,8 %). Von den Eltern deren Kinder wegen der Diagnose Asthma behandelt wurden, rauchten 29 von 233 (12,4 %) ($p=0,285$ für Neurodermitis vs. Asthma). Von den Eltern deren Kinder wegen einer Adipositas behandelt wurden, rauchten 10 von 27 ($p<0,001$ für Adipositas vs. Asthma). In der Gegenwart der Kinder wird bei Neurodermitis-Kindern bei 9/99 (9,0 %), bei Asthma-Kindern 12/229 (5,5 %), und bei Adipositas-Kindern bei 9/26 (34,6 %) ($p<0,001$ für Adipositas vs. Asthma) geraucht.

Schlussfolgerung

Kinder mit der Diagnose Adipositas sind in einem sehr viel höheren Maße einer Passivrauchbelastung ausgesetzt als Kinder mit der Diagnose Asthma oder Neurodermitis. Trotz der Diagnose Asthma werden 5,0 % der an Asthma erkrankten Kinder einer Passivrauchbelastung ausgesetzt, was den Krankheitsverlauf erheblich beeinträchtigen dürfte. Program-

me, die zu einer Reduktion des Zigarettenkonsums in der Wohnung führen, sind bei Kindern mit chronischen Erkrankungen dringend notwendig.

Literatur

World Health Organization (WHO) (Hrsg.) (1999): International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health Report. Geneva: World Health Organization.

Lampert, T., Thelen, J., Wolf, U. (2008): Tabakkonsum und Passivrauchbelastung von Jugendlichen - Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Umweltmedizinischer Informationsdienst, 2. 14-18.

Robert-Koch-Institut (Hrsg.), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2008): Erkennen-Bewerten-Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Berlin: RKI.

Gründe für den Antragsrückgang in der Rehabilitation für Kinder und Jugendliche aus der Sicht unterschiedlicher Prozessbeteiligter

Berghem, S.

Ostseestrand-Klinik Klaus Störtebeker, Ostseebad KÖlpinsee

Hintergrund und Stand der Literatur, Zweck der Untersuchung

Seit 2007 nimmt die Zahl der Anträge auf Rehabilitation für Kinder und Jugendliche ebenso wie die Zahl der durchgeführten Maßnahmen kontinuierlich ab. Das Problem ist bekannt (Oepen, 2011); die Gründe für diesen Rückgang sind bisher nicht untersucht. Gängige Erklärungsmodelle wie der demographische Wechsel sind keine hinreichende Erklärung. Mit dieser Untersuchung sollten durch eine breit aufgestellte Befragung von unterschiedlichen Prozessbeteiligten Gründe ermittelt werden.

Methodik

Nach Vorgesprächen mit im Rehabilitationsbereich tätigen Ärzten zur Hypothesenbildung erfolgte eine internetbasierte Befragung, die die drei Fragen "Wie stark wird der Rückgang erlebt?", "Wie bedeutsam werden die Hypothesen eingeschätzt?" und "Welche Maßnahmen sind geeignet, die Zahl der Rehabilitationsanträge zu erhöhen?" beantworten sollte. Insgesamt beteiligten sich 578 Teilnehmer aus den Bereichen: Praxis (n=247, davon 231 Pädiater, Rest Dermatologen, Pulmologen), Reha-Klinik (n=65, davon 34 Ärzte, 21 Klinikleiter, Rest weitere Therapeuten), Akutklinik (n=51), Rentenversicherung (n=30, davon 10 Ärzte), Krankenversicherung (n=25, davon 1 Arzt), Universität/Forschung (n=24, davon 19 Ärzte). Insgesamt 32 Teilnehmer kamen aus der ambulanten Rehabilitation, aus sozialpädiatrischen Zentren, privaten Beratungsstellen oder aus Selbsthilfegruppen. 105 Teilnehmer zogen es vor, ihren Tätigkeitsbereich nicht zu offenbaren und konnten deswegen nicht fachgruppenspezifisch ausgewertet werden.

Ergebnisse

Der Antragsrückgang und der Rückgang der durchgeführten Maßnahmen der letzten 2 Jahre wurden im Durchschnitt mit 8,0 % und 9,8 % wesentlich zu niedrig eingeschätzt.

Als wesentliche Gründe oder Hauptgründe für den Antragsrückgang wurden im Durchschnitt aller Bereiche am häufigsten angegeben: Bei Kindern ab 8 Jahren wird keine Begleitperson bewilligt, alleine lassen die Eltern ihr Kind nicht zur Reha (74,9 %), trotz klarer Indikation wird nicht bewilligt (70,4 %), Ablehnungsgründe sind nicht nachvollziehbar (69,9 %), die Kostenträger müssen sparen (69,4 %), Anträge werden zu oft abgelehnt (66,6 %), die Rehabilitationsindikation wird immer strenger beurteilt, selbst ein unkontrolliertes Asthma oder Teilhabestörungen werden abgelehnt (65,7 %), Unterschiede zwischen Mutter-Kind-Kur und Rehabilitation sind nicht bekannt (62,9 %), auch Widersprüche werden oft nicht nachvollziehbar abgelehnt (62,6 %), Eltern können sich ein Fortbleiben am Arbeitsplatz nicht vorstellen/erlauben (59,4 %), die Zuständigkeit Krankenkasse/Rentenversicherung ist nicht ausrei-

chend klar bekannt (58,0 %). In der Einschätzung der Bedeutung einzelner Aspekte gab es wesentliche Unterschiede besonders zwischen den Leistungsträgern und den anderen Bereichen einschließlich der Leistungserbringer. Die Sichtweise unterschied sich deutlich bei den Fragen, die sich auf das Antragsverfahren, auf die Ablehnungsquote und auf Kosten bezogen.

Häufig erfolgte Anregungen zur Verbesserung der Situation bezogen sich auf eine Vereinfachung des Antragsverfahrens, Information von Patienten und Niedergelassenen Ärzten, Klärung der Zuständigkeit GKV/DRV, Erhöhung der Bewilligungsquote, Zulassen von Begleitpersonen auch bei Kindern über 8 Jahren, Abschaffung des komplizierten GKV-Verfahrens (Formular 60/61).

Diskussion

In dieser Untersuchung konnte gezeigt werden, dass der Antragsrückgang von den meisten Prozessbeteiligten unterschätzt wird. Als Gründe für den Rückgang wurden viele Aspekte im Zusammenhang mit der Antragsstellung und -bearbeitung benannt, zudem wurde gezeigt, dass Rehabilitation für Kinder und Jugendliche in der Öffentlichkeit, bei Eltern und bei Ärzten nicht ausreichend bekannt ist und von diesen nicht klar von Eltern-Kind-Maßnahmen unterschieden werden kann.

Schlussfolgerungen, Umsetzung und Ausblick

Durch Öffentlichkeitsarbeit, Unterstützung von Hausärzten, Vereinfachung des Antragsverfahrens und Veränderung der Bewilligungspraxis kann die Zahl der Rehabilitationsanträge für Kinder und Jugendliche vermutlich erhöht werden.

Literatur

Oepen, J. (2011): Stationäre Rehabilitation für Kinder: Erfolgskonzept unter Druck. Deutsches Ärzteblatt, 108 (38). 1958.

Aktuelle Ergebnisse zu den Reha-Therapiestandards Asthma bronchiale und Adipositas, wie unterschiedlich therapieren die Reha-Einrichtungen?

Baumgarten, E.

Bereich Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik,
Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Hintergrund

Die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen ist mit ca. 30.000 abgeschlossenen Leistungen pro Jahr ein kleiner, aber integraler Bestandteil der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung. Mittlerweile wurde dieser Versorgungsbereich in grundlegende Qualitätssicherungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung (DRV), wie die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL), die Reha-Therapiestandards (RTS), die Rehabilitandenbefragung, die Strukturqualität und die Rehabilitandenstruktur einbezogen (Klosterhuis et al., 2010; Farin et al., 2012). RTS formulieren Anforderungen zur Gestaltung von Therapieprozessen für definierte Rehabilitationsgruppen auf der Grundlage der KTL.

Anforderungen bestimmter Therapieschwerpunkte werden in evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM), die ein bedarfsgerechtes Therapieangebot für Kinder und Jugendliche ermöglichen, zusammengefasst. Ziel der RTS ist es, eine empirisch festgestellte und konzeptionell nicht begründbare Versorgungsvarianz zwischen den Reha-Einrichtungen zu verringern und auf der Grundlage evidenzorientierter Therapievorgaben die Versorgungsrealität zu verbessern. Für Kinder und Jugendliche wurden altersabgestufte RTS für drei häufige Diagnosegruppen wie Asthma bronchiale, Adipositas und Neurodermitis erstmals im Jahr 2010 in die von der DRV federgeführten Reha-Einrichtungen eingeführt. Ausgehend von einem ersten einrichtungsbezogenen Bericht werden aktuelle Auswertungen unter Betrachtung einrichtungsspezifischer Unterschiede verglichen und diskutiert.

Methodik

Begrenzt auf die Diagnosen Asthma bronchiale und Adipositas bei Kindern über 8 Jahren werden vergleichende Untersuchungen zu dokumentierten therapeutischen Leistungen aus Reha-Einrichtungen mit mindestens 25 abgeschlossenen Fällen pro Jahr dargestellt. Die Untersuchungen basieren auf 1.946 Rehabilitanden mit Asthma bronchiale aus 17 Reha-Einrichtungen und 2.914 Rehabilitanden mit Adipositas aus 16 Reha-Einrichtungen des Jahres 2008 und auf 1.967 Rehabilitanden mit Asthma bronchiale aus 15 Reha-Einrichtungen und 3.408 Rehabilitanden mit Adipositas aus 18 Reha-Einrichtungen des Jahres 2012. Die Erfüllungsgrade von Mindestanforderungen der RTS bezüglich des zu behandelnden Rehabilitandenanteils, der Behandlungsdauer und -häufigkeit werden im Soll-Ist-Vergleich dargestellt.

Ergebnisse

Die im Rahmen der RTS dokumentierten Therapieleistungen des Jahres 2008 zeigen in der Übersicht bei beiden Diagnosegruppen nur bei wenigen ETM eine Erfüllung der geforderten Mindestanforderungen (im Mittel sind bei 8 bzw. 10 von 12 ETM die geforderten Mindestanforderungen nicht erfüllt). Therapiemodule mit den Schwerpunkten Bewegungstherapie, Edukation, psycho-soziale und berufliche Beratung sowie Nachsorge fallen besonders ins Auge. Verglichen mit aktuellen Auswertungen des Jahres 2012 haben die Rehabilitandenanteile mit erfüllten Mindestanforderungen bei beiden Diagnosegruppen in den genannten ETM zugenommen (6 von 12 ETM bei Asthma bronchiale, 11 von 12 ETM bei Adipositas zeigen erfüllte Mindestanforderungen). Weiterhin liegen jedoch die Erfüllungsgrade bei den ETM Bewegungstherapie und Bewegungsspiele (Asthma) bei 57 % bzw. 50 % gegenüber 70 % gefordertem Mindestanteil und beim ETM Patienten- und Angehörigenschulung (Adipositas) bei 62 % gegenüber 80 % gefordertem Mindestanteil und damit unter dem Soll. Vergleiche auf Einrichtungsebene zeigen deutliche Unterschiede bei Einrichtungen beider Diagnosegruppen. Während bei einer Reihe von Reha-Einrichtungen Mindestanforderungen bei nahezu allen ETM erfüllt bzw. übererfüllt sind, bleiben bei anderen Reha-Einrichtungen die Anforderungserfüllungen bei 6-8 von 12 ETM deutlich unter dem Soll. Obwohl beispielsweise bei bewegungsorientierten Therapiemodulen eine Reihe von KTL-Codes dokumentiert werden, erfüllen wegen zu geringer Therapiehäufigkeit oder -dauer bei diesen Einrichtungen statt der erwarteten 70 % nur wenige Rehabilitanden die Mindestanforderungen.

Diskussion und Fazit

Mit der Implementierung der RTS der DRV wird die Evidenzorientierung des therapeutischen Vorgehens in der Rehabilitation gefördert. Reha-Therapiestandards für die Kinder- und Jugendrehabilitation machten bei vielen Einrichtungen zunächst eine Anpassung an Dokumentationsanforderungen notwendig. Festgelegte Therapieanforderungen lieferten eine Orientierungshilfe und durch Rückmeldung der Versorgungspraxis konnten Schwachstellen analysiert werden (Brüggemann et al., 2005). In der Folge besserten sich die Ergebnisse der dokumentierten Versorgungspraxis deutlich. Nach wie vor sind jedoch Einrichtungsunterschiede erkennbar. Die getrennte Betrachtung eher "gut" oder eher "schlecht" bewerteter Einrichtungen zeigt beispielsweise bei bewegungsorientierten Therapiemodulen einerseits eine Übererfüllung und andererseits eine deutliche Verfehlung des Solls. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei Therapiemodulen mit edukativen, psycho-sozialen und berufsorientierten Therapiekomponenten. Es kann vermutet werden, dass neben einer mangelnden Dokumentationsvorsorge die Beschreibung von Therapiecodes sowie der Qualitätsmerkmale nicht in ausreichendem Maße alterskompatibel ist und deshalb eine unangemessene Dokumentation begünstigt. Im Rahmen des Aktualisierungsprojektes der KTL Dokumentationscodes für die Kinder und Jugendlichenrehabilitation ist eine Spezifizierung geplant. Vor dem Hintergrund einer zeitgleich verlaufenden Aktualisierung der RTS ist eine enge Verzahnung beider Überarbeitungsprojekte anzustreben.

Literatur

- Brüggemann, S., Klosterhuis, H. (2005): Leitlinien für die medizinische Rehabilitation – eine wesentliche Erweiterung der Qualitätssicherung. *RV aktuell*, 52, 10/11. 467-475.
- Farin, E., Gustke, M., Widera, T., Mathies, S. (2012): Ergebnisqualität in der Kinder-Jugend-Rehabilitation: Resultate eines Projekts zur Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens. *Gesundheitswesen*, Bd 74. 358-370.
- Klosterhuis, H., Baumgarten, E., Beckmann, U., Erbstoßer, S., Lindow, B., Naumann, B., Widera, T., Zander, J. (2010): Ein aktueller Überblick zur Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. *Die Rehabilitation*, 49. 356-367.

Aktuelle Befragungsergebnisse in der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation: Zufriedene Kinder? Zufriedene Eltern?

Widera, T.

Bereich Reha-Wissenschaften, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Hintergrund

Das Programm der Deutschen Rentenversicherung zur Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation bezieht Einrichtungen für Kinder und Jugendliche ausdrücklich ein (Schlanstedt-Jahn et al., 2012). Im Rahmen der Qualitätssicherung werden Strukturanforderungen für die Kinder- und Jugendlichen-Reha-Einrichtungen definiert und Strukturhebungen durchgeführt. Die Einrichtungen erhalten Informationen über die Zusammensetzung ihrer Rehabilitanden. Ferner wird das therapeutische Leistungsspektrum gemäß Klassifikation

therapeutischer Leistungen (KTL) regelmäßig an die von der Rentenversicherung belegten Kinder- und Jugendlichen-Reha-Einrichtungen zurückgemeldet. Für eine zieladäquate Leistungserbringung wurden evidenzbasierte Reha-Therapiestandards (RTS) für die Kinder- und Jugendlichenrehabilitation entwickelt (Widera et al., 2011). Seit April 2012 werden zusätzlich Qualitätsbeurteilungen durch Kinder und Jugendliche sowie deren Angehörige nach stationärer medizinischer Rehabilitation erhoben (Farin-Glattacker et al., 2012; Gustke et al., 2010).

Methodik

In der Reha-Qualitätssicherung der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation werden eine kindesbezogene Elternbefragung bei Kindern bis einschließlich 11 Jahre (Befragungsvariante "K") und eine Jugendlichenbefragung ab einem Alter von 12 Jahren (Befragungsvariante "J") durchgeführt. D. h. Kinder ab 12 Jahre werden direkt, Kinder bis inklusive 11 Jahre werden stellvertretend über ihre Eltern befragt.

Die folgenden Analysen beziehen sich auf N = 3.082 Fragebögen der Befragungsvariante "K" (kindsbezogene Elternbefragung bei Kindern bis inklusive 11 Jahre) aus insgesamt 37 Reha-Einrichtungen und 2.062 Fälle der Befragungsvariante "J" (Befragung von Kindern/Jugendlichen ab 12 Jahren) aus insgesamt 28 Reha-Einrichtungen. Voraussetzung für eine aggregierte Auswertung der Daten war das Vorliegen einer Mindestfallzahl von 12 Fällen pro Reha-Einrichtung.

Die detaillierten Ergebnisse der Befragung in der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation werden in Kürze erstmalig an die Reha-Einrichtungen und die Rentenversicherungsträger im Rahmen der Reha-QS-Berichterstattung zurückgemeldet, um eine intensive fachliche Auseinandersetzung einzuleiten.

Ergebnisse

In der kindsbezogenen Elternbefragung liegt die Gesamtzufriedenheit mit der durchgeführten Rehabilitation bei einer Note von 2,0 auf einer Skala von 1 (= sehr gut) bis 5 (= sehr schlecht). Die Gesamtzufriedenheit variiert in Abhängigkeit von der zugrundeliegenden Indikation und ist bei Hauterkrankungen am höchsten. Positive Reha-Effekte auf zwischenmenschliche Belange, die schulischen Leistungen und die späteren beruflichen Aussichten werden eher angezweifelt. Symptome, die als typisch für die jeweilige Erkrankungsgruppe erachtet werden (z. B. das Wohlbefinden bei psychischen Störungen), werden eher als gebessert eingestuft als Krankheitszeichen, die als nicht relevant für die betreffende Indikation angesehen werden (z. B. körperliche Beschwerden bei psychosomatisch-psychotherapeutischen Indikationen). Positive Auswirkungen der Rehabilitation in Bezug auf die späteren beruflichen Aussichten werden vor allem bei älteren Kindern angenommen, ggf. weil die Zeit bis zur zukünftigen Berufsausbildung oder Berufsausübung kürzer ist. Hat das Kind keine "echte" Diagnose, sondern liegen "Faktoren mit Einfluss auf die Gesundheit" vor, so fällt die Beurteilung der Rehabilitation schlechter aus als in allen anderen Fällen.

Bei der direkten Befragung der Kinder und Jugendlichen erfährt die Kind-Kind-Interaktion im Sinne des Kontakts mit gleichaltrigen Mitrehabilitanden während der Reha den höchsten Zustimmungsgang, während der Schulunterricht wenig überraschend die geringste Zustimmungsgang auf sich zieht. Die Zufriedenheit ist in den psychischen Indikationen in der Regel

am geringsten. Dieses Ergebnis findet sich auch in der Befragung von erwachsenen psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitanden wieder.

In der Gegenüberstellung der Elternbefragung zu der Rehabilitation ihres Kindes (Alter bis inklusive 11 Jahre) und der Selbstbefragung der Kinder/Jugendlichen über ihre abgeschlossene Rehabilitation (Alter ab 12 Jahre) ergibt sich ein gegensinniger Effekt. Die Eltern-Stichprobe ist in der Regel zufriedener als die Kinder-/Jugendlichen-Stichprobe. Aber der Behandlungserfolg wird von den Kindern/Jugendlichen, die eine Reha-Maßnahme abgeschlossen haben, im Allgemeinen höher eingeschätzt als von den Eltern rehabilitierter Kinder.

Diskussion der Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Bei der Interpretation der Daten sind einige erhebungsrelevante Aspekte zu beachten: Die Eltern- und die Kinderstichprobe sind einander nicht zugeordnet. D. h. es sind nicht zwei Urteile (Eltern- und Kinder-Sicht) zu ein und derselben Rehabilitation erhoben worden, sondern es handelt sich um unabhängige Urteile unterschiedlicher Gruppen. Bei der kindesbezogenen Elternbefragung (ver)mischt sich ggf. die von den Eltern angenommene Reha-Zufriedenheit des Kindes mit der eigenen Reha-Zufriedenheit. Entsprechendes gilt für den vermuteten und den selbst angenommenen Reha-Erfolg. Für die Befragungsvariante "K" ist ebenfalls anzunehmen, dass die Eltern eher nach außen gut sichtbare bzw. wahrnehmbare Bereiche des gesamten Reha-Aufenthaltes (z. B. Zimmer) besser beurteilen können als verdeckte – erst zu erschließende – Reha-Aspekte (z. B. Kind-Kind-Interaktion oder Verhältnis zu Behandlern).

Mit Hilfe des neuen Befragungsinstrumentes ist es gelungen, Kinder und Jugendliche in Belangen ihrer Gesundheit und Rehabilitation zu beteiligen und die Erhebung an den kognitiven Entwicklungsstand der zu befragenden Altersgruppe anzupassen. Die Jugendlichen zeigen sich kompetent und beurteilungssicher in der Bewertung der Reha-Maßnahme, insbesondere auch in der Einschätzung von Veränderungen durch die Rehabilitation. Die Befragungsergebnisse liefern wertvolle Impulse für die Weiterentwicklung der Angebote und Programme der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation, die umso bedeutsamer sind als dass hier die jungen Rehabilitanden selbst zu Wort kommen und Kinder sonst in der Befragungsforschung kaum Beachtung finden.

Literatur

- Farin-Glattacker, E., Gustke, M., Widera, T., Matthies, S. (2012): Die Veränderung des Gesundheitszustands nach pädiatrischer Rehabilitation – Profitieren Kinder/Jugendliche mit Adipositas, Asthma bronchiale, Neurodermitis und Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) von einer stationären Rehabilitationsmaßnahme? *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 2. 135-145.
- Farin-Glattacker, E., Gustke, M., Widera, T., Matthies, S. (2012): Ergebnisqualität in der Kinder-Jugend-Rehabilitation: Resultate eines Projekts zur Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens. *Das Gesundheitswesen*, Bd 74, 6. 358-370.
- Gustke, M., Kosiol, D., Farin, E., Widera, T., Polak, U. (2010): Zufriedenheitsmessung in der Kinder-Jugend-Rehabilitation: Darstellung und erste Ergebnisse eines Fragebogens zur Erfassung der Patientenzufriedenheit. *DRV-Schriften*, Bd 88. 540-541.

Schlanstedt-Jahn, U., Ostholt-Corsten, M., Druckenmüller, A., Jäger, R. (2012): Kinder- und Jugendlichenrehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung - Entwicklung und Herausforderung. RVaktuell, 3. 89-99.

Widera, T., Baumgarten, E., Beckmann, U., Zellner, M (2011): Kinder- und Jugendlichenrehabilitation: Versorgungsstand und Versorgungsqualität. RVaktuell, 1. 20-28.

10 Jahre Patientennachbefragung im Rahmen des Qualitätsmanagements

Stachow, R., Gentschenfeld, B.

Fachklinik Sylt für Kinder und Jugendliche, Deutsche Rentenversicherung Nord, Westerland

Hintergrund

Systematische Patientenbefragungen sind ein wichtiges Instrument zur Sicherung der Ergebnisqualität. Eine solche wurde in der Fachklinik Sylt seit 2003 unverändert eingesetzt. Ein beachtlicher Datenpool erlaubt Trendanalysen und die Untersuchung verschiedener Einflussfaktoren auf die Ergebnisse.

Methode

Der Fragebogen besteht aus 16 Fragekomplexen mit 53 Einzelitems. Skalierte Antwortvorgaben und mögliche Freitextäußerungen ergänzen sich. Es werden erfragt: Veränderung des Gesundheitszustand, Zufriedenheit mit der medizinischen und pädagogischen Betreuung, den Patientenschulungen, dem Bewegungsangebot, der Verpflegung, dem Schulunterricht, der Klinikausstattung und Unterkunft, der Sauberkeit, der Organisation, und dem Service in der Klinik. Abschließend die Frage nach dem Wunsch nochmaligen Klinikaufenthaltes.

Jeder Patient erhält am Ende der Rehabilitation den Fragebogen mit der Bitte, diesen nach 6 Wochen zurück zu senden. Die Daten wurden erfasst, ausgewertet und in einem Qualitätsbericht jährlich zusammengefasst. Bei Verbesserungsbedarf werden Qualitätszirkel eingesetzt.

Gegenstand dieser Untersuchung ist eine Trendanalyse über 10 Jahre. Dabei soll möglichen Veränderungen nachgegangen werden, die sich nach gravierenden Umbaumaßnahmen und einer Konzeptänderung seit 2009 ergeben haben könnten. Mögliche Unterschiede werden mit dem Mann-Whitney U-Test analysiert, Einflussfaktoren mit einer linearen Regressionsanalyse nachgegangen.

Ergebnisse

Insgesamt liegen 4.295 Rückmeldungen vor, 54,7 % männlich. Jährliche Rücklaufquote 25 % bis 37 %. Über die Jahre nahm der Anteil jüngerer, von Eltern begleiteter Kinder von 46,5 % auf 67,8 % ($p < 0,005$) zu. Der Anteil unterschiedlicher Indikationen veränderte sich nicht signifikant: (Atemwege 47,9 %, Hauterkrankungen 27,8 %, Adipositas 9,7 %, Diabetes 10,7 %, Sonstige 4,1 %). Die Rehabilitationsdauer verkürzte sich von 4,35 auf 4,17 Wochen ($p < 0,005$).

Weitere Veränderungen im Vergleich der Zeiträume vor und nach Umbau und Konzeptänderung 2009 siehe Tabelle 1.

Von der Verbesserung ihres Gesundheitszustandes profitierten besonders die jugendlichen Patienten ($p=0,000$) sowie Patienten mit Adipositas oder Hauterkrankungen ($p = 0,000$). Die größte Zufriedenheit mit der medizinischen Betreuung äußerten Patienten unter 11 Jahren ($p<0,002$). Bei den Schulungsangeboten waren es adipöse Patienten, die über die Jahre zunehmende Zufriedenheit äußerten ($p<0,005$).

	vor 2009	ab 2009	p (U-Test)
Anzahl	2556	1707	
Alter	9,60	8,06	0,000
Gesundheitszustand	1,40	1,35	0,005
Medizinische Betreuung	1,47	1,45	n.s.
Patientenschulung	1,55	1,55	n.s.
Sportangebote	1,58	1,48	0,000
Pädagogische Betreuung	1,61	1,47	0,000
Verpflegung	2,80	2,98	0,000
Service	1,84	1,81	n.s.
Hausausstattung	1,68	1,70	0,000.
Sauberkeit	1,76	1,70	0,008
Nochmaliger Aufenthalt	1,83	1,74	0,039

Tab. 1: Mittelwerte der Zufriedenheit: Eine "1" gibt eine hohe, eine "5" eine schlechte Zufriedenheit an.

Von den schulpflichtigen Kinder gaben 46,5 % an, den Schulabschluss ganz und 37,4 % fast erreicht zu haben. 16,1 % schafften den Schulabschluss nicht. Über die Jahre blieben diese Daten ohne signifikante Veränderung.

Während des Klinikbaus wurde von dezentraler auf eine zentrale Speiserversorgung umgestellt. Trotz Erhöhung der Speisenauswahl wurde die Verpflegung im zeitlichen Verlauf signifikant schlechter bewertet.

Zur Untersuchung, wovon der Wunsch nach einem nochmaligen Aufenthalt abhängt, wurde eine lineare Regressionsanalyse durchgeführt. Bei einem Modell mit 7 unabhängigen möglichen Einflussfaktoren zeigte sich eine signifikante Bedeutung aller gewählten Faktoren bei einem $R=0,58$:

Zufriedenheit mit

1. medizinischer Betreuung ($\beta = 0,192$, $p=.000$)
2. Pädagogik ($\beta = 0,180$, $p=.000$)
3. Umgangston ($\beta=0,175$, $p=.000$)
4. Service ($\beta=0,138$, $p=.000$)
5. Hausausstattung ($\beta=0,124$, $p=0,000$)
6. Verpflegung $\beta = 0,101$, $p=.000$)

Diskussion und Schlussfolgerung

Systematische Patientennachbefragungen sind im Routinebetrieb einer Kinder- und Jugend-Reha-Klinik durchführbar und notwendig, um im Rahmen des Qualitätsmanagements Prozesse gezielt zu optimieren. Semiquantitative Auswertungen und Trendanalysen können hinreichend sensitiv Veränderungen nachweisen. Von großer Bedeutung für die Gesamtzufriedenheit der Patienten sind die medizinische und pädagogische Betreuung und der Umgangston in der Klinik.

Sozialer Status und reha-relevante Parameter in der stationären Kinderrehabilitation – Erste Ergebnisse aus dem rekju-Projekt

Schumann, N., Günther, S., Fach, E.-M., Richter, M.

Institut für Medizinische Soziologie, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Einleitung/Hintergrund

In den letzten Jahren ist ein Anstieg chronischer Erkrankungen und psychosomatischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen feststellbar (Bauer, Petermann, 2010). Trotz dieser Entwicklung verzeichnen die Statistiken der Deutschen Rentenversicherung konstant sinkende Antrags- und Antrittszahlen im Bereich der stationären Kinderrehabilitation (DRV Bund, 2012). Verschärft wird diese Situation durch eine sozial ungleich verteilte Krankheitslast zuungunsten sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher (Lampert, Richter, 2009). Der vorliegende Beitrag analysiert anhand erster Ergebnisse aus der rekju-Studie, ob soziale Ungleichheiten mit verschiedenen reha-relevanten Parametern bei Kindern und Jugendlichen assoziiert sind.

Daten/Methodik

Im Rahmen einer retrospektiven Teilstudie des rekju-Projektes wurden von Oktober 2012 bis Oktober 2013 Eltern (n=215) chronisch kranker Kinder und Jugendlicher im Alter von 7-18 Jahren (M=13,1) zu zentralen Faktoren der Inanspruchnahme von stationären Rehabilitationsmaßnahmen befragt. Rekrutiert wurden Eltern, deren Kinder eine durch die DRV Mitteldeutschland oder DRV Bund stationäre Rehabilitationsmaßnahme bewilligt und in einer der drei kooperierenden Rehabilitationseinrichtungen in Mitteldeutschland erhielten. Folgende reha-relevante Parameter wurden in die ersten Analysen einbezogen: "Hauptdiagnose", "allgemeiner Gesundheitszustand", "Krankheitsschwere" sowie "Reha-Erfolg", "Reha-Initiierung" und "Reha-Erfahrung". Der soziale Status der Eltern wurde mit dem Winkler-Index berechnet (Winkler, Stolzenberg, 2009). Um die Assoziation zwischen sozialem Status (SES) und den genannten Parametern zu prüfen, wurden Kreuztabellen sowie lineare und logistische Regressionsmodelle gerechnet.

Ergebnisse

Bei den Hauptdiagnosen, aufgrund derer die Kinder und Jugendlichen eine Rehabilitation in Anspruch genommen haben, zeigen sich tendenzielle Unterschiede zwischen den sozialen Statusgruppen. Während Kinder aus Haushalten mit hohem sozialen Status häufiger auf-

grund von Erkrankungen der Wirbelsäulen oder des Rückens eine Rehabilitation in Anspruch nahmen (32,6 %), überwiegen bei den mittleren und niedrigen sozialen Statusgruppen die Hauptdiagnosen Adipositas (35,7 %; 32,7 %) sowie psychische und Verhaltensstörungen (27,8 %; 34,6%). Sowohl hinsichtlich des allgemeinen Gesundheitszustandes als auch der Krankheitsschwere zeigen sich nur geringfügige Unterschiede zwischen den sozialen Statusgruppen. Es zeigt sich jedoch, dass Eltern mit einem hohen SES (47,6 %) die Erkrankung des Kindes deutlich häufiger als schwer bis sehr schwer bewerteten als Eltern mit einem niedrigen SES (30,8 %). Insgesamt stellte die stationäre Rehabilitation für die überwiegende Mehrheit der Kinder einen Erfolg dar. In 89,2 % der Fälle berichteten die Eltern von einem etwas bis deutlich verbessertem Gesundheitszustand des Kindes nach der Rehabilitation. Eltern mit einem hohen SES berichten häufiger von einer deutlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes (56,1 %) als Eltern mit einem mittleren (41,8 %) oder niedrigen SES (32 %). Während sich bei Eigeninitiative der Eltern im Rahmen der Antragsstellung auf stationäre Rehabilitation nur geringfügige Unterschiede zwischen den sozialen Statusgruppen zeigen, können bezüglich der Reha-Erfahrung der Kinder signifikante Unterschiede zwischen den Statusgruppen identifiziert werden. Kinder und Jugendliche aus Haushalten mit einem hohen sozialen Status haben eine signifikant höhere Chance bereits eine Rehabilitation gemacht zu haben (46,5 %) als Kinder aus Haushalten mit mittleren SES (42,1 %) oder niedrigen SES (34,6 %).

Diskussion/Schlussfolgerung

Vor dem Hintergrund einer steigenden Prävalenz chronischer Erkrankungen ist eine sinkende Inanspruchnahme stationärer Rehabilitationsmaßnahmen bei den Heranwachsenden als kritisch zu bewerten. Erste Ergebnisse deuten an, dass soziale Unterschiede nicht zum Tragen kommen, wenn die Kinder und Jugendlichen den Sprung in die Reha geschafft haben. Hinsichtlich ausgewählter reha-relevanter Parameter wie Reha-Initiierung und Reha-Erfolg zeigen sich so gut wie keine bzw. nur geringe soziale Unterschiede. Offen ist, ob soziale Ungleichheiten im Zuge des Antragsverfahrens von Rehabilitationsleistungen wirken. Dies wird in der prospektiven Teilstudie des reku-Projektes analysiert und ermöglicht erstmalig Erkenntnisse, inwieweit soziale Ungleichheiten im Zugang von Rehabilitationsleistungen wirken.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland

Literatur

- Bauer, C.-P., Petermann, F. (2010): DGRW-Update: Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen. *Die Rehabilitation* 49, 4. 217-223.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) (Hrsg.) (2012): *Reha-Bericht 2012. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik.* Berlin.
- Lampert, T., Richter, M. (2009): Soziale Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. In: Richter, M., Hurrelmann, K. (Hrsg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven.* 2. Aufl. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss. 207-228.
- Winkler, J., Stolzenberg, H. (2009): Adjustierung des Sozialen-Schicht-Index für die Anwendung im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003/2006. In: *Weimarer Diskussionspapiere* (7). 1-28.

Autistische Verhaltensmuster in der stationären Rehabilitation von Kindern mit ADHS – Ergebnisse eines Asperger-Screenings

Dobler, U., Hermann, T.

Fachklinik Prinzregent Luitpold, Scheidegg

Einleitung

Patienten mit Aspergersyndrom (AS) sind trotz oft guter kognitiver Fertigkeiten in ihrer beruflichen Sozialisation deutlich beeinträchtigt. In der stationären Rehabilitation kommt die Diagnose bisher aufgrund der eher geringen Prävalenz jedoch relativ selten vor. Poustka et al. (2004) berichten von etwa 8/10.000 Fällen. Remschmidt und Kamp-Becker (2006) beschreiben die Schwankungsbreite verschiedener Studien zwischen 0,3 bis 48,8/10.000. Bei der Prävalenz der Autismusspektrumstörung (ASS) insgesamt wird in etwa von 90/10000 ausgegangen (Bölte, 2009). Patienten mit AS haben in hohem Maße (> 20 %) Aufmerksamkeitsstörungen (Remschmidt, Becker-Kamps, 2006), Simchen berichtet andererseits von gehäuft autistischen Zügen bei der ADHS-Klientel (Simchen, 2011).

Ziel der vorliegenden Studie ist es, durch ein AS-Screening das Ausmaß autistischer Züge in der stationären Rehabilitation von ADHS-Patienten zu erfassen, um ggf. aufgrund der Ergebnisse ADHS-Behandlungsprogramme in der Rehabilitation durch entsprechende Bausteine zu ergänzen bzw. zu optimieren.

Untersuchung

Begleitpersonen von ADHS-Patienten (Eltern) wurde die Marburger Beurteilungsskala zum Aspergersyndrom (Remschmidt, Becker-Kamps, 2006) zur Bearbeitung vorgelegt. Aufgenommen wurden Kinder, die vom behandelnden Arzt am Heimatort im medizinischen Antrag zur stationären Rehabilitation die Diagnose Hyperkinetische Störung (ICD 10 F 90.0 G oder F 90.1 G) als gesichert codiert erhielten. Nicht aufgenommen wurden Patienten mit der Verdachtsdiagnose ADHS oder einer diagnostizierten ASS.

Stichprobe

Gesamt n=55 (davon F 90.0 n= 46; F 90.1 n= 9), Altersspanne 6 bis 15 Jahre (Median 9 Jahre), männlich (n= 49), weiblich (n= 6)

Ergebnisse

Auf der MBAS-Gesamtskala lagen 7 Patienten (12,7 %) über dem cut-off, so dass hier eine Verdachtsdiagnose mit der Empfehlung der weiteren differentialdiagnostischen Abklärung gestellt wurde.

Bei den 4 Unterskalen mit eigenem cut-off ergaben sich folgende Werte für Auffälligkeiten:

1. Theory of Mind, Kontakt und Spielverhalten n=5 (9,1 %)
2. Geteilte Aufmerksamkeit und Freude, Mimik, Gestik n=10 (18,1 %)

3. Stereotypes und situationsinadäquates Verhalten n=20 (36,4 %)

4. Auffälliger Sprachstil, Sonderinteressen, Motorik n=15 (27,3 %)

Von den n=48 Patienten mit unauffälligem Gesamtscore waren mindestens auf einer Skala auffällig n=18 (37,5 %), mindestens auf 2 Skalen n=12 (25,0 %) und auf 3 Skalen n=1 (2,1 %). 30 Patienten (62,5 %) von diesen zeigten gar keine Auffälligkeiten.

Diskussion

Die Anzahl der Patienten mit auffälligem Gesamtscore (12,7 %) lag in der Stichprobe deutlich höher als aufgrund der allgemeinen Prävalenz des AS zu erwarten gewesen wäre. Gleichzeitig zeigen 37,5 % der als in der Gesamtwertung nicht auffällig eingestuft Kinder teilweise autistoide Verhaltensmuster in der Beobachtung durch die Bezugsperson. In der stationären Rehabilitation von ADHS-Patienten sollte daher überlegt werden, zumindest häufiger, wenn nicht sogar standardmäßig, ein Autismusscreening durchzuführen. In der Behandlung von ADHS-Patienten sollte nicht nur die Kernsymptomatik (Aufmerksamkeit, Impulsivität, Hyperaktivität) Beachtung finden, sondern die entsprechenden Programme bei Bedarf durch Elemente von autismusspezifischen Behandlungen/Trainings ergänzt werden.

Die aufgezeigte Häufigkeit autistoider Züge bei ADHS könnte nosologisch auch dorthingehend interpretiert werden, dass sie Simchens Ansicht (2011) stärkt, das AS von den anderen Autismusformen abzugrenzen und eher als Sonderform der ADHS zu definieren.

Literatur

- Bölte, S. (2009): Autismus-Spektrum, Ursachen, Diagnostik, Intervention, Perspektiven. Hans Huber, Hogrefe AG Bern.
- Poustka, F., Bölte, S., Feineis-Matthews, S., Schmötzer, G. (2004): Ratgeber Autistische Störungen. Hogrefe-Verlag, Göttingen.
- Remschmidt, H., Kamp-Becker, I. (2006): Asperger-Syndrom, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg.
- Simchen, H. (2011): Das Aspergersyndrom im Spektrum zwischen Autismus und AD(H)S, Neue Akzente, 90/3. 7-23.

Emotionserkennung, Empathiefähigkeit und soziale Kompetenzen bei verhaltensauffälligen und delinquenten Jugendlichen in der beruflichen Rehabilitation

Thomas, J., Ferbar, D., Fuchs, K.

Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt

Hintergrund

Soziale Kompetenzen stellen einen zentralen Bereich berufsrelevanter Schlüsselkompetenzen dar und sind für eine gelingende soziale Interaktion unerlässlich. Emotionserkennung und die Empathiefähigkeit sind dabei für die Einschätzung des Interaktionspartners in der sozialen Interaktion von Bedeutung (Halberstadt et al., 2001).

Die vorliegende Studie untersucht, inwieweit sich Jugendliche mit Verhaltensauffälligkeiten in der beruflichen Rehabilitation hinsichtlich sozialer Kompetenzen, Emotionserkennung und Empathiefähigkeit von anderen jugendlichen Rehabilitanden bzw. von Personen mit optimalem Bildungsstand unterscheiden. Darüber hinaus wird überprüft, welche Rolle Emotionserkennung und Empathiefähigkeit für die Verfügbarkeit sozialer Kompetenzen spielen.

Methode

An der Untersuchung nahmen insgesamt 73 männliche Probanden (M = 20,4 Jahre) teil. Für die Erhebung wurden jeweils zwei Experimental- und zwei Kontrollgruppen gebildet. Eine Experimentalgruppe bestand aus 13 straffälligen jungen Erwachsenen (JE), eine weitere aus 25 verhaltensauffälligen jungen Männern. Beide Gruppen waren Rehabilitanden des Förderungswerkes St. Nikolaus in Dürrlauingen. Dies gilt auch für eine Kontrollgruppe, aus 21 verhaltensunauffälligen Personen. Eine weitere Kontrollgruppe wurde aus 14 jungen Erwachsenen gebildet, um Leistungen unter optimalen Bildungsvoraussetzungen einzuschätzen.

Zur Prüfung der Emotionserkennung diente der Facially Expressed Emotion Labeling Test (FEEL) von Kessler et al. (2002) zur Erfassung der sechs Basisemotionen Freude, Trauer, Ekel, Angst, Überraschung und Ärger (Ekman, 2010). Die Erfassung der kognitiven und affektiven Empathiefähigkeit erfolgte mit dem Multifaceted Empathy Test (MET) von Dziobek, et al. (2008). Das computerbasierte Instrument zur Erfassung der berufsbezogenen sozialen Kompetenz wurde an der Katholischen Universität entwickelt. Es handelt sich dabei um eine Weiterentwicklung eines videobasierten Diagnoseinstrumentes (Thomas et al., 2006).

Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen, dass die Rehabilitanden aus dem Berufsbildungswerk bezüglich sozialer Kompetenzen signifikant größere Schwierigkeiten bei der korrekten Einschätzung von Handlungsalternativen haben als die Probanden mit optimalen Bildungsvoraussetzungen, während sich nur geringe Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen der beruflichen Rehabilitanden aufzeigen ließen. Hinsichtlich der Emotionserkennung zeigen sich Effekte bei den Emotionen Angst, Trauer und Ärger. Weiterhin ließen sich Unterschiede zwischen den Rehabilitanden und der Kontrollgruppe in Bezug auf den kognitiven Aspekt der Empathiefähigkeit nachweisen.

Statistisch bedeutsame Zusammenhänge zwischen den Skalen der sozialen Kompetenz, dem Maß der kognitiven Empathie sowie der Emotionserkennung konnten darüber hinaus nachgewiesen werden. Dies spricht dafür, dass Emotionserkennung und Empathiefähigkeit wesentliche Bestandteile der sozialen Kompetenz darstellen.

Fazit

Schlussfolgerungen hinsichtlich der Vermittlung emotionaler und sozialer Kompetenzen lassen sich dahingehend ziehen, dass ein wirksames soziales Training basale Kompetenzen wie das Erkennen von Emotionen berücksichtigen muss.

Literatur

- Dziobek I., Rogers, K., Fleck, S. Bahnemann, M., Heerkeren, H.R., Wolf, O.T., Convit, A. (2008): Dissociation of Cognitive and Emotional Empathy in Adults with Asperger Syndrome using the Multifaceted Empathy Test. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 38. 464-473.
- Ekman, P. (2010): *Gefühle lesen*. Heidelberg: Spektrum.
- Halberstadt, A.G., Denham, S.A., Dunsmore, J.C. (2001): Affective social competence. *Social Development*, 10. 79-119.
- Kessler, H., Bayerl, P., Deighton, R.M., Traue, H.C. (2002): Facially Expressed Emotion Labelling (FEEL): PC-gestützter Test zur Emotionserkennung. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 23. 297-306.
- Thomas, J., Jansch, A., Niedermaier, A. (2006): Förderdiagnostik sozialer Kompetenzen bei benachteiligten Jugendlichen – Entwicklung eines videobasierten Diagnoseinstrumentes. *Jugend, Beruf, Gesellschaft*, 57. 180-189.

Geriatrische Früh- und Anschlussrehabilitation: Routinedatenanalysen zu Ausgangsbefunden und Nachhaltigkeit vor dem Hintergrund unterschiedlicher Versorgungsschwerpunkte und -quoten in den Bundesländern

Meinck, M. (1), Lübke, N. (1), Polak, U. (2)

(1) Kompetenz-Centrum Geriatrie beim MDK Nord, Hamburg,
(2) AOK-Bundesverband, Berlin

Hintergrund

In Deutschland bestehen unterschiedliche geriatrische Versorgungsschwerpunkte in den Bundesländern: entweder Überwiegen geriatrischer Frührehabilitation (FR) oder Überwiegen geriatrischer Anschlussrehabilitation (AR). Darüber hinaus variieren die jeweiligen geriatrischen Versorgungskapazitäten (Plate, Meinck 2006; Meinck et al., 2013). Der Beitrag untersucht mittels Routinedaten mögliche Einflüsse der strukturellen Faktoren Versorgungsschwerpunkt und -quote in der Geriatrie auf Indikatoren zum Zeitpunkt des Beginns der Leistungsanspruchnahme und auf die Nachhaltigkeit geriatrischer FR und AR.

Methoden

Anonymisierte Abrechnungsfälle von AOK-Versicherten ≥ 65 Jahre mit stationärer geriatrisch-rehabitativer Leistungsanspruchnahme der Jahre 2008/09 (N=202.576) wurden vergleichend für die Leistungsformen FR (61 %) und AR (39 %) stratifiziert nach regionalem Versorgungsschwerpunkt (FR vs. AR) und Versorgungsquote (Geriatriebetten pro 10.000 Einwohner 65 Jahre und älter) in der Geriatrie ausgewertet. In Routinedaten verfügbare demographische und medizinische Indikatoren zum Zeitpunkt des Beginns der Leistungsanspruchnahme (z. B. Alter, Indikationsgruppen, geriatritypische Merkmalskomplexe, Pflegebedarf) wurden univariat sowie Indikatoren der Nachhaltigkeit anhand eines kombinierten Endpunkts (Überleben, höhere Pflegestufen und Heimübertritte) bis zu 12 Monate nach Abschluss der Leistungsanspruchnahme multivariat (logistische Regression) analysiert.

Ergebnisse

Signifikante Unterschiede zum Zeitpunkt des Beginns der Leistungsanspruchnahme wurden sowohl für FR als auch für AR bei Differenzierung nach Versorgungsschwerpunkt und -quote in der Geriatrie ermittelt. Relevante Unterschiede fanden sich bspw. im Umfang vorbestehender Pflegebedürftigkeit und in der Behandlungsdauer. Bei 62 % aller Fälle trat im Verlauf Mortalität, eine höhere Pflegestufe oder ein Heimübertritt auf (FR 63,5 % und AR 60,1 %). Auf den weiteren Verlauf zeigten sich in der multivariaten Betrachtung jedoch keine signifikanten Einflüsse des Versorgungsschwerpunkts oder der Versorgungsquote in der Geriatrie. Erst in der vorgenommenen Sensitivitätsanalyse (separate Regressionsmodelle für ausgewählte Diagnosegruppen) zeigte sich bei Krankheiten des Muskel-Skelettsystems

eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit für Ereignisse des kombinierten Endpunkts in der Leistungsform FR im Vergleich mit AR.

Schlussfolgerung

Die aufgezeigten Unterschiede in den Ausgangsbefunden differenziert nach den strukturellen Faktoren Versorgungsschwerpunkt und -quote belegen den Einfluss dieser Faktoren auf die rehabilitative Versorgung geriatrischer Patienten. Die geprüften strukturellen Faktoren lassen jedoch in der generischen Analyse keinen Einfluss auf die Verläufe nach stationär geriatrisch rehabilitativer Versorgung erkennen. Unterschiede in den Verläufen gründen primär auf medizinischen, pflegerischen und sozialen Determinanten. Diese Daten liefern wichtige Grundlagen für die weitere Ausgestaltung der geriatrischen Versorgung.

Literatur

Meinck, M., Lübke, N., Plate, A. (2006): Auf- oder Abbau geriatrischer Versorgungsstrukturen in Deutschland? Kritische Analyse zur Aussagekraft der amtlichen Statistik und anderweitiger Erhebungen. *Z Gerontol Geriatr*, 39. 443-450.

Meinck, M., Lübke, N., Polak, U. (2013): Rehabilitation vor Pflegebedürftigkeit im Alter: eine Analyse anhand von Routinedaten. *Rehabilitation (Stuttg)* eFirst. URL: <https://www.thieme-connect.de/ejournals/abstract/10.1055/s-0033-1347233>.

Vorbereitung in der Reha auf die häusliche Versorgung bei Pflegebedürftigkeit: Bedürfnisse aus Sicht von Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen sowie Bedarfe aus Sicht von Pflege-Expert(inn)en – Erste qualitative Ergebnisse aus dem Modellprojekt ProPASS

Menzel-Begemann, A., Klünder, B., Wippermann, K., Schaeffer, D.
Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld

Hintergrund

Eine wesentliche Stärke der Rehabilitation ist, dass sie zu einem für die Bewältigung von Krankheitsfolgen äußerst wichtigen Zeitpunkt ansetzt: Die Betroffenen werden nach dem Akut-Ereignis und vor dem selbstständigen Zurechtkommen im Alltag behandelt. Sie befinden sich daher in einer Phase, in der sowohl die mentale Krankheitsverarbeitung als auch das Bewältigungshandeln im geschützten Rahmen angebahnt und gefördert werden kann, bevor die Rückkehr in das private Umfeld und die (Selbst-)Versorgung zuhause erfolgen muss. Auf die Rückkehr und die Teilhabe vorzubereiten, ist und muss ein wesentliches Anliegen der Rehabilitation sein, denn sie ist für die Betroffenen ein bedeutsamer Schritt, der mit Unsicherheiten und Risiken verbunden ist (Wingenfeld, 2011). Dies gilt in besonderem Maße bei Pflegebedürftigkeit, da Betroffene nach Entlassung auf Unterstützung und Fremdhilfe angewiesen bleiben. So ergeben sich auch für Angehörige, die häufig den zentralen Stützpfiler der häuslichen Versorgung und Pflege bilden (Schaeffer, Moers, 2011), erhebliche Konsequenzen: Betreuungs- und Versorgungsaufgaben sind zu bewältigen, persönliche Umstellungen und Anpassungen der Alltagsabläufe und -tätigkeiten werden erforderlich, ei-

gene Bedürfnisse geraten in den Hintergrund. Den damit verbundenen Herausforderungen – sowohl auf Seiten der Betroffenen als auch ihrer pflegenden Angehörigen – können beide umso besser begegnen und damit Überlastungen vorbeugen (Niewohner, 2012), je gezielter sie bereits im Vorfeld und innerhalb eines geschützten Rahmens, wie ihn die Rehabilitation bietet, darauf vorbereitet werden.

Dieses Ziel verfolgt das Modellprojekt ProPASS (Probe-Wohnen, Patienten-/Angehörigen-Schulung und Selbstinformations-/Selbstlernzentrum). Es basiert auf einem neuen Versorgungsmodell für ("pro") einen problem- und nahtlosen Übergang bzw. eine Passage (the "pass") von der stationären in die häusliche Versorgung. ProPASS rückt explizit die Situation der Erkrankten und Angehörigen in den Mittelpunkt, die in den bisherigen Bemühungen zur Überwindung der Schnittstellenprobleme vernachlässigt wurde. Um die Inhalte der Interventionsmodule patienten- beziehungsweise nutzerorientiert zu gestalten, wurden im Vorfeld die Bedürfnisse der Betroffenen und ihrer pflegenden Angehörigen hinsichtlich in der Rehabilitation wünschenswerter Vorbereitungsmaßnahmen aber auch die Bedarfe aus Expertensicht erfasst.

Methode

Die Erfassung der Bedürfnisse und Bedarfe erfolgte mittels qualitativer Methoden: Unter Zuhilfenahme eines themenzentrierten Leitfadens wurden mit freiwillig teilnehmenden Pflegebedürftigen, pflegenden Angehörigen und Pflege-Expert(inn)en Interviews durchgeführt, die nach Zustimmung digital aufgezeichnet sowie anschließend transkribiert wurden. Zentrale Kategorien der regel- und theoriegeleiteten inhaltsanalytischen Auswertung waren Alltagsverrichtungen, Rollen-/Werteänderungen, Erwartungen, Herausforderungen, Konflikte, Anleitungs- und Schulungsbedarf.

Die Kontaktaufnahme und Rekrutierung der Interviewpersonen erfolgte bei den Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen während des Reha-Aufenthaltes oder über Vermittlung durch eine fachärztliche Praxis und bei den Pflege-Expert(inn)en aus Wissenschaft und Praxis (ambulante/stationäre Pflege, Pflegeleitung, Kostenträger, Selbsthilfe) über ein kollegiales Netzwerk.

Ergebnisse

Die Interviews verdeutlichen aus verschiedenen Perspektiven die mit der Übernahme der häuslichen Versorgung verbundenen Herausforderungen und Konfliktpotenziale. Sowohl Pflegebedürftige als auch pflegende Angehörige beschreiben die Umstellung alltäglicher Abläufe, das Zurückstellen von Gewohnheiten und eigenen Bedürfnissen sowie den emotionalen Umgang mit der neuen Situation als enorme Anstrengung. Pflege-Expert(inn)en berichten ergänzend von falschen Erwartungen, Unsicherheiten und häufigen Überforderungen, die von den Beteiligten nicht rechtzeitig erkannt werden und die sich belastend auf die Versorgungssituation auswirken.

Schlussfolgerung

Die aus verschiedenen Perspektiven beschriebenen Herausforderungen und Konfliktpotenziale verdeutlichen die Relevanz einer frühzeitigen Vorbereitung auf die häusliche Versorgung. Die Rehabilitation als "geschütztes Setting" übernimmt hierbei eine wesentliche Funktion zur Förderung der Teilhabe: Pflegehandeln, Kompetenzen zur Stressbewältigung und

Informationssammlung, wie sie im Rahmen von ProPASS vermittelt werden, sind vor dem Hintergrund der beschriebenen Anforderungen zentrale Elemente zur Förderung des Selbstmanagements sowohl der Pflegebedürftigen als auch ihrer pflegenden Angehörigen und damit zur Sicherung der Versorgungsqualität und der Verhinderung von Pflegebedürftigkeit resp. ihrer Verschlimmerung.

Förderung: Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, Europäische Union

Literatur

Niewohner, S. (2012): Angehörige als Partner für ein professionelles Entlass- und Versorgungsmanagement. *Pro Alter*, 44/1. 42-45.

Schaeffer, D., Moers, M. (2011): Bewältigung chronischer Krankheiten – Herausforderungen für die Pflege. In: Schaeffer, D.; Wingenfeld, K. (Hrsg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim, München: Juventa. 329-363.

Wingenfeld, K. (2011): *Pflegerisches Entlassungsmanagement im Krankenhaus. Konzepte, Methoden und Organisationsformen patientenorientierter Hilfen*. Stuttgart: Kohlhammer.

Patientenorientierung in der Geriatrischen Rehabilitation – Ist die Erfassung von patientenseitigen Behandlungszielen und Gesundheitsbewertungen bei Menschen mit Demenz möglich?

Dutzi, I. (1), Schwenk, M. (2), Hauer, K. (1)

(1) AGAPLESION Bethanien Krankenhaus Heidelberg,

(2) Department of Surgery, College of Medicine, University of Arizona, Tucson

Hintergrund

Die Erfassung von individuell bedeutsamen, teilhabe-relevanten Rehabilitationszielen und Gesundheitsbewertungen ist eine wichtige Voraussetzung für eine sinnvolle Planung von Rehabilitationsmaßnahmen und stellt die Grundlage einer patientenorientierten Veränderungsmessung dar (Farin, 2008). Diese Selbsteinschätzungen und subjektiven Behandlungsziele von Menschen mit Demenz werden bislang im klinischen Alltag allerdings wenig genutzt. Bei demenziell erkrankten Patienten wird häufig die Fähigkeit, den Gesundheitszustand adäquat einzuschätzen und daraus individuell bedeutsame Rehabilitationsziele zu formulieren, in Frage gestellt. Fremdbeurteilungen nehmen deshalb mit zunehmendem Krankheitsstadium ein höheres Gewicht ein.

Für die Praxis der geriatrischen Rehabilitation existiert bislang kein etabliertes Assessmentinstrument zur systematischen Erfassung individueller Ziele und Gesundheitsbewertungen.

Ziel der Untersuchung war es deshalb, einen Fragebogen zu entwickeln und zu erproben, mit dem bei der Patientengruppe der kognitiv leicht bis mittelschwer beeinträchtigten Patienten, bedeutsame Rehabilitationsziele und Gesundheitsbewertungen im Verlauf der Rehabilitation erhoben werden können. Zum anderen sollte untersucht werden, inwieweit diese Gesundheitsbewertungen und deren Veränderung während der Rehabilitation mit objektiv erhobenen Daten übereinstimmen. Langfristig sollte über ein solches Instrument zum einen

die Einbindung von Patientenwünschen und eine für den einzelnen Patienten bedeutsame, individuellere Ausrichtung von Rehabilitationsmaßnahmen ermöglicht werden. Zum anderen sollte die etablierte Bestimmung des Rehabilitationserfolges durch behandlerseitig festgestellte Veränderungen relevanter Outcomes im Prä-Post-Vergleich, durch die subjektive, an der Bedeutsamkeit für den Patienten orientierten Veränderungsbeurteilung ergänzt werden.

Methode

100 Patienten mit diagnostizierter leichter bis moderater Demenz (MMSE 17-26) der Rehabilitationsabteilung des Geriatrischen Zentrums Bethanien in Heidelberg wurden mittels eines strukturierten Fragenkatalogs zu Zielen ihrer Rehabilitationsmaßnahme sowie zu Gesundheits- und Veränderungsbewertungen zu Beginn und Ende der Rehabilitation befragt. Die Auswahl der befragten Kategorien orientierte sich am "Brief ICF Core set for Patients in Geriatric post-acute rehabilitation facilities" (Grill et al., 2011). Insgesamt wurden die Patienten zu 19 Kategorien aus den Bereichen Körperfunktionen (bspw. Schmerzen, mentale Funktionen, kardiovaskulär und Atmungsorgane betreffend), Aktivitäten und Partizipation (bspw. Körperfunktionen wechseln, Gehen mit/ohne Hilfsmittel, kleine Haushaltsaufgaben erledigen) und Umweltfaktoren (Produkte, Technologien, Substanzen für den persönlichen Gebrauch) befragt. Zusätzlich konnten die Patienten zu Rehabilitationsbeginn frei ihre Rehabilitationsziele nennen.

Diese Gesundheitsbewertungen und deren wahrgenommene Veränderungen wurden mit objektiven Messdaten und systematisch erhobenen Fremdbeurteilungen korreliert (bspw. The Hierarchical Assessment of Balance and Mobility (HABAM), Barthel-Index, Kraftmessungen der unteren Extremität).

Erste Ergebnisse

Auch bei Patienten mit beginnender Demenz ist es möglich individuelle Rehabilitationsziele differenziert zu erfassen. Die meistgenannten Ziele der Patienten bezogen sich auf die Funktionsbereiche Verbesserung der allgemeine Beweglichkeit (84,2 %), Steigerung der Beinkraft (82,4 %) das Gehen ohne Hilfsmittel (72,3 %), Kraft auftanken um mit Stress und Alltagsanforderungen umzugehen (69,3 %). Die Selbsteinschätzungen der Patienten aus den Bereichen Motorik und ADL korrelierten signifikant mit objektivierbaren Parametern und Fremdbeurteilungen (bspw. HABAM Mobilität und Item "Körperliche Beweglichkeit" $r = -.45$; $p=0.00$; Barthel Index "Körperpflege" und Item "Sich waschen" $r=.26$, $p=0.003$).

Förderung: Baden-Württemberg Stiftung

Literatur

- Farin, E. (2008): Patientenorientierung und ICF-Bezug als Herausforderung für die Ergebnismessung in der Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 47. 67-76.
- Grill, E., Müller, M., Quittan, M., Strobl, R., Kostanjsek, N., Stucki, G. (2011): Brief ICF core set for patients in geriatric post-acute rehabilitation facilities. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 43. 139-144.

Trainingskarussell bei Demenzerkrankung – Aktivieren um zu Deaktivieren. Ein Pilotprojekt zur körperlichen Aktivierung in der stationären gerontopsychiatrischen Versorgung

Fleiner, T. (1,2), Eichberg, S. (1), Zijlstra, W. (1), Häussermann, P. (2)

(1) Institut für Bewegungs- und Sportgerontologie, Deutsche Sporthochschule Köln,

(2) Abteilung Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, LVR-Klinik Köln

Hintergrund

Neben kognitiven Einschränkungen tritt bei an Demenz erkrankten Patienten im Krankheitsverlauf ein agitiertes Verhalten auf. Eine medikamentöse Behandlung dieses Verhaltens mittels Neuroleptika kann potentiell gefährliche Nebenwirkungen für diese Patientengruppe mit sich bringen (US-Food and Drug Administration, 2005). Laut Studienlage scheint das agitierte Verhalten in direkter Verbindung zu einem hohen Maß an körperlicher Inaktivität zu stehen (Scherder et al., 2010). Demnach wird gefordert, diese Patienten körperlich zu aktivieren, anstatt sie mit potentiell gefährdenden Medikamenten zu behandeln. Dieses Projekt soll untersuchen, inwiefern ein Programm zur körperlichen Aktivierung im gerontopsychiatrischen Setting möglich ist und welche Effekte dies auf ein agitiertes Verhalten der Patienten hat.

Methodik

Durchgeführt wurde ein unkontrolliertes, nicht-verblindetes Pilotprojekt mit einer Interventionsgruppe. Daran nahmen 16 Patienten (9 Frauen, 7 Männer) im Alter von 77.2 Jahren (SD=7.4) mit einer Demenz-Erkrankung (MMST M=17.0; SD=6.3) teil. Im Rahmen der vollstationären gerontopsychiatrischen Versorgung wurde diesen Patienten für zwei Wochen, an drei Tagen pro Woche, jeweils vier Trainingseinheiten zu 20 bis 30 Minuten pro Tag angeboten. Untersucht wurde die Machbarkeit seitens des Stationsalltages und seitens der Patienten mittels Teilnahmedokumentation aller therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen und Trainingsprotokollen. Das agitierte Verhalten wurde mittels des Cohen-Mansfield-Agitation-Inventory (CMAI) jeweils eine Woche retrospektiv vor der Intervention (T1), nach der ersten Interventionswoche (T2), sowie nach der Intervention (T3) erhoben. Zusätzlich wurde die Pittsburgh Agitation Scale (PAS) während der Interventionsphase werktags drei Mal täglich, zum Ende der Früh-, Spät- und Nachtschicht retrospektiv über die letzten acht Stunden durchgeführt.

Ergebnisse

84.6 % (SD=9.2) der angebotenen Trainingseinheiten konnten von den Patienten angenommen werden. Durchschnittlich führten die Patienten ca. 135 Minuten pro Woche körperliche Aktivität durch. Elf Patienten waren 182 Minuten pro Woche (SD=44.0) im Programm aktiv, fünf Patienten nahmen an 43 Minuten pro Woche teil (SD=35.0). Die Ergebnisse der Verhaltensparameter zeigen für den CMAI zu T1 einen Median von 37 Punkten (IQB=10), zu T2 einen Median von 34 Punkten (IQB=14) und zu T3 einen Median von 36.5 Punkten (IQB=10). Weder im Gesamtverlauf noch im Vergleich der Subkategorien der Verhaltensparameter sind signifikante Unterschiede zu erkennen. Die PAS-Erhebung weist im Vergleich der ersten und zweiten Interventionswoche signifikante Reduktionen in zwei Frühschichten,

sowie einer Spät- und einer Nachtschicht auf. Im Vergleich der ersten und zweiten Interventionswoche zeigen sich signifikante Reduktionen des agitierten Verhaltens in der Subkategorie stimmliche Äußerungen in sechs Frühschichten und in der Subkategorie motorische Agitiertheit in vier Frühschichten.

Diskussion

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass ein Trainingskarussell sowohl in den Stationsalltag integrierbar, als auch von Patientenseite durchführbar ist. Die Forderung von Scherder und Kollegen (2010), an Demenz erkrankte Patienten in hohem Maße zu aktivieren, scheint demnach im gerontopsychiatrischen Setting umsetzbar. Die Tatsache, dass über 80 % der Trainingseinheiten angenommen wurden und elf Projektteilnehmer sogar 30 Minuten über dem geforderten Aktivitätsniveau der aktuellen Leitlinien zur körperlichen Aktivität von Personen über 65 Jahren lagen (Chodzko-Zajko et al., 2009), spricht für eine gute Annahme und Durchführbarkeit im gerontopsychiatrischen Setting. Während die Ergebnisse der CMAI-Erhebung keine Veränderung des agitierten Verhaltens aufzeigen, weisen die Ergebnisse der PAS-Erhebung auf eine signifikante Reduktion des agitierten Verhaltens vor allem in den Frühschichten hin. Inwiefern dies allein auf die Teilnahme an dem Programm zur körperlichen Aktivierung zurückzuführen ist, kann erst durch künftige kontrollierte Studien mit größerer Stichprobe geklärt werden.

Die Implementierung eines Trainingskarussells in den stationären gerontopsychiatrischen Therapiealltag könnte eine wertvolle Weiterentwicklung der Versorgung von an Demenz erkrankten Patienten darstellen. Die positiven Erfahrungen dieses Projektes resultieren in aktuellen Bestrebungen der LVR-Klinik Köln, in der gerontopsychiatrischen Behandlung das Trainingskarussell zu implementieren und somit einen Schwerpunkt auf die körperliche Aktivierung von an Demenz erkrankten Patienten zu setzen.

Förderung: Deutsche Sporthochschule Köln

Literatur

- Chodzko-Zajko, W., Proctor, D., Fiatarone Singh, M., Minson, C., Nigg, C., Salem, G., Skinner, J. (2009): American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 41/7. 1510-1530.
- Scherder, E., Bogen, T., Eggermont, L., Hamers, J., Swaab, D. (2010): The more physical inactivity, the more agitation in dementia. *International Psychogeriatrics*, 22. 1203-1208.
- US Food and Drug Administration (FDA) (2005): Public Health Advisory: Deaths with antipsychotics in elderly patients with behavioral disturbances. Zugriff am 04.10.2013 unter: <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/DrugSafetyInformationforHealthcareProfessionals/PublicHealthAdvisories/ucm053171.htm>.

Effectiveness of an enhanced, dementia-adjusted training program in patients with dementia: Translational model of geriatric rehabilitation

Hauer, K., Dutzi, I., Schwenk, M.

Bethanien Krankenhaus/Geriatisches Zentrum an der Universität Heidelberg

Background

Growing evidence is available for the trainability of patients with dementia in RCTs with selected participants (Hauer, 2006; Schwenk, 2009; Hauer et al., 2012). However, translational approaches for the use of effective programs in the therapeutic routine of clinical settings such as geriatric rehabilitation are lacking (Dutzi et al., 2013)

Objective

To determine the effect of a dementia adjusted, standardized training program on motor status in frail, multi-morbid patients with dementia randomly allocated to 2 separated wards during geriatric rehabilitation (n=154).

Methods

Motor status (primary endpoints: strength: 1RM leg-press; and function: 5 chair stand) were documented pre-post during a 3-week, geriatric ward rehabilitation. A dementia adjusted, progressive strength and functional training (intervention ward, IW) was compared to usual care in a control ward (CW) in a quasi-randomised study design. Patients of both wards otherwise received a comparable multiple rehab program including physiotherapy, functional training and group sessions. The training program and assessment strategy was based on results of a successful, previous post ward intervention study in patients with dementia. For use in the more frail and acutely impaired sample of this study we adjusted training intensity and assessment strategies to prevent floor effects.

Results

The dementia adjusted training significantly improved primary study endpoints: maximal strength (Improvement 1RM: IW +52.6 (42.0) % vs. CW: +13.9 (52.9) %; p-value:<0.001; effect size (ES):0.248) and functional performance (5-chair rise; IW: -19.5 (21.6) % vs. CW: -4.6 (31.3) %; p-value:0.021; ES: 0.060. Effects were confirmed by most, but not all motor assessments. Participation and assessments were limited by impaired motor and overall health status resulting in floor effects in some measures. Results have accepted for publication (Schwenk et al., 2013)

Förderung: Sozialministerium Baden-Württemberg, Pflegekassen, Dietmar Hopp-Stiftung

References

- Hauer, K., Becker, C., Lindemann, U., Beyer, N. (2006): Systematic Review: Effectiveness of physical training on motor performance in cognitively impaired persons. *Am J Phys Med Rehabil*, 85 (10). 847-857.
- Schwenk, M., Lauenroth, A., Oster, P., Hauer, K. (2009): Effektivität von körperlichem Training zur Verbesserung motorischer Leistungen bei Patienten mit demenzieller Erkrankung". In: Braumann / Stiller (Hrsg.): "Bewegungstherapie". Springer Verlag: Heidelberg.

- Dutzi, I., Schwenk, M., Micol, W., Hauer, K. (2013): Patienten mit Begleitdiagnose Demenz. Versorgung in der stationären geriatrischen Rehabilitation. *Z Gerontol Geriat*, 46. 208-213.
- Hauer, K., Schwenk, M., Zieschang, T., Essig, M., Becker, C., Oster, P. (2012): Effects of physical training on motor status in patients with dementia: a randomised controlled trial. *J Am Geriatr Soc*, 60. 8-15.
- Schwenk, M., Dutzi, I., Englert, S., Micol, W., Najafi, B., Mohler, J., Hauer, K. (in print): A Dementia-Adjusted Exercise Program Improves Motor Performances in Patients with Dementia: Translational Model of Geriatric Rehabilitation. (accepted for publication in *Journal of Alzheimer's Disease*).

Effekte des kognitiven Status auf das Therapieangebot bei Patienten mit kognitiver Schädigung in der geriatrischen Rehabilitation

Hauer, K. (1), Dutzi, I. (1), Schwenk, M. (2)

(1) Bethanien-Krankenhaus/Geriatrisches Zentrum an der Universität Heidelberg,

(2) University of Arizona College of Medicine, Tucson, Arizona

Hintergrund

Mehr als die Hälfte aller Patienten, die in die geriatrische Rehabilitation aufgenommen werden weisen eine kognitive Schädigung auf, für ca. ein Drittel kann eine Demenzdiagnose gestellt werden. (Porte et al., 2012; Dutzi et al., 2013). Patienten mit kognitiver Schädigung zeigen oft schlechtere Rehergebnisse als kognitiv intakte Personen. Es bleibt unklar ob ein krankheitsspezifisch verringertes Rehapotential, ein bislang wenig entwickeltes demenzspezifisches Rehaangebot, oder auch Prioritätensetzung seitens der Therapeuten im Sinne einer Bevorzugung der als weniger belastend empfundenen Patienten erfolgt. Bislang liegen wenige, bzw. unzureichende, klinisch objektiv ermittelte Daten zum Zusammenhang von Rehaangeboten und kognitivem Status vor (Poynter et al., 2011; Dutzi et al., 2013).

Ziel

Untersuchung des Einflusses kognitiver Schädigung auf das Therapieangebot in der stationären, geriatrischen Rehabilitation.

Methoden: Studiendesign

Prospektive Beobachtungsstudie.

Setting

Stationäre geriatrische Rehabilitation.

Teilnehmer

Geriatrische Patienten (Alter: 83.1 Jahre) während Rehabilitation (n=426).

Assessment

Therapieangebote während der 3 wöchigen stationären Rehabilitation wurden über ein elektronisches Erfassungssystem (ORBIS) qualitativ und quantitativ dokumentiert und in Be-

zug auf den kognitivem Status ausgewertet. Die Therapieangebote wurden als Gesamtdauer/Anzahl aller Angebote, als auch getrennt nach Therapieinhalten (Physiotherapie, Ergotherapie, u. a.) sowie Organisationsformen (Einzel vs. Gruppentherapie) dokumentiert. Ergebnisse eines etablierten Screening Tests (Mini Mental State Examination MMSE) wurden genutzt um 3 Patientengruppen in Bezug auf den kognitiven status zu bilden: 1. keine kognitive Störung (30-27 scores), 2. beginnende bis mittelgradige Schädigung (26-17), 3. fortgeschrittene Schädigung (<17).

Ergebnisse

Die Patientengruppen unterscheiden sich signifikant in Bezug auf das gesamte Therapieangebot ($p=0.001$). Die Gruppe der kognitiv schwer geschädigten Patienten erhält signifikant weniger Therapieangebote als die Gruppe der nicht geschädigten ($p=0.001$) und die der weniger geschädigten Patienten ($p=0.022$). Signifikante Unterschiede bestehen auch in verschiedenen einzel- bzw gruppenspezifische Therapieangeboten ($p: 0.04-0.002$). Patienten mit beginnender Schädigung liegen in der Häufigkeit der Angebote zwischen den beiden anderen Patientengruppen und unterscheiden sich in einzelnen Therapieangeboten signifikant von der schwerer geschädigten Patientengruppe oder den kognitiv intakten Patienten. Eine Covarianzanalyse (ANCOVA) weist neben den kognitiven Status, das Alter und vor allem den funktionellen Zustand (BARTHEL-Index) als signifikante Kovariaten aus. Anzahl der Medikamente, Ergebnisse von motorischen Tests (Tinetti-test, Timed up and go), und Anzahl der Behandlungstage und Geschlecht stellen keine signifikanten Kovariaten dar.

Schlussfolgerung

Der kognitive Status entscheidet in der geriatrischen Rehabilitation über die Häufigkeit von Therapieangeboten. Alter und funktioneller Status stellen jedoch assoziierte, signifikante Covariablen dar, die z. T. die signifikanten Gruppenunterschiede mit bedingen. Ein Manuskript zu den Studienergebnissen ist zur Publikation eingereicht.

Förderung: Baden-Württemberg-Stiftung, Dietmar Hopp-Stiftung

Literatur

- Dutzi, I., Schwenk, M., Micol, W., Hauer, K. (2013): Patienten mit Begleitdiagnose Demenz. Versorgung in der stationären geriatrischen Rehabilitation. *Z Gerontol Geriat*, 46. 208-213.
- Porte, P., Lahmi, K., Auque, J., Carnet, Y., Galliou, A., Preux, P., Labourdette, M., Zawieja, P., Metais, P. (2012): Screening of patients with cognitive impairment when entering a rehabilitation unit. *Geriatrics & Gerontology International*, 12 (1). 23-29.
- Poynter, L., Kwan, J., Sayer, A., Vassallo, M. (2011): Do cognitively impaired patients benefit from rehabilitation? *Reviews in Clinical Gerontology*, 18 (01). 53-64.

Mismatch of objective fall risk and subjective concerns about falling in patients with dementia

Hauer, K. (1), Schwenk, M. (1), Dutzi, I. (1), Türmer, S. (1), Englert, S. (2)

(1) Bethanien-Hospital/Geriatric centre at the University of Heidelberg,

(2) Institute for Medical Biometry, University of Heidelberg

Background

A striking mismatch of objective risk of falling and subjective concerns about falling have been published (Delbaere et al., 2011) but no data has been reported for patients with dementia representing a vulnerable group for inadequate subjective decisions in general or for geriatric rehab patients with dementia, although fear of falling represents a major risk factor for rehab outcome (Denkinger et al., 2010).

Objective

to determine the mismatch of objective fall risk and subjective concerns about falling in patients with dementia.

Methods: Participants

Patients at a geriatric rehabilitation with diagnostically confirmed mild to moderate stage dementia (n=174). Subgroups of mismatch were identified by Chi² automatic interaction detection analysis (CHAID) according to objective parameters for fall risk (Tinetti Test) discrimination for high vs. low risk and self reported concerns about falling (Falls Efficacy Scale International: FESI).

Results

The group with high objective risk (HR) included 100 patients, the group with low risk (LR) 74 patients. Among the HR-group 65 patients were identified as mismatch (low subjective concerns, LSC) vs. 35 as match (high subjective concerns, HSC). Among the LR-patients 50 patients were classified as mismatch (HSC) vs. 24 as match (LSC).

In the LR group, mismatch patients (HSC) showed significantly (p-values <0.05) increased anxiety, activity restriction, external support, denial of falls, fall related concerns about falling and cognitive performance in some (verbal fluency, immediate recall) cognitive subdomains, decreased quality of life (SF-12) and balance and gait performance (Tinetti, sway area) compared to the LR-LSC group (match). In the HR group, mismatch patients (LSC) showed significantly decreased: reports of falls, activity restriction, external support, fall related concerns about falling, and depression. Both criteria for classification (Tinetti test, FESI) predict reports on history of falls.

Study results showed that patients with dementia show a mismatch of objective vs. subjective risk of falling which is twice as much as frequent compared to older persons without cognitive impairment. Such a mismatch may represent a link to the significantly increased

risk of falling in patients with dementia and is potentially associated to less favourable rehab outcome.

Study results have been submitted for publication.

Förderung: Baden-Württemberg-Stiftung, Dietmar Hopp Stiftung

References

- Delbeare, K., Close, J.C.T., Brodaty, H., Sachdev, P., Lord, S.R. (2011): Determinants of disparities between perceived and physiological risk of falling among elderly people: cohort study. *BMJ*. online first.
- Denkinger, M.D., Igl, W., Lukas, A., Bader, A., Bailer, S., Franke, S., Denkinger, C.M., Nikolaus, T., Jamour, M. (2010): Relationship between fear of falling and outcomes of an inpatient geriatric rehabilitation population--fear of the fear of falling. *J Am Geriatr Soc.*, 58 (4). 664-673.

Verbesserung der Lebensqualität von älteren Menschen mit chronischen Erkrankungen durch Förderung der Selbstpflegekompetenzen am Beispiel von Amputationen – Schulung zum Caremanager-Amputationsbegleiter

Jahnke, M., Vogt-Bolm, A., Michaelis, U., Petersen-Ewert, C., Gaidys, U.

Fakultät Wirtschaft und Soziales, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Hintergrund

Menschen mit Majoramputationen bedürfen einer kontinuierlichen Unterstützung im Versorgungsprozess, um ihre Selbstständigkeit im Alltag wieder zu erlangen und gesellschaftlich teilhaben zu können (Gaidys, Michaelis, 2013). Es fehlen Versorgungsangebote, die die alltagsrelevanten Bedürfnisse, insbesondere der älteren und chronisch erkrankten Menschen mit Majoramputationen, fokussieren. Durch die diskontinuierliche Versorgung fühlen Betroffene sich alleingelassen (Gaidys, Michaelis, 2013). Sie benötigen bereits vor der Amputation einen kontinuierlichen Ansprechpartner, der sie auch über den Zeitpunkt der Rückkehr in die Häuslichkeit im Sinne des Care-Managements begleitet und unterstützt. Dabei sollte die Förderung und Stärkung der Selbstpflegekompetenzen im Vordergrund stehen (Orem, 2001). Es wurde ein multiprofessionelles Versorgungskonzept entwickelt, dessen zentraler Bestandteil die Entwicklung eines Schulungsprogramms zum Caremanager-Amputationsbegleiter ist.

Methodik

Der Entwicklung der Schulung ging eine Bestandsanalyse zu strukturierten Schulungsprogrammen für Pflegende im Bereich der Versorgung von Menschen mit Majoramputationen voraus. Die Rahmenbedingungen wurden in zwei Expertenrunden (n=10 und n=8) und einer Delphibefragung (n=11) entwickelt. Das zugrundeliegende Konzept wurde in zwei Fokusgruppen aus Menschen mit Majoramputationen und Angehörigen diskutiert. Die Daten wurden inhaltsanalytisch nach Mayring (2010) ausgewertet und die Ergebnisse in die Weiter-

entwicklung der Schulung einbezogen. Zudem wurden aktivierende und praxisorientierte Lernmethoden der Erwachsenenbildung in die Entwicklung des Schulungsprogramms integriert.

Die Kompetenzerweiterung durch die Schulung wird an drei Messzeitpunkten durch ein an der Nurse Competence Scale (Girbig, Bauer, 2011) orientiertes Instrument abgebildet.

Ergebnisse

Die Bestandsanalyse zeigte, dass keine Schulungsprogramme im Bereich der Versorgung von Menschen mit Majoramputationen bestehen, die auf den Lebensalltag der Betroffenen abzielen.

Die Schulung zum Caremanager-Amputationsbegleiter wurde für Pflegende und Angehörige anderer Gesundheitsfachberufe sowie Personen, die in die Betreuung von Menschen mit Amputation involviert sind, als Fortbildung konzipiert. Die Module der Schulung fokussieren amputationsbezogene medizinische Themen, den Bereich Mobilität und Krankheitsbewältigung. Außerdem steht die Kommunikation mit Betroffenen und Angehörigen im interprofessionellen Kontext im Vordergrund. Neben Impulsvorträgen erfolgt die Vermittlung durch handlungsrelevante Übungseinheiten im Sinne des problemorientierten Lernens nach Price (2005). Zudem finden Hospitationen bei erfahrenen Amputationsbegleitern und In-House-Schulungen statt. Ergänzend gibt es Lernaufgaben, um die Schulungsinhalte kontinuierlich zu internalisieren.

Der Workload der Schulung umfasst 60 Stunden Präsenz an 2 x 5 Tagen. Die Abschlussprüfung zielt auf das erworbene Wissen sowie die Reflexions- und Handlungskompetenz ab und schließt eine mündlich-praktische Prüfung (Objective Structured Clinical Examination) ein.

Diskussion und Ausblick

Mit der Schulung zum Caremanager-Amputationsbegleiter werden die Teilnehmer dazu qualifiziert, kompetente Ansprechpartner für Menschen mit Majoramputationen zu sein. Dabei stehen sie bereits vor der Amputation und über den gesamten Rehabilitationsverlauf unterstützend zur Verfügung. Die Schulung ist im Oktober 2013 mit 12 Teilnehmern gestartet. Die Beurteilung der Versorgungs- und Lebensqualität der Patienten, welche durch die Caremanager-Amputationsbegleiter begleitet wurden, wird ab 2014 analysiert.

Es wird erwartet, dass der Caremanager-Amputationsbegleiter dazu beiträgt, einen integrierten, koordinierten Versorgungsplan und Beratungsangebote für Menschen mit Majoramputation zu etablieren sowie eine Verbesserung der Kooperation und Vernetzung von ambulanten, teilstationären, stationären, professionellen und nichtprofessionellen Akteuren zu erzielen. Menschen mit Majoramputation könnten damit die Wiedererlangung ihrer Selbstpflegefähigkeit und sozialen Teilhabe ermöglicht werden.

Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung, Förderlinie SILQUA-FH – Soziale Innovationen für Lebensqualität im Alter

Literatur

Gaidys, U., Michaelis, U. (2013): Optimierung der rehabilitativen Versorgung von Menschen mit Majoramputation – eine qualitative Studie. *Pflege*, 26/1. 31-41.

- Girbig, M., Bauer, A. (2011): Kompetenzerfassung in der stationären Krankenpflege: Übersetzung, Modifizierung und kulturelle Adaption der Nurse Competence Scale (NCS). *Pflegewissenschaft*, 13. 655-663
- Mayring, P. (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz.
- Orem, D. (2001): *Nursing Concepts of Practice* (6th ed.). Mosby: St. Louis.
- Price, B. (2005): *Problem- und forschungsorientiertes Lernen*. Huber: Bern.

Effect of a Home Training on Functional Performance and Physical Activity in Geriatric Patients with Cognitive Impairment

Hauer, K. (1), Koepp, P. (1), Dutzi, I. (1), Schwenk, M. (2).

(1) Bethanien-Hospital/Geriatric Centre at the University of Heidelberg,

(2) University of Arizona College of Medicine, Tucson, Arizona

Background

After discharge from ward rehabilitation patients with cognitive impairment are at high risk for loss of functional performance (Hauer et al., 2012). RCTs with focus on post-stationary rehabilitation in patients with cognitive impairment have rarely been published. Previous training interventions with patients with dementia showed substantial methodological pitfalls (Hauer et al., 2006). The methodology of the presented pilot study had successfully been developed and evaluated before for a supervised training (Hauer et al., 2012).

Objective

to determine the effect of a standardised home training program on patients with cognitive impairment.

Methods: Design

Pilot RCT, Cross over design.

Setting

Home training/ post ward rehabilitation.

Participants

Geriatric patients (age: 82.3 yrs.) with cognitive impairment (MMSE: 18.6) (n=34).

Intervention

Patients in the Intervention Group (IG, n=17) were instructed to perform a standardized resistance and functional home training as described in a poster-like presentation of selected training tasks which had proved efficacy in previous trials for 6 weeks. The control group (CG, n=17) did not receive a training recommendation, but started training after the initial follow-up period of 6 weeks. The training program was based on previous successful intervention studies using a dementia-adjusted approach (Hauer et al., 2012) and an interactive website to promote home training in demented (www.bewegung-bei-demenz.de).

Results

The intervention group significantly increased functional performances compared to control group (Tinetti Test: $p=0.002$; subtest balance: $p=0.034$; subtest gait: $p=0.034$; Short Physical Performance Battery (SPPB), total score : $p=0.007$; Subtest Chair rise [sec]: $p=0.007$, walking speed [sec]: $p=n.s.$). Physical activity as measured by the Assessment of Physical Activity in Frail Older Persons (APAFOP) showed a significant time effect ($p=0.02$) and group effects: $p=0.036$). Partial eta squares showed moderate to larger effects for significant parameters (range 0.132-0.448). When analysed by cross over design ($n=27$) physical activity significantly increased ($p=0.016$).

We discuss the methodology and feasibility of the easily applicable training approach and effects of and adherence to the training program in this high risk group of patients with cognitive impairment.

Conclusion

A home exercise program based on an easily applicable poster-based training manual is feasible in geriatric patients with cognitive impairment after discharge from ward-based rehabilitation. The program is effective in increasing motor key functions crucial for mobility associated autonomy. It also increases physical activity as a major behaviour life style component in this high risk population for insufficient motor activity.

Förderung: Baden Württemberg - Stiftung, Pflegekassen, Dietmar Hopp - Stiftung

References

- Hauer, K., Schwenk, M., Zieschang, T., Essig, M., Becker, C., Oster, P. (2012): Effects of physical training on motor status in patients with dementia: a randomised controlled trial. *J Am Geriatr Soc*, 60. 8-15.
- Hauer, K., Becker, C., Lindemann, U., Beyer, N. (2006): Systematic Review: Effectiveness of physical training on motor performance in cognitively impaired persons. *Am J Phys Med Rehabil*, 85 (10). 847-857.

Autorenindex

- Abberger, B. 397
 Abel, I. 47
 Abraham, J. 410
 Ahnert, J. 179
 Alber, V. 518
 Ammann, K. 205
 Anneken, V. 106
 Arens, J. 280
 Arling, V. 79
 Axmann, D. 416
 Bachmann, S. 68
 Bachmeier, R. 496
 Bade, S. 93
 Bahr, K. 179, 225
 Bahri, S. 473
 Balzer, K. 393
 Barta, C. 518
 Bartel, S. 92, 406
 Bartsch, H.H. 27
 Bartsch, M. 216
 Bartsch, P. 349
 Bassler, M. 240
 Bauer, J. 126, 136
 Bauer, U. 115
 Bauer, W. 254
 Bäuerle, K. 443
 Baum, M. 145
 Baumann, A. 339
 Baumann, R. 81
 Baumeister, H. 243, 246, 397
 Baumgarten, E. 175, 177, 526
 Bebenek, M. 136, 402
 Becht, N. 490
 Becker, E. 490
 Becker, J. 271
 Behrens, J. 486
 Beierlein, V. 422
 Bengel, J. 301, 397, 484
 Benninghoven, D. 277
 Benoit, D. 451, 468
 Bergelt, C. 148, 325, 422
 Berger, C. 510
 Berger, D. 422
 Berghem, S. 525
 Berking, M. 247, 250
 Bernert, S. 364
 Berwanger, C. 508
 Bethge, M. 124, 154, 260, 289, 502
 Beyer, W.F. 268
 Biermann, J. 296
 Bischoff, C. 273, 451, 468
 Bitzer, E.M. 443
 Bjarnason-Wehrens, B. 349, 391
 Böcker, M. 143
 Böder, J. 520
 Bolle, M. 486
 Bös, K. 376
 Boß, L. 247
 Brammer, N. 150
 Brandes, I. 195, 197, 302
 Braun, C. 229
 Braune, R. 438
 Bräutigam, U. 400
 Bredehorst, M. 220, 233
 Briest, J. 260, 502
 Brodowski, H. 160
 Brüggemann, S. 315
 Brüniger, M. 31, 43, 202
 Brütt, A.L. 470
 Brzoska, P. 36
 Buchbender, W. 438
 Buchholz, A. 216, 470
 Buchholz, I. 175, 177
 Buhler, H. 393
 Buhr-Schinner, H. 438
 Bürger, W. 54, 109, 138
 Busch, C. 386
 Bütof, S. 301
 Claros-Salinas, D. 369, 380, 384
 Csoti, I. 374
 Cuijpers, P. 247
 Danzer, J. 510
 Daube, C. 475
 De Boer, W. 117, 122, 323
 Deck, R. 231, 256, 262, 456
 Deppe, W. 510
 Dettmers, C. 380, 382, 384, 387
 Dibbelt, S. 220, 224, 233, 498
 Dieckmann, L. 141
 Dippel, A. 475
 Dittrich, M. 268
 Dobler, U. 535
 Drambyan, Y. 113
 Driesel, P. 69
 Dutzi, I. 542, 546, 547, 549, 552
 Ebert, D.D. 243, 246, 247, 250
 Eckert-Tag Elsir, C. 448
 Egle, U.T. 504
 Egner, U. 482, 493
 Ehlebracht-König, I. 258
 Eichberg, S. 544
 Eichert, H.-C. 85, 102
 Eichner, G. 268
 Elmenhorst, J. 518
 Elter, A. 412
 Engbrink, S. 141
 Englert, S. 549
 Eriker, K. 264
 Ernst, S. 438
 Escher, C. 229
 Exner, A.-K. 183, 347, 420
 Exner-Grave, E. 49
 Fach, E.-M. 533
 Fahrenkrog, S. 31, 493
 Fahrland, S. 354
 Faller, H. 229, 235, 285, 287, 296, 500
 Farin-Glattacker, E. 162, 291, 298, 508
 Feicke, J. 293, 386, 389, 443
 Ferbar, D. 537
 Feuchtinger, J. 133
 Fiedler, R. 141, 226
 Fietze, I. 454
 Fischer, T. 477
 Fleiner, T. 544
 Fleischer, K. 168
 Flöge, B. 466
 Forkmann, T. 143
 Forschner, L. 486
 Franke G.H. 145
 Freiberg, A. 448
 Freidel, K. 170, 238
 Freitag, M. 470
 Freund, S. 224, 498
 Frick, F. 344
 Friedrichs, A. 216

- Froböse, I. 344
 Froese, E. 179, 225
 Fröhlich, M. 354
 Fröhlich, S.M. 235
 Fuchs, K. 537
 Fuchs, S. 441
 Gaidys, U. 361, 550
 Gallmann, B. 59
 Garbrecht, M. 224, 498
 Gehrke, J. 315, 317
 Geidl, W. 342
 Geigges, W. 205, 206, 209
 Geissler, N. 319
 Gentschenfeld, B. 531
 Gerdes, N. 59, 120, 180
 Gerisch, S. 59
 Gerlich, C. 69, 315
 Gerzymisch, K. 271
 Giegerich, T. 518
 Giese, M. 337
 Giraud, B. 40
 Glattacker, M. 220, 224, 233, 362, 462, 488, 498
 Glatz, J. 287, 395
 Gleisberg, D. 93
 Gogol, C. 391
 Golla, A. 66, 258
 Grande, G. 252, 460
 Greitemann, B. 141, 224, 226, 233, 498
 Greitemann, G. 369, 380
 Gross, M. 95
 Großhennig, A. 438
 Grothaus, F.-J. 162
 Gruber, M. 387
 Grünbeck, P. 88, 482
 Günther, S. 533
 Gutenbrunner, C. 124, 213
 Gütler, R. 380, 384
 Gutt, S. 211
 Haaf, H.G. 275
 Haase, T. 160
 Hagen-Aukamp, C. 325
 Hain, D. 71
 Hammer, F. 254
 Hampel, P. 520
 Hamsch, S. 412
 Härtel, S. 376
 Haschke, A. 397
 Hass, H.G. 416, 418
 Hauck, A. 68
 Hauer, K. 542, 546, 547, 549, 552
 Häussermann, P. 544
 Hawener, I. 226
 Heber, E. 247
 Heiduk, T. 426
 Heinsohn, M. 59
 Heitmann, R. 438
 Henneberg, A. 374
 Hentschel, A. 145
 Hentschke, C. 342
 Herbold, D. 145, 342
 Herich, L. 399
 Hermann, T. 523, 535
 Hetzel, C. 98
 Heuft, G. 141, 226
 Heydenreich, P. 106
 Heyduck, K. 362, 462
 Heyne, A. 264
 Himstedt, C. 256
 Hinrichs, J. 141, 226
 Hlava, D. 329
 Hoberg, E. 277
 Hoch, B. 523
 Hodek, L. 129
 Höder, J. 231
 Hoffmann, S. 488, 490
 Hofmann, R. 391
 Hofmeier, M. 206
 Höhne, S. 154, 289
 Holme, M. 271, 342
 Holstiege, J. 61, 111, 359
 Hoppe, A. 71
 Huber, G. 351
 Huber, J. 173
 Huber, V. 441
 Hummel, S. 438
 Hüppe, A. 456
 Indlekofer, W. 484
 Inhestern, L. 422
 Ivancevic, S. 296
 Jäckel, W.H. 132, 162, 166
 Jäger, M. 418
 Jahn, P. 410
 Jahnke, M. 550
 Jakob, T. 362, 462, 488
 Janke, D. 264
 Jankowiak, S. 38, 61, 88, 282
 Jaščenoka, J. 515
 Jelusic, D. 433, 434, 436, 441
 Jonßon, L. 93
 Joos, A. 206
 Jung, A. 480
 Kaczmarek, C. 152
 Kähnert, H. 347, 420
 Kaiser, U. 138, 156, 188, 191
 Kalina, D. 333
 Kallert, T. 486
 Kaluscha, R. 38, 61, 88, 95, 111, 188, 191, 282, 359
 Kaminski, S. 393
 Kampling, H. 132, 374
 Karger, G. 287
 Karl, E.-L. 209
 Karoff, M. 391
 Kasten, Y. 154, 289
 Kastner, S. 464
 Kavelaars, B. 344
 Kelter-Klöpping, A. 512
 Kemmler, W. 136, 402
 Kerschgens, C. 325
 Kettner, C. 400
 Kittel, J. 235
 Kiwus, U. 271, 287
 Klassen, O. 424
 Kleineke, V. 195, 197, 302
 Kleist, B. 268
 Klosterhuis, H. 88, 104, 175, 177, 482
 Kluge, K. 258
 Klünder, B. 540
 Knickenberg, R.J. 271
 Knoglinger, G. 287
 Knörzer, J. 57
 Kobelt, A. 240, 319
 Koch, E. 369
 Koch, U. 148, 325, 422
 Kockert, S. 193
 Koepf, P. 552
 Kohl, S. 339
 Köhler, J. 386
 Kohlmann, T. 160, 175, 177
 Kohlmeyer, M. 405
 Köhn, S. 164, 493
 Kohte, W. 128

Köllner, V. 448, 458, 460
 Körner, M. 301, 304, 306
 Korsch, F. 515
 Kotschy-Lang, N. 150, 346
 Kraft, J. 206
 Kramer, A. 387
 Krämer, B. 441
 Kramer, D. 280
 Krauth, K.A. 422, 512
 Kretschmer, P. 54
 Krischak, G. 38, 61, 95, 111, 282, 359
 Krischak, R. 188
 Kriz, D. 54, 138, 156, 185, 188, 191
 Kröhne, U. 143
 Küch, D. 145
 Kuhn, C. 389
 Kull, V. 120
 Kunz, R. 122, 323
 Kunzmann, V. 416
 Labahn, M. 71
 Lamprecht, J. 428
 Landenberger, M. 410
 Laterveer, H. 57
 Laupheimer, M. 376
 Lay, W. 77
 Lay, W. 33, 90
 Lehr, D. 247, 250
 Leibbrand, B. 68, 347, 420
 Lentz, R. 93
 Lerch, J. 418
 Limbacher, K. 451
 Lin, J. 243, 246
 Linck-Eleftheriadis, S. 170, 238
 Linden, M. 395, 446, 453, 454, 464, 466, 471, 473
 Lindenmeyer, J. 490, 493
 Lindkamp, K. 512
 Lindow, B. 88, 104, 175, 177
 Lingner, H. 438
 Lipka-Stöhr, G. 448
 Lübke, N. 539
 Lühr, T. 59, 120
 Lukasczik, M. 57, 69, 179
 Lukoschek, C. 380
 Mailand, P. 512
 Malitz, J. 74
 Marr, A. 400
 Martin, H. 188, 191
 Märtin, S. 275
 Masius, U. 54, 132
 Matthes, C. 355
 Mattukat, K. 258, 355
 Mau, W. 66, 113, 211, 258, 312, 355, 428
 Mayer-Berger, W. 400, 405
 Meffert, C. 180
 Meinck, M. 539
 Meng, K. 285, 287, 296, 500
 Menzel-Begemann, A. 45, 183, 367, 540
 Meschnig, A. 92
 Metzler, A. 166
 Meyer, S. 510
 Meyer, T. 195, 197, 200, 302
 Michaelis, U. 361, 550
 Michalsen, A. 400
 Miklejewski, S. 443
 Missel, P. 280, 491, 493
 Mittag, O. 117, 132, 166
 Moebus, S. 400
 Mohnberg, I. 33, 77, 90
 Morfeld, M. 93, 225
 Mousavi, S.M. 122
 Müller, C. 301, 304, 306, 321, 512
 Müller, E. 143
 Müller, G. 188, 191
 Müller, K. 150, 346
 Müller, M. 428
 Müller, P. 408, 460
 Müller-Garnn, A. 315, 317
 Mündermann, A. 382
 Muschalla, B. 395, 446, 466
 Musekamp, G. 235, 287
 Mussgay, L. 403
 Nagl, M. 291
 Nebe, K. 335
 Netter, P. 374
 Neu, R. 458, 460
 Neuderth, S. 57, 69, 179
 Neuhaus, S. 367
 Neumann, A. 296
 Neumann, M. 384
 Niehaus, M. 25, 126, 129, 339
 Niemann, R. 206
 Nolting, F. 168
 Nolting, H. 160
 Nosper, M. 170, 238
 Nowik, D. 200
 Nowoczin, L. 246
 Nübling, R. 54, 138, 156, 185, 188, 191
 Nusser, M. 359
 Oberhoffer, R. 518
 Ohlbrecht, H. 92
 Otto, J. 473
 Otto, U. 325
 Pankatz, M. 520
 Pape, C. 74
 Parthier, K. 211, 312
 Paul, A. 59
 Pauli, P. 254
 Penstorf, C. 93
 Penzlin, A.I. 479
 Petermann, F. 240, 319, 515
 Petermann, U. 515
 Peters, A. 477
 Peters, S. 285
 Petersen-Ewert, C. 550
 Pfaudler, S. 277
 Pfeifer, K. 285, 342, 351
 Pfistner, U. 59
 Philipp, J. 68
 Piegza, M. 240
 Pieper, C. 400
 Pieter, A. 354
 Polak, U. 539
 Potthoff, K. 424
 Premper, V. 477
 Presl, M. 57
 Preßler, A.-L. 280
 Preßmann, P.F. 68
 Quadder, B. 438
 Quaschnig, K. 220, 233
 Radoschewski, F.M. 33, 77, 90, 124
 Raida, M. 325
 Rambausek, T. 329
 Ramm, D. 329
 Rapp-Engels, R. 205
 Rath, H.M. 148, 325

Razum, O. 36
 Redaelli, M. 405
 Reese, C. 117, 166
 Reibis, R. 393
 Reims, N. 115
 Rennert, D. 211
 Renzland, J. 188, 191
 Reuss-Borst, M. 47,
 74, 188, 191, 229
 Richter, C. 252
 Richter, M. 533
 Riedel, S. 179
 Rinck, M. 490
 Riper, H. 247, 250
 Ritter, O. 254
 Robinson, K. 93
 Röhrig, B. 170, 238
 Röhrig, J. 216
 Rollnik, J.D. 64
 Rosenbaum, D. 512
 Rosenecker, J. 523
 Rossberg, K. 59
 Roth, P. 460
 Rotsch, M. 148
 Rotter, M. 453
 Rüddel, H. 54, 309,
 403
 Rudolph, M. 54
 Rundel, M. 304, 306
 Saal, S. 66, 486
 Salman, R. 213
 Salzwedel, A. 393,
 399
 Sauzet, O. 36
 Schaeffer, D. 540
 Schaller, A. 344
 Scharhag-
 Rosenberger, F.
 414, 424
 Scheidt, C.E. 205,
 206
 Schellenberger, M.
 268
 Scherer, W. 443
 Scheuer, T. 106
 Schian, M. 327
 Schiel, A. 59
 Schleef, T. 438
 Schleicher, S. 164
 Schliermann, R. 106
 Schlittenhardt, D. 59
 Schlösser, R. 486
 Schmädeke, S. 273
 Schmid, L. 95
 Schmidt, C. 164, 364
 Schmidt, H. 410
 Schmidt, J. 138, 156,
 185, 188, 191
 Schmidt, M. 424
 Schmidt, S. 376
 Schmitt, G. 209
 Schneeweiss, A. 424
 Schneider, D. 475
 Scholz, M. 143
 Schöpf, A.C. 291, 298
 Schott, T. 193
 Schramm, S. 256
 Schreiner, M. 83
 Schröder, A. 488
 Schubert, M. 40, 93
 Schubmann, R. 287
 Schuhler, P. 480
 Schuler, M. 57, 69,
 235, 426, 433, 434,
 436, 441
 Schulte, T. 422, 426
 Schultz, K. 433, 434,
 436, 438, 441
 Schultze, A. 285
 Schulz, S.M. 254
 Schulz-Behrendt, C.
 51
 Schumann, N. 533
 Schupp, W. 268
 Schüppel, R. 496
 Schuster, B. 73
 Schwaighofer, B. 433
 Schwarz, B. 213
 Schwarz, M. 152
 Schweiberer, D. 458
 Schweier, R. 252
 Schwenk, M. 542,
 546, 547, 549, 552
 Seekatz, B. 287, 500
 Seel, H. 93
 Seelig, H. 484
 Sehle, A. 382
 Seifferth, H. 246
 Seiwerth, B. 405
 Semrau, J. 342
 Sewöster, D. 275
 Siefken-Kaletka, H.
 54
 Sieland, B. 250
 Siepman, M. 479
 Simic, D. 405
 Sinn-Behrendt, A. 129
 Spanier, K. 124, 235
 Speth, F. 372
 Spies, M. 216, 470
 Spijkers, W. 29, 79
 Spoerl-Doench, S.
 271
 Spörhase, U. 293,
 386, 389, 443
 Springer, S. 518, 523
 Spyra, K. 31, 154,
 164, 202, 289, 364,
 406, 493
 Stachow, R. 520, 531
 Stähler, T. 327, 377
 Stamer, M. 195, 197,
 302
 Stamm-Balderjahn, S.
 406
 Stapel, M. 54, 166,
 488
 Starikow, K. 213
 Stark, I. 412
 Starrost, K. 380
 Staudy, N. 412
 Steckelberg, E. 47
 Stegner, H. 205, 206
 Steimann, M. 148
 Steindorf, K. 424
 Stenzel, S. 145
 Stepien, J. 418
 Sterr, A. 384
 Stiefenhofer, C. 145
 Stopp, J. 486
 Strahl, A. 315
 Strandt, G. 399
 Straßer, K. 222
 Streibelt, M. 43, 100,
 109, 158, 482
 Stuhr, H. 349
 Styp von Rekowski, A.
 484
 Sudeck, G. 351
 Szcotkowski, D. 160
 Theißen, U. 173
 Thiart, H. 247, 250
 Thoma, J. 133
 Thomas, J. 537
 Thönes, P. 265
 Thümmler, K. 510
 Tiedjen, U. 520
 Toepler, E. 188, 191
 Tönnemann, U. 438
 Treffler, A. 59
 Türmer, S. 549
 Uhlmann, A. 162
 Ullrich, A. 148, 162,
 291, 298, 325, 505
 Ulrich, C. 424
 Unterbrink, T. 206

van der Meyden, J. 438
 Vieten, M. 382
 Vogel, H. 179, 229, 315
 Vogelgesang, M. 480
 Vogt-Bolm, A. 550
 Völler, H. 51, 393, 399
 von Kardorff, E. 92
 von Stengel, S. 136, 402
 Vorsatz, N. 482
 Vouets, V. 164
 Wagner, A. 480
 Wagner, P. 150, 346, 408
 Wahl, M. 372
 Waldeck, E. 309
 Waldeck, T. 309
 Waldenburger, N. 335
 Wallrabe, J. 154, 289
 Walter, F. 319
 Walther, A.L. 262
 Wanke, E. M. 49
 Warnke, M. 473
 Wasem, J. 296
 Webendorfer, S. 451
 Weber, A. 218
 Weber, U. 218
 Weel, A. 117
 Wegscheider, K. 393, 399
 Weigl, M. 222
 Weilbach, F. 57
 Weisenburger, R. 54, 132
 Welti, F. 329
 Wenckebach, J. 329
 Wendt, S. 331
 Wentrock, S. 74
 Wenzel, T. 225
 Westphal, R. 287
 Widera, T. 36, 528
 Wiers, R. 490
 Willemsen, D. 349
 Wingart, S. 441
 Wippermann, K. 540
 Wirtz, M. 143, 293, 386, 397
 Wiskemann, J. 414, 424
 Wittmann, M. 433, 434, 436, 441
 Wohlfarth, R. 443
 Wolf, H.D. 69
 Workowski, A. 349
 Wulff, H. 408
 Wydra, G. 152
 Yilmaz-Aslan, Y. 36
 Zabieglinski, T. 416
 Zander, J. 88, 104
 Zeisberger, M. 195, 197, 200, 302
 Zeiss, T. 374
 Zellhuber, B. 523
 Zentgraf, B. 504
 Zermann, D.-H. 321, 412
 Zijlstra, W. 544
 Zimmermann, L. 301, 304, 306
 Zniva, R. 254
 Zucker, A. 54
 Zurborn, K.-H. 148
 Zwerenz, R. 271

Verzeichnis der Erstautoren

- Abberger**, Birgit, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Institut für Psychologie, 79085 Freiburg
- Ahnert**, Jutta, Dr., Universität Würzburg, Abteilung für Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften, 97070 Würzburg
- Arens**, Julia, AHG Kliniken Daun, Verhaltensmedizinisches Zentrum für Seelische Gesundheit Am Rosenberg, 54550 Daun
- Arling**, Viktoria, Dr., RWTH Aachen, Institut für Psychologie, Berufliche Rehabilitation, 52066 Aachen
- Bahri**, Scharif, 10781 Berlin
- Bartsch**, Hans Helge, Prof., Klinik für Tumorbilogie, 79106 Freiburg
- Bauer**, Jana, Universität Köln, Lehrstuhl für Arbeit und berufliche Rehabilitation, 50931 Köln
- Bäuerle**, Kathrin, Pädagogische Hochschule Freiburg, Public Health and Health Education, 79117 Freiburg
- Baumann**, Ricardo, Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln, 50933 Köln
- Baumgarten**, Eckehard, Dr., Deutsche Rentenversicherung Bund, Bereich Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik, 10704 Berlin
- Benoit**, Dorit, AHG-Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim, Abteilung für Psychodiagnostik und Therapieforschung, 67098 Bad Dürkheim
- Berghem**, Stefan, Dr., Ostseestrand-Klinik "Klaus Störtebeker", 17459 Ostseebad Kölpinsee
- Berwanger**, Christoph, Dr., Hardtwaldklinik I, Abteilung für Allgemeine Neurologische Rehabilitation, 34596 Bad Zwosten
- Bethge**, Matthias, Dr., Klinik für Rehabilitationsmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, 30625 Hannover
- Bischoff**, Claus, Prof., AHG-Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim, 67098 Bad Dürkheim
- Boß**, Leif, Abteilung Gesundheitstraining Online, Leuphana Universität Lüneburg, 21335 Lüneburg
- Brededorst**, Maren, Institut für Rehabilitationsforschung, Rehaklinikum Bad Rothenfelde - Klinik Münsterland, 49214 Bad Rothenfelde
- Briest**, Juliane, Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Rehabilitationsmedizin, 30625 Hannover
- Brünger**, Martin, Abteilung für Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation, Charité-Universitätsmedizin Berlin, 10098 Berlin
- Brzoska**, Patrick, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Abteilung Epidemiologie und International Public Health, 33615 Bielefeld
- Buchholz**, Ines, Universität Greifswald, Institut für Community Medicine, 17475 Greifswald
- Buchholz**, Angela, Dr., Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 20246 Hamburg
- Buhr-Schinner**, Heike, Dr., Ostseeklinik Schönberg-Holm, 24217 Schönberg-Holm
- Bürger**, Wolfgang, Dr., fbg - Forschung und Beratung im Gesundheitswesen, 76133 Karlsruhe

Claros-Salinas, Dolores, Dr., Kliniken Schmieder Konstanz, Neurologische Berufstherapie, 78464 Konstanz

Daube, Carolin, Spessart-Klinik Bad Orb GmbH, 63619 Bad Orb

de Boer, Wout, Dr., asim | Versicherungsmedizin, Universitätsspital Basel, 4031 Basel, Schweiz

Deck, Ruth, Dr., Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität Lübeck, 23538 Lübeck

Deppe, Wolfgang, Dr., Klinik BAVARIA Zscheckwitz, Rehabilitationszentrum für Kinder und Jugendliche und junge Erwachsene, 01731 Kreischa

Dettmers, Christian, Prof., Kliniken-Schmieder, 78464 Konstanz

Dieckmann, Linda, Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Münster, 48149 Münster

Dobler, Ulrich, Fachklinik Prinzregent Luitpold, 88175 Scheidegg

Drambyan, Yvonne, Institut für Rehabilitationsmedizin, Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 06097 Halle (Saale)

Driesel, Patrizia, Universität Würzburg, Abteilung für Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften, 97070 Würzburg

Dutzi, Ilona, AGAPESION Bethanien-Krankenhaus, Geriatrisches Zentrum am Klinikum der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, 69126 Heidelberg

Ebert, David Daniel, Philipps-Universität Marburg, Fachbereich Psychologie, Arbeitsgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie, 35032 Marburg

Egle, Ulrich, Prof., Psychosomatische Fachklinik Gengenbach GmbH, Klinik Kinzigtal, 77723 Gengenbach

Egner, Uwe, Deutsche Rentenversicherung Bund, Dezernat Koordination der Rehabilitation, 10704 Berlin

Eichert, Hans-Christoph, Dr., TERTIA Berufsförderung, Fachbereich Rehabilitation, 53119 Bonn

Elmenhorst, Julia, Dr., Technische Universität München, Lehrstuhl für Präventive Pädiatrie, 80992 München

Erlor, Kerstin, Dr., Gräfliche Kliniken, Ambulantes Reha Zentrum Jena, 07747 Jena

Exner, Anne-Kathrin, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Arbeitsgruppe Epidemiologie und International Public Health, 33501 Bielefeld

Fahrenkrog, Sandra, Charité-Universitätsmedizin Berlin (CCM), Abteilung für Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation, 10098 Berlin

Fahrland, Sarah, Deutsche Hochschule für Prävention und Gesundheitsmanagement, Fachbereich Trainings- und Bewegungswissenschaft, 66123 Saarbrücken

Farin-Glattacker, Erik, Prof., Universitätsklinikum Freiburg, Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, 79106 Freiburg

Feicke, Janine, Pädagogische Hochschule Freiburg, Institut für Biologie und ihre Didaktik, 79117 Freiburg

Fleiner, Tim, LVR-Klinik Köln, Abteilung Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, 51109 Köln

Freund, Sylvia, Institut für Rehabilitationsforschung, Rehaklinikum Bad Rothenfelde - Klinik Münsterland, 49214 Bad Rothenfelde

Garbrecht, Maria, Universitätsklinikum Freiburg, Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, 79106 Freiburg

Gehrke, Jörg, Deutsche Rentenversicherung Bund, Bereich Sozialmedizin, 10704 Berlin

Gerdes, Nikolaus, Dr., Hochrhein Institut für Reha-Forschung, 79713 Bad Säckingen

Giese, Maren, Universität Bremen, Fachbereich Rechtswissenschaften, 28353 Bremen

Giraud, Bernd, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V., 60486 Frankfurt am Main

Golla, André, Institut für Rehabilitationsmedizin, Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 06112 Halle/Saale

Gutt, Stefanie, Institut für Rehabilitationsmedizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 06097 Halle/Saale

Hamsch, Stefan, Vogtland-Klinik Bad Elster, 08645 Bad Elster

Hass, Holger, Dr., Paracelsus-Klinik Scheidegg, 88175 Scheidegg

Hauer, Klaus, Prof., Bethanien Krankenhaus, Geriatriisches Zentrum an der Universität Heidelberg, 69126 Heidelberg

Hetzel, Christian, Dr., Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln, 50933 Köln

Heyduck, Katja, Universitätsklinikum Freiburg, Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, 79106 Freiburg

Hinrichs, Jens, Dr., Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Münster, 48149 Münster

Hodek, Lene, Universität zu Köln, Lehrstuhl Arbeit und berufliche Rehabilitation, 50931 Köln

Höder, Jürgen, Dr., Universität zu Lübeck, Institut für Sozialmedizin, 23562 Lübeck

Hofmann, Rebecca, Institut für Kreislaufforschung und Sportmedizin, Deutsche Sporthochschule Köln, 50933 Köln

Holstiege, Jakob, Institut für rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm, 88422 Bad Buchau

Hoppe, Antje, Deutsche Rentenversicherung Bund, Abteilung Rehabilitation, 10704 Berlin

Huber, Jürgen, Deutsche Rentenversicherung Rheinland, Fachbereich Reha-Management, Abteilung Betriebswirtschaftliche Steuerung, 40215 Düsseldorf

Inhestern, Laura, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, 20246 Hamburg

Ivancevic, Sonja, Lehrstuhl für Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen, 45127 Essen

Jahnke, Mareen, Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Fakultät Wirtschaft und Soziales, Department Pflege und Management, 20099 Hamburg

Jakob, Teresa, Universitätsklinikum Freiburg, Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, 79106 Freiburg

Jankowiak, Silke, Institut für rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm, Stiftung des bürgerlichen Rechts, 88422 Bad Buchau

Jaščenoka, Julia, Dr., Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation der Universität Bremen, 28359 Bremen

Jelusic, Danijel, Dr., Klinik Bad Reichenhall der Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd, 83435 Bad Reichenhall

Kaczmarek, Christian, Sportwissenschaftliches Institut der Universität des Saarlandes, 66123 Saarbrücken

Kähner, Heike, Dr., Institut für Rehabilitationsforschung Norderney, Abteilung Bad Salzuffen, Salzetalklinik der Deutschen Rentenversicherung Westfalen, 32105 Bad Salzuffen

Kalina, Doreen, Universität Bremen, Fachbereich Rechtswissenschaft, 28359 Bremen

Kaluscha, Rainer, Dr., Forschungsinstitut für Rehabilitationsmedizin an der Universität Ulm, Sitz:Therapiezentrum Federsee, 88422 Bad Buchau

Kamplig, Hanna, Universitätsklinikum Freiburg, Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, 79106 Freiburg

Kastner, Sabrina, Rehabilitationszentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund, Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité Berlin, 14513 Teltow

Kemmler, Wolfgang, Prof., Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg, Institut für Medizinische Physik, 91052 Erlangen

Klassen, Oliver, Nationales Centrum für Tumorerkrankungen, Deutsches Krebsforschungszentrum, Präventive Onkologie, 69120 Heidelberg

Kleineke, Vera Elisabeth, Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, 30625 Hannover

Kobelt, Axel, PD Dr., Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, 30875 Laatzen

Kockert, Svenja, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Zentrum für Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaften, 33501 Bielefeld

Kohl, Stephanie, Lehrstuhl für Arbeit und Berufliche Rehabilitation, Universität zu Köln, 50931 Köln

Kohlmann, Thomas, Prof., Institut für Community Medicine, Universität Greifswald, 17487 Greifswald

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

Köllner, Volker, Prof., MediClin Blietal Kliniken, Fachklinik für Psychosomatische Medizin, 66440 Blieskastel

Körner, Mirjam, Dr., Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Medizinische Fakultät, Abteilung für medizinische Soziologie, 79085 Freiburg

Krauth, Konstantin, Dr., Klinik Bad Oexen, 32549 Bad Oeynhausien

Krischak, Gert, Prof., Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung, an der Universität Ulm, 88422 Bad Buchau

Kriz, David, Dr., Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen, 76185 Karlsruhe

Küch, Dieter, Dr., Leitender Psychologe der Paracelsus-Klinik an der Gande, 37581 Bad Gandersheim

Kuhn, Carmen, Institut für Sprach- und Literaturwissenschaft, Technische Universität Darmstadt, 64289 Darmstadt

Lamprecht, Juliane, Institut für Rehabilitationsmedizin, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 06112 Halle/Saale

Laupheimer, Michael, 88422 Betzenweiler

- Lin**, Jiayi, Universität Freiburg, Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie, 79085 Freiburg
- Linck-Eleftheriadis**, Sigrid, Dr., Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Rheinland Pfalz, 55232 Alzey
- 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
- Löbner**, Margrit, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health, Medizinische Fakultät, Universität Leipzig, 04103 Leipzig
- Lühr**, Torsten, Dr., RehaKlinikum Bad Säckingen GmbH, 79713 Bad Säckingen
- Lukoschek**, Claudia, Kliniken Schmieder Konstanz, Berufstherapie, 78464 Konstanz
- Masius**, Ute, Dr., Drei-Burgen-Klinik, 55583 Bad Münster am Stein-Ebernburg
- Mattukat**, Kerstin, Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Rehabilitationsmedizin, 06097 Halle/Saale
- Mayer-Berger**, Wolfgang, Dr., Klinik Roderbirken der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, 42799 Leichlingen
- Meinck**, Matthias, Dr., Kompetenz-Centrum Geriatrie des GKV-Spitzenverbandes und der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste der Gesetzlichen Krankenversicherung, c/o MDK Nord, 20097 Hamburg
- Meng**, Karin, Dr., Universität Würzburg, Abteilung für Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften, 97070 Würzburg
- Menzel-Begemann**, Anke, Dr., Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Arbeitsgruppe Versorgungsforschung und Pflegewissenschaft, 33615 Bielefeld
- Meyer**, Thorsten, Prof., Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, 30625 Hannover
- Michaelis**, Ulrike, Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Department für Pflege und Management, 20099 Hamburg
- Missel**, Peter, AHG-Klinik Daun - Am Rosenberg, 54550 Daun
- Mohnberg**, Inka, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Lehrstuhl für Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation, 10117 Berlin
- Mousavi**, S. Mohsen, Dr., asim – Research and Education, Universitätsspital Basel, 4031 Basel, Schweiz
- Müller**, Katrin, Universität Leipzig, Sportwissenschaftliche Fakultät, Institut für Gesundheitssport und Public Health, 04109 Leipzig
- Müller**, Christian, Vogtland Klinik Bad Elster, Abteilung Therapie, 08645 Bad Elster
- Muschalla**, Beate, Dr., Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation, Universität Potsdam, 14476 Potsdam-Golm
- Musekamp**, Gunda, Universität Würzburg, Abteilung für Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften, 97070 Würzburg
- Mussgay**, Lutz, Dr., Psychosomatische Fachklinik St. Franziska-Stift, 55543 Bad Kreuznach
- Nebe**, Katja, Prof., Universität Bremen, Fachbereich Rechtswissenschaften, 28353 Bremen
- Neuderth**, Silke, Dr., Abteilung für Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften, Universität Würzburg, 97070 Würzburg

Neuhaus, Sandra, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, 33615 Bielefeld

Neumann, Micha Steffen, 8280 Kreuzlingen, Schweiz

Niehaus, Mathilde, Prof., Universität Köln, Lehrstuhl für Arbeit und Berufliche Rehabilitation, 50931 Köln

Nolting, Frank, Klinik am Rosengarten, 32545 Bad Oeynhausen

Nowik, Daniel, Medizinische Hochschule Hannover, Forschungsbereich Integrative Rehabilitationsforschung, Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsforschung, 30625 Hannover

Nübling, Rüdiger, Dr., Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen, 76185 Karlsruhe

Pankatz, Miriam, Fachklinik Sylt für Kinder und Jugendliche, 25980 Sylt, OT Westerland

Parthier, Katrin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Rehabilitationsmedizin, 06112 Halle/Saale

Penzlin, Ana Isabel, Fachklinik Weinböhla, 01689 Weinböhla

Pfaudler, Sabine, Helios Klinikum Schleswig, 24837 Schleswig

Piegsa, Magdalena, Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, Hauptabteilung Leistung 1 Reha-Strategie - Psychosomatik, 30875 Laatzen

Premper, Volker, Dr., AHG Klinik Schweriner See, Klinik für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Suchtmedizin, 19069 Lübstorf

Preßmann, Philipp, Institut für Rehabilitationsforschung Norderney, Abteilung Bad Salzuflen, Salzetalklinik, 32105 Bad Salzuflen

Quaschnig, Katharina, Universitätsklinikum Freiburg, Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, 79106 Freiburg

Radoschewski, Friedrich Michael, Prof., Charité - Universitätsmedizin Berlin, Abt. Versorgungssystemforschung und Qualitätssicherung in der Rehabilitation, 10098 Berlin

Rapp-Engels, Regine, Dr., Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, 76135 Karlsruhe

Rath, Hilke M., Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin, 20246 Hamburg

Reese, Christina, Dr., Universitätsklinikum Freiburg, Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, 79106 Freiburg

Reims, Nancy, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 90478 Nürnberg

Reuss-Borst, Monika, Prof., Reha-Klinik "Am Kurpark", Rehazentren Baden-Württemberg, 97688 Bad Kissingen

Röhrig, Bernd, Dr., Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Rheinland-Pfalz, 55232 Alzey

Rollnik, Jens Dieter, Prof., Institut für neurorehabilitative Forschung der BDH-Klinik Hessisch Oldendorf, Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover, 31840 Hessisch Oldendorf

Rosenecker, Josef, Prof., Katholische Jugendfürsorge der Diözese Augsburg, Alpenklinik Santa Maria, 87541 Bad Hindelang/Oberjoch

Saal, Susanne, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, 06112 Halle

Salzwedel, Annett, Universität Potsdam, Professur für Rehabilitationswissenschaften, 14469 Potsdam

- Schaller**, Andrea, Dr., Deutsche Sporthochschule Köln, Institut für Bewegungstherapie und bewegungsorientierte Prävention und Rehabilitation, 50933 Köln
- Scheidt**, Carl Eduard, Prof., Universitätsklinikum Freiburg, Zentrum für psychische Erkrankungen, Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 79104 Freiburg
- Schellenberger**, Michael, Deutsches Telemedizin Zentrum e. V., 90429 Nürnberg
- Schian**, Marcus, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V., 60486 Frankfurt am Main
- Schliermann**, Rainer, PD Dr., Forschungsinstitut für Inklusion durch Bewegung und Sport, 50226 Frechen
- Schlittenhardt**, Daniel, Dr., Rehaklinikum Bad Säckingen, 79713 Bad Säckingen
- Schmid**, Lucia, Institut für rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm, Sitz: Therapiezentrum Federsee, 88422 Bad Buchau
- Schmidt**, Jürgen, Dr., Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen, 76185 Karlsruhe
- Schmidt**, Heike, Dr., Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 06112 Halle Saale
- Schmidt**, Christian, Charite-Universitätsmedizin Berlin, Abteilung Rehabilitationsforschung, 10117 Berlin
- Schmitt**, Georg, Dr., Rehaklinik Glotterbad, 79286 Glottertal
- Scholz**, Maria, Pädagogische Hochschule Freiburg, Institut für Psychologie, Abteilung für Forschungsmethoden, 79117 Freiburg
- Schöpf**, Andrea, Universitätsklinikum Freiburg, Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, 79106 Freiburg
- Schramm**, Susanne, Institut für Sozialmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, 23538 Lübeck
- Schreiner**, Mario, Universität Kassel, 34127 Kassel
- Schubert**, Michael, Dr., Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V., 60486 Frankfurt am Main
- Schuhler**, Petra, Dr., AHG Klinik Münchwies, 66540 Neunkirchen-Münchwies
- Schuler**, Michael, Universität Würzburg, Abteilung für Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften, 97070 Würzburg
- Schultz**, Konrad, Dr., Klinik Bad Reichenhall, Zentrum für Rehabilitation Pneumologie und Orthopädie, 83435 Bad Reichenhall
- Schulz**, Stefan, Dr., Lehrstuhl für Psychologie I - Biologische Psychologie, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Deutsches Zentrum für Herzinsuffizienz, 97070 Würzburg
- Schulz-Behrendt**, Claudia, Universität Potsdam, Professur für Rehabilitationswissenschaften, Hochschulambulanz, 14469 Potsdam
- Schumann**, Nadine, Institut für Medizinische Soziologie, Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 06112 Halle (Saale)
- Schüppel**, Reinhart, Prof., Fachklinik Furth im Wald, 93437 Furth im Wald
- Schuster**, Barbara, AHG-Klinik für Psychosomatik, Ergotherapie, 67098 Bad Drürkheim
- Schwaighofer**, Birgit, Zentrum für Rehabilitation, Pneumologie und Orthopädie, 83435 Bad Reichenhall
- Schwarz**, Betje, Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Rehabilitationsmedizin, Koordinierungsstelle Angewandte Rehabilitationsforschung, 30625 Hannover

Schweiberer, Daria, 66424 Homburg

Schweier, Rebecca, Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur Leipzig, 04317 Leipzig

Seekatz, Bettina, Universität Würzburg, Abteilung für Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften, 97070 Würzburg

Sehle, Aida, Kliniken Schmieder Allensbach, Lurija Institut, 78476 Allensbach

Semrau, Jana, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Institut für Sportwissenschaft und Sport, 91058 Erlangen

Sewöster, Daniela, Deutsche Rentenversicherung Bund, Bereich Reha-Wissenschaften, 10704 Berlin

Simic, Dusan, Institut für Gesundheitsökonomie und klinische Epidemiologie, Universität Köln, 50935 Köln

Spanier, Katja, Klinik für Rehabilitationsmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, Koordinierungsstelle Angewandte Rehabilitationsforschung, 30625 Hannover

Speth, Florina, Humboldt Universität Berlin, Institut für Rehabilitationswissenschaften, 10099 Berlin

Spies, Maren, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 20246 Hamburg

Spijkers, Will, Prof., RWTH Aachen, Institut für Psychologie, Berufliche Rehabilitation, 52066 Aachen

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/Sylt

Stähler, Thomas, Dr., Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V., 60486 Frankfurt am Main

Stamer, Maren, Dr., Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Forschungsbereich Integrative Rehabilitationsforschung, 30625 Hannover

Stamm-Balderjahn, Sabine, Dr., Charité-Universitätsmedizin Berlin, Abteilung für Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation, 10117 Berlin

Strahl, André, Universität Würzburg, Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften, 97070 Würzburg

Straßer, Katrin, Blumenhof-Klinik GmbH & Co. KG, 83075 Bad Feilnbach

Streibelt, Marco, Dr., Deutsche Rentenversicherung Bund, Abteilung Rehabilitation, 10704 Berlin

Styp von Rekowski, Anne, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Institut für Psychologie, Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie, 79106 Freiburg

Sudeck, Gorden, Prof., Universität Tübingen, Institut für Sportwissenschaft, 72074 Tübingen

Szczotkowski, Daniel, Institut für Community Medicine, Universität Greifswald, 17475 Greifswald

Thiart, Hanne, Leuphana Universität Lüneburg, GET.ON Gesundheitstraining.Online / Innovations-Inkubator, 21335 Lüneburg

Thoma, Jorun, Universitätsklinikum Freiburg, 79102 Freiburg

Thomas, Joachim, Prof., Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt, Professur für Psychologie, 85071 Eichstätt

Thönes, Peter, Klinik Roderbirken der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, 42799 Leichlingen

Ullrich, Antje, Universitätsklinikum Freiburg, Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, 79106 Freiburg

Ullrich, Anneke, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, 20246 Hamburg

Vogel, Heiner, Dr., Universität Würzburg, Abteilung für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften, 97070 Würzburg

von Kardorff, Ernst, Prof., Humboldt-Universität zu Berlin, Philosophische Fakultät IV, 10099 Berlin

von Stengel, Simon, Dr., Universität Erlangen-Nürnberg, Institut für Medizinische Physik, 91052 Erlangen

Waldeck, Thea, 37075 Göttingen

Walther, Anna Lena, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität Lübeck, 23538 Lübeck

Wanke, Eileen M, Dr., Institut für Arbeitsmedizin, Abteilung Tanzmedizin, Charité-Universitätsmedizin Berlin, 14195 Berlin

Webendörfer, Susanne, AHG Klinik für Psychosomatik, 67098 Bad Dürkheim

Weber, Andreas, PD Dr., Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 06112 Halle/Saale

Welti, Felix, Prof., Universität Kassel, Institut für Sozialpolitik und Organisation sozialer Dienste, 34127 Kassel

Wendt, Sabine, Dr., 35037 Marburg

Wenzel, Tobias, Institut für Versorgungsforschung, Intervention, Therapie und Evaluation e. V., 39576 Stendal

Widera, Teresia, Dr., Deutsche Rentenversicherung Bund, Bereich Reha-Wissenschaften, 10704 Berlin

Wingart, Silke, Klinik Bad Reichenhall, Zentrum für Rehabilitation, Pneumologie und Orthopädie der Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd, 83435 Bad Reichenhall

Wiskemann, Joachim, Dr., Nationales Centrum für Tumorerkrankungen, 69120 Heidelberg

Workowski, Anke, Schüchtermann-Klinik, Bad Rothenfelde GmbH & Co.KG, 49214 Bad Rothenfelde

Wulff, Hagen, Universität Leipzig, Institut für Gesundheitssport und Public Health, 04109 Leipzig

Zander, Janett, Deutsche Rentenversicherung Bund, Bereich Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik, 10704 Berlin

Zwerenz, Rüdiger, Dr., Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg-Universität, 55131 Mainz

