

26. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium

Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung

**Prävention und Rehabilitation
in Zeiten der Globalisierung
vom 20. bis 22. März 2017 in Frankfurt am Main**

März 2017



Herausgeber:
Deutsche
Rentenversicherung
Bund

26. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium

Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung

Prävention und Rehabilitation in Zeiten der Globalisierung vom 20. bis 22. März 2017 in Frankfurt am Main

Deutsche Rentenversicherung Bund
Deutsche Rentenversicherung Hessen

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)

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

Kongresskomitee

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

Anja **Dewald-Scheid**, Marion **Hornischer**, Andrea **Köhler**, Jacqueline **Müller** (Organisation),
Deutsche Rentenversicherung Hessen

Tagungsband

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

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

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

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

ISBN 978-3-9817814-4-1

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

liebe Kolleginnen und Kollegen,

zum 26. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium in Frankfurt am Main 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, Gesundheitsmanagement, Verwaltung und Politik teil. Das 26. Kolloquium 2017 veranstaltet die Deutsche Rentenversicherung Bund gemeinsam mit der Deutschen Rentenversicherung Hessen und der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW).

Die Auswirkungen der Globalisierung sind immer deutlicher im Alltag zu spüren. Informationen und Waren aus der ganzen Welt erreichen uns täglich. Unternehmen und Arbeitskräfte konkurrieren oft weltweit miteinander. Durch den rasanten kulturellen und technischen Wandel müssen wir uns sowohl veränderten Arbeitsanforderungen als auch einer dynamischen gesellschaftlichen Entwicklung stellen.

Wesentlicher Teil dieser globalen Entwicklungen ist die Migration. Zahlreiche Menschen verlassen ihre Heimat, um im Ausland zu leben und zu arbeiten. Mit Blick auf den demografischen Wandel wird die Zuwanderung in den Industriestaaten auch als Chance für den Erhalt des Wohlstands gesehen. Die Integration der zugewanderten Menschen in Beruf und Gesellschaft wird mittel- und langfristig eine gemeinschaftliche Aufgabe bleiben. Dabei ist die Ausgestaltung einer angemessenen medizinischen und rehabilitativen Versorgung für Migrantinnen und Migranten ein wesentliches Handlungsfeld.

Der Kongress widmet sich den Auswirkungen der Globalisierung für Versicherte und Patienten, aber auch den daraus resultierenden Anforderungen an Prävention und Rehabilitation. Erfolgreiche Prävention und Rehabilitation müssen u. a. die verschiedenen interkulturellen Voraussetzungen, Erwartungen und Ansprüche als Kontextfaktoren im Sinne der ICF berücksichtigen. Für die Rentenversicherung gewinnt das Zusammenwirken von Prävention und Rehabilitation im Sinne von „Prävention vor Rehabilitation vor Rente“ zunehmend an Bedeutung.

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

Dr. Rolf Buschmann-Steinhage

Dr. Hans-Günter Haaf

Prof. Dr. Dr. Uwe Koch

Interessenskonflikt und Fördermittel

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

Inhaltsübersicht

Plenarvortrag	27
DGRW-Update	30
Evidenzbasierung und ICF	33
Evidenzbasierung (Poster)	44
Assessmentinstrumente I	46
Assessmentinstrumente II	58
Assessmentinstrumente (Poster)	71
Reha-System	83
Reha-System (Poster)	94
Qualitätssicherung, -management und Sozialmedizin	98
Qualitätssicherung und -management (Poster)	111
Beschwerdevalidierung in der Begutachtung und in der Rehabilitation – in Kooperation mit der DGPPR	113
Reha-Bedarf und Reha-Zugang	120
Reha-Zugang und Reha-Bedarf (Poster)	134
Rehabilitationsnachsorge	142
Rehabilitationsnachsorge (Poster)	154
Rehabilitationspsychologie (Poster)	159
Patientenorientierung und Patientenschulung	164
Aus- und Weiterbildung (Poster)	178
Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation	180
Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation (Poster)	195
Vernetzung in der Rehabilitation	198
Vernetzung in der Rehabilitation (Poster)	210
Rückkehr zur Arbeit	213
Teilhabeeffekte durch berufliche Rehabilitation und vernetzte Rehabilitationsstrategien	224
Bedarfsermittlung und Teilhabeproggnose in beruflicher Rehabilitation und vernetzten Rehabilitationsstrategien	239
Prävention und Gesundheitsförderung	250

Rechtswissenschaften	262
Internet- und mobile-basierte Interventionen (IMIs) in der medizinischen Rehabilitation	272
Bewegungstherapie	284
Bewegungsförderung (Poster)	296
Orthopädische Rehabilitation	305
Orthopädische Rehabilitation (Poster)	317
Psychologische Schmerzforschung in ambulanten und stationären Settings	328
Neurologische Rehabilitation	337
Neurologische Rehabilitation (Poster)	348
Kardiologische Rehabilitation – in Kooperation mit der DGPR	353
Kardiologische Rehabilitation (Poster)	368
Onkologische Rehabilitation	370
Onkologische Rehabilitation (Poster)	382
Pneumologische Rehabilitation	388
Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen	400
Psychosomatische Rehabilitation	411
Innovative Konzepte in der psychosomatischen Rehabilitation – in Kooperation mit der DGPPR	425
Erweiterte Diagnostik in der psychosomatischen Rehabilitation – in Kooperation mit der DGPPR	435
Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen I	444
Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen II	455
Autorenindex	466
Erstautorenverzeichnis	470

Inhaltsverzeichnis

Plenarvortrag	27
Rehabilitation und Migration: Zugang, Wirksamkeit, Herausforderungen <i>Razum, O., Brzoska, P.</i>	27
DGRW-Update	30
Neue Medien zur Diagnostik und Intervention der funktionalen Gesundheit in der Rehabilitation <i>Baumeister, H.</i>	30
Evidenzbasierung und ICF	33
Conceptual Description of Prevention within the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) – A first Proposal <i>Gutenbrunner, C., Nugraha, B.</i>	33
Die Frage der Relevanz in deutschen Rehasstudien <i>Höder, J., Hüppe, A.</i>	34
Leuchtturmprojekt Hand: Entwicklung einer ICF-Lernplattform zur Schulung in der ICF und deren Anwendung in der Praxis <i>Kus, S., Dereskewitz, C., Coenen, M., Rudolf, K.-D.</i>	36
Leuchtturmprojekt Hand: Implementierung der ICF Core Sets der Hand als Steuerungsinstrument in der Akut- und rehabilitativen Versorgung <i>Coenen, M., Dereskewitz, C., Kus, S., Ehegartner, V., Willrodt, C., Rudolf, K.-D.</i>	38
Wirksamkeit balneotherapeutischer Interventionen: Eine Evidenzkarte von 2006–2016 <i>Nowik, D., Gutenbrunner, C.</i>	40
Prävalenz von sozialmedizinischen Endpunkten in Cochrane Reviews <i>Weida-Cuignet, R., Vogel, N., Schaafsma, F., Hoving, J. L., Busse, J. W., Alexanderson, K., Kunz, R.</i>	42
Evidenzbasierung (Poster)	44
Politische und strukturelle Herausforderungen bei der Implementierung eines leitlinienorientierten Behandlungskonzeptes in der geriatrischen Rehabilitation <i>Auer, R., Bullinger, R.</i>	44
Assessmentinstrumente I	46
Systematisches Screening des Bedarfs an Sozialberatung in einer orthopädisch-rheumatologischen Rehabilitationsklinik <i>Schlittenhardt, D., Gerdas, N., Weber-Eckert, D., Wißmann, H., Malzacher, B.</i>	46
Prädiktive Validität der Motivationsprofile des DIAMOs in Hinblick auf die Effektivität der Reha und berufliche Wiedereingliederung <i>Stöckler, C., Kessemeier, F., Bassler, M., Pfeiffer, W., Petermann, F., Kobelt, A.</i>	48

Validierung von beruflich orientierten Selbstwirksamkeitsskalen für arbeitslose Rehabilitanden: BOSAR <i>Schätzl, L., Schuler, M., Kübler, A., Wolf, U., Holme, M., Kasprowski, D., Vogel, H.</i>	50
Korrelation des MSFC mit der Erwerbsprognose bei Rehabilitanden mit Multipler Sklerose <i>Leniger, T., Brandes, I., Heßling, A.</i>	52
Nutzen des SIMBO-Screenings bei der Vorhersage der beruflichen Wiedereingliederung bei Personen mit neurologischen Erkrankungen nach der Phase D-Rehabilitation <i>Streibelt, M., Claros-Salinas, D.</i>	54
Psychometrische Eigenschaften der Readiness for Return to Work Scale für psychosomatische Patienten <i>Kessemeier, F., Stöckler, C., Petermann, F., Franche, R., Bassler, M., Kobelt, A.</i>	56
Assessmentinstrumente II	58
Towards the Development of a Rehabilitation Service Assessment Tool (RSAT) <i>Gutenbrunner, C., Nugraha, B.</i>	58
Der Veterans RAND Health Survey (VR-36, VR-12): Eine Alternative zum Short Form (SF-36, SF-12)? <i>Buchholz, I., Buchholz, M., Kohlmann, T.</i>	60
Validität der Diagnose Depression im strukturierten psycho-diagnostischen Interview bei kardiologischen Patienten <i>Muschalla, B., Linden, M.</i>	62
Modifikation der Mini-SCL für den Einsatz bei Menschen mit einer Intelligenzminderung <i>Jagla, M., Schreckenbach, D., Häring, M., Franke, G. H.</i>	64
Messinstrumente zur Verlaufsbeurteilung Pathologischen PC-/ Internetgebrauchs im stationären Setting: VPC und EPC <i>Meinke, A., Feindel, H., Fischer, T., Vogelgesang, M., Sobottka, B.</i>	66
Die Erfassung der Verarbeitung der chronischen Krankheit mit dem Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (EFK) <i>Franke, G. H., Jagla, M.</i>	68
Assessmentinstrumente (Poster)	71
Teststatistische Überprüfung eines neuen ICF orientierten, modifizierten Timed Up and Go Tests <i>Kaczmarek, C., Schwarz, M., Wydra, G.</i>	71
Validierung der Kurzform der Allgemeinen Selbstwirksamkeitsskala (GSE-6) in der Rehabilitation <i>Brünger, M., Spyra, K.</i>	72

Zur Messung qualitätsadjustierter Lebensjahre (QALYs) in der medizinischen Rehabilitation: Ein Vergleich unterschiedlicher Indexinstrumente <i>Buchholz, M., Buchholz, I., Feng, Y.-S., Neik, C., Kohlmann, T.</i>	75
Tumor-assoziierte Fatigue in der onkologischen Rehabilitation – Überprüfung eines Instruments zur Unterstützung des diagnostischen Prozesses <i>Krüger, H.-U., Kiesel, J., Krüger, K., Presl, A., Wienert, J., Bethge, M.</i>	76
Screening nach Teilhabersiken mit administrativ verfügbaren Daten: Der Risikoindex Erwerbsminderungsrente <i>Spanier, K., Michel, E., Peters, E., Radoschewski, F. M., Bethge, M.</i>	78
Zur Interpretation von Veränderungen depressiver Symptomatik am Beispiel der deutschen Kurzform der CES-D <i>Winkeler, M., Haase, I., Imgart, H.</i>	80
Reha-System	83
Wie bewerten Versicherte unterschiedliche Ausgestaltungen der Rehabilitation? Eine qualitative Studie <i>Spies, M., Kulisch, K., Streibelt, M., Brütt, A. L.</i>	83
Wege in die Anschlussrehabilitation (AHB) – Analyse patientenrelevanter Einflussfaktoren auf den Zugang in die AHB <i>Lohss, R., Blumenthal, M., Gottschling-Lang, A., Sturm, C., Egen, C., Gutenbrunner, C.</i>	85
Veränderungen subjektiver Zugangsbarrieren und Antragsintention zur Rehabilitation von MigrantInnen – Abschließende Ergebnisse aus MiMi-Reha <i>Nowik, D., Bergmann, J., Markin, K., Reißmann, L., Gutenbrunner, C., Salman, R.</i>	86
Intensivmedizinische Rehabilitation – missing link zwischen Intensivmedizin und Rehabilitation <i>Schönle, P., Kovacic, F.</i>	88
Konzeptionelle Ansätze zum Umgang mit der Diversität von Versorgungsnutzern/innen – Eine systematische Literaturrecherche <i>Akbulut, N., Aksakal, T., Yilmaz-Aslan, Y., Razum, O., Brzoska, P.</i>	90
Hindernde und fördernde Faktoren der Implementierung von migrationssensiblen Versorgungskonzepten in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation – Eine leitfadengestützte Fokusgruppenbefragung von Gesundheitspersonal <i>Aksakal, T., Yilmaz-Aslan, Y., Razum, O., Deck, R., Langbrandtner, J., Brzoska, P.</i>	91
Reha-System (Poster)	94
Pilotprojekt „Telefonisch-psychologische Beratung Unfallverletzter“ der BGW – Wie bewerten die Versicherten das Angebot? <i>Ahnert, J., Vogel, H., Richard, M., Wilhelm, J., Drechsel-Schlund, C., Neuderth, S.</i>	94

Vereinbarkeit von Beruf und Familie bei Beschäftigten im Gesundheitswesen – Ein relevantes Thema für die Rehabilitation(sforschung)? <i>Lukaszczyk, M., Ströbl, V., Voigtländer, E., Holleederer, A., Vogel, H., Ahnert, J.</i>	96
Qualitätssicherung, -management und Sozialmedizin	98
Zusammenhänge zwischen subjektivem Reha-Nutzen und Erwerbsminderungsrente: Ergebnisse der Dreijahreskatamnese zur „Reha-QM- Outcome-Studie“ Baden-Württemberg <i>Kaluscha, R., Nübling, R., Krischak, G., Kriz, D., Martin, H., Müller, G., Renzland, J., Schmidt, J., Kaiser, U., Toepler, E.</i>	98
Qualitätsmanagement aus Mitarbeitersicht <i>Nübling, R., Kriz, D., Kaiser, U., Schmidt, J.</i>	100
Patientensicherheit und Sicherheitskultur in der medizinischen Rehabilitation – Eine Bestands- und Bedarfsanalyse <i>Körner, M., Oswald, S., Dinius, J., Gaupp, R., Bengel, J.</i>	103
Testung und Kalibrierung eines Fragebogensets zur späteren web-basierten Erfassung von Rehabilitationsbedarf bei Versicherten der Deutschen Rentenversicherung (Online-Rehabedarfstest OREST) <i>Mittag, O., Brendel, L., Schlöffel, M., Kampling, H., Pollmann, H.</i>	105
Entwicklung und Erprobung einer Checkliste für das Peer-Review-Verfahren der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung <i>Szczotkowski, D., Nolting, H., Gruner, A., Kübke, R., Haase, T., Kohlmann, T.</i> . . .	106
Die Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Entlassungsbericht: Anforderungen und Optimierungspotenziale aus Sicht der Nutzer <i>Hermes, S., Dibbelt, S., Greitemann, B., Hesse, B., Körner, M., Schaidhammer, M.</i>	108
Qualitätssicherung und -management (Poster)	111
Häufigkeit Multiresistenter Erreger in der Rehabilitationsmedizin (HAMER-Studie) <i>Kiefer-Trendelenburg, T., Völler, H., Nothroff, J., Schikora, M., Bartels-Reinisch, B., Heyne, K., Däschlein, G.</i>	111
Beschwerdevalidierung in der Begutachtung und in der Rehabilitation	
– in Kooperation mit der DGPPR	113
Ärztliche und psychologische Validierung <i>Stevens, A.</i>	113
Ein Ampelsystem in der Beschwerdvalidierung. Geht das? Der BEVA und der SFSS in der psychiatrischen Begutachtung <i>Kobelt, A., Walter, F., Geissler, N., Lid, N., Petermann, F.</i>	113
Beschwerdvalidierung in der psychosomatischen Rehabilitation: Eine Validierungsstudie des SFSS in der klinischen Praxis <i>Gutermann, D., Pfeiffer, W., Bassler, M.</i>	115

Wirkspiegelbestimmungen von Psychopharmaka im Rentenantragsverfahren <i>Geissler, N., Lid, N., Kobelt, A.</i>	117
Reha-Bedarf und Reha-Zugang	120
Verbessert ein reha-bezogenes Fortbildungsmodul in hausärztlichen Qualitätszirkeln den Reha-Zugang? Evaluationsergebnisse und „Lessons Learned“ <i>Parthier, K., Fuchs, S., Klement, A., Mau, W.</i>	120
Entwicklung eines Fragebogens zur Verbesserung der Informationen im Rahmen der Reha-Bedarfsfeststellung <i>Streibelt, M., Kulisch, K., Jaster, M., Egner, U.</i>	122
Determinanten der Antragsstellung medizinischer Rehabilitation im Vergleich zweier Regionalträger mit der Deutschen Rentenversicherung Bund <i>Bernert, S., Eggens, U., Spyra, K.</i>	124
Zusammenhänge zwischen Behandlungsintensität im niedergelassenen Bereich und Rehabilitationsbedarf <i>Dannenmaier, J., Kaluscha, R., Krischak, G.</i>	126
Zugang zur Anschlussrehabilitation nach einer Bandscheibenoperation <i>Dannenmaier, J., Ritter, S., Jankowiak, S., Kaluscha, R., Krischak, G.</i>	129
Nur etwa einem Drittel der Rehabilitationsbedürftigen in der stationären Pflege kann zur Zeit eine Reha empfohlen werden – Die Filter zwischen Rehabedürftigkeit und Rehaempfehlung <i>Behrens, J.</i>	131
Reha-Zugang und Reha-Bedarf (Poster)	134
Wie unterscheiden sich Mütter und Väter in Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen hinsichtlich psychosozialer Kontextfaktoren und Gesundheitsrisiken? <i>Barre, F.</i>	134
Warum gehen onkologische Reha-Anträge und Reha-Leistungen der Deutschen Rentenversicherung zurück? Ergebnisse qualitativer Interviews mit Patienten aus onkologischen Versorgungszentren <i>Deck, R., Babaev, V., Walther, A. L.</i>	137
Effekte organisationaler Ungerechtigkeit auf Arbeitsfähigkeit und Rollenfunktion – Ergebnisse aus dem Längsschnitt des Dritten Sozialmedizinischen Panels <i>Spanier, K., Peters, E., Michel, E., Radoschewski, F. M., Bethge, M.</i>	139
Rehabilitationsnachsorge	142
Heidelberger Kompetenztraining (HKT) zur nachhaltigen Lebensstiländerung in der kardiologischen Rehabilitation <i>Nechwatal, R. M., Glatz, L., Dillenburg, A., Knörzer, W.</i>	142

TeNoR2: Effekte der telefonischen Nachsorge durch den Sozialdienst einer Reha-Klinik für MBOR-Rehabilitanden sechs Monate nach Ende der Reha-Maßnahme <i>Fröhlich, S., Niemeyer, R., Greitemann, B.</i>	144
Wie nachhaltig ist die sozialdienstliche Beratung in der Rehabilitationsklinik? Eine Katamnesestudie <i>Vogel, H., Sauer, S., Deeg, P., Faller, H.</i>	146
SENSe-Study: Structured evaluation of sustainability of sports after cancer <i>Widmann, T., Roggenhofer, S.</i>	148
Evaluation einer telefonbasierten Reha-Nachsorgeintervention zur Optimierung der poststationären ViniYoga-Akzeptanz bei Hypertonikern – Ergebnisse einer randomisiert kontrollierten Studie <i>Schröer, S., Mayer-Berger, W., Pieper, C.</i>	149
Konzeption und erste Erfahrungen mit einer Online-Nachsorge bei Adipositas <i>Jolivet, B., Schäfer, A., Fischer, H.</i>	151
Rehabilitationsnachsorge (Poster)	154
Ausbau und Optimierung der Nachsorge-Webseite www.nachderreha.de – Ergebnisse zur Usability und zur Nutzung eines Selbstmelde-Portals <i>Langbrandtner, J., Deck, R.</i>	154
Sozialdienstliche Nachsorge durch telefonische Intervention zur Verbesserung der beruflichen Reintegration nach stationärer orthopädischer Rehabilitation (SONATE-Studie) <i>Vogel, M., Koch, M., Lindemann-Sauvant, P., Nawothnig, S., Schumacher, B.</i> ...	156
Rehabilitationspsychologie (Poster)	159
Wie verändert sich die Ressourcenrealisierung bei Müttern nach einer stationären Mutter-Kind-Maßnahme? <i>Otto, F.</i>	159
InResPro – Integrative Resilienzförderung im Reha-Prozess: Entwicklung einer verhaltens- und verhältnisorientierten Intervention <i>Christoffer, A., Altenhöner, T., Heuft, G., Stock Gissendanner, S., Hinrichs, J.</i> ...	161
Patientenorientierung und Patientenschulung	164
Subjektive Erfahrungen von Rehabilitanden als hilfreiche Informationsquelle? Evaluation des Bereichs „Medizinische Reha“ auf www.krankheitserfahrungen.de <i>Burbaum, C., Bengel, J., Gundlach, F.</i>	164
Evaluation eines Zielorientierungsmodells für die Rehabilitation zur Optimierung von Selbstbestimmungsmöglichkeiten (ZORROS) <i>Senin, T., Meyer, T.</i>	166

Implementation einer Patientenschulung in der medizinischen Rehabilitation – Chancen und Herausforderungen <i>Rolf, R., Ralf, L., Göhner, W., Spörhase, U., Schäfer, H., Scherer, W., Bitzer, E.-M.</i>	168
Wirksamkeit generischer Selbstmanagement-Module (SelMa) in der medizinischen Rehabilitation <i>Meng, K., Reusch, A., Musekamp, G., Seekatz, B., Zietz, B., Steimann, G., Altstidl, R., Haug, G., Faller, H.</i>	170
Kurz- und mittelfristige Effektivität einer Patientenschulung Fibromyalgie-Syndrom <i>Musekamp, G., Ehlebracht-König, I., Höfter, A., Schlittenhardt, D., Gerlich, C., Faller, H., Reusch, A.</i>	172
Unterstützung der Lebensstiländerung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ II und/oder Adipositas durch ein Planungskompetenztraining mit telefonischer Nachsorge <i>Arling, V., Pollmann, H., Huth, F., Spijkers, W.</i>	174
Aus- und Weiterbildung (Poster)	178
Entwicklung einer Datenbank (MediaWiki) für Dozenten interdisziplinärer rehabilitationsbezogener Lehre <i>Schmidt, S., Schwabe, S., Wichmann, D., Mau, W.</i>	178
Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation	180
Implementierung medizinisch-beruflich orientierter Rehabilitation <i>Bethge, M., Streibelt, M., Schwarz, B., Markus, M., Gerlich, C., Neuderth, S., Schuler, M.</i>	180
Klinisch-anamnestische Charakteristika bei Rehabilitanden mit einer BBPL in der neurologischen MBOR <i>Heßling, A., Brandes, I., Leniger, T.</i>	183
Die Vorhersage des beruflichen Wiedereingliederungserfolges anhand der ELA-Aktivitätstests <i>Bühne, D., Alles, T., Froböse, I.</i>	185
Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation für onkologische Rehabilitanden – Kurzfristige Ergebnisse einer clusterrandomisierten Multicenterstudie <i>Wienert, J., Schwarz, B., Bethge, M.</i>	187
Berufsbezogene Problemlagen und Return to work (RTW) im Kontext psychischer Komorbidität in der pneumologischen Rehabilitation <i>Kaiser, U., Schmidt, J., Kriz, D., Nübling, R.</i>	189
Berufliche Orientierung von Medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen aus Rehabilitandensicht – Entwicklung eines Versichertenfragebogens MBOR-P <i>Bürger, W., Nübling, R., Streibelt, M.</i>	192

Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation (Poster)	195
Der Einfluss des FCE-Verfahrens ELA auf die Selbsteinschätzung des Patienten in der MBOR <i>Bühne, D., Alles, T., Froböse, I.</i>	195
Vernetzung in der Rehabilitation	198
Erwerbsfähigkeit durch Vernetzung fördern: Evaluationsergebnisse und Implikationen aus einer Netzwerkkonferenz <i>Lippke, S., Hessel, A.</i>	198
Voraussetzungen und Barrieren für eine Klinik-Kooperation bei der medizinisch-beruflichen Rehabilitation – Ergebnisse einer Mitarbeiterbefragung im Rahmen des Projektes Pro MBOR <i>Dibbelt, S., Wulfert, E., Greitemann, B., Bauer, J., Sharief, T., Purucker, H.-C.</i>	201
Medizinisch-berufliche Rehabilitation seelisch beeinträchtigter Menschen in der Novarea RPK – Evaluation eines Modellprojektes <i>Arling, V., Thielecke, J.</i>	203
Betriebsärzte und Rehabilitation – Eine Querschnittsstudie zum betriebsärztlichen Handeln in Schleswig-Holstein und Baden-Württemberg <i>Bethge, M., Schwarz, B., Glomm, D., Kallenberg, C., Völter Mahlknecht, S., Rieger, M., Peters, E.</i>	205
Einbindung des Hausarztes in die Rehabilitationsnachsorge – Effekte auf das subjektive und objektive Behandlungsergebnis <i>Jankowiak, S., Kaluscha, R., Krischak, G.</i>	207
Vernetzung in der Rehabilitation (Poster)	210
Internetbasierte Interventionen bei beruflicher Belastung: Akzeptanz und Barrieren bei Versicherten mit erhöhtem Erwerbsminderungsrisiko <i>Hennemann, S., Thukral, J., Witthöft, M., Beutel, M. E., Bethge, M., Zwerenz, R.</i>	210
Rückkehr zur Arbeit	213
Erwerbsstatus ehemaliger Rehabilitanden fünf Jahre nach der medizinisch-beruflichen Rehabilitation (mbR) – Eine Evaluation zur Nachhaltigkeit der mbR <i>Boltzmann, M., Schmidt, S., Reck, C., Rollnik, J. D.</i>	213
Berufliche Wiedereingliederung bei Patienten mit bioptisch gesicherter Myokarditis <i>Völler, H., Kühl, U., Rasawieh, M., Salzwedel, A., Wegscheider, K., Reibis, R.</i> ...	214
Die Passung der beruflichen Interessen mit den Berufsempfehlungen aus dem RehaAssessments® und Zusammenhänge mit der beruflichen Selbstwirksamkeit <i>Thielecke, J., Knispel, J., Spijkers, W., Arling, V.</i>	217

RehaFuturReal®: Soziodemografische und psychologische Prädiktoren für die Beratungszufriedenheit aus Sicht der Versicherten <i>Knispel, J., Spijkers, W., Arling, V.</i>	219
Zuschreibungen in Bezug auf die Personaleinstellung von behinderten Bewerbern – Körperliche und psychische Erkrankungen im Vergleich <i>Slavchova, V., Spijkers, W., Arling, V.</i>	221
Teilhabeeffekte durch berufliche Rehabilitation und vernetzte Rehabilitationsstrategien	224
Teilhabe durch Leistungen zur beruflichen Bildung für arbeitslose Rehabilitanden <i>Bethge, M.</i>	224
Junge Personen mit Behinderung in Armutslagen – LTA als Weg in den Arbeitsmarkt? <i>Tophoven, S., Reims, N.</i>	226
Arbeitsmarktübergänge von Jugendlichen mit Behinderung in LTA – Typische Verläufe der Schulabgangskohorte 2008 <i>Reims, N., Schels, B.</i>	227
„Arbeit auf Probe?“ – Bedingungskonstellationen für die Verstetigung von Beschäftigungsverhältnissen aus Sicht von Rehabilitand_innen und Arbeitgeber_innen <i>Feist, M., Ohlbrecht, H.</i>	229
Fortschreibung von Desintegrationskarrieren statt Förderung beruflicher Wiedereingliederung <i>Schwarz, B., Specht, T., Bethge, M.</i>	231
Ressourcenentwicklung in der beruflichen Rehabilitation <i>Eichert, H.-C.</i>	233
Bedarfsermittlung und Teilhabeprognose in beruflicher Rehabilitation und vernetzten Rehabilitationsstrategien	239
Einflussfaktoren für die Inanspruchnahme unterschiedlicher beruflicher Bildungsleistungen <i>Schmid, L., Kaluscha, R., Krebs, K., Krischak, G.</i>	239
Instrumente für die Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation: Vertiefte Analyse und Zuordnung zum bio-psycho-sozialen Modell der WHO <i>Wenzel, T.-R., Morfeld, M., Ommert, J., Schubert, M.</i>	240
ICF-orientierte Fragebögen zur Erfassung erwerbsbezogener Funktionsfähigkeit – Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche <i>Sternberg, A., Bethge, M.</i>	242
Was sagt das Return to Work ein Jahr nach Ende einer beruflichen Bildungsleistung über die längerfristige berufliche Teilhabe aus? <i>Hetzel, C., Streibelt, M.</i>	244

Zum Einfluss des Arbeitsmarktes bei beruflichen Bildungsleistungen auf die wissenschaftliche Evidenz und Qualitätssicherung <i>Streibelt, M., Hetzel, C.</i>	247
Prävention und Gesundheitsförderung	250
Welche Anforderungen haben verschiedene Stakeholder an einen Präventionsmanager? – Eine qualitative Analyse <i>Dejonghe, L., Biallas, B., Froböse, I., Schaller, A.</i>	250
Arbeitsfähigkeitserleben nach Arbeitsplatzveränderungen bei Menschen mit und ohne psychische Probleme – Eine experimentelle Vignettenstudie <i>Muschalla, B., Mau, M.</i>	252
Berufliche Gratifikationskrisen und Veränderungen beruflicher Gratifikationskrisen und ihr Einfluss auf Arbeitsfähigkeit, Vitalität und psychisches Wohlbefinden <i>Spanier, K., Peters, E., Michel, E., Radoschewski, F. M., Bethge, M.</i>	255
Klimawandel erwünscht – Unter welchen Bedingungen offenbaren chronisch erkrankte Arbeitnehmer ihre Erkrankung am Arbeitsplatz? <i>Niehaus, M., Bauer, J., Jakob, L., Stump, R.</i>	257
VorteilJena – Gesund mit Erfahrung – Ein Mentorenprogramm für Beschäftigte 55+ zur Mitarbeitergesundheit <i>Derlien, S., Gladow, T., Willgosch, A., Scharschmidt, R.</i>	259
Rechtswissenschaften	262
Beratung im Rehabilitationsrecht <i>Welti, F., Ramm, D.</i>	262
Konsequenzen der Globalisierung: Die Auflockerung des Territorialitätsprinzips im Schwerbehindertenrecht <i>Kohte, W.</i>	264
Medizinische Rehabilitation und zivilrechtlicher Verbraucherschutz <i>Nebe, K.</i>	265
Qualität von Prävention und Rehabilitation durch die Gefährdungsbeurteilung nach § 5 ArbSchG <i>Nebe, K.</i>	267
Partizipative Entwicklung von Kriterien für barrierefreie Internetseiten mit Menschen mit Lernschwierigkeiten <i>Brinkmann, E., Heide, M., Bergs, L., Niehaus, M.</i>	269

Internet- und mobile-basierte Interventionen (IMIs) in der medizinischen Rehabilitation	272
Effectiveness and cost-effectiveness of a web-based guided self-help intervention for prevention of major depression in adults with subthreshold depression: A pragmatic randomised controlled trial <i>Bunrock, C., Berking, M., Smit, F., Lehr, D., Nobis, S., Riper, H., Cuijpers, P., Baumeister, H.</i>	272
Internet-basierte psychologische Interventionen zur Prävention von psychischen Störungen. Ergebnisse einer Meta-Analyse und Perspektiven für die medizinische Rehabilitation <i>Sander, L., Rausch, L., Baumeister, H.</i>	273
Reha:Info – Evaluation eines Online-Portals zur Vorbereitung auf die stationäre psycho-somatische Rehabilitation <i>Zwenz, R., Schury, S., Becker, J., Siepmann, M., Franke, W., Schmädeke, S., Beutel, M. E.</i>	275
Kosten-Wirksamkeits-Analysen und Kosten-Nutzenwert-Analyse internetbasierter, geleiteter Selbsthilfeintervention zur Reduktion arbeitsbezogenen Stresses <i>Kählke, F., Lehr, D., Berking, M., Bunrock, C., Heber, E., Smit, F., Baumeister, H.</i>	277
Gesundheitsökonomische Evaluation einer begleiteten und unbegleiteten online-basierten Akzeptanz und Commitment Therapie für chronische Schmerzen <i>Paganini, S., Lin, J., Sander, L., Kählke, F., Baumeister, H.</i>	279
Effektivität einer Internet-basierten und maßgeschneiderten Intervention für ehemalige Teilnehmer*Innen an einer medizinischen Rehabilitation <i>Lippke, S., Storm, V., Reinwand, D., Wienert, J.</i>	281
Bewegungstherapie	284
Standardisiertes Assessment in der Bewegungstherapie – Status quo innerhalb der medizinischen Rehabilitation in Deutschland <i>Geidl, W., Portenlänger, F., Streber, R., Deprins, J., Rohrbach, N., Sudeck, G., Pfeifer, K.</i>	284
Vergleich zwischen fahrradergometrischem Intervall- und Dauertraining bei Patienten nach aortokoronarer Bypassoperation in der kardiologischen Anschlussheilbehandlung (VID-ACB) <i>Reer, M., Schlitt, A., Heinze, V., Huta, D., Hottenrott, K.</i>	285
Aspekte der Teamarbeit in der Bewegungstherapie: Ergebnisse einer bundesweiten Bestandaufnahme <i>Deprins, J., Geidl, W., Rohrbach, N., Streber, R., Sudeck, G., Pfeifer, K.</i>	288
Bewegungstherapeutische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung – Ein Update auf Basis quantitativer Routinedaten <i>Brüggemann, S., Sewöster, D., Kranzmann, A.</i>	290

Bewegungsempfehlungen für Erwachsene mit einer chronischen Erkrankung <i>Geidl, W., Pfeifer, K.</i>	292
Nationale Bewegungsempfehlungen für ältere Erwachsene <i>Füzéki, E., Vogt, L., Banzer, W.</i>	294
Bewegungsförderung (Poster)	296
Rheuma und Sport – Wie geht das? Die „transtheoretische“ Bewegungs- motivation von Betroffenen mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen <i>Mattukat, K., Mau, W.</i>	296
Aquacycling eine innovative Therapie für adipöse Patienten?! <i>Foth, C., Maurer, L., Purucker, H.-C.</i>	298
Evidenzbasiert und praxistauglich: Welche Techniken der Verhaltensänderung unterstützen den Alltagstransfer körperlicher Aktivität bei Rehabilitand(inn)en? <i>Schagg, D., Göhner, W., Küffner, R., Reusch, A.</i>	300
Entwicklung einer telemedizinisch assistierten Bewegungstherapie für die postrehabilitative Versorgung von Patienten mit Knie- oder Hüft-Totalendoprothese <i>Rabe, S., Eichler, S., Salzwedel, A., John, M., Tilgner, N., Wochatz, M., Völler, H.</i>	302
Orthopädische Rehabilitation	305
Was leistet die stationäre Rehabilitation im Hinblick auf das Rehaziel Schmerzbewältigung bei Patienten nach Knie- oder Hüftendoprothesenimplantation? <i>Linck-Eleftheriadis, S., Röhrig, B., Freidel, K.</i>	305
Weiterbehandlung nach Implantation einer Hüft- oder Knie-Totalendoprothese – Welche Ergebnisse erzielen Rehabilitanden und Nicht-Rehabilitanden? <i>Ritter, S., Dannenmaier, J., Jankowiak, S., Kaluscha, R., Krischak, G.</i>	307
Berufliche Wiedereingliederung nach Bandscheibenoperation – Was leistet die Anschlussrehabilitation dabei? <i>Dannenmaier, J., Ritter, S., Jankowiak, S., Kaluscha, R., Krischak, G.</i>	309
Erste klinische Ergebnisse bezüglich der Anwendung eines Prothesenpassteils zur Rehabilitation transfemorale Amputierter mit niedrigem Mobilitätsgrad <i>Hahn, A.</i>	311
Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bei Patienten mit chronischem Rückenschmerz vor und nach einer Rehabilitation <i>Ziehm, J., Görge, M., Farin-Glattacker, E.</i>	313
Gesundheitsökonomische Bewertung der medizinischen Rehabilitation bei Rückenschmerzen <i>Teppohl, L., Dannenmaier, J., Kaluscha, R., Krischak, G.</i>	315

Orthopädische Rehabilitation (Poster)	317
Welche Differenzkriterien können die Zuweisung orthopädischer Rehabilitanden zu einem Behandlungszweig vorhersagen?	
<i>Markus, M., Schwarz, B., Bethge, M.</i>	317
Mittelfristige Bedürfnisse und Barrieren von Rehabilitanden mit chronischem Rückenschmerz in der verhaltensmedizinisch orthopädischen Rehabilitation	
<i>Köpnick, A., Herbold, D., Roßband, H., Geigner, B., Beddies, A., Worringer, U., Hampel, P.</i>	320
Einfluss der Arbeitsfähigkeit auf die Veränderung der isokinetischen Maximalkraft bei Rehabilitanden mit degenerativen Kniegelenkerkrankungen	
<i>Lohss, R., Geissler, N., Thiel, M., Göhle, M., Egen, C. (1), Gutenbrunner, C. (1)</i> ..	322
Flexibilisierung von Patientenschulungen – Beispiel eines Curriculums nach dem neuen Rahmenkonzept der Rheumatologie	
<i>Reusch, A., Küffner, R., Braun, J., Rautenstrauch, J., Lind-Albrecht, G., Lakomek, H.-J., Lakomek, M., Jäniche, H., Ehlebracht-König, I.</i>	324
Schwangerschaftsassozierte Osteoporose – Rehabilitation in einer spezialisierten Fachklinik	
<i>Gehlen, M., Lazarescu, A.-D., Hinz, C., Boncu, B., Walz, W., Schwarz-Eywill, M.</i>	326
Psychologische Schmerzforschung in ambulanten und stationären Settings	328
Die differenzielle Bedeutsamkeit psychologischer Faktoren als Prädiktoren von chronischem Rückenschmerz	
<i>Glattacker, M., Heyduck, K., Jakob, T.</i>	328
Screening von Angst bei chronischen Rückenschmerzen: Wie, wann und überhaupt?	
<i>Lueger, S., Lueger, T., Schuler, M., Deeg, P.</i>	330
Wirksamkeit von Expositionstherapie bei chronischen Rückenschmerzen	
<i>Glombiewski, J.</i>	331
Debora: Kurz- und mittelfristige Wirksamkeit einer störungsspezifischen Behandlung von komorbider Depressivität bei chronischen Rückenschmerzen	
<i>Roch, S., Küch, D., Meyer, J., Rabe, K., Beddies, A., Hampel, P.</i>	333
Wirksamkeit einer Internet- und Mobile-basierten Akzeptanz- und Commitment-Therapie für chronische Schmerzen (ACTonPain) und Perspektiven für die medizinische Rehabilitation	
<i>Lin, J., Sander, L., Paganini, S., Lüking, M., Schlicker, S., Baumeister, H.</i>	335
Neurologische Rehabilitation	337
Barrieren und Facilitatoren der Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation bei Multipler Sklerose aus der Sicht Betroffener	
<i>Giesler, J. M., Klindtworth, K., Nebe, A., Glattacker, M.</i>	337

Subjektive Krankheitskonzepte bei Multipler Sklerose: Prädiktoren von Reha-Intention und Reha-Inanspruchnahme? <i>Glattacker, M., Giesler, J. M., Klindtworth, K., Nebe, A.</i>	339
Medizinische Rehabilitation bei Multipler Sklerose (MS): Perspektiven von Betroffenen und Experten <i>Klindtworth, K., Giesler, J. M., Nebe, A., Glattacker, M.</i>	341
Intensive Sprachtherapie verbessert die verbale Kommunikation in alltagsnahen Gesprächssituationen bei Schlaganfallpatienten mit chronischer Aphasie <i>Breitenstein, C., Grewe, T., Flöel, A., Ziegler, W., Huber, W., Willmes, K., Baumgärtner, A.</i>	343
Einflussfaktoren auf die berufliche Wiedereingliederung nach Schlaganfall: Ergebnisse einer qualitativen Meta-Synthese <i>Schwarz, B., Claros-Salinas, D., Streibelt, M.</i>	345
Neurologische Rehabilitation (Poster)	348
Constraint Induced Movement (CIM) Therapie eingebettet in stationäre Rehabilitationskonzepte führt zu einer Verbesserung des Therapieerfolges nach Schlaganfall <i>Mustak-Blagusz, M., Steinecker, B., Schumann, S., Kraxner, M., Sallfellner, E., Taurer, S., Kullich, W.</i>	348
Das „Schwalm-Zeichen“ – Eine harmlose regionaltypische Abweichung im neurologischen Befund? <i>Berwanger, C., Dapprich, M.</i>	350
Kardiologische Rehabilitation – in Kooperation mit der DGPR	353
Einfluss der kognitiven Leistungsfähigkeit auf den Schulungserfolg in der kardiologischen Rehabilitation – Ein unterschätztes Problem? <i>Salzwedel, A., Heidler, M. D., Wegscheider, K., Schikora, M., Jöbges, M., Zaskia, P., Völler, H.</i>	353
Indikatoren der Ergebnisqualität der kardiologischen Rehabilitation von berufsfähigen Patienten: Ergebnisse einer Delphi-Expertenbefragung <i>Haubold, K., Völler, H., Salzwedel, A.</i>	355
Wirksamkeit einer sozialtherapeutischen Gruppenarbeit bei kardiologischen Rehabilitanden mit besonderer beruflicher Problemlage <i>Rabe, S., Völler, H., Schulz-Behrendt, C., Dörr, G., Wegscheider, K., Salzwedel, A.</i>	358
Prognostische Wirksamkeit kardiologischer Rehabilitation bei Koronarkranken im Zeitalter moderner Pharmako- und Revaskularisationstherapie <i>Völler, H., Salzwedel, A., Saure, D., Metzendorf, M.-I., Jensen, K., Rauch, B.</i>	361
Rehabilitation von Menschen mit einer arteriellen Verschlusskrankheit im Kontext aktueller Leitlinien <i>Falk, J.</i>	364

Kardiologische Rehabilitation (Poster)	368
Unterscheiden sich ambulant und stationär behandelte kardiologische Rehabilitanden in ihrem Risikoprofil? <i>Stamm-Balderjahn, S., Spyra, K.</i>	368
Onkologische Rehabilitation	370
Bedeutung der kognitiven Dysfunktion für die Erwerbstätigkeit von Patientinnen mit Brustkrebs: Die sozialmedizinischen Ergebnisse der NeuroCog FX Multizenterstudie <i>Rick, O., Reuss-Borst, M., Dauelsberg, T., Hass, H., König, V., Caspari, R., Götz-Keil, G., Pfitzner, J., Kerschgens, C., Hoppe, C.</i>	370
Effekt der medizinischen Rehabilitation auf die sportliche Aktivität und Motivation bei Frauen nach Brustkrebs sechs Monate nach Entlassung aus der Reha-Einrichtung <i>Ralf, L., Göhner, W., Spörhase, U., Bitzer, E.-M.</i>	372
Diagnostik und Dokumentation des Therapieverlauf einer Chemotherapie induzierten Polyneuropathie (PNP) bei Mammakarzinom (MK) Patienten mittels posturographischer Untersuchung – Und Training bringt es doch <i>Seifart, U., Helm, B., Fischer, H., Beneke, R.</i>	374
Was verbinden Frauen nach Brustkrebs mit „körperlicher“ und „sportlicher“ Aktivität“ und durch welchen Begriff fühlen sie sich angesprochen? – Eine qualitative Untersuchung <i>Ralf, L., Wallner, R., Rolf, R., Göhner, W., Spörhase, U., Bitzer, E.-M.</i>	375
Return to work – Wertigkeit des 6-Minuten-Gehtests als prognostischer Marker bei Patienten mit einem lokalisierten oder lokal fortgeschrittenen Nichtkleinzelligen Lungenkarzinom (NSCLC) <i>Seifart, U., Schroedel, T. M., Rick, O.</i>	378
Sozialmedizinische Outcomes von Prostatakrebspatienten drei Jahre nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme: Ergebnisse einer prospektiven Studie <i>Bergelt, C., Ullrich, A., Rath, H., Otto, U., Kerschgens, C., Raida, M., Hagen-Aukamp, C., Koch-Gromus, U.</i>	379
Onkologische Rehabilitation (Poster)	382
Fatigue-Bewältigung in der onkologischen Rehabilitation. Welche Unterstützung ist aus Patientensicht erforderlich? <i>Kähner, H., Leibbrand, B.</i>	382
Implementierung von elektronischem Routine- und Home-Monitoring in einer stationären onkologischen Rehabilitationseinrichtung – Das REHA-GESUNDHEITSPORTAL <i>Riedl, D., Wintner, L. M., Nickels, A., Licht, T., Holzner, B., Rumpold, G.</i>	384

Geriatrische PatientInnen in der stationären onkologischen Rehabilitation – Aspekte der Lebensqualität und psychische Belastung <i>Riedl, D., Nickels, A., Licht, T., Loth, F. L., Rumpold, G., Holzner, B.</i>	386
Pneumologische Rehabilitation	388
Was pneumologisch Kranke von der Rehabilitation erwarten <i>Berghem, S.</i>	388
Verbessert ein routinemäßiges zusätzliches Inspirationsmuskeltraining die Langzeitergebnisse der pneumologischen Rehabilitation bei COPD bzgl. Lebensqualität und Dyspnoe? 1-Jahresergebnisse der RIMTCORE-RCT <i>Schultz, K., Jelusic, D., Wittmann, M., Schuler, M.</i>	390
Qualität und Sicherheit pneumologischer Rehabilitation und der Rehabilitation nach akuter Lungenembolie <i>Kleeberg, K., Lehnigk, B., Heinze, V., Schlitt, A.</i>	392
Beeinflusst das Geschlecht die Ergebnisse der Rehabilitation von COPD-Patienten im Langzeitverlauf? <i>Wittmann, M., Jelusic, D., Schuler, M., Schultz, K.</i>	395
Prognose von COPD-Exazerbationen im Jahr nach der Reha – Weist der Rehaverlauf einen zusätzlichen Vorhersagebeitrag auf? <i>Schuler, M., Jelusic, D., Wittmann, M., Schultz, K.</i>	397
Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen	400
Prävention und Rehabilitation: Behandlungsverläufe in der stationären Entwöhnung und Folgerungen für präventive Ansätze <i>Bachmeier, R., Weissinger, V.</i>	400
Suchtprävention in der stationären Rehabilitation im Indikationsgebiet Psychosomatik: Merkmale der Patientengruppe, Interventionsprogramm und Wirksamkeitsprüfung <i>Schuhler, P., Vogelgesang, M., Wagner, A.</i>	402
Nachsorge und Wiedereingliederung bei Methamphetaminabhängigkeit – Barrieren und Verbesserungspotenziale aus Expertenperspektive <i>Hoffmann, L., Schumann, N., Fankhänel, T., Thiel, C., Klement, A., Richter, M.</i>	404
Alkoholabhängigkeit und Gender: Gleiche Therapiebedürfnisse oder geschlechtsspezifische Unterschiede? <i>Leiber, K., Rüping, C., Lottermoser, S., Englert, I., Zentner, S., Weitzmann, P., Nebe, R., Hinze-Selch, D.</i>	406
Kompetenzverbund Südbaden für Psychosomatische Medizin und Abhängigkeitserkrankungen (PAKS) <i>Dorr, F., Woitha, K., Farin-Glattacker, E., Bengel, J.</i>	408

Psychosomatische Rehabilitation	411
Aller Anfang ist leicht? Mutter-Kind Behandlung bei postpartalen psychischen Erkrankungen in der Psychosomatischen Rehabilitation <i>Fittig, E., Wagner, K., Kunze, J.</i>	411
Bindungstraining für Alleinerziehende in der psychosomatischen Rehabilitation <i>Gerken, M., Hagen, D., Rampoldt, D., Schäfer, R., Franz, M.</i>	413
Mobbing-Erleben in stationärer psychosomatischer Rehabilitation: Prävalenz und Charakteristika von Patienten mit Mobbing Erfahrungen <i>Mestel, R., Jelitte, M.</i>	415
Regionaler Einfluss des Arbeitsmarkts und der ärztlichen/psychotherapeutischen Versorgung auf das Reha-Antrags- und Ablehnungsgeschehen <i>Köckerling, E., Hesse, B., Breckenkamp, J., Körner, M.</i>	417
Inanspruchnahme psychosomatischer Rehabilitationsmaßnahmen und Berentungen wegen Erwerbsminderung aufgrund psychischer Erkrankungen – Eine qualitative Analyse <i>Herget, S. Roski, C., Grande, G.</i>	419
Psychosomatische Rehabilitation bei Versicherten der Rentenversicherung mit deutscher und anderer Nationalität – Vergleich anhand von Routinedaten <i>Rose, A. D., Zollmann, P., Pimmer, V., Erbstößer, S.</i>	421
Innovative Konzepte in der psychosomatischen Rehabilitation – in Kooperation mit der DGPPR	425
Effektivität einer psychotherapeutischen E-Mail-Nachsorge (eMaNa) nach kognitiv-verhaltenstherapeutischer rehabilitativer Depressionsbehandlung <i>Watzke, B., Krause, S. R.-M., Bassler, M., Köllner, V., Schneider, J., Schulz, H., Ceynowa, M.</i>	425
Entwicklung und Evaluation eines ADHS Behandlungskonzeptes für Erwachsene in der psychosomatischen Rehabilitation <i>Heise, K., Benoit, D., Deibler, P., Morgen, K.</i>	427
Wirkungen einer regenerations- versus resistenz-orientierten Ergotherapie auf die Stresstoleranz <i>Linden, M., Otto, J., Hufenreuther, J.</i>	429
Blended interventions in psychosomatischer Rehabilitation und Psychotherapie: Kombinationen aus klassischer und internetbasierter Behandlung von psychischen Störungen. Ein systematisches Review <i>Erbe, D., Eichert, H.-C., Riper, H., Ebert, D. D.</i>	431
IRENA-Gruppen im Rahmen der Psychosomatischen Rehabilitation – Ergebnisse einer naturalistischen Studie <i>Weber, R., Schonnebeck, M., Langens, T.</i>	433

Erweiterte Diagnostik in der psychosomatischen Rehabilitation – in Kooperation mit der DGPPR	435
Teilleistungsstörungen in der psychosomatischen Rehabilitation <i>Bahri, S., Köllner, V., Linden, M., Noack, N.</i>	435
Stellenwert der Konsistenzprüfung bei Systemen zur Functional Capacity Evaluation (FCE) <i>Geissler, N., Andreeva, E., Moesch, W., Gutenbrunner, C.</i>	436
Sozialmedizinisch auffällige Patienten in der Psychosomatischen Rehabilitation <i>Nübling, R., Schmidt, J., Kriz, D., Kobelt, A., Bassler, M.</i>	439
Entwicklung und Kalibrierung eines rasch-basierten Kurzscreenings zur Ängstlich-Vermeidenden Persönlichkeitsstörung auf Basis der Itembank – AvPD-IB <i>Scharm, H., Basak, M., Kallinger, S., Abberger, B., Baumeister, H.</i>	441
Entwicklung und Kalibrierung eines rasch-basierten Kurzscreenings zur Diagnostik der Zwanghaften Persönlichkeitsstörung <i>Kallinger, S., Eder, S., Scharm, H., Abberger, B., Baumeister, H.</i>	442
Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen I	444
Kinder mit Migrationshintergrund – Sichtweise der Rehabilitationskliniken <i>Berghem, S.</i>	444
Psychosoziale Belastungen von Kindern und Jugendlichen mit seltenen Hauterkrankungen und der Wunsch nach einer Rehabilitationsmaßnahme <i>Stachow, R., Scheewe, S., Ufer, F., Hampel, P., Küppers-Chinnow, M.</i>	446
Zusammenhänge zwischen Depressivität, Persönlichkeitsmerkmalen und Typ-1-diabetesspezifischen Outcomes in der stationären Kinder- und Jugendlichenrehabilitation <i>Paape, F., Hermann, T.</i>	448
Motivation zur Veränderung adipogener Verhaltensweisen bei adipösen Jugendlichen während einer stationären Rehabilitation <i>Kurzinsky-Stachow, U., Hagedorn, N., Wienert, J., Wiegand, S., Hampel, P., Stachow, R.</i>	450
Welche Erfahrungen haben Lehrer und Pädagogen mit chronischen Erkrankungen der Kinder und der stationären Rehabilitation? <i>Berghem, S.</i>	452
Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen II	455
Evaluation eines integrativen verhaltenstherapeutischen Behandlungsprogramms für Jugendliche mit Essstörungen in der medizinischen Rehabilitation <i>Frese, C., Benoit, D., Deibler, P.</i>	455
Die Rolle der Selbstregulation im Rahmen der stationären Adipositasbehandlung bei Kindern und Jugendlichen <i>Warschburger, P., Gmeiner, M., Morawietz, M.</i>	457

Wie verändert sich die Gesundheit nach einer Kinder- und Jugendrehabilitation und wie nachhaltig sind diese Veränderungen? <i>Ritter, S., Dannenmaier, J., Kaluscha, R., Krischak, G.</i>	459
Auswertung von Kinderrehabilitationsanträgen der Jahre 2014 – 2016 der DRV Rheinland-Pfalz: Erste Ergebnisse <i>Obenauer, P., Stapel, M.</i>	460
Rehabilitandenbefragung bei Kindern und Jugendlichen der Deutschen Rentenversicherung – Analyse und Modifikation der QS-Instrumente <i>Mitschele, A., Knittel, T., Mohr, S.</i>	463
Autorenindex	466
Erstautorenverzeichnis	470

Rehabilitation und Migration: Zugang, Wirksamkeit, Herausforderungen

Razum, O. (1), Brzoska, P. (2)

(1) Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld,

(2) Fakultät für Human- und Sozialwissenschaften, Technische Universität Chemnitz

Gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund

Rund ein Fünftel der Bevölkerung in Deutschland hat einen Migrationshintergrund. Das heißt, sie sind selbst nach Deutschland zugewandert oder Kinder und Enkel von Zuwanderern. Nach (Spät-)Aussiedlern/innen sind türkeistämmige Menschen die größte Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund.

Menschen mit Migrationshintergrund haben ein ähnliches Krankheitsspektrum wie die Mehrheitsbevölkerung, allerdings mit Unterschieden in Verlauf und Häufigkeit von Erkrankungen. Menschen mit Migrationshintergrund erkranken häufiger und in jüngeren Jahren an chronischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus sowie altersbedingten Verschleißerscheinungen. Auch sind psychische Erkrankungen häufiger. Dazu können zum einen ein ungünstiger sozialer Status, Informationsdefizite und unzureichende Kenntnisse der deutschen Sprache beitragen sowie auch körperlich belastende Arbeitsbedingungen. Menschen ausländischer Staatsangehörigkeit haben auch eine fast doppelt so hohe Erwerbsminderungsquote wie deutsche Staatsangehörige. Sowohl bei Berufskrankheiten- als auch Erwerbsminderungsquoten werden die beobachteten Unterschiede zwischen deutschen und ausländischen Staatsangehörigen dabei mit zunehmendem Alter größer.

Eine adäquate rehabilitative Versorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund ist daher wichtig – zumal auch diese Bevölkerungsgruppe altert. Damit erhöht sich auch ihr Risiko für altersbedingte chronische Erkrankungen.

Inanspruchnahme und Wirksamkeit von medizinischer Rehabilitation

Menschen mit Migrationshintergrund werden durch präventive Angebote oft schlechter als die Mehrheitsbevölkerung erreicht. Besonders deutlich wird das in der medizinischen Rehabilitation. So nahmen 2002–2004 ca. 4,9 % der Menschen ohne Migrationshintergrund Maßnahmen medizinischer Rehabilitation in Anspruch. Bei Menschen mit Migrationshintergrund war dieser Anteil mit 3,0 % deutlich geringer. Allein durch Unterschiede in Alter, sozialer Lage und Gesundheitszustand ist diese unterschiedliche Nutzung nicht zu erklären.

Daneben sind die Rehabilitationsergebnisse bei Menschen mit Migrationshintergrund oft ungünstiger. Oft findet sich eine geringere berufliche Leistungsfähigkeit, ein geringerer Anteil von verbesserten Behandlungsergebnissen sowie ein höheres Risiko für eine Erwerbsminderungsrente nach Reha-Abschluss: Für Menschen mit einer Staatsangehörigkeit aus der Türkei oder dem ehemaligen Jugoslawien beispielsweise liegt dieses Risiko auch nach Adjustierung für Alter, ökonomische und gesundheitlicher Faktoren um 70 %

bzw. 41 % höher als bei deutschen Staatsangehörige. Vergleichbare Unterschiede zeigen sich in der beruflichen Prognose nach Abschluss der Rehabilitation.

Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren

Menschen mit Migrationshintergrund treffen im Gesundheitssystem auf Barrieren, welche die Inanspruchnahme und Qualität ihrer Versorgung nachteilig beeinflussen können. Neben sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten gehören dazu fehlende Informationen über Angebote und sozialrechtliche Ansprüche. Das kann es schwierig machen, Rehabilitanden/innen zu Therapien anzuleiten oder für die Behandlung notwendige Informationen zu erheben. Therapien können dann nicht bedarfs- und bedürfnisgerecht ausgerichtet oder Therapieempfehlungen von Rehabilitanden/innen nicht eingehalten werden. Daneben können auch kulturelle und religiöse Bedürfnisse, denen von Versorgungsinstitutionen nicht ausreichend Rechnung getragen wird, ihrerseits die Kommunikation zwischen Rehabilitanden/innen und Gesundheitspersonal behindern und gegenseitige Missverständnisse verursachen. Manche traditionell orientierten Menschen mit Migrationshintergrund haben beispielsweise aus Scham Vorbehalte, vom Personal des jeweils anderen Geschlechts behandelt zu werden oder an gemischtgeschlechtlichen Gruppenübungen wie Schwimmtherapien teilzunehmen. Ferner können auch kulturspezifische Symptombeschreibungen, subjektive Krankheitsvorstellungen und Krankheitsausdrücke zu Missverständnissen in der Beziehung von Nutzern/innen und Personal führen und eine optimale Versorgung gefährden, wenn sie von Versorgungseinrichtungen nicht ausreichend aufgegriffen werden.

Strategien einer nutzerorientierten Versorgungsgestaltung

Auf Ebene der Versorgungsstruktur können Unterstützungsangebote mit einer Case-Management-Funktion dabei helfen, Zugangsbarrieren zur Rehabilitation zu senken. Ebenso kann mit aufsuchenden Versorgungsstrukturen wie der Mobilen Rehabilitation die rehabilitative Versorgung aktiv an die Zielgruppe herangetragen und ihre Nutzung dadurch gefördert werden.

Maßnahmen auf Ebene der Versorgungspraxis umfassen oft migrations- und kulturspezifische Angebote, etwa Schulungsangebote und Informationsmaterial in den Sprachen der größten Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund oder gar Abteilungen oder Institutionen, die sich auf die Behandlung bestimmter Gruppen von Menschen mit Migrationshintergrund spezialisieren. Solche parallelen Versorgungsangebote erscheinen auf den ersten Blick sinnvoll. Die Wirksamkeit dieser Maßnahmen ist aber in der Regel nicht überprüft, zudem ist die Bevölkerung mit Migrationshintergrund sehr heterogen. Einerseits wandern vermehrt „neue“ Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund nach Deutschland zu, beispielsweise Geflüchtete sowie Migranten/innen aus Indien oder Afrika. Andererseits sind auch Teilpopulationen wie Menschen türkischer Herkunft untereinander sehr verschieden. Spezifische Angebote können diese Heterogenität nicht abbilden. Außerdem machen es parallele Angebote schwierig, die Versorgungsqualität flächendeckend und nachhaltig zu sichern. Ferner grenzen parallele Versorgungsstrukturen Menschen mit Migrationshintergrund aus und stehen ihrer sozialen und gesundheitlichen Teilhabe entgegen. Statt neue migrationspezifische Angebote zu etablieren, ist es daher notwendig, bestehende Angebote der Regelversorgung migrations-sensibel auszurichten.

Hierzu können beispielsweise die Förderung interkultureller Handlungskompetenz von Gesundheitspersonal oder der Einsatz von Sprach- und Kulturmittlern/innen beitragen. Idealerweise sind diese Maßnahmen durch einen ganzheitlichen Versorgungsansatz strukturell in der Organisation der jeweiligen Institutionen verankert. Diversity Management stellt einen solchen Ansatz dar. Er stammt ursprünglich aus dem Unternehmensbereich und berücksichtigt, dass sich alle Nutzer/innen von Versorgungsangeboten untereinander und damit auch in ihren Bedürfnissen und Bedarfen unterscheiden. Mittels Diversity Management können Rahmenbedingungen in Institutionen geschaffen werden, die die Offenheit gegenüber der Vielfalt von Nutzern/innen sowie ihren Bedürfnissen und Bedarfen fördern. Es besitzt dadurch das Potenzial, Angebote der Gesundheitsversorgung migrationssensibel und nachhaltig auszurichten, um hierdurch die Qualität und Nutzerorientierung der Versorgung zu verbessern. Diversity Management reicht jedoch noch deutlich weiter. Es trägt dazu bei, den Migrationshintergrund nicht länger als Merkmal von Andersartigkeit wahrzunehmen, sondern als ein Diversitätsmerkmal von vielen, das wie auch die Merkmale Geschlecht, Alter und sozialer Status mit unterschiedlichen Bedürfnissen und Bedarfen einhergeht und ein Teil unserer vielfältigen Gesellschaft ist.

Instrumente von Diversity Management in Versorgungseinrichtungen sind beispielsweise die Einführung von Leitbildern, die Vielfalt als Chance anerkennen, oder die Benennung von Diversity-Beauftragten. In deutschen Versorgungsinstitutionen gibt es bisher nur vereinzelt Erfahrungen mit Diversity Management – ganz anders als in den USA und dem Vereinigten Königreich, wo entsprechende Angebote schon längere Zeit zum Einsatz kommen und nachweislich zu einer Versorgungsoptimierung beitragen. Bevor Diversity Management hierzulande in der Versorgung flächendeckend eingesetzt werden kann, muss es allerdings, beispielsweise durch Modellprojekte, im deutschen Versorgungskontext auf seine Wirksamkeit hin evaluiert werden.

Neue Medien zur Diagnostik und Intervention der funktionalen Gesundheit in der Rehabilitation

Baumeister, H.

Institut für Psychologie und Pädagogik, Universität Ulm

Die medizinische Rehabilitation steht vor der Aufgabe, rehabilitative Maßnahmen weiter zu optimieren sowie deren Nachhaltigkeit sicherzustellen. Der Einsatz neuer Medien zur Diagnostik und Intervention funktionaler Gesundheitsaspekte stellt eine innovative Möglichkeit dar, die Versorgungsqualität weiter zu verbessern. Insbesondere Internet- und mobile-basierte Interventionen (IMIs) werden als vielversprechende technologie-basierte Lösungen diskutiert (Baumeister et al., im Druck).

IMIs beziehen sich auf ein heterogenes Gebiet von Maßnahmen, die von therapeutisch begleiteten oder auch unbegleiteten Selbsthilfeinterventionen, über verzahnte online/offline-Angebote („blended therapy“) bis hin zu synchronen Online-basierten Intervention via z. B. Videokonferenz reichen (Baumeister et al., 2017). Im rehabilitativen Kontext bietet sich deren Einsatz von der Prävention über die Vorbereitung und die eigentliche Rehabilitationsmaßnahme bis hin zur Nachsorge an. Dabei könnte die Indikationsstellung auf einer vor der Reha-Maßnahme durchgeführten Internet-basierten psycho-sozialen Diagnostik beruhen, um derart eine patientenorientierte Bedarfsplanung mit entsprechenden individualisierten Behandlungsangeboten zu verknüpfen (Baumeister et al., im Druck).

Die mittlerweile sehr umfassende Evidenzlage zur Wirksamkeit von IMI im Allgemeinen (Baumeister et al., im Druck) spricht für deren Nutzung auch im Kontext der medizinischen Rehabilitation. Fraglich ist jedoch, ob die Evidenzlage zu IMIs im Allgemeinen einfach übertragbar ist auf den Kontext der interdisziplinär und multimodal ausgerichteten rehabilitativen Versorgung, in deren Rahmen IMIs ein mögliches Behandlungselement von vielen darstellen. Von besonderer Bedeutung ist dabei nicht nur die Frage, ob, sondern vor allem auch weshalb IMIs wirken. So zeigt sich z. B. konstant, dass therapeutisch geleitete IMIs reinen Selbsthilfeinterventionen überlegen sind (Baumeister et al., im 2014). Zudem ist gerade auch für die medizinische Rehabilitation die Untersuchung relevanter Subgruppen mit spezifischen Risikoprofilen und besonderen Behandlungsanforderungen von hoher Bedeutung. So stellt sich z. B. die Frage nach der Akzeptanz und der Wirksamkeit von IMIs für z.B. Rehabilitanden mit somato-psychischen Komorbiditäten, Migrationshintergrund oder allgemein sprachlichen Verständigungsproblemen (Baumeister et al., 2015; Baumeister et al., 2014; Unlu Ince et al., 2013; Nobis et al., 2015; Lin et al., submitted; Sander et al., in press).

Auf Outcome-Seite steht die Förderung der beruflichen Wiedereingliederung im rehabilitationswissenschaftlichen Fokus (Zwerenz et al., 2013), wobei hierzu auch international noch kaum belastbare Daten vorliegen (Baumeister et al., im Druck).

Ein wichtiger Meilenstein für die Implementierung von IMIs in die rehabilitative Routineversorgung wird darin bestehen, technische und organisatorische, sowie datenschutz-, berufs- und sozialrechtliche Rahmenbedingungen festzulegen, um eine ausreichende Behandlungssicherheit zu gewährleisten (Baumeister et al., im Druck; Stellpflug, 2014). Dabei entstehen verschiedene technische und organisatorische Fragen, die noch geklärt werden müssen. Beispielsweise bedarf es einer ausreichenden technischen Ausstattung und Weiterbildungen für eine qualitätsgesicherte Anwendung von IMIs.

Das DGRW-Update bietet einen Überblick zu Grundlagen von IMIs und deren Evidenzlage sowohl im Allgemeinen als insbesondere auch spezifisch für deren Einsatz in der medizinischen Rehabilitation.

Literatur

- Baumeister, H., Lin, J., Ebert, D. (im Druck): Internet- und mobile-basierte Ansätze zur psycho-sozialen Diagnostik und Behandlung in der medizinischen Rehabilitation. Bundesgesundheitsbl.
- Baumeister, H., Lin, J., Ebert, D.D. (2017): Internetbasierte Gesundheitsinterventionen. In: Koch, U., Bengel, J. (Hrsg) Enzyklopädie der Psychologie: Anwendungen der Medizinischen Psychologie. Hogrefe, Göttingen.
- Baumeister, H., Reichler, L., Munzinger, M., Lin, J. (2014): The impact of guidance on Internet-based mental health interventions – A systematic review. *Internet Interventions*, 1. 205–215.
- Baumeister, H., Seifferth, H., Lin, J., Nowoczin, L., Luking, M., Ebert, D. (2015): Impact of an acceptance facilitating intervention on patients' acceptance of Internet-based pain interventions: a randomized controlled trial. *Clinical Journal of Pain*, 31. 528–535.
- Baumeister, H., Nowoczin, L., Lin, J. et al. (2014): Impact of an acceptance facilitating intervention on diabetes patients' acceptance of Internet-based interventions for depression: A randomized controlled trial. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 105. 30–39.
- Unlu Ince, B., Cuijpers, P., van 't Hof, E., van Ballegooijen, W., Christensen, H., Riper, H. (2013): Internet-based, culturally sensitive, problem-solving therapy for Turkish migrants with depression: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 15. e227.
- Nobis, S., Lehr, D., Ebert, D.D. et al. (2015): Efficacy of a web-based intervention with mobile phone support in treating depressive symptoms in adults with type 1 and type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *Diabetes Care* 38. 776–783.
- Lin, J., Sander, S., Paganini, S. et al. (submitted): Effectiveness and cost-effectiveness of a guided web-based intervention for depression in patients with back pain and depression: protocol of a multi-centre randomised controlled trial.
- Sander, L., Paganini, S., Lin, J. et al. (in press): Effectiveness and cost-effectiveness of a guided Internet- and mobile-based intervention for the indicated prevention of major depression in patients with chronic back pain – study protocol of the PROD-BP multicenter randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*.
- Zwerenz, R., Gerzymisch, K., Edinger, J. et al. (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.

Stellpflug, M. (2014): Rechtliche Rahmenbedingungen von Internetpsychotherapie. Psychotherapie Aktuell, 6. 12–14.

Conceptual Description of Prevention within the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) – A first Proposal

Gutenbrunner, C., Nugraha, B.

Medizinische Hochschule Hannover

Background

The increasing prevalence of disability (WHO, World Bank, 2011) have led to thinking about concepts and strategies for the prevention of disabilities. Consequently, the German Federal Government included the main providers of rehabilitation into the new law on prevention (BMG, 2015), which refers to the classical model of prevention with the categories of primary, secondary and tertiary prevention. However, it seems that it is not compatible with the model of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) of the WHO (2001). The traditional description or definitions of prevention are exclusively disease oriented whereas the ICF provides a comprehensive model of functioning and health including multiple interactions between health conditions, body functions and structures, activities and participation and taking into account contextual (personal and environmental) factors. As rehabilitation aims at improving functioning, preventive measures, within this context a new concept of prevention on the basis of the ICF model seems to be of major relevance and importance.

Purpose

To develop a Conceptual Description of Prevention within the ICF

Methods

Based on the Conceptual Description of Rehabilitation as a Health Strategy (Meyer et al., 2011) a “Conceptual Description of Prevention in Rehabilitation” was developed. Its characteristics should be compatible with the ICF and facilitate the design of prevention measures aiming at the reduction of prevalence of disabilities in light of health conditions.

Results: The first proposal reads as follows:

“Prevention in rehabilitation is the strategy within rehabilitation which based on WHO’s integrative model of functioning, disability and health applies and integrates

- approaches to assess risks of the development impairments in light of health conditions
- approaches to optimize a person’s capacity
- approaches that build on and strengthen the resources of the person
- approaches that provide a facilitative environment
- approaches that develop a person’s performance

- approaches that stabilize a person's quality of life in light of health conditions along and across the continuum of care,
- including hospitals, rehabilitation facilities and the community; and across sectors
- including health, education, labor and social affairs with the goal
- to empower persons with health conditions at risk of developing disability to maintain optimal functioning in interaction with the environment”.

Discussion

The draft of a Conceptual Description of Prevention in Rehabilitation shows that rehabilitation and prevention of disability conceptually are very close. Both aim at optimal functioning. However, prevention in rehabilitation must begin not only as disability already has occurred, but also it must start already if a risk of disability development is occurring. Clinical allocation of this concepts should be developed e. g. in the early management of joint replacement surgery (including pre-surgery interventions, strategies to prevent pain chronification, and work-oriented rehabilitation measures for patients with less severe limitations of work ability)

Literatur

Bundesministerium für Gesundheit (2015): Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG). Bundesgesetzblatt, Teil I Nr. 31. 1368ff.

Meyer, T., Gutenbrunner, C., Bickenbach, J., Cieza, A., Melvin, J., Stucki, G. (2011): Towards a conceptual description of rehabilitation as health strategy. *J Rehabil Med*; 43. 765–769.

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

World Health Organisation, World Bank (2011): World Report on Disability. WHO, Geneva

Die Frage der Relevanz in deutschen Rehasstudien

Höder, J., Hüppe, A.

(1) Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

Hintergrund und Fragestellung

Von klinischer Forschung wird zunehmend gefordert, Ergebnisse nicht nur zufallskritisch abzusichern, sondern auch ihre praktische Relevanz darzulegen. Es existiert jedoch noch kein Goldstandard, wie dies zu geschehen habe. „Die Bewertung der klinischen Relevanz von Studienergebnissen ist notwendig, stellt gleichzeitig aber eine große Herausforderung dar.“ (Windeler, Thomas, 2010) Wie begegnet die deutsche Rehaforschung dieser Herausforderung?

Methode

Untersucht wurden 43 deutsche klinische Reha-Studien der letzten fünf Jahre ([1–43] Liste der untersuchten Studien:

<https://www.dropbox.com/s/yikp23ghe5udzn7/Liste%20der%20untersuchten%20Studien.docx?dl=0>). Indikationsbereiche: Rückenschmerz (19 Studien), Kardiologie (17), Psychosomatik (5), mehrere (2). Alle berichten Messwerte vor und nach der Reha bzw. Nachsorge.

Ergebnisse

Zehn von 43 Studien geben für einen Teil der Outcomes an, wie sie klinische Relevanz verstehen: als deutliche Besserung (Überschreiten einer bestimmten Messwertdifferenz) oder als „Heilung“ (Erreichen eines bestimmten Messwertes bei der Zweitmessung).

Besserung: Acht Studien benutzen eine minimal clinically important difference (MCID). Beispiele: 1 Standardmessfehler der Ausgangsmessung, reliable change index nach Jacobson und Truax, 54 Meter im Sechs-Minuten-Gehtest. Fünf dieser Studien berechnen den Anteil der Rehabilitanden, die diese Schwelle überschreiten [8, 21, 25, 29, 37]. Zwei Studien berichten, dass Gruppenmittelwerte sich um den MCID verbesserten [40, 42]. In einem Fall kommen beide Methoden vor [4].

Erreichen eines Normwertes („Heilung“): Eine Studie gibt an, wie viele Patienten Symptombefreiheit erreichen und aufrechterhalten, dazu die number needed to treat [8]. Zwei weitere Studien zeigen, dass sich Mittelwerte von klinisch zu subklinisch veränderten oder dass im Mittel ein normaler Blutdruck erreicht wurde [27, 39].

Für sechs weitere Studien gilt: Obwohl sie kein ausdrückliches Relevanzkriterium angeben, lässt sich die praktische Bedeutung der Ergebnisse unmittelbar erkennen, da dichotome, anschauliche Outcomes behandelt werden wie return to work, Arbeitsunfähigkeit oder Tod. Hier finden sich prozentuale Häufigkeiten und NNTs [17, 20, 26, 30, 34, 38].

Von den übrigen 27 Studien geben 17 Effektstärken an, davon fünf mit Konfidenzintervallen. Es handelt sich um standardisierte Mittelwertdifferenzen und aufgeklärte Varianz (partielles η^2). Drei kontrollierte Studien berichten nur Intragruppen-Effektstärken, die übrigen auch die Intergruppenwerte. Die Werte werden nach der bekannten Kategorisierung von Cohen interpretiert.

2 Studien berechnen Konfidenzintervalle für Mittelwertdifferenzen. Die übrigen 8 Studien beschränken sich auf die Angabe von p-Werten.

Diskussion

Hat das Studienergebnis eine praktische Bedeutung für das Leben der Rehabilitanden? Nur ein knappes Viertel der Studien behandelt diese Frage, und das auch nur am Rande. Begründungen für die herangezogenen Relevanzkriterien beschränken sich auf das Allernotwendigste, fehlen ganz oder werden nur auf einen Teil der Zielgrößen angewandt. Auswertungen auf der Basis von Mittelwertveränderungen lassen nicht erkennen, wie viele Rehabilitanden sich verschlechtern (Höder et al., 2007). Fallweise Auswertungen lassen

unberücksichtigt, dass die bedeutsamen Verbesserungen überschätzt werden, wenn die gewählte MCID über der durchschnittlichen Veränderung liegt (Höder et al., 2015).

Effektstärkemaßen können auf Relevanz hinweisen. Aber die durchgängige, schematische Interpretation mit Hilfe von Cohens Kategorien, die zumindest implizit andeutet, ein „mittlerer“ Effekt sei auch von mittlerer Relevanz, ist fragwürdig. Die Effektstärken müssten kontextabhängig bewertet werden. Cohen selbst hat eindringlich dazu geraten (Cohen, 1988, S. 534f). Auch die Konfidenzintervalle für Mittelwertsunterschiede geben einen Eindruck von der Relevanz eines Effektes, werden aber nicht zu diesem Zweck benutzt.

Signifikanztests kommen überall vor, und zwar ohne Begründung. Die jahrzehntealte heftige Kritik an diesem Ritual (z. B. Gigerenzer, 2004) schlägt sich in keiner Studie nieder. Fast ein Fünftel beschränkt sich darauf festzustellen, dass ein Effekt oder Zusammenhang größer als null ist.

Weitere Einschränkungen der Relevanz auf Grund des Designs (unbehandelte Kontrollgruppen nur in drei Fällen) oder der gewählten Zielgrößen (sozialmedizinische nur in sechs Studien) werden kaum problematisiert. Insgesamt wird die Herausforderung, die klinische Relevanz der Befunde zu bestimmen, nur zögerlich bis gar nicht angenommen.

Literatur

- Cohen, J. (1988): *Statistical power analysis for the behavior science* (2. Aufl.). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gigerenzer, G. (2004): Mindless statistics. *The Journal of Socio-Economics*, 33, 05. 587–606.
- Höder, J., Eisemann, N., Hüppe, A. (2015): Über- und Unterschätzung von Erfolgsquoten. *Gesundheitswesen*, 77, 06. 426–431.
- Höder, J., Mittag, O., Arlt, A.C., Präcklein, C., Raspe, H. (2007): Risiken und Nebenwirkungen von medizinischer Rehabilitation: Annäherungen an ein wenig beachtetes Thema. *ZFA-Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 83, 04. 153–158.
- Windeler, J., Thomas, S. (2010): Relevanz von Effektstärken. *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. Wesen*, 104. 244–248.

Leuchtturmprojekt Hand: Entwicklung einer ICF-Lernplattform zur Schulung in der ICF und deren Anwendung in der Praxis

Kus, S. (1), Dereskewitz, C. (2), Coenen, M. (1), Rudolf, K.-D. (2)
(1) Ludwig-Maximilians-Universität München,
(2) Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Hamburg

Hintergrund

Das von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung geförderte und 2016 abgeschlossene Leuchtturmprojekt Hand zielte darauf ab, die ICF Core Sets der Hand als Steuerungsinstrument in der Behandlung und Rehabilitation von Patienten mit Verletzungen oder Erkrankungen der Hand zu implementieren. Als Ergebnisse liegen u.a. ein ICF-ba-

siertes Assessmentverfahren (ICF-HandA) zur Erfassung der Funktionsfähigkeit und Behandlungsstandards zu ausgewählten Verletzungen und Erkrankungen der Hand mit definierten Referenzpunkten zum Einsatz des ICF-HandA vor.

Ein wichtiges Kriterium zur Sicherung der nachhaltigen Anwendung entwickelter Materialien zur Implementierung der ICF Core Sets der Hand ist, dass alle an der Versorgung und Rehabilitation von Patienten mit Verletzungen und Erkrankungen der Hand beteiligten Berufsgruppen über einen entsprechenden Kenntnisstand zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und zur Umsetzung der biopsychosozialen Betrachtungsweise in der medizinischen Versorgung und Rehabilitation verfügen.

Ziel

Grundlegende Wissensvermittlung zur ICF für alle an der Versorgung und Rehabilitation von Patienten mit Verletzungen und Erkrankungen der Hand beteiligten Berufsgruppen – auf Seiten der Leistungserbringer und Rehabilitationsträger; Darstellung konkreter Anwendungsbeispiele (Fallstudien) der biopsychosozialen Sichtweise in der rehabilitativen Versorgung nach Verletzungen bzw. Erkrankungen der Hand.

Umsetzung

Ein interaktives Schulungsprogramm („ICF-Lernplattform Hand“) soll dem Nutzer Grundkenntnisse über die ICF vermitteln und aufzeigen, wie die Anwendung der ICF in der klinischen Praxis nach Verletzungen oder Erkrankungen der Hand erfolgen kann. Die Lernplattform Hand wird über die Internetpräsenz des Leuchtturmprojektes Hand (<http://leuchtturmprojekt-hand.de/>) verfügbar gemacht.

Ergebnisse

Das interaktive Schulungsprogramm besteht neben einer Einführung aus insgesamt fünf Lernmodulen. Die theoretisch ausgerichteten Module 1 und 2 vermitteln grundlegende Kenntnisse zur ICF und deren biopsychosozialen Verständnis (Modul 1) sowie zu den ICF Core Sets (Modul 2). Die Module 3, 4 und 5 fokussieren auf die klinische Anwendung und informieren über die Messung von Funktionsfähigkeit (Modul 3), die ICF-basierte Behandlungssteuerung nach Verletzungen oder Erkrankungen der Hand (Modul 4) und verdeutlichen mit ausführlichem Bild- und Videomaterial in klinischen Fallstudien (Modul 5) wie die Umsetzung eines ICF-basierten Assessments in der klinischen Routine erfolgen kann.

Ausblick

Die Bereitstellung der ICF-Lernplattform Hand soll den allgemeinen Kenntnisstand zur ICF und das Wissen zu Möglichkeiten der Implementierung von ICF Core Sets in der Rehabilitation bei Leistungserbringern und Rehabilitationsträgern erweitern. Zudem kann die Lernplattform Hand – und hier vor allem die praxisorientierten Module 3 bis 5 – beispielhaft aufzeigen, wie eine Implementierung der ICF in der rehabilitativen Versorgung umgesetzt werden kann.

Förderung: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung

Leuchtturmprojekt Hand: Implementierung der ICF Core Sets der Hand als Steuerungsinstrument in der Akut- und rehabilitativen Versorgung

Coenen, M. (1), Dereskewitz, C. (2), Kus, S. (1), Ehegartner, V. (1),
Willrodt, C. (1), Rudolf, K.-D. (2)

(1) Ludwig-Maximilians-Universität München,
(2) Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Hamburg

Hintergrund

Nach Verletzungen der Hand oder Erkrankungen der Hand ist die Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit vorrangiges Ziel handchirurgischer und -therapeutischer Behandlung. Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) Core Sets der Hand (Rudolf et al., 2012) bieten eine Grundlage, um Funktionsfähigkeit und Umweltfaktoren zu beschreiben. Die ICF Core Sets der Hand geben vor, welche Aspekte der Funktionsfähigkeit bei Patienten mit Verletzungen und Erkrankungen der Hand erfasst werden sollen, jedoch nicht wie diese Erfassung erfolgen kann.

Ziel des Leuchtturmprojektes Hand war die Implementierung der ICF Core Sets der Hand als Steuerungsinstrument in der Behandlung und Rehabilitation von Patienten mit Verletzungen und Erkrankungen der Hand. Das Projekt wurde als Kooperationsprojekt von zehn Kliniken unter Leitung des BG Klinikums Hamburg und des Lehrstuhls für Public Health und Versorgungsforschung der Ludwig-Maximilians-Universität München realisiert.

Methodik

Folgende (Forschungs-)Arbeiten wurden durchgeführt:

- (1) Systematische Literaturreviews zur Identifizierung von Messinstrumenten/Assessmentverfahren zur Erfassung der Aspekte zu Funktionsfähigkeit und Umweltfaktoren des ICF Core Sets der Hand;
- (2) Nationale Expertenbefragung zu in der klinischen Praxis und Rehabilitation verwendeten Messinstrumenten/Assessmentverfahren bei Verletzungen und Erkrankungen der Hand;
- (3) Mehrstufiger Konsensusprozess zur Festlegung von Messinstrumenten/Assessmentverfahren zur Erfassung des ICF Core Sets der Hand (ICF-HandA) unter Berücksichtigung der Ergebnisse aus (1) und (2);
- (4) Entwicklung von Behandlungsstandards zu verschiedenen Verletzungen und Erkrankungen mit definierten Referenzpunkten zur Erfassung des ICF-HandA;
- (5) Entwicklung eines auf dem ICF-HandA basierten standardisierten Berichtswesens;
- (6) Entwicklung einer computergestützten Anwendung (ICF-HandE) zur Erfassung und Dokumentation des ICF-HandA und Umsetzung des ICF-basierten Berichtswesens;
- (7) Multizentrische Längsschnittstudie zur Implementierung von Behandlungsstandards und ICF-basiertem Berichtswesen.

In der Längsschnittstudie wurden Daten mit dem ICF-HandA zu t1 (Aufnahme) und im Follow-up bis zu 24 Wochen nach Aufnahme erfasst. Die Daten der Längsschnittstudie wurden zur Prädiktion der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit genutzt. Die zu t1 erhobenen

Daten wurden auf mögliche Zusammenhänge und Interaktionen mit der Zielgröße Arbeitsfähigkeit anhand von Klassifikationsbäumen analysiert (Fahrmeir et al., 2009; Strobl et al., 2009).

Ergebnisse

Das ICF-HandA wurde auf der Konsensuskonferenz verabschiedet und setzt sich aus klinischen Tests, standardisierten Untersuchungen und dem Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH) Fragebogen (Hudak et al., 1996) zusammen. Es wurden Behandlungsstandards zu Verletzungen und Erkrankungen der Hand entwickelt, die ein weitestgehend standardisiertes Vorgehen bezüglich diagnostischem Vorgehen, operativer, konservativer und rehabilitativer (Nach-)Behandlung festlegen und Referenzpunkte, zu denen der Einsatz des ICF-HandA erfolgen soll, definieren.

Basierend auf dem ICF-HandA wurde die computergestützte Anwendung ICF-HandE entwickelt und in den Kliniken implementiert. Diese wurde in der Längsschnittstudie zur Datenerfassung für die Prädiktion der Arbeitsfähigkeit genutzt. Hierfür wurden 241 Patienten (Männer: n=158; 66 %) eingeschlossen. Zu t4 waren 76 % der eingeschlossenen Patienten wieder arbeitsfähig. In den Klassifikationsbäumen wurden als Prädiktoren für die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit (24 Wochen nach Aufnahme) neben Aspekten der Funktionsfähigkeit (Ruheschmerz, Probleme beim Anheben und Tragen von Gegenständen) auch Umweltfaktoren (Tätigkeitsprofil Arbeitsplatz) und personbezogene Faktoren (Alter) selektiert.

Diskussion

Mit dem Leuchtturmprojekt Hand wurden die Einsatz- und Anwendungsbereiche des ICF Core Sets der Hand in der klinischen Praxis und Rehabilitation aufgezeigt. Das Projekt realisiert somit die Implementierung von ICF Core Sets als Steuerungsinstrument in der Behandlung – von der Akutversorgung bis zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Das ICF-HandA als erstes standardisiertes Assessmentverfahren im Bereich Verletzungen und Erkrankungen der Hand kann für die Prädiktion der Arbeitsfähigkeit verwendet werden. Sowohl Aspekte der Funktionsfähigkeit als auch Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren sind für die Prädiktion der Arbeitsfähigkeit in dieser Patientengruppe relevant.

Schlussfolgerungen, Umsetzung

Das ICF HandA sowie das standardisierte Berichtswesen können zur Steuerung der Akut- und rehabilitativen Versorgung von Patienten mit Verletzungen und Erkrankungen der Hand eingesetzt werden. Das ICF HandA kann zur Identifizierung von Patienten mit einem verzögerten Heilverlauf und somit für eine gezielte frühzeitige Zuweisung zu rehabilitativen Maßnahmen genutzt werden.

Förderung: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung

Literatur

Fahrmeir, L., Kneib, T., Lang, S. (2009): Regression Modelle, Methoden und Anwendungen. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

- Hudak, P.L., Amadio, P.C., Bombardier, C. (1996): Development of an upper extremity outcome measure: the DASH (disabilities of the arm, shoulder and hand). *American Journal of Industrial Medicine*, 29 (6). 602–608.
- Rudolf, K.D., Kus, S., Chung, K.C., Johnston, M., Leblanc, M., Cieza, A. (2012): Development of the international classification of functioning, disability and health core sets for hand conditions – results of the world health organization international consensus process. *Disability and Rehabilitation*, 34 (8). 681–693.
- Strobl, C., Malley, J., Tutz, G. (2009): An introduction to recursive partitioning: rationale, application, and characteristics of classification and regression trees, bagging, and random forests. *Psychological Methods*, 14 (4). 323–348.

Wirksamkeit balneotherapeutischer Interventionen: Eine Evidenzkarte von 2006–2016

Nowik, D., Gutenbrunner, C.

Medizinische Hochschule Hannover

Einleitung

Wasser und insbesondere Mineralwasser wird schon seit der Antike in der Behandlung verschiedenster Krankheiten eingesetzt (Gutenbrunner, Hildebrandt, 1998). Auch in Deutschland hat die Badekur, bzw. die Kurortmedizin eine große Tradition. Seit einiger Zeit weichen sie jedoch stärker an Bewegung und Schulung orientierten Rehabilitationskonzepten und tauchen beispielsweise in den Reha-Therapiestandards der deutschen Rentenversicherung nur am Rande oder gar nicht auf. Ebenso ist ein Rückgang der ambulanten Vorsorgemaßnahmen nach § 23 Abs. 2 SGB V zu beobachten und die Zahl der Badeärzte nimmt ab (Deutscher Heilbäderverband Berlin e. V. 2014). Vor diesem Hintergrund ist es das Ziel der vorliegenden Arbeit, den aktuellen Stand zur Wirksamkeit balneotherapeutischer Interventionen zusammenzutragen.

Methode

Die Datenbanken Pubmed und Cochrane Library wurden für den Zeitraum Anfang 2006 bis Mitte 2016 nach relevanten Schlagworten wie „balneo“, „health resort medicine“, „spa therapy“ und „hydrotherap“ durchsucht. Letzter Begriff wurde aufgrund der international nicht einheitlich benutzten Begrifflichkeit (vgl. Gutenbrunner et al., 2010) eingeschlossen, um ein möglichst breites Suchergebnis zu erhalten. Studien wurden ausgeschlossen wenn sie nicht auf deutsch oder englisch publiziert wurden oder es sich bei dem therapeutisch eingesetzten Wasser nicht um Heil-, bzw. Mineralwasser handelt. Initial wurde der Studientyp nicht begrenzt, bei guter Datenlage wurde jedoch auf die Sichtung von nicht randomisiert-kontrollierten Studien verzichtet. Originalarbeiten wurden nur einbezogen, wenn sie nicht schon in Reviews enthalten waren. Die eingeschlossenen Studien wurden hinsichtlich ihrer Biasgefahr analysiert und für jede Indikation bewertet.

Ergebnisse

Es wurden insgesamt 66 Arbeiten für diesen Beitrag ausgewertet (vgl. Tabelle 1). Die stärkste Evidenzlage besteht für die Indikation Fibromyalgie, hier zeigten sich balneologische Verfahren als wirksam. Weiterhin liegen vielversprechende und konsistent positive Ergebnisse für die Behandlung von Arthrose und chronischen Rückenschmerzen vor. Für die Behandlung der rheumatoiden Arthritis konnte weder eine Empfehlung für, noch gegen den Einsatz von balneotherapeutischen Maßnahmen abgeleitet werden. Außerhalb muskuloskelettaler Indikationen gibt es überzeugende oder vielversprechende Anhaltspunkte für den Einsatz in der Dermatologie, bei chronisch venöser Insuffizienz, Angststörungen oder Stressbelastung.

	Reviews	RCTs
Muskuloskelettale Indikationen		
Arthrose	13	2
Fibromyalgie	14	2
Rheumatoide Arthritis	10	/
Rückenschmerzen	6	1
Andere Indikationen	/	2
Andere Indikationen		
Dermatologie	8	1
Chronisch venöse Insuffizienz	2	2
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	1	2
Andere Indikationen	1	4
Prävention & gesunde Populationen	1	4

Tab. 1: Zusammenfassende Darstellung der identifizierten Arbeiten

Ein großer Teil der inkludierten Originalarbeiten wies erhebliche methodische Mängel in Bezug auf Auswertungsmethoden, Fallzahlplanung, Kontrollgruppe und Verblindung auf. Ebenso schwankte die Reportqualität beachtlich. In vielen Studien konnten nur sehr geringe Fallzahlen erreicht werden, was vor dem Hintergrund, dass mit steigender Fallzahl die Effektstärken deutlich absinken (Nüesch et al., 2013), eine korrekte Einschätzung der Wirksamkeit erschwert. Neuere Reviews konnten zuweilen bedeutend mehr Studien einschließen, aufgrund der genannten Limitationen führte dies jedoch nicht zu einer Neueinschätzung der Evidenzlage.

Diskussion

Es besteht vielversprechende Evidenz für den Einsatz von balneologischen Therapien in vielen Indikationen (insbesondere Fibromyalgie). Die in diesem Review gefundenen Ergebnisse bestätigen weitestgehend die Evidenzeinschätzung deutscher Leitlinien, möglicherweise könnten diese Verfahren künftig auch Eingang in weitere Leitlinien finden. Es gibt erfreulicherweise vermehrt RCTs, die methodischen Schwachstellen dieser Arbeiten blei-

ben jedoch bis auf wenige Ausnahmen konstant. Wenn balneologische Therapien Bestand haben sollen, ist die Durchführung hochwertiger Studien nach EbM-Kriterien unerlässlich.

Es besteht weiterhin Unklarheit über die Wirkmechanismen balneologischer Therapien. Es kommen chemische, thermale und physikalische Reize zur Anwendung, so dass es ausgeklügelter Studiendesigns benötigt um die individuellen Anteile an der Wirkung zu ermitteln.

Eine klare Limitation der Arbeit ist die Beschränkung auf Arbeiten auf deutscher oder englischer Sprache. Eine Vielzahl von Publikationen aus dem slawischen und romanischen Sprachraum musste ausgeschlossen werden, so dass hier die Gefahr eines Bias besteht.

Förderung: Gemeinde Bad Sassendorf

Literatur

Deutscher Heilbäderverband Berlin e. V. (2014): Kurorttherapeutische Vorsorge-, Rehabilitations- und Anschlussheilbehandlungs-Maßnahmen Fälle von 2001 bis 2014. Available at: <http://www.deutscher-heilbaederverband.de/Fallzahlen-2001-2014-Kurorttherapeutischer-Massnahmen-777370.pdf>. accessed 11.08.2016.

Gutenbrunner, C., Bender, T., Cantista, P., Karagülle, Z. (2010): A proposal for a worldwide definition of health resort medicine, balneology, medical hydrology and climatology. *International Journal of Biometeorology*, 54 (5). 495–507.

Nüesch, E., Häuser, W., Bernardy, K., Barth, J., Jüni, P. (2013): Comparative efficacy of pharmacological and non-pharmacological interventions in fibromyalgia syndrome: network meta-analysis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 72 (6). 955–962.

Prävalenz von sozialmedizinischen Endpunkten in Cochrane Reviews

*Weida-Cuignet, R., Vogel, N., Schaafsma, F., Hoving, J. L., Busse, J. W.,
Alexanderson, K., Kunz, R.*

Universitätsspital Basel

Hintergrund

Die Sozialmedizin befasst sich mit gesundheitsbezogenen Themen im Kontext der Sozialmedizin. Hierzu zählen Begutachtung von Arbeits-, Berufs- und Erwerbsunfähigkeit, sowie berufliche Wiedereingliederung. Es benötigt hochwertige medizinische Evidenz zu diesen Themen um fundierte Entscheidungen treffen zu können. Cochrane stellt hochwertige medizinische Evidenz bereits, in Form von systematischen Reviews und Meta-Analysen. Unklar ist, wie häufig Begutachtung von Arbeits-, Berufs- und Erwerbsunfähigkeit, sowie berufliche Wiedereingliederung in den systematischen Reviews aufgegriffen werden.

Ziel

Erhebung der Prävalenz von sozialmedizinischen Endpunkten in Cochrane Reviews

Methoden

Wir verwendeten die systematischen Reviews der Cochrane Update Priority List 2015 als Studienpopulation (n=321). Einschlusskriterien: Wir schlossen systematische Reviews zu Erwachsenen im erwerbsfähigen Alter ein, mit Erkrankungen welche häufig zu temporärer oder permanenter Arbeitsunfähigkeit führen. Gesundheitsmassnahmen welche den Verlauf und/oder die Dauer der Krankheit beeinflussen. Wir extrahierten die sozial-/versicherungsmedizinischen Endpunkte und unterteilten diese in eng gefasste (wie z. B. Dauer der Arbeits-, Berufs- und Erwerbsunfähigkeit und Wiedereingliederung), Surrogat-(z. B. Hospitalisierung) und ökonomische Endpunkte (z. B. Behandlungskosten).

Wir prüften die in den systematischen Reviews behandelten Krankheiten auf Nennung in den Leitlinien der Krankenversicherung aus Frankreich, Schweden und Niederlanden ab, sowie Leitlinien der deutschen Rentenversicherung.

Ergebnisse

113 von 321 systematischen Reviews erfüllten die Einschlusskriterien. 19/113 (17 %) enthielten eng gefasste Endpunkte (z. B. Dauer der Arbeitsunfähigkeit), 21/113 (21 %) enthielten Surrogatendpunkte (z. B. Dauer des Krankenhausaufenthalts), 16/113 (14 %) enthielten ökonomische Endpunkte, 54/113 (48 %) enthielten keine sozialmedizinisch relevanten Endpunkte. 102 der 113 Reviews befassten sich mit sozialmedizinisch relevanten Erkrankungen welche in mindestens einer von vier unterschiedlichen nationalen Leitlinien gelistet ist, jedoch enthielten nur 52 dieser 102 Reviews mit sozialmedizinisch relevanten Erkrankungen auch sozialmedizinisch relevante Endpunkte.

Schlussfolgerung: Die Prävalenz von eng gefassten Endpunkten im sozial-/versicherungsmedizinischen Sinne ist mit 19/113 (17 %) niedrig. Somit weisen 83 % der Reviews der Cochrane Priority List keine solchen Endpunkte auf. Aufgrund der in den Reviews betrachteten Erkrankungen und Gesundheitsmassnahmen hätten wir eine höhere Prävalenz erwartet.

Politische und strukturelle Herausforderungen bei der Implementierung eines leitlinienorientierten Behandlungskonzeptes in der geriatrischen Rehabilitation

Auer, R., Bullinger, R.

AOK Baden-Württemberg, Stuttgart

Hintergrund

Leitlinienorientierte Behandlungskonzepte sollen eine qualitativ hochwertige Versorgung in der Rehabilitation sicherstellen. Damit soll Transparenz geschaffen und die tägliche Arbeit in den Rehabilitationseinrichtungen erleichtert werden, indem Entscheidungen auf eine objektive Basis gestellt werden. Die Leistungsbeschreibung ist zugleich an eine leistungsorientierte Vergütung verknüpft.

AOK-proReha Geriatrie ist ein Behandlungskonzept für die Femurfraktur, welche in der geriatrischen Rehabilitation eine der häufigsten Aufnahmediagnosen ist. AOK-proReha Geriatrie ist das zweite Behandlungskonzept dieser Forschungsreihe. Die Implementierung dieses Konzeptes war von massiven Widerständen auf Seiten der Leistungserbringerverbände und einer damit einhergehenden Boykottierung durch die Kliniken begleitet, so dass die Umsetzung vom Scheitern bedroht war. Mittels großer Anstrengungen konnte das Konzept letztendlich erfolgreich in Baden-Württemberg umgesetzt werden.

Inhaltlich und vertragspolitisch ist die AOK Baden-Württemberg von der Initiierung von Behandlungskonzepten in der Rehabilitation überzeugt und daher auch bundesweit die einzige Krankenkasse, die sich hier engagiert. Bei der Entwicklung und Umsetzung des Konzeptes in der geriatrischen Rehabilitation sollte jedoch zur reibungsloseren Implementierung ein anderer Ansatz gewählt werden.

Fragestellung

Die Idee für die Entwicklung und Implementierung des neuen Behandlungskonzeptes in der Geriatrie war, von Anbeginn alle relevanten Stakeholder und Meinungsbildner in den Entstehungsprozess einzubinden.

Die Fragestellung lautet daher: Kann ein partizipativer Ansatz in der Erstellung des Behandlungskonzeptes den Erfolg in der Implementierung erhöhen?

Methodik

Nach eingehender Stakeholder-Analyse wurden wichtige Meinungsbildner aus der geriatrischen „Versorgungsszene“ zu einem Auftaktworkshop eingeladen. Hierbei wurde das Vorhaben skizziert, die möglichen Inhalte diskutiert und schließlich gemeinsam das weitere Vorgehen bestimmt. Die anschließende europaweite Ausschreibung für die Entwicklung und Erprobung von AOK-proReha Geriatrie zielte auf ein objektives Verfahren ab, bei dem sich wissenschaftliche Institute entsprechend für den Auftrag bewerben konnten. Parallel

wurden die geriatrischen Rehabilitationskliniken in Baden-Württemberg über dieses Vorhaben informiert und um Mithilfe bei der Entwicklung und Erprobung gebeten. Neben den wissenschaftlichen Instituten und Modelleinrichtungen wurden für die Projektbegleitung zusätzlich zwei Fachbeiräte eingesetzt. Beide Institutionen erhielten ebenfalls eine partizipative Rolle.

Ergebnisse

Zunächst wurde das Behandlungskonzept entwickelt und anschließend stufenweise implementiert. Aktuell befindet sich das Modellprojekt in der Evaluationsphase. Ein großer Wert während des Entwicklungsprozesses wurde auf die Praxistauglichkeit und Implementierungsmöglichkeit gelegt. Im Rahmen dessen fand die Umsetzung in enger Zusammenarbeit mit den Modellkliniken und weiteren Stakeholdern statt.

Der gesamte Projektverlauf wurde als ein dynamischer Prozess mit partizipativer Entscheidungsfindung verstanden. Somit war es möglich, dass ein weiteres Teilprojekt, was konzeptionell nicht angedacht war, entstehen konnte. Bevor es zur eigentlichen Implementierung des Konzeptes in den Modelleinrichtungen kam, wurde im Rahmen einer Pilotphase die Praxistauglichkeit geprüft. Die Zusammenfassung der Ergebnisse erfolgte in einem Workshop und floss anschließend in ein Umsetzungskonzept, welches die Implementierung in den Kliniken unterstützen soll. Aktuell werden in der Evaluationsphase Daten mittels eines Evaluationsbogens erhoben, der vorher mit den Beiräten abgestimmt wurde. Dabei stand u.a. auch die Anwenderfreundlichkeit in der Klinik im Fokus.

Diskussion

Die mikropolitischen Prozesse zwischen Vertragspartnern und den Akteuren in den Organisationen finden in der Versorgungsforschung bislang zu wenig Beachtung. Im Projekt AOK-proReha Geriatrie wurde mit sehr großem Aufwand ein partizipativer Ansatz gewählt, um genau diese Prozesse im Blick zu behalten. Weiter wurden im gesamten Prozess die Inhalte für das Konzept komplett losgelöst von Vergütungsfragen bearbeitet. Dieses Vorgehen war für alle Beteiligten, insbesondere in der geriatrischen Rehabilitation, neu und von einem hohen Abstimmungsbedarf geprägt.

Schlussfolgerungen

Der Prozess der Umsetzung/Implementierung einer neuen Versorgungsform sollte gleichbedeutend mit den Inhalten in den Blick genommen werden. Obwohl der partizipative Ansatz beim Projekt AOK-proReha Geriatrie mit sehr großem Aufwand verbunden war, kommt die AOK Baden-Württemberg zu einer positiven Bewertung des Projektverlaufs. Daher wird dieses Vorgehen nun auch bei der Erarbeitung des dritten Behandlungskonzepts dieser Forschungsreihe, AOK-proReha nach Schlaganfall, Anwendung finden.

Systematisches Screening des Bedarfs an Sozialberatung in einer orthopädisch-rheumatologischen Rehabilitationsklinik

Schlittenhardt, D., Gerdes, N., Weber-Eckert, D., Wißmann, H., Malzacher, B.
Rehaklinikum Bad Säckingen GmbH

Hintergrund und Zielsetzung

Die Sozialberatung nimmt in den Vorgaben der Deutschen Rentenversicherung zu den Mindestanforderungen an therapeutische Leistungen während einer medizinischen Rehabilitation einen durchaus erheblichen Platz ein (z. B. sollen mindestens 50 % der Patienten eine individuelle Sozialberatung von mindestens 30 Minuten pro Reha erhalten; DRV, 2016; 2011). In wissenschaftlicher Hinsicht dagegen ist die Reha-Sozialberatung mit wenigen Ausnahmen (z. B. Becker, 2015; Löffler et al., o. J.) einfach nicht existent. Entsprechend wenig ist über Prozesse der Indikation oder vorrangige Themen dieser Therapieform bekannt – ganz zu schweigen von Fragen ihrer Wirksamkeit.

Auf diesem Hintergrund haben wir uns gefragt, nach welchen Kriterien in der eigenen Klinik die Zuweisung zur Sozialberatung erfolgt. Von den Mitarbeiterinnen dieses Fachbereichs wurde berichtet, dass im Hinblick auf die Zuweisungen zur Sozialberatung ein Problem sowohl von Über- als auch von Unterversorgung besteht. Als Ansatzpunkt zur Verbesserung der Bedarfsgerechtigkeit haben wir ein systematisches Screening aller Patienten anhand des IRES-Fragebogens (Bührlen et al., 2005) entwickelt und erprobt, der seit 2009 routinemäßig in unserer Klinik erhoben wird und dessen Auswertungsergebnisse in Form eines „Patientenprofils“ dem behandelnden Arzt i. d. R. bereits bei der Aufnahmeuntersuchung vorliegen.

Methodik

Im IRES-Fragebogen gibt es 6 Einzelfragen, deren Beantwortung direkt auf einen Bedarf an Sozialberatung schließen lässt; z. B.: „Ich erwarte von der Rehabilitation, dass man mir bei arbeits- und sozialrechtlichen Fragen hilft“ oder: „... dass man mich über berufliche Umschulungsmaßnahmen informiert und berät“ (jeweils 5 Antwortkategorien von „sehr wichtig“ bis „gar nicht wichtig“). Der Ansatz des Screenings besteht darin, bei bestimmten Antworten auf diese 6 Fragen einen deutlich sichtbaren Vermerk „Soz?“ in das Patientenprofil einzufügen und zu kennzeichnen, welche dieser Fragen mit „sehr wichtig“ oder „wichtig“ beantwortet wurden.

Zu beachten ist dabei, dass die Häufigkeit des Vermerks nicht zu einer „Inflation“ der Zuweisungen zur Sozialberatung führen und deshalb maximal etwa 50 % der Patienten betreffen sollte. Um Anhaltspunkte zur Beantwortung dieser Frage zu finden, haben wir in dem IRES-Datenpool aus den Jahren 2009 – 2014 (n = 15.763) die Häufigkeitsverteilungen der Antworten zu den betreffenden 6 Fragen ermittelt und ausgezählt, wie viele Patienten wie viele der 6 Fragen mit „sehr wichtig“ beantwortet haben..

Ergebnisse

Als Ergebnis zeigte sich, dass 50,5 % eine oder mehrere Fragen als „sehr wichtig“ eingestuft haben. Als Bedingung kann deshalb ganz einfach festgelegt werden, dass der Vermerk im Profil erscheinen soll, falls ein Patient mindestens eine der 6 Fragen mit „sehr wichtig“ beantwortet hat. Da im neuen Patientenprofil die 6 Fragen aufgelistet werden und markiert wird, welche der Fragen mit „sehr wichtig“ oder „ziemlich wichtig“ beantwortet wurden, sind die individuell relevanten Themen der Sozialberatung auf einen Blick im IRES-Profil erkennbar.

Diskussion

Bei dem hier vorgestellten Verfahren durchlaufen alle Patienten ein systematisches Screening ihres Bedarfs an Sozialberatung, falls der IRES-Fragebogen sowieso routinemäßig erhoben wird. Aber auch in Kliniken, in denen dies nicht der Fall ist, könnten die Screening-Fragen den Patienten vorgelegt und dank des simplen Auswertungsalgorithmus sehr einfach ausgewertet werden. Das Screening dürfte als diagnostisches Hilfsmittel vor allem für Ärzte hilfreich sein, die in der reha-spezifischen Diagnostik noch nicht viel Erfahrung haben oder mit dem Sozialsystem in Deutschland noch nicht vertraut sind.

Vorteile des Verfahrens sind darin zu sehen, dass es eine bedarfsgerechte Zuweisung zur Sozialberatung ermöglicht, die an der Selbsteinschätzung der Patienten orientiert ist. Da das Patientenprofil auch für Mitarbeiterinnen der Sozialberatung im klinischen Dokumentationssystem abrufbar ist, können sie sich im Vorfeld eines Beratungsgesprächs über die individuell relevanten Themen informieren und sich dementsprechend auf das Gespräch vorbereiten.

Literatur

- Becker (2015): Begleitende Sozialberatung während der stufenweisen Wiedereingliederung – Evaluation eines Nachsorgeangebots. Deutsche Vereinigung für Rehabilitation: Diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht. Forum B, Diskussionsbeitrag Nr. 10/2015. Download: www.reha-recht.de/fachbeiträge/beitrag/artikel/beitrag-b10-2015.
- Bührten, B., Gerdes, N., Jäckel, W.H. (2005): Entwicklung und psychometrische Testung eines Patientenfragebogens für die medizinische Rehabilitation (IRES-3). *Die Rehabilitation*, 44. 63–74.
- Deutsche Rentenversicherung (2011; 2016): Reha-Therapiestandards Chronischer Rückenschmerz. Leitlinie für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung.
- Löffler, S., Gerlich, C., Lukasczik, M., Wolf, H.D., Neudert, S.: (o. J.): Praxishandbuch: Arbeits- und berufsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation. Universität Würzburg, Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften.

Prädiktive Validität der Motivationsprofile des DIAMOs in Hinblick auf die Effektivität der Reha und berufliche Wiedereingliederung

*Stöckler, C. (1), Kessemeier, F. (1), Bassler, M. (2, 3), Pfeiffer, W. (3),
Petermann, F. (1), Kobelt, A. (1, 4)*

- (1) Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen,
(2) Institut für Sozialmedizin, Rehabilitationswissenschaften und Versorgungsforschung,
Hochschule Nordhausen, (3) Rehazentrum Oberharz, Clausthal-Zellerfeld,
(4) Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, Laatzen

Hintergrund

Zur Untersuchung von Einflüssen der berufsbezogenen Motivation auf die Rehabilitation wurde von Fiedler et. al. (2005) das Diagnostikinstrument für Arbeitsmotivation (DIAMO) entwickelt.

Das DIAMO erfasst Arbeitsmotivation multidimensional mittels dreier Konzepte: Motivationale Selbstbild (MS), Motivationale Handlungsentwürfe (MH) und Motivationale Passung (MP) (Fiedler et. al., 2005).

Nach der Durchführung von Two-Step-Clusteranalysen mit den Skalen der beiden personenbezogenen Bereiche MH und MS zeigte sich eine Zwei-Clusterlösung: In Cluster 1 weisen die motivationsförderlichen Skalen (Neugiermotiv, Anschlussmotiv, Einflussmotiv, Einstellung zur Arbeit & Zielaktivität) hohe Werte auf, im Cluster 2 liegen die Werte auf diesen Skalen niedriger und die Werte auf den motivationshemmenden Skalen (Misserfolgvermeidung & Zielinhibition) sind höher. D. h. Rehabilitanden können nach ihrer Motivationsstruktur in zwei Profile geteilt werden, wobei das erste Profil als „Normalprofil“ und das zweite Profil als „Risikoprofil“ bezeichnet werden kann.

Es wurde untersucht, inwieweit sich die Profile hinsichtlich soziodemographischer Parameter, Variablen der Arbeitsfähigkeit und Erwerbstätigkeit sowie Symptomschwere unterscheiden und ob es zwischen den beiden Profilen Unterschiede im Rehabilitationserfolg und der beruflichen Wiedereingliederung gibt.

Methode

Die Stichprobe umfasst alle im Jahr 2014 behandelten Rehabilitanden der Psychosomatischen Schwerpunktambulanz des Reha-Zentrums Oberharz (N=998, 49,5 % weiblich, Alter: M=47,19 SD=8,87).

Der Datensatz beinhaltet die im Rahmen der testpsychologischen Basisdokumentation (vgl. Nübling et al., 2013) erhobenen Daten sowie Angaben zu den Versicherungsbeiträgen aus den Jahren 2013, 2014 und 2015.

Für die Datenanalyse wurden soziodemographische sowie arbeitsbezogene Variablen, Variablen der Fragebögen DIAMO (zu Beginn der Rehabilitationsbehandlung) BDI-II, ICF AT-50 Psych, HEALTH-49 (zu Beginn und zum Abschluss der Rehabilitation) und die Angaben zu den Versicherungsbeiträgen herangezogen.

Die von Ranft et al. (2009) gefundene Zwei-Clusterlösung aus der Normierungsstichprobe wurde anhand einer K-Means-Clusteranalyse auf seine Replizierbarkeit überprüft. Weiter kamen Varianzanalysen mit und ohne Messwiederholung zum Einsatz.

Ergebnisse

Die Clusterlösung aus der Normstichprobe (Ranft et. al., 2009) konnte in der vorliegenden Stichprobe bestätigt werden.

Personen im Risikoprofil waren älter, vor der Reha doppelt so oft arbeitsunfähig und hatten eine negativere Einschätzung ihrer Arbeitsfähigkeit sowie doppelt so häufig einen Rentenwunsch. Des Weiteren ergaben sich signifikant schlechtere Scores auf allen Skalen des ICF AT-50 Psych und Health-49.

Beide Patientengruppen verbesserten sich während der Rehabilitation signifikant auf den Skalen des ICF AT-50 Psych und Health-49. Für das Risikoprofil ergaben sich jedoch geringere Effektstärken.

Es kam im Jahr nach der Rehabilitation im Vergleich zu dem Jahr vor der Rehabilitation in der Gesamtgruppe zu einem Beitragsrückgang, der jedoch bei der Risikogruppe höher ausfällt ($F(1)=4.864$; $p=.028$; $\eta^2=.005$) (vgl. Abbildung 1).

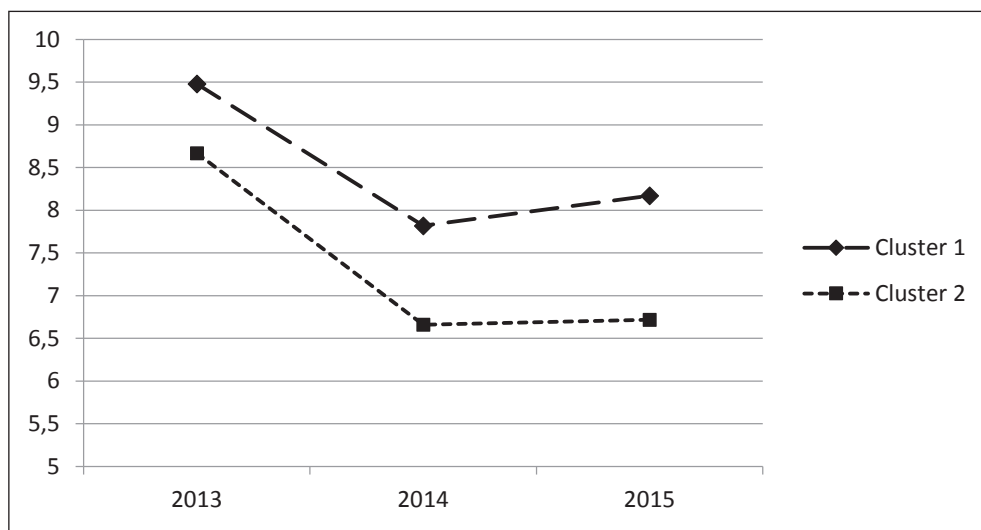


Abb. 1: Anzahl der Monate mit Beiträgen aus sozialversicherungspflichtigen Tätigkeiten Versicherte aus dem Risikoprofil gingen im Jahr nach der Reha signifikant seltener einer versicherungspflichtigen Tätigkeit nach als Rehabilitanden aus dem Normalprofil ($F(1,996)=18.671$, $p<.001$, $d=.277$)

Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass mit dem DIAMO eine Gruppe von Rehabilitanden mit einer ungünstigen Motivationsstruktur identifiziert werden kann, die sowohl psychisch stärker belastet, als auch häufiger arbeitsunfähig ist.

Da Personen aus dieser Gruppe weniger von der Rehabilitation profitieren und mit geringerer Wahrscheinlichkeit wieder in das Berufsleben eingegliedert werden können, sind speziell an dieses Risikoprofil angepasste motivationsfördernde Maßnahmen notwendig (Muschalla et. al., 2016). Diese sollten über allgemein gehaltene, informierende Seminare hinausgehen und an der Persönlichkeit und den psychischen Belastungen der Rehabilitanden ansetzen.

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. *Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie*, 55. 476–482.
- Muschalla, B., Fay, D., Hoffmann, K. (2015): Entwicklung eines Inventars für Job-Coping und -Rückkehrintention (JoCoRi). *Diagnostica*, 62. 143–156.
- Nübling, R., Schmidt, J., Bassler, M. (2013): Standardisierte Diagnostik in der Rehabilitation: „Routine-Assessment Psychosomatik.
- Ranft, A., Fiedler, R.G., Greitemann, B., Heuft, G. (2009): Optimierung und Konstruktvalidierung des Diagnostikinstrumentes für Arbeitsmotivation (DIAMO). *Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie*, 55. 21–30.

Validierung von beruflich orientierten Selbstwirksamkeitsskalen für arbeitslose Rehabilitanden: BOSAR

Schätzl, L. (1), Schuler, M. (1), Kübler, A. (1), Wolf, U. (1), Holme, M. (2), Kasprowski, D. (2), Vogel, H. (1)

(1) Universität Würzburg, (2) Rehabilitationszentrum Bad Pyrmont

Hintergrund

Von Arbeitslosigkeit betroffene Rehabilitanden sind durch negative Wechselwirkungen zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit besonders gefährdet (z. B. Holleder, 2011). Es hat sich bereits gezeigt, dass die Förderung von Selbstwirksamkeitserwartungen in beiden Bereichen positive Effekte erzielen kann (Braungardt et al., 2011; Creed et al., 2001). Sie stellt insofern eine wesentliche Zielvariable medizinisch-beruflicher Reha-Maßnahmen dar.

Zur Entwicklung und Evaluation von Interventionen im Rahmen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation wurde ein Selbsteinschätzungsfragebogen entwickelt, um beruflich orientierte Selbstwirksamkeitserwartungen bei arbeitslosen Rehabilitanden zu messen. Bisher gab es keinen Fragebogen, der die Selbstwirksamkeitserwartungen an die Arbeitssuche und das Behalten eines Arbeitsplatzes nach erfolgreicher Suche so erfasst, dass er an die Situation arbeitsloser Rehabilitanden (v. a. langzeitarbeitsloser) angepasst ist.

Die Entwicklung und erste qualitative Überprüfung der BOSAR-Skalen erfolgte bereits in einer vorhergehenden Studie (Wolf, 2012). Der BOSAR-Fragebogen umfasste 40 Items in Frageform, die anhand einer sechsstufigen Ratingskala beantwortet werden können. 20 Items bezogen sich auf die Arbeitssuche, 20 auf das Arbeitsleben. Jeweils 9 der 20 Items bezogen sich auf die motivationale Phase, 11 auf die volitionale Phase.

Die vorliegende Untersuchung befasste sich daher mit den nächsten Schritten quantitativer Art zur Überprüfung der Güte des Fragebogens. Diese betrafen vor allem die Untersuchung der strukturellen Validität, der Konstruktvalidität und die Reliabilitätstestung.

Methodik

Es wurden Rehabilitanden im erwerbsfähigen Alter, die bereits vor der stationären Maßnahme ihren Arbeitsplatz verloren hatten, zu Beginn der stationären medizinischen Rehabilitation in zwei Rehabilitationskliniken befragt (n=183, v. a. aus dem Indikationsbereich Orthopädie; 52 % weiblich, Durchschnittsalter 50 Jahre, durchschnittliche Dauer der aktuellen Arbeitslosigkeit 26 Monate; SD=51/Median: 8 Monate). Neben dem zu testenden Fragebogen füllten die Probanden Skalen zur Messung weiterer Konstrukte aus: allgemeinen Selbstwirksamkeit (SWE, Jerusalem, Schwarzer, 1999), subjektive Erwerbsprognose (SPE-Skala, Mittag, Raspe, 2003), Belastung durch Ängste und Depressionen (PHQ-4, Löwe et al., 2002) und Reha-Status (IRES-24, Wirtz et al., 2005). Im Zuge der Testung der Skalenstruktur durch konfirmatorische Faktorenanalysen wurde die Anzahl der Items reduziert. Die reduzierte Form des Fragebogens mit 29 Items wurde mittels Zusammenhangsmaßen mit den restlichen Fragebögen untersucht.

Ergebnisse

Die rational gebildeten Subskalen (motivationale Selbstwirksamkeit/SW bei der Arbeitssuche, volitionale SW bei der Arbeitssuche, motivationale SW im Arbeitsleben, volitionale SW im Arbeitsleben) des reduzierten Fragebogens (29 Items) zeigten gute Maße zur internen Konsistenz. Die Ergebnisse der konfirmatorischen Faktorenanalysen konnten die mehrdimensionale Struktur des Fragebogens bestätigen. Signifikante differenzierte Zusammenhänge mit den Werten der anderen psychometrisch erfassten Konstrukte unterstützen diese Ergebnisse. Auch die Reliabilität ist für alle Skalen gut bis sehr gut. Hohe Schwierigkeitsindizes deuten darauf hin, dass die Skalen zwischen Rehabilitanden mit hohen und solchen mit niedrigen Selbstwirksamkeitserwartungen gut trennen können.

Diskussion

Ein nächster Schritt wird die Bestätigung der Ergebnisse durch eine Kreuzvalidierung an einer weiteren Stichprobe sein. Dabei sollte auf eine homogenere Verteilung der Dauer der Arbeitslosigkeitserfahrungen geachtet werden. Auch sollte eine Normierung an einer repräsentativen Stichprobe folgen. Die Messinvarianz der Skala und ihre Vorhersagekraft bezüglich der Wiedereingliederung arbeitsloser Menschen ins Erwerbsleben könnten weitere Forschungsinhalte sein.

Gleichwohl steht mit BOSAR bereits jetzt ein praktikables Instrument zur Erhebung wichtiger Ausgangs- und Zielvariablen für die medizinisch-berufliche Rehabilitation bei arbeits-

losen Rehabilitanden zur Verfügung. Durch seine differenzierte Messung der Selbstwirksamkeit könnte sich der Fragebogen auch bei der Entwicklung und Evaluation von Interventionsmaßnahmen als hilfreich erweisen. Auch zur Verlaufsdagnostik und Untersuchung der Wirkungsweise von Interventionen bei berufsbezogene Selbstwirksamkeitserwartungen könnte er detailliert beitragen.

Literatur

- Braungardt, T., Schindler, N., Vogel, M., Schneider, W. (2011): Förderung der Gesundheit und der psychosozialen Selbstwirksamkeit bei Langzeitarbeitslosen. *Psychotherapeut*, 56 (1). 40–46.
- Creed, P.A., Bloxsome, T.D., Johnston, K. (2001): Self-esteem and self-efficacy outcomes for unemployed individuals attending occupational skills training programs. *Community, Work & Family*, 4 (3). 285–303.
- Hollederer, A. (2011): Erwerbslosigkeit, Gesundheit und Präventionspotenziale. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wolf, U.B. (2012): Konstruktion und qualitative Überprüfung einer beruflich-orientierten Selbstwirksamkeitsskala für arbeitslose Rehabilitanden. Diplomarbeit, Universität Würzburg.

Korrelation des MSFC mit der Erwerbsprognose bei Rehabilitanden mit Multipler Sklerose

Leniger, T. (1), Brandes, I. (2), Heßling, A. (1)

(1) Dr. Becker Neurozentrum Niedersachsen, Bad Essen, (2) Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover

Hintergrund

Die Multiple Sklerose führt zu einer hohen Anzahl an Frühberentungen, die allein mit körperlichen Funktionseinschränkungen nicht erklärt werden können (Flachenecker et al., 2008). Der Multiple Sclerosis Functional Composite (MSFC) berücksichtigt als validiertes Assessmentinstrument sowohl die physischen als auch kognitiven Auswirkungen der MS (Fischer et al., 2001).

Methoden

Erstmals wurde der MSFC hinsichtlich seiner Einsatzmöglichkeit als Verlaufstest in der stationären medizinischen Rehabilitation und seiner Tauglichkeit als Prädiktor für die Erwerbsprognose mittels einer retrospektiven, unizentrischen Längsschnittstudie im Dr. Becker Neurozentrum Niedersachsen (NZN) untersucht (Leniger et al., 2016). Für die Untersuchung standen die MSFC-Scores von 77 Rehabilitanden mit MS zur Verfügung. Der MSFC wurde routinemäßig zu Beginn (t0) als auch zum Ende (t1) des Rehabilitationsaufenthaltes erhoben.

Eingangs wurde der MSFC bei Aufnahme (t0) mit dem Erwerbsstatus bei Aufnahme in Abhängigkeit zu den Kofaktoren Alter, Geschlecht, Verlaufsform, Dauer der Erkrankung und Beschäftigungsform korreliert. Die Einsatzmöglichkeit als Verlaufstest wurde durch die Korrelation des MSFC-Score bei Aufnahme (t0) mit dem Score bei Entlassung (t1) in Abhängigkeit zum Erwerbsstatus untersucht. Zur Überprüfung der Tauglichkeit als Prädiktor hinsichtlich der Erwerbsprognose fanden Korrelationsanalysen zwischen dem MSFC-Score am Ende des Rehabilitationsaufenthalts (t1) mit der Erwerbsprognose bei Entlassung statt.

Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigten keine Abhängigkeit eines positiven/negativen Erwerbsstatus bei Aufnahme von demographischen Daten bzw. Krankheitsfaktoren (Verlaufsform, Dauer der Erkrankung). Rehabilitanden mit Erwerbstätigkeit bei Aufnahme wiesen einen signifikant höheren MSFC (z-Score $-0,26 \pm 0,73$ SD) als die ohne Erwerbstätigkeit ($-0,68 \pm 0,96$ SD; $p = 0,05$) auf. Im Verlauf verbesserten sich nicht signifikant im MSFC (z-Score) sowohl die Rehabilitanden ohne Erwerbstätigkeit ($-0,68 \pm 0,96$ SD (t0) auf $-0,57 \pm 0,95$ SD (t1)) als auch die mit Erwerbstätigkeit ($-0,26 \pm 0,73$ SD (t0) auf $-0,06 \pm 0,89$ SD (t1); $p = 0,278$), der signifikante Gruppenunterschied blieb bestehen ($p = 0,002$). Der MSFC (t1) war bei Rehabilitanden mit positiver Erwerbsprognose ($+0,08 \pm 0,91$ SD) signifikant höher als bei denen mit negativer Erwerbsprognose ($-0,66 \pm 0,86$ SD; $p < 0,001$). Alle Rehabilitanden mit positiver Erwerbsprognose bei Entlassung wiesen im MSFC (t1) einen positiven z-Score auf, unabhängig von einem positiven bzw. negativen Erwerbsstatus bei Aufnahme ($0,03 \pm 0,95$ SD bzw. $0,35 \pm 0,69$ SD).

Schlussfolgerungen und Ausblick

In der medizinischen Rehabilitation der Multiplen Sklerose erweist sich der MSFC als hilfreiches Assessmentinstrument mit signifikanter Korrelation zum Erwerbsstatus bei Aufnahme und Erwerbsprognose bei Entlassung. Ein positiver MSFC scheint mit einer positiven Erwerbsprognose assoziiert zu sein. Sowohl Rehabilitanden mit und ohne Erwerbstätigkeit wiesen im Rehabilitationsverlauf Verbesserungen im MSFC auf. Weitere Korrelationsanalysen des MSFC mit dem SIMBO-C (Streibelt et al., 2009) und einem im NZN entwickelten Eingangsscreening für kognitive Grundfunktionen sind geplant.

Literatur

- Fischer, J.S., Jak, A.J., Kniker, J.E., Rudick, R.A., Cutter, G. (2001): Multiple Sclerosis Functional Composite. Administration and Scoring Manual. Revised, October 2001. National Multiple sclerosis Society (Eds.). URL: http://main.nationalmssociety.org/docs/HOM/MSFC_Manual_and_Forms.pdf, Abruf: 19.10.2016.
- Flachenecker, P., Stuke, K., Elias, W., Freidel, M., Haas, J., Pitschnau-Michel, D., Schmirgk, S., Zettl, U.K., Rieckmann, P. (2008): Multiple-Sklerose-Register in Deutschland. Ausweitung des Projekts 2005/2006. Deutsches Ärzteblatt, 105. 113–119.
- Leniger, T., Brandes, I., Heßling, A. (2016): Der MSFC bei der Erwerbsprognose von Rehabilitanden mit Multipler Sklerose. Akt Neurol, 43. 293–297.

Streibelt, M. (2009): Validität und Reliabilität eines Screeninginstruments zur Erkennung besonderer beruflicher Problemlagen bei chronischen Krankheiten (SIMBO-C). *Die Rehabilitation*, 48 (3). 135–144.

Nutzen des SIMBO-Screenings bei der Vorhersage der beruflichen Wiedereingliederung bei Personen mit neurologischen Erkrankungen nach der Phase D-Rehabilitation

Streibelt, M. (1), Claros-Salinas, D. (2)

(1) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin, (2) Kliniken Schmieder Heidelberg

Hintergrund

Die Rehabilitation nach einem neurologischen Ereignis folgt in Deutschland einem Phasenmodell. Im Anschluss an die akuten und postakuten Rehabilitationsphasen ist mit der Phase D in der Regel die Deutsche Rentenversicherung Kostenträger der Leistung. Damit zusammenhängend nimmt spätestens zu diesem Zeitpunkt die erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung (return to work, RTW) der Patienten eine herausragende Stellung ein. Die Phase D wird grundsätzlich im klinisch-stationären Setting erbracht (BAR, 2015). In dieser Phase sind bei Versicherten, deren RTW unklar ist, berufsbezogene Leistungen im Rahmen einer medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) der Stufe B indiziert (Claros-Salinas et al. 2016). Inhärent ist einer solchen Spezialisierung die frühzeitige und möglichst effektive Auswahl der tatsächlich bedürftigen Patienten. Screeninginstrumente wie der SIMBO C könnten hier eine sinnvolle Unterstützung sein.

Der SIMBO-C ermittelt die Chance eines RTW im Anschluss an die Rehabilitation. Aus sieben Items wird ein Score (0–100 Punkte) erzeugt. Die Nützlichkeit des SIMBO konnte bislang für orthopädische, psychische und innere Erkrankungen belegt werden (Streibelt, Bethge, 2015; Streibelt et al., 2015; Streibelt 2016). In der vorliegenden Untersuchung wurde erstmalig für Personen mit neurologischen Erkrankungen in einer Rehabilitation der Phase D überprüft, ob der SIMBO einen prädiktiven Wert für das kurzfristige RTW besitzt.

Methoden

Patienten im erwerbsfähigen Alter mit einer Phase D-Rehabilitation an zwei Standorten der Kliniken Schmieder wurden zu Beginn der Rehabilitation (u. a. mit dem SIMBO-C) befragt. Drei Monate nach Ende der Rehabilitation erfolgte eine Erhebung des beruflichen Status.

Die primäre Zielgröße definierte sich über eines der folgenden beruflichen Probleme im Follow-up: (1) nicht erwerbstätig, (2) mehr als 5 Wochen krankgeschrieben, (3) EM-Rentenanspruch bzw. LTA-Antrag gestellt, (4) Teilnahme an einer stufenweisen Wiedereingliederung.

Area under curve (AUC)-Koeffizienten wurden zur Vorhersagequalität der SIMBO-Skala kalkuliert. Zur Ermittlung der diagnostischen Güte wurden anhand des in der Pilotstudie empirisch ermittelten Cut-Off von 27 Punkten Sensitivität und Spezifität wie auch der posi-

tive und negative Likelihood (L+, L-) und das diagnostische Odds Ratio (DOR) herangezogen. Die Analysen folgten den Empfehlungen des STARD-Statement.

Ergebnisse

Die Analysestichprobe bestand aus 434 Patienten (49,3 +/- 9,2 Jahre, 55 % Frauen, 25,6 % Zerebrovaskuläre Erkrankungen, 32,0 % Multiple Sklerose, 42,4 % andere). 49 % berichteten kritische berufliche Ereignisse im Follow-up. Das AUC-Kriterium lag bei .87 (CI 95 .84 bis .90). Bei Nutzung des Cut-Off von 27 Punkten ergibt sich eine Sensitivität von 83 % (CI 95 78 % bis 88 %) sowie eine Spezifität von 76 % (CI 95 69 % bis 81 %). Daraus resultiert ein positives und negatives Likelihood von 3.43 (CI 95 2.68 bis 4.39) sowie .22 (CI 95 .16 bis .30) und ein DOR von 15.58 (CI 95 9.60 bis 25.31, Pseudo R²=.32). Innerhalb der einzelnen Erkrankungsgruppen konnten keine hiervon unterschiedlichen Ergebnisse ermittelt werden.

Schlussfolgerung

Die Studie unterstreicht die Nützlichkeit des SIMBO-C bei Phase D-Patienten zur Ermittlung der Chance des kurzfristigen RTW bzw. Hinweisen auf zukünftig zu erwartende Probleme bei der beruflichen Wiedereingliederung und damit einem eventuell erweiterten Rehabilitationsbedarf im Anschluss an die Phase D. Die hohen AUC sowie eine hier nicht vorgestellte erweiterte Dokumentation der diagnostischen Güte mithilfe weiterer Cutoff-Definitionen (20 bis 35 Punkte) zeigen deutlich, dass der SIMBO-C die nötige Flexibilität besitzt, um im reha-klinischen Setting im Rahmen ganz unterschiedlicher berufsbezogener Programme in der Phase D eine sinnvolle Informationsgrundlage in der Zuweisungssteuerung zu sein.

Weitere Ergebnisse hinsichtlich der Vorhersage langfristiger beruflicher Probleme (ca. 18 Monate nach der Rehabilitation) werden aktuell in einem weiteren Studienteil ermittelt.

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

Literatur

- BAR (2016): 20 Jahre Neurologische Phasenmodell. BAR-Symposium 2015. BAR (Hg.). Frankfurt/M.
- Claros-Salinas, D., Menzel, C., Streibelt, M. (2016): MBOR in der Neurologie – Bedarf und Therapiesteuerung. *neuroreha*; 08 (01). 28–34.
- Streibelt, M., Bethge, M. (2015): Prospective Cohort Analysis of the Predictive Validity of a Screening Instrument for Severe Restrictions of Work Ability in Patients with Musculoskeletal Disorders. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94 (8). 617–626.
- Streibelt, M. (2016): Das Screeninginstrument SIMBO-C zur Identifikation besonderer beruflicher Problemlagen bei Rehabilitanden der Rentenversicherung: Analysen zur Validität bei psychischen Erkrankungen. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin* 29 (2). 125–134.

Streibelt, M., Franke, W., Kiwus, U., Schittich, I., Reichel, C. (2015): Die Validität des SIM-BO-C bei inneren Erkrankungen. Ergebnisse einer multizentrischen Studie. DRV-Schriften, Bd 107. 38–40.

Psychometrische Eigenschaften der Readiness for Return to Work Scale für psychosomatische Patienten

*Kessemeier, F. (1), Stöckler, C. (1), Petermann, F. (1), Franche, R. (2),
Bassler, M. (3), Kobelt, A. (4)*

(1) Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen,
(2) School of Population and Public Health, Vancouver, (3) Rehazentrum Oberharz,
Clausthal-Zellerfeld, (4) Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, Laatzen

Einleitung

Die Rückkehr an den Arbeitsplatz (Return to Work = RTW) ist ein wichtiges Ziel der medizinischen Rehabilitation im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung und kann als Prozess der Verhaltensänderung verstanden werden. Auf der Grundlage des Transtheoretischen Modells von Prochaska und DiClemente (1983) werden verschiedene, sich qualitativ voneinander unterscheidende Stufen der Motivierung und Verhaltensänderung durchlaufen (vgl. Muschalla et al., 2016).

In frühen Stadien werden eher kognitive Methoden und Lernstrategien, in späteren Stadien eher verhaltensorientierte Interventionen eingesetzt, um auf den Stufen der Verhaltensänderung voranzuschreiten.

Franché et al. (2007) entwickelten zur Erfassung der RTW-Motivation die Readiness for Return to Work Scale (RRTW).

Die RRTW wurde ins Deutsche übersetzt und Patienten der psychosomatischen Abteilung des Rehazentrum Oberharz zu Beginn und Ende ihrer Rehabilitationsbehandlung vorgelegt.

Methodik

Die RRTW liegt in zwei Versionen vor, einer 13 Items umfassende Version für arbeitsunfähige sowie einer 9 Items umfassenden Version für arbeitsfähige Versicherte. Die Items werden auf einer 5-stufigen Likert-Skala beantwortet. Franché et al. (2007) fanden für Arbeitsunfähige eine 4-Faktoren-Struktur und für Arbeitsfähige eine 2-Faktoren-Struktur. Diese Struktur konnte von Braathen et al. (2013) für eine norwegische Stichprobe jedoch nicht bestätigt werden. Dennoch befinden beide Autorengruppen die RRTW für geeignet, um die Rückkehrmotivation der Versicherten zu erfassen.

Der Fragebogen wurde zunächst ins Deutsche übertragen und von Übersetzern ins Englische rückübersetzt. Anschließend wurde diese Version mit der Autorin des Originals diskutiert. Es wurde eine exploratorische Faktorenanalyse, eine Itemanalyse sowie eine

Überprüfung der Kriteriumsvalidität mit ausgewählten Skalen des FBTM und des DIAMOs durchgeführt.

Ergebnisse

Insgesamt konnte für die arbeitsunfähige Gruppe (n=119) eine 3-Faktoren-Lösung und für die Gruppe arbeitsfähiger Versicherten (n=199) eine 2-Faktoren-Lösung gefunden werden.

Die Skalen des Fragebogens für arbeitsunfähige Rehabilitanden sind „Absichtslosigkeit“ (4 Items, Cronbachs α =.710), „Absichtsbildung“ (3 Items; Cronbachs α =.747) und „Vorbereitung“ (6 Items; Cronbachs α =.768). Für die Gruppe der arbeitsfähigen Rehabilitanden ergaben sich die beiden Skalen „Handlungserprobung“ (3 Items, Cronbachs α =.630,) und „Aufrechterhaltung“ (6 Items; Cronbachs α =.769). Itemschwierigkeiten liegen zwischen .368 und .814. Es zeigten sich zufriedenstellende bis sehr gute Korrelationen sowohl mit den Skalen des DIAMO als auch des FBTM in die erwarteten Richtungen.

Diskussion

Mit der RRTW liegt nun auch für den deutschen Sprachraum ein Messinstrument zur Erfassung der Motivation zur Rückkehr an den Arbeitsplatz vor. Interne Konsistenzen, Itemgüte sowie Kriteriumsvalidität sind zufriedenstellend bis gut.

Der Fragebogen kann eingesetzt werden, um den Patienten an seine Motivationsstufe angepasste Interventionen zukommen zu lassen sowie den Erfolg seiner Rehabilitationsbehandlung abzubilden.

Literatur

- Braathen, T.N., Brage, S., Tellnes, G., Eftedal, M. (2013): Psychometric properties of the readiness for return to work scale in inpatient occupational rehabilitation in Norway. *Journal for Occupational Rehabilitation*, 23. 371–380.
- Franché, R.L., Corbière, M., Lee, H., Breslin, F.C., Hepburn, C.G. (2007): The Readiness for Return-To-Work (RRTW) scale: development and validation of a self-report staging scale in lost-time claimants with musculoskeletal disorders. *Journal for Occupational Rehabilitation*, 17. 450–472.
- Muschalla, B., Fay, D., Hoffmann, K. (2016): Entwicklung eines Inventars für Job-Coping und -Rückkehrintention (JoCoRi). *Diagnostica*, 62. 143–156.

Towards the Development of a Rehabilitation Service Assessment Tool (RSAT)

Gutenbrunner, C., Nugraha, B.

Medizinische Hochschule Hannover

Background

From a global perspective, the World Health Organisation (WHO) includes health-related rehabilitation as one of four main health strategies and part of universal health coverage. Consequently, the WHO Global Disability Action Plan 2014–2021 (WHO, 2014) among others claims to implement rehabilitation services into health systems and to invest in research and data collection on disability and related services. In order to develop rehabilitation service implementation plans and for benchmark rehabilitation service provision among regions, countries, or provinces, as a first step a standardized evaluation of existing services is major importance.

Purpose

To develop a tool to assess health-related rehabilitation policies and services within health systems of countries (or provinces).

Methods

Based on the six Health System Building Blocks (health service delivery, health workforce, health information systems, access to essential medicines, financing, leadership and governance) (WHO, 2010), the definition of rehabilitation (WHO, World Bank, 2011) and the recommendations of the Global Disability Action Plan (WHO, 2014), a list of information necessary to describe the scope and capacity of existing rehabilitation services was developed (including policies and payment). Additionally, the draft of International Classification of Rehabilitation Services in Rehabilitation (ICSO-R) (Gutenbrunner et al., 2015), the list of minimum assistive devices (WHO, 2016), and the WHO list of Rehabilitation Professionals (WHO, 2016) were used as guiding documents. Based on the list of necessary information a questionnaire was designed in order to facilitate and standardize information of existing rehabilitation services. Finally, this version was tested in two WHO missions for the development of National Disability Health and Rehabilitation plans (Egypt, Ukraine) as well as in a joint mission with Handicap International in the Peoples' Democratic Republic of Korea.

Results: The list of necessary information includes information about the country profile, the health system, disability and rehabilitation, national policies, laws and responsibilities in the area of disability and rehabilitation, as well as information about relevant non-governmental stakeholders, with a couple of subcategories in each domain. The questionnaire itself comprises eight sections:

1. General country information, public health indicators and health system information

2. Information on assessment and epidemiology of disability
3. Information on disability policies and governmental and non-governmental stakeholders
4. Information about (health related) rehabilitation service capacity
5. Additional relevant information
6. Evaluation of information
7. List of sources (including references)
8. Summary of information, recommendations and proposed projects

Additionally, it contains information about the assessment methods and appendices with definitions and explanations and some guidance to use the tool.

The testing in Egypt, Ukraine and the DPRK showed that this tool was feasible and facilitating to collection of information for the development of recommendations for the development of rehabilitation service provision within national health systems.

Discussion

The systematic development of a Rehabilitation Service Assessment Tool lead to a feasible instrument that needs further testing, in particular, for the benchmark of service provision. A limitation at this point is that it does not include quantitative information on service capacity (including rehabilitation professionals). Additionally, a consensus on the descriptions of prototype rehabilitation services should be developed and the scope of the main rehabilitation professions should be standardized internationally.

Literatur

- Gutenbrunner, C., Bickenbach, J., Kiekens, C., Meyer, T., Skempes, D., Nugraha, B., Bethge, M., Stucki, G. (2015): ISPRM Discussion Paper: Proposing dimensions for an international classification system for service organisation in health-related rehabilitation. *J Rehabil Med*; 47. 809–815.
- World Health Organisation, World Bank(2011): *World Report on Disability*. WHO, Geneva.
- World Health Organisation (2014): *WHO global disability action plan 2014–2021: Better health for all people with disability*. WHO Geneva.
- World Health Organisation (2016): *Priority Assistive Products List*. WHO Geneva.
- World Health Organisation: *Classifying Health Workers: Mapping occupations to the international standard classification*. www.who.int/statistics/workforce_statistics.

Der Veterans RAND Health Survey (VR-36, VR-12): Eine Alternative zum Short Form (SF-36, SF-12)?

Buchholz, I., Buchholz, M., Kohlmann, T.
Universitätsmedizin Greifswald

Hintergrund

Der SF-36 gilt als das Standardinstrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. In der Rehabilitation ist er der am häufigsten eingesetzte Selbstbeurteilungsfragebogen zur Beschreibung des Gesundheitszustandes aus Patientensicht. Eine vielversprechende Alternative zum gut eingeführten, aber lizenzpflichtigen SF-36 könnte der von der U.S.-amerikanischen Veterans Health Administration auf der Basis des SF-36 entwickelte Veterans RAND Health Survey (kurz „VR“) sein (Kazis, 2000; Selim et al., 2009). Dieser Fragebogen erfasst anhand von 36 inhaltsähnlichen Items dieselben acht Lebensqualitätsdimensionen wie der SF-36. Die Eignung des VR wurde in der angloamerikanischen Forschungsliteratur empirisch belegt (z. B. Kazis et al., 2004a; Selim et al., 2011). Der vorliegende Beitrag berichtet die zentralen Ergebnisse der Übersetzungsarbeiten und psychometrischen Analysen einer multizentrischen Vergleichsstudie, in welcher die messemethodischen Eigenschaften der übersetzten und kulturell adaptierten Versionen des VR (VR-36, VR-12) mit den Versionen des SF (SF-36, SF-12) verglichen wurden.

Methodik

Der in Vorwärts- und Rückwärtsübersetzungen konzeptionell, linguistisch und kulturell in die deutsche Sprache überführte VR wurde in kognitiven Interviews bei N=26 Patienten auf Verständlichkeit überprüft. Jeweils N=397 orthopädische und N=162 psychosomatische Rehabilitanden beantworteten die Kurz- (12 Items) oder die Langform (36 Items) des VR oder des SF (Version 1) sowie weitere konstruktverwandte Skalen zu Beginn (T1) und am Ende (T2) der Rehabilitation. Alle Studienteilnehmer wurden randomisiert einer dieser vier Gruppen (SF-12, VR-12, SF-36, VR-36) zugewiesen. Bei Reha-Ende (T2) lagen vollständige Daten von N=355 orthopädischen und N=152 psychosomatischen Rehabilitanden vor, was einem Response von 91 % entspricht.

Für alle Fragebögen wurden Verteilungseigenschaften, Item- und Skalenkennwerte sowie Reliabilitätsparameter bestimmt. Für die Beurteilung der Änderungssensitivität wurden verteilungsbasierte Effektgrößen (wie standardized effect size und standardized response mean) berechnet. Zur Überprüfung der Konstruktvalidität wurden Pearson-Korrelationen ermittelt und Außenkriterien (z. B. „known groups“ wie der Indikation) herangezogen. Die jeweiligen Kurz- und Langformen von VR und SF wurden hinsichtlich der bestimmten Parameter verglichen.

Ergebnisse

Der in die deutsche Sprache übersetzte VR weicht sprachlich nur geringfügig vom deutschen SF ab und wurde von der Mehrheit der Interviewten in dem von den Übersetzern intendierten Sinn verstanden.

Tabelle 1 zeigt die Ergebnisse der indirekten messmethodischen Vergleiche. Das mittlere Alter der Studienteilnehmer betrug 53,6 Jahre; 66,5% waren Frauen. Die vier Gruppen waren in allen untersuchten soziodemografischen Variablen vergleichbar ($p>0.05$).

Die Kurz- und Langformen von VR und SF wiesen ähnliche Verteilungseigenschaften auf. Die Skaleninterkorrelationen bestätigen, dass auch konzeptionell eine gute Vergleichbarkeit gegeben ist. Die indikationsspezifischen Änderungssensitivitäten variierten je nach Maß und Instrument zwischen $SES=0,086$ (SF-12,PCS,PSY) und $SES=0,879$ (VR-12,MCS,PSY). Dabei zeigten sich lediglich für die Langformen bedeutsame systematische Unterschiede, wobei der SF-36 höhere Änderungssensitivitäten für die körperliche Summenskala ($\Delta SES=0,06-0,19$, $\Delta SRM=0,09-0,21$), der VR-36 größere Änderungssensitivitäten für die psychische Summenskala ($\Delta SES=-0,10-0,14$, $\Delta SRM=0,10-0,23$) auswies.

	SF-12		VR-12		SF-36		VR-36	
Deskriptive Statistiken (T1)								
Anzahl (N), davon	139		143		140		137	
Orthopädie / Psychosomatik	99 / 40		102 / 41		100 / 40		96 / 41	
Körperliche Summenskala, M \pm SD	35,7 \pm 10,9		36,6 \pm 10,9		35,0 \pm 10,4		38,6 \pm 9,7	
Psychische Summenskala, M \pm SD	40,7 \pm 12,1		37,8 \pm 13,6		41,8 \pm 15,1		39,2 \pm 12,8	
Konstruktvalidität*	PCS	MCS	PCS	MCS	PCS	MCS	PCS	MCS
CDC – Healthy Days								
Körperliche Krankheitstage	0,586	0,042	0,631	0,118	0,540	0,092	0,625	0,167
Psychische Krankheitstage	0,232	0,720	0,132	0,729	0,233	0,671	0,105	0,700
DASS Depressivität	0,048	0,749	0,133	0,733	0,133	0,782	0,039	0,765
DASS Angst	0,177	0,498	0,005	0,578	0,099	0,603	0,064	0,621
DASS Stress	0,082	0,666	0,146	0,687	0,260	0,788	0,124	0,772
Funktionsfragebogen Hannover	0,664	0,105	0,741	0,203	0,701	0,071	0,654	0,096
Graded Chronic Pain Scale	0,504	0,194	0,513	0,037	0,668	0,053	0,631	0,119
IMET	0,510	0,360	0,462	0,412	0,395	0,392	0,445	0,512
IRES-VE	0,093	0,677	0,116	0,793	0,178	0,809	0,043	0,778
Änderungssensitivität	PCS	MCS	PCS	MCS	PCS	MCS	PCS	MCS
Standardized response mean (SRM)								
Gesamt	0,385	0,638	0,432	0,686	0,412	0,385	0,275	0,574
Psychosomatik	0,114	0,859	0,330	0,820	0,368	0,689	0,156	0,784
Orthopädie	0,560	0,540	0,480	0,634	0,441	0,248	0,351	0,477
Standardized effect size (SES)								
Gesamt	0,222	0,518	0,272	0,452	0,291	0,290	0,186	0,372
Psychosomatik	0,086	0,870	0,287	0,879	0,329	0,751	0,143	0,648
Orthopädie	0,338	0,431	0,332	0,366	0,308	0,172	0,246	0,314

Anm.: DASS Depression-Anxiety-Stress-Scale, IMET Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe, IRES-VE Subskala „Vitale Erschöpfung“ der Indikatoren des Reha-Status (IRES), *Pearson-Korrelationskoeffizienten mit den körperlichen (PCS) bzw. psychischen Summenskalen (MCS), M Mittelwert, SD Standardabweichung.

Tab. 1: Ergebnisse der indirekten messmethodischen Vergleiche

Diskussion

Aus der Studie ist ein zum SF konzeptuell und semantisch äquivalenter, valider, reliabler, änderungssensitiver Selbstbeurteilungsfragebogen hervorgegangen. Der einzige wesentliche Unterschied besteht im fünfstufigen Antwortformat der Rollenfunktionsskalen (SF Version 1: zweistufig), welches eine mögliche Erklärung für die etwas abweichenden Ände-

rungssensitivitäten sein könnte (Kazis et al., 2004b). Mit der empirisch belegten psychometrischen Vergleichbarkeit beider Instrumente stehen der Reha-Forschung und der Reha-Praxis damit lizenzfreie Alternativen zu den weit verbreiteten Fragebögen der SF-Familie zur Verfügung.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Nord

Literatur

- Kazis, L.E. (2000): The Veterans SF-36 health status questionnaire: Development and application in the Veterans Health Administration. *Monitor, Medical Outcomes Trust*, 5. 1–14.
- Kazis, L.E., Lee, A., Spiro, A., Rogers, W., Ren, X.S., Miller, D.R., Selim, A.J., Hamed, A., Haffer, S.C. (2004a): Measurement comparison of the medical outcome study and veterans SF-36® Health Survey. *Health Care Financing Review*, 25 (4). 43–58.
- Kazis, L.E., Miller, D.R., Clark, J.A., Skinner, K.M., Lee, A., Ren, X.S., Spiro, A., Roger, W.H., Ware, J.E. (2004b): Improving the response choices on the veterans SF-36 health survey role functioning scales: Results from the Veterans Health Study. *The Journal of Ambulatory Care Management*, 27 (3). 263–280.
- Selim, A.J., Rogers, W., Qian, S.X., Brazier, J., Kazis, L.E. (2011): A preference-based measure of health: The VR-6D derived from the veterans RAND 12-Item Health Survey. *Qual Life Res*, 20. 1337–1347.
- Selim, A.J., Rogers, W., Fleishman, J.A., Qian, S.X., Fincke, B.G., Rothendler, J.A., Kazis, L.E. (2009): Updated U.S. population standard for the Veterans RAND 12-item Health Survey (VR-12). *Qual Life Res*, 18. 43–52.

Validität der Diagnose Depression im strukturierten psycho-diagnostischen Interview bei kardiologischen Patienten

Muschalla, B. (1), Linden, M. (2)

(1) Freie Universität Berlin, (2) Charité – Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund

Die Diagnose psychischer Erkrankungen basiert auf Kriterien und Algorithmen wie sie im DSM-IV (APA, 1994) oder ICD-10 (WHO, 1992) vorgegeben sind. Eine diagnostische Methode, die im Rahmen epidemiologischer Studien entwickelt wurde, sind standardisierte und strukturierte diagnostische Interviews. Diese haben jedoch erhebliche methodische Schwächen, so dass sich die Frage stellt, ob sie außer für epidemiologische Untersuchungen auch für die klinische Diagnostik einsetzbar sind. Dies gilt insbesondere in Patientenpopulationen mit hoher somatischer Komorbidität.

Methode

209 Patienten einer kardiologischen Rehabilitationsklinik wurden mit einem strukturierten diagnostischen Interview für psychische Erkrankungen, dem Mini International Neuropsy-

chiatric Interview (MINI, Sheehan et al., 2006) untersucht. 15,3 % der Patienten erhielten laut Interview die Diagnose einer „Majoren depressiven Episode“ oder einer „Dysthymie“. 15 von diesen Patienten wurden konsiliarisch von einem erfahrenen Psychiater klinisch untersucht.

Ergebnisse

Bei 1 von 15 Patienten erwies sich die Diagnose einer depressiven Episode aus dem strukturierten Interview als korrekt. 1 Patient litt an einer Dysthymie, 2 Patienten litten an einer Angsterkrankung, 2 an einer Anpassungsstörung und 4 an verschiedenen Formen hirnor-ganischer Erkrankungen, einschließlich Arzneimittelnebenwirkungen. 3 von 15 waren nicht psychisch krank, 2 weitere Patienten waren aktuell ebenfalls beschwerdefrei, hatten aber zumindest anamnestisch eine depressive Störung. Während laut standardisiertem Interview 14,8 % der Patienten aktuell an einer Depression litten, lag die tatsächliche Rate der akuten depressiven Erkrankung bei 0,8 %.

Schlussfolgerungen

Standardisierte und strukturierte diagnostische Interviews sind nicht für die klinische Diagnostik einzelner Patienten geeignet. Dies liegt darin begründet, dass die Beschreibung von Psychopathologie (z. B. Differenzierung von Affektqualitäten, Affektmodulation) und Verlauf, so wie es für eine klinisch valide Diagnose notwendig ist, mit standardisierten Instrumenten nicht differenziert genug zu erheben ist, weil wichtige diagnostische Kriterien wie z. B. Störungen der Affektmodulation, in den Interviews nicht erfasst werden können.

Die häufig berichteten hohen Prävalenzzahlen für depressive Störungen (Wittchen, Pittrow, 2002) sind zum Teil als ein Methodenartefakt anzusehen.

Statt standardisierter Interviews oder generellem Depressionsscreening in somatischen Fachbereichen bedarf es erfahrener approbierter Kliniker (Ärzte mit Qualifikation in psychosomatischer Grundversorgung und Psychologische Psychotherapeuten), die klinisch-psychopathologische Diagnostik gelernt haben und beherrschen. Sie müssen nicht nur psychische Erkrankungen, organische Erkrankungen und Arzneimittelnebenwirkungen überblicken, sondern auch normalgesunde Leidenszustände bei Lebensproblemen oder psychische Begleitsymptome im Rahmen körperlicher Erkrankung richtig erkennen.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Interessenskonflikte: Die Autorin B. Muschalla ist Mitarbeiterin der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Literatur

APA American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). American Psychiatric Association, Washington, DC.

Sheehan, D., Janavs, J., Baker, R., Harnett-Sheehan, K., Knapp, H., Sheehan, M. (2006): MINI International Neuropsychiatric Interview. MINI 5.0.0. Tampa: University of South Florida.

WHO World Health Organization (1992): International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision. World Health Organization, Geneva.

Wittchen, H.U., Pittrow, D. (2002): Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: The Depression 2000 study. *Human Psychopharmacology* 17. 1–11.

Modifikation der Mini-SCL für den Einsatz bei Menschen mit einer Intelligenzminderung

Jagla, M. (1), Schreckenbach, D. (1), Häring, M. (2), Franke, G. H. (1)

(1) Hochschule Magdeburg-Stendal, (2) AWO Fachkrankenhaus Jerichow

Hintergrund

Eine Intelligenzminderung (IM) wird von der WHO (www.dimdi.de) als „Zustand von verzögerter oder unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeiten“ beschrieben. In Deutschland und auch weltweit liegt die Prävalenz der IM bei ca. 1 % (Häßler, 2016; Maulik et al., 2011). Menschen mit einer IM weisen ein deutlich erhöhtes Risiko auf, an psychischen Störungen zu erkranken (Schanze, 2014), dementsprechend kann davon ausgegangen werden, dass auch das Auftreten von psychischer Belastung erhöht ist. Zur ökonomischen Erfassung der psychischen Belastung in der Allgemeinbevölkerung bietet sich die Mini-SCL, auch bekannt als BSI 18 (Franke, 2016) an. Die Mini-SCL besteht aus 18 Items, die den drei Skalen Ängstlichkeit, Depressivität und Somatisierung zugeordnet werden und aus denen sich ein globaler Kennwert (GSI) bilden lässt. Die drei Skalen bestehen aus je sechs Items, die auf einer fünfstufigen Likertskala zu beantworten sind. Bislang liegen im deutschsprachigen Bereich keine zielgruppenspezifischen Selbstbeurteilungsinstrumente zur Erfassung der psychischen Belastung bei Menschen mit IM vor. Ziel dieser Arbeit ist die Modifikation der Mini-SCL für den Einsatz bei Menschen mit IM.

Methode

Instruktion, Items und Antwortformat der Mini-SCL wurden modifiziert; „Übersetzung“ in leichte Sprache und Nutzung von Piktogrammen. Items, die mehrere Aspekte des Befindens erfragen, wurden so modifiziert, dass jeweils nur ein Aspekt pro Item erfragt wird; die modifizierte Mini-SCL erweiterte sich auf 20 Items.

Neben der Erfassung des kognitiven Leistungsniveaus mit Hilfe des Wechsler Intelligenztests für Erwachsene (WIE; v. Aster et al., 2009) wurde die Mini-SCL in der originalen und der modifizierten Version eingesetzt. Es wurden sowohl das Antwortverhalten der Patienten als auch der Unterstützungsbedarf während der Testdurchführung erhoben.

Die Datenerhebung fand von Juni bis November 2015 im AWO Fachkrankenhaus Jerichow auf der verhaltenstherapeutischen Station für Menschen mit IM und psychiatrischen Erkrankungen statt.

Ergebnisse

30 PatientInnen nahmen an der Praktikabilitätsstudie teil. Sie waren im Durchschnitt 38 Jahre alt (± 12 , 19–59, 53 % männlich) und wiesen im Mittel einen Gesamt-IQ von 51

auf. Die originale Mini-SCL konnten n=20 PatientInnen (mit missing data) bearbeiten, sie wiesen einen Globalwert von $M=9.15 (\pm 8.29)$ auf; 10 PatientInnen waren nicht in der Lage, das Verfahren eigenständig/mit leichter Hilfe (vorlesen) zu beantworten. Die modifizierte Version konnten alle N=30 PatientInnen – teils mit Hilfe – bearbeiten; sie erreichten einen gemittelten Globalwert von $M=7.90 (\pm 6)$. Die Korrelation der Summenwerte zwischen der originalen und der modifizierten Version der Mini-SCL ergab einen Korrelationskoeffizienten von $r=.88 (r^2=.79)$ bei $p<.01$, was für einen hohen Zusammenhang spricht.

Diskussion

Die Praktikabilitätsprüfung zeigte, dass die Selbstbeurteilung psychischer Belastung bei Menschen mit einer IM mit Hilfe einer modifizierten Version der Mini-SCL gut möglich ist. Einige der modifizierten Items zeigten leichte Schwächen in der Darbietung auf, hier sollten eine Überarbeitung und eine erneute Prüfung erfolgen. Der hohe korrelative Zusammenhang zwischen der originalen und der modifizierten Version der Mini-SCL spricht für den Einsatz der modifizierten Version bei Menschen mit IM; da alle PatientInnen die modifizierte Version bearbeiten konnten.

Mit der modifizierten Mini-SCL liegt ein Screeningverfahren zur Selbstbeurteilung der psychischen Belastung für Menschen mit einer IM vor. Im nächsten Schritt gilt es, die Stichprobengröße zu erhöhen und die psychometrischen Gütekriterien zu prüfen. Weiterhin sollte auch die Langform der Mini-SCL, die SCL-90®-S (Franke, 2014) modifiziert werden, um einen detaillierten Eindruck über die verschiedenen Bereiche der psychischen Belastung bei Menschen mit einer IM zu erhalten, da die Mini-SCL mit nur drei Skalen in einigen Anwendungsbereichen wahrscheinlich nicht umfassend genug ist.

Literatur

- Aster v., M., Neubauer, A., Horn, R. (2009): Wechsler Intelligenztest für Erwachsene – WIE. Übersetzung und Adaption des WAIS III von David Wechsler. Frankfurt/M.: Pearson.
- Franke, G.H. (2016): Mini-SCL – Mini Symptom-Checklist – Deutsches Manual. Göttingen: Hogrefe.
- Häßler, F. (2016): Intelligenzminderung – S2k-Leitlinie. Berlin: MWV.
- Maulik, P.K., Mascarenhas, M.N., Mathers, C.D., Dua, T., Saxena, S. (2011): Prevalence of intellectual disability: A meta-analysis of population-based studies. *Research in Developmental Disabilities*, 32 (2). 419–436.
- Schanze, C. (2014): Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und -pädagogen. Stuttgart: Schattauer.

Messinstrumente zur Verlaufsbeurteilung Pathologischen PC-/Internetgebrauchs im stationären Setting: VPC und EPC

Meinke, A. (1), Feindel, H. (2), Fischer, T. (1), Vogelgesang, M. (2), Sobottka, B. (1)
(1) AHG Klinik Schweriner See, (2) AHG Klinik Münchwies

Hintergrund

Bisher vorliegende Verfahren zur Quantifizierung Pathologischen PC-/Internetgebrauchs zeigen sich im stationären Setting unter künstlichen „Abstinenz“-Bedingungen als nicht praktikabel für eine Einschätzung des Behandlungserfolges, da diese zumeist die Schwere der Pathologie mit der Häufigkeit des Problemverhaltens bzw. seiner negativen Konsequenzen operationalisieren. Auch ist bei vielen verfügbaren Verfahren der Bezugszeitraum nicht klar definiert. Damit sind sie für Verlaufsmessungen wenig geeignet. Aus diesen Gründen wurden zur Evaluierung stationärer Rehabilitationsbehandlungen zwei Selbsteinschätzungsfragebögen mit 4-stufigen Skalen zur Quantifizierung Pathologischen PC-/Internetgebrauchs entwickelt, die diese Schwierigkeiten nicht aufweisen. Der VPC (Fragebogen zum Verhalten bei Pathologischem PC-Gebrauch) fragt hier ähnlich wie etablierte Verfahren nach dem Auftreten von Symptomverhalten in der letzten Woche und wurde bereits für eine Katamnesestudie (Sobottka et al., 2013) eingesetzt. Der EPC (Fragebogen zum Erleben bei Pathologischem PC-Gebrauch) erhebt hingegen Einstellungen und Erwartungen des Patienten in Bezug auf die Erfüllung von Grundbedürfnissen nach Grawe durch den PC-Gebrauch und operationalisiert Pathologie durch Verknüpfung mit Motiven und damit durch die Erhebung aufrechterhaltender Faktoren der Störung. Dieser Fragebogen ist für eine Behandlungserfolgsmessung aufgrund seiner Unabhängigkeit von overtem Verhalten für den Einsatz im stationären Setting mit seinen restriktiven Bedingungen geeignet. Die Verfahren wurden auf ihre Testgüte untersucht und erste Patientennormdaten erhoben.

Methodik

Beide Verfahren wurden auf ihre testpsychologischen Eigenschaften untersucht. Patientennormen wurden anhand einer Stichprobe von Patienten der AHG Kliniken Schweriner See und Münchwies (S1, N=103) erhoben. Itemanalysen und Reliabilitätsanalysen (Cronbachs Alpha, Retestreliaibilität) sowie Berechnungen des Reliable Change Index (Jacobson & Truax, 1991) wurden an den Daten einer gesunden Stichprobe (S2, N=123) vorgenommen. Zur Validitätsschätzung wurden anhand einer zweiten gesunden Stichprobe (S3, N=111) im Sinne einer konvergenten Validität die Korrelationen mit einem etablierten Instrument (CIUS, Merkeerk et al., 2009) und einer divergenten Validität der Zusammenhang mit einem Maß Sozialer Ängstlichkeit (SASKO, Kolbeck & Maß, 2009) und einer Selbstwertskala (MSWS, Schütz & Sellin, 2006) sowie mit Alter und PC-Nutzungsjahren betrachtet.

Ergebnisse

In der nichtklinischen Stichprobe zeigten beide Verfahren hohe Itemschwierigkeiten (EPC Mittelwert $p=0,611$, VPC Mittelwert $p=0,378$), in der klinischen Stichprobe bewegten sich

diese im mittleren Bereich (EPC Mittelwert $p=1,797$, VPC Mittelwert $p=1,798$). Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) lag für beide Verfahren im mittleren Bereich (EPC $\alpha=0,87$, VPC $\alpha=0,844$). Ebenso lag die Retestreliaibilität im mittleren Bereich (EPC $r=0,895$ und VPC $r=0,821$).

Kritische Punktdifferenzen betragen für den EPC 5,358 und den VPC 5,295. Somit liegt für beide Verfahren die klinisch bedeutsame Differenz bei 6 Punkten. 71 Patienten bearbeiteten den EPC am Ende ihres Aufenthaltes erneut. Hier lag die mittlere Reduktion des Summenwertes bei 9,77 Punkten ($\pm 7,97$). Abbildung 1 zeigt die Verteilung der Summenwerte in der klinischen Stichprobe zu Beginn und am Ende ihrer Behandlung.

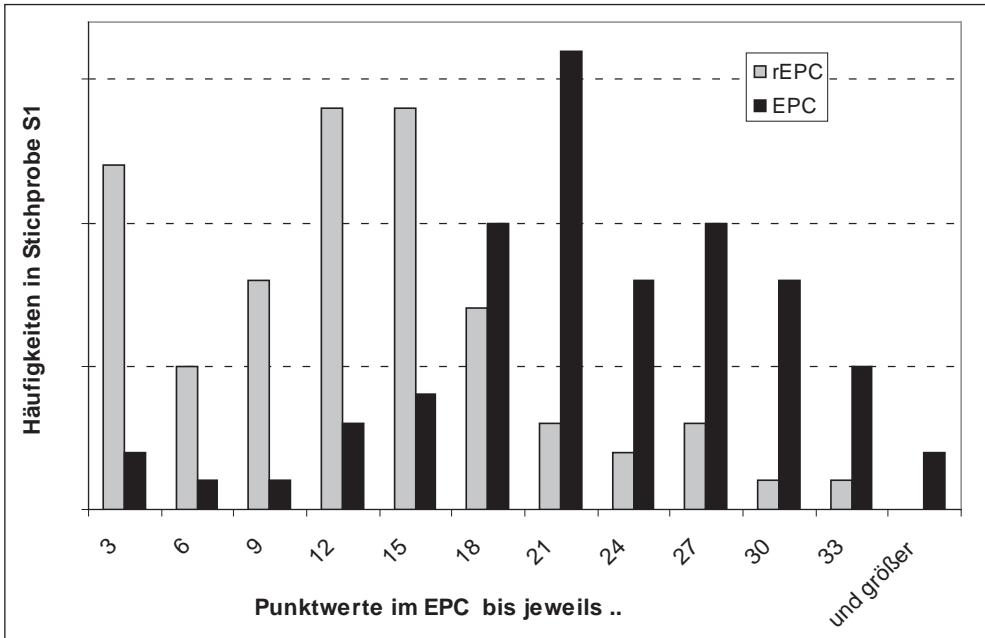


Abb. 1: EPC-Werte-Verteilung in der Patientstichprobe zu Beginn (EPC) und am Ende (rEPC) des stationären Aufenthaltes

Die Korrelationen der VPC- und EPC-Werte mit Alter, PC-Nutzungsdauer in Jahren, SAS-KO, MSWS und CIUS sind in Tabelle 1 dargestellt. Erwartungsgemäß weisen die Summenwerte einen hohen Zusammenhang zu einem alternativen Maß für PC- und Internetnutzungspathologie auf, einen mittleren zur bekanntermaßen häufig komorbiden sozialen Ängstlichkeit und Selbstwertproblemen und keinen Zusammenhang zu arbiträren Maßen wie Alter und Nutzungsdauer.

		NUTZUNGS-JAHRE	ALTER	MSWS	SASKO	CIUS
EPC	r	-0,026	-0,151	-0,195*	0,36**	0,557**
	p(α)	0,78	0,096	0,031	<0,001	<0,001
	N	117	123	122	121	121

		NUTZUNGS- JAHRE	ALTER	MSWS	SASKO	CIUS
VPC	R	-0,056	-0,043	-0,176	0,387**	0,678**
	p(α)	0,546	,0635	0,052	<0,001	<0,001
	N	117	123	122	121	121

Tab. 1: Korrelationen der EPC- und VPC-Gesamtwerte mit sozialdemografischen Daten, CIUS-Werten sowie Maßen sozialer Angst und Selbstwertschätzung

Diskussion

Mit dem EPC und VPC werden zwei Instrumente zur Quantifizierung Pathologischen PC-/Internet-Gebrauchs vorgestellt, die praktikabel sind, deren Testgüte in Bezug auf Reliabilität und Validität in einer ersten Untersuchung als zufriedenstellend bewertet werden kann und deren Itemschwierigkeit und Veränderungssensitivität sie zu geeigneten Werkzeugen einer Verlaufsbeurteilung in der stationären Rehabilitationsbehandlung machen.

Wünschenswert für die Zukunft wäre eine Erhebung von Normdaten für beide Verfahren an einer großen gesunden Stichprobe.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Jacobson, N.S., Truax, P. (1991): Clinical significance. A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 1. 12–19.
- Kolbeck, S., Maß, R. (2009): SASKO. Fragebogen zu sozialer Angst und sozialen Kompetenzdefiziten. Göttingen: Hogrefe.
- Meerkerk, G.J., Van Den Eijnden, R., Vermulst, A.A., Garretsen, H.F.L. (2009): The Compulsive Internet Use Scale (CIUS): Some Psychometric Properties. *Cyberpsychology & Behavior*, 12. 1–6.
- Schütz, A., Sellin, I. (2006): MSWS. Multidimensionale Selbstwertkala. Göttingen: Hogrefe.
- Sobottka, B., Feindel, H., Schuhler, P., Schwarz, S., Vogelgesang, M., Fischer, T. (2013): Katamneseergebnisse zur stationären Behandlung Pathologischen PC-/Internet-Gebrauchs. *DRV-Schiften*, Bd. 101.

Die Erfassung der Verarbeitung der chronischen Krankheit mit dem Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (EFK)

Franke, G. H., Jagla, M.
Hochschule Magdeburg-Stendal

Hintergrund

Die Verarbeitung chronischer Erkrankungen ist ein Kernkonstrukt der Rehabilitationspsychologie. Mit dem Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (EFK, Franke, Jagla,

2016) wird die individuelle Krankheitsverarbeitung mit neun Skalen im Umfang von je fünf Items („0=überhaupt nicht“ bis „4=sehr stark“) erfasst:

1. HPC, Handelndes, problemorientiertes Coping: aktive, kognitiv strukturierende Bewältigungsarbeit, z. B. „Ich mache Pläne und halte mich daran“.
2. AUS, Abstand und Selbstaufbau: Suche nach Selbstbestätigung und Ermutigung sowie Ablenkung, Abstand und selbstaufbauende Strategien, z. B. „Ich versuche, Abstand und Ruhe zu gewinnen“.
3. IUE, Informationssuche und Erfahrungsaustausch: aktive Suche nach Informationen über die eigene Erkrankung im Gespräch mit anderen Betroffenen und die Suche nach Literatur, z. B. „Ich suche in Büchern, Zeitschriften oder dem Internet nach Informationen über meine Erkrankung“.
4. BUW, Bagatellisierung, Wunschdenken und Bedrohungsabwehr: Ausblenden und Ignorieren sowie Wunschträume und Herunterspielen, z. B. „Ich spiele die Bedeutung und Tragweite herunter“.
5. DV, Depressive Verarbeitung: Selbstmitleid und Rückzug, z. B. „Ich ziehe mich von anderen Menschen zurück“.
6. BAH, Bereitschaft zur Annahme von Hilfe: die innere Bereitschaft, sich anderen gegenüber zu öffnen und deren Unterstützung anzunehmen, z. B. „Ich nehme die Hilfe anderer Menschen an“.
7. ASS, Aktive Suche nach sozialer Einbindung: aktive Anstrengungen zur Aufrechterhaltung oder Neuschaffung sozialer Kontakte, z. B. „Ich mache aktiv neue Bekanntschaften oder frische alte Bekanntschaften wieder auf“.
8. VIÄ, Vertrauen in die ärztliche Kunst: Vertrauen in die Arbeit der Ärzte sowie Adherence, z. B. „Ich vertraue meinen Ärzten“.
9. EIH, Erarbeiten eines inneren Halts: Erarbeiten eines inneren Halts durch religiöse oder alternative ich-stärkende Verhaltensmuster, z. B. „Ich beginne, in der Krankheit einen Sinn zu sehen“.

Methodik

Anhand einer Normstichprobe von $N = 1.815$ chronisch Kranken wurden die Item- und Skalenstatistiken, Reliabilität und Validität untersucht sowie Stanine-Normwerte bestimmt.

Ergebnisse

- Stichprobe: Die Normstichprobe umfasste 555 chronisch Augenkranke, 529 chronisch Nierenkranke und 731 Patientinnen und Patienten der Inneren Medizin, Gynäkologie, Neurologie und Orthopädie (48,9 % männlich; Durchschnittsalter 48,2 Jahre, $\pm 15,5$, Spannweite 16–86).
- Soziodemografische Einflüsse: Patientinnen zeigten höhere Werte bei IUE sowie VIÄ ($F = 2.91$, $p < .002$, $\eta^2 = .01$). Der Faktor Alter hatte uneinheitliche Effekte ($F = 6.69$, $p < .0001$, $\eta^2 = .03$) bei HPC, BWB, DV, ASS und EIH.
- Reliabilität: Die Reliabilität lag bei HPC, IUE, DV sowie ASS oberhalb von .70; bei AUS, BAH, VIÄ sowie EIH oberhalb von .60 und bei BWB nur bei .51.

- Faktorielle Validität: In einer explorativen Faktorenanalyse (Varimax-Rotation) wurden fünf Dimensionen bestimmt, die insgesamt 45.7 % der Varianz aufklärten. Bei der Analyse dieser fünf Faktoren fanden sich die EFK-Skalen HPC, IUE, DV sowie ASS vollständig wieder, bei BAH fanden sich vier und bei BWB sowie VIÄ drei Items auf einem Faktor; die Items der Skalen AUS sowie EIH verteilten sich.
- Konstruktvalidität: Korrelative Analysen in Teilstichproben zeigten erwartungsgemäße Ergebnisse.
- Normierung: Die EFK-Rohmittelwerte haben wenig Aussagekraft, daher wurden aus der Analysestichprobe Stanine-Normwerte entwickelt.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Der EFK wurde bislang in verschiedenen klinischen Bereichen eingesetzt, ein Schwerpunkt ist die Transplantations- (Kumnig et al., 2012) sowie die Innere Medizin (Waske et al., 2016; Vollmann et al., 2016). Mittelfristig gilt es, neben der Frage, ob differenziertere Stanine-Werte zu bestimmen sind, die faktorielle Validität genauer zu erforschen und einzelne Skalen oder Itemgruppen zu weniger Skalen zusammenzufassen, die dann konfirmatorisch zu prüfen sind. Es liegen Versionen in deutscher, englischer und türkischer Sprache vor; weitere Übersetzungen sind in Vorbereitung. Zusammenfassend ist der EFK ein praktikables Verfahren zur Erfassung der Krankheitsverarbeitung von chronisch Kranken.

Literatur

- Franke, G.H., Jagla, M. (2016): EFK – Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung – Testmanual – Deutsche Version. Psychometrikon; DOI: 10.6099/1000265.
- Kumnig, M. et al. (2012): The psychological assessment of candidates for reconstructive hand transplantation. *Transplant International*, 25. 573–585.
- Vaske, I. et al. (2016): Illness perceptions and coping with disease in chronic obstructive pulmonary disease: Effects on health-related quality of life. *Journal of Health Psychology*, online-first.
- Vollmann, M., Pukrop, J., Salewski, C. (2016): Coping mediates the influence of personality on life satisfaction in patients with rheumatic diseases. *Clinical Rheumatology*, 35. 1093–1097.

Teststatistische Überprüfung eines neuen ICF orientierten, modifizierten Timed Up and Go Tests

Kaczmarek, C., Schwarz, M., Wydra, G.
Universität des Saarlandes

Einleitung

Mobil sein bedeutet, mit der Umwelt interagieren und Alltags-, Arbeits- und Sportaktivitäten ausführen zu können. Die Förderung der Mobilität als Gesundheitskriterium ist daher ein wesentliches Ziel der Bewegungstherapie (Kaczmarek et al., 2016). Die Weltgesundheitsorganisation gibt mit der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) einen Überblick über Facetten der Mobilität (DIMDI, 2005). Neben einer Anpassung der Interventionen wird vor allem die Entwicklung ICF-orientierter Testverfahren als wichtige Forschungsaufgabe erachtet (Schliehe, 2006). Für die Geriatrie liegt mit dem Timed Up and Go Test (TUG) von Podsiadlo und Richardson (1991) ein international akzeptiertes Verfahren zur Beurteilung der Mobilität vor. Für „junge Alte“ wurde in Anlehnung an den TUG ein neues Screening für die Bewegungstherapie entwickelt, das als Parcours absolviert wird (Timed Up and Go Test 50+ – TUG 50+). Der TUG 50+ orientiert sich an den Mobilitätskategorien im Sinne der ICF (Kaczmarek et al., 2016). Als Kriterium wird wie beim TUG die Zeit für die Absolvierung des Parcours herangezogen. In diesem Beitrag sollen die Validität und die diagnostische Güte des TUG 50+ überprüft werden.

Methodik

Studie 1 (N = 520 Patienten der Neurologie, Inneren Medizin, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Orthopädie; Alter 56 ± 12 Jahre; BMI 27 ± 6): Der Fokus dieser Studie lag auf der Beurteilung der diagnostischen Validität des TUG 50+ im Vergleich mit dem TUG. Der Zusammenhang zwischen den beiden Testverfahren wurde über eine lineare Regression analysiert.

Studie 2 (N = 109 Patienten der Neurologie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde; Alter 52 ± 10 Jahre; BMI 27 ± 5): Der Vergleich mit Ergebnissen der Motorischen Basisdiagnostik (MBD, Wydra, 1996) diente zur Beurteilung der diagnostischen Güte des TUG 50+. Hierzu wurde die „Richtig-Positiv-Rate“ (Sensitivität – SE); „Richtig-Negativ-Rate“ (Spezifität – SP); diagnostische Qualität (Area Under The Curve – AUC); Unterschied zwischen der „Richtig-Positiv-Rate“ und der „Falsch-Positiv-Rate“ (Youden-Index – YI); der relative Anstieg der Trefferquote gegenüber der Zufallstrefferquote (Ratz-Index – RI) und Wahrscheinlichkeitsverhältnisse (positive, negative Likelihood Ratio – LR+, LR-) berechnet. Die MBD beinhaltet Items zu den motorischen Fähigkeiten Ausdauer, Beweglichkeit, Koordination und Kraft. Die Items dienten zur Bestimmung eines möglichen Cut-Off-Wertes (COW).

Ergebnisse

In Studie 1 besteht zwischen der benötigten Testzeit des TUG 50+ und des TUG ein mittlerer Zusammenhang von $r = 0,66$ ($p \leq 0,05$). Das aufgestellte Modell erklärt 44 % der Varianz. In Studie 2 zeigt sich je nach MBD-Item eine unterschiedlich hohe diagnostische Güte. Bei den Items „Laufen bei 6 km/h“ (Ausdauer), „Achterkreisen“ (Koordination) und „Einbeinaufstehen“ (Kraft) zeigt der TUG 50+ bei einem COW von 22 – 25 s annehmbare Werte ($SE \geq 0,7$; $SP \leq 0,7$; $AUC \geq 0,6$; $YI \geq 0,5$; $RI \geq 0,6$; $LR+ 2 - 5$; $LR- 0,2 - 0,5$). Die „Richtig-Positiv-Rate“ beträgt bei diesen Items 70 – 90 %.

Diskussion

Der entwickelte TUG 50+ erfüllt die diagnostischen Validitätskriterien. Von Personen mit motorischen Auffälligkeiten bei der Motorischen Basisdiagnostik konnten 70 bis 90 % auch beim TUG 50+ als auffällig identifiziert werden. Je nach Gütemaß liegt der Cut-Off-Wert zwischen 22 und 25 s. Wird der TUG 50+ als Screening eingesetzt, können Personen mit Mobilitätseinschränkungen einer weitergehenden Diagnostik zugeführt werden. Inwiefern andere Testverfahren (Goldstandards) ähnliche Übereinstimmungen finden, muss noch überprüft werden.

Literatur

- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2005): ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Köln: DIMDI.
- Kaczmarek, C., Schwarz, M., Wydra, G. (2016): Die „Mobilität“ in der Bewegungstherapie und den Sport- und Bewegungswissenschaften – Neue Perspektiven. Sportwissenschaft, DOI 10.1007/s12662–016-0424–1.
- Podsiadlo, D., Richardson, S. (1991): The Timed “Up & Go”: A Test of Basic Functional Mobility for Frail Elderly Persons. Journal of the American Geriatrics Society, 39 (2). 142–148.
- Schliehe, F. (2006): Das Klassifikationssystem der ICF. Eine problemorientierte Bestandsaufnahme im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften. Die Rehabilitation, 45 (5). 258–271.

Validierung der Kurzform der Allgemeinen Selbstwirksamkeitsskala (GSE-6) in der Rehabilitation

Brünger, M., Spyra, K.

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund

Selbstwirksamkeitserwartung gemäß Banduras sozial-kognitiver Theorie kann als die Erwartung einer Person definiert werden, aufgrund eigener Kompetenzen kritische Anforderungssituationen erfolgreich bewältigen zu können (Bandura, 1997). In gesundheitspsy-

chologischen Modellen wie dem Health Action Process Approach (HAPA) spielt Selbstwirksamkeitserwartung eine zentrale Rolle zur Erklärung und Prognose von Gesundheitsverhalten (Schwarzer et al., 2011). Beispielhaft können körperliche Aktivität, Ernährung und Suchtmittelkonsum genannt werden, welche u. a. in der Rehabilitation adressiert werden.

Die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartungsskala (GSE) nach Jerusalem und Schwarzer ist zur Erhebung dieses Konstruktes am weitesten verbreitet (Schwarzer, Jerusalem, 1995). Das Instrument liegt mittlerweile in über 30 Sprachversionen vor (<http://userpage.fu-berlin.de/~health/selfscal.htm>). Allerdings ist es in Studien oder im klinischen Alltag aus ökonomischen Gründen nicht immer möglich, die GSE einzusetzen. Daher wurde die Kurzform GSE-6 vorgeschlagen, welche aus sechs der ursprünglichen zehn Items besteht (Romppel et al., 2013). Eine Validierung abgesehen von der Entwicklungsstudie, die sich auf eine Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung und Patienten mit Herzinsuffizienz beschränkte, steht allerdings aus. Ziel dieser Arbeit ist daher die Bestimmung psychometrischer Eigenschaften und der Validität der GSE-6 bei Rehabilitanden.

Methodik

Basis der vorliegenden Untersuchung ist eine Studie mit 2.530 Versicherten der Deutschen Rentenversicherung Bund (Brünger et al., 2016). Diese wurden vor Rehabilitationsbeginn postalisch befragt. Neben der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung wurden u. a. psychische Beeinträchtigung (PHQ-4), Depressivität und Angst (HADS), Beeinträchtigung durch Schmerzen (PDI), Gesundheitsverhalten (IRES), soziale Unterstützung (IRES) und subjektive Arbeitsfähigkeit (WAS) erfasst. Die Stichprobenziehung erfolgte beim Leistungsträger geschichtet für die neun häufigsten Diagnosegrundgruppen (exklusive Abhängigkeitserkrankungen).

Als psychometrische Eigenschaften werden Mittelwerte mit Standardabweichung, Boden- und Deckeneffekte, mittlere Trennschärfe und interne Konsistenz im Vergleich der Kurz- und Originalversion (GSE-6/GSE) berechnet. Zur besseren Vergleichbarkeit wird der Wertebereich von GSE-6 auf 10 bis 40 Punkte analog zur Originalversion transformiert. Die konkurrente Validität wird mit Korrelationen nach Spearman zu den genannten weiteren Beeinträchtigungen und Ressourcen berichtet. Mithilfe einer Faktorenanalyse wird die faktorielle Validität dargestellt.

Ergebnisse

Die Mittelwerte und Standardabweichungen des Summenwertes von Kurz- und Originalfassung wichen kaum ab: GSE-6 28,1 (6,0) Punkte; GSE 27,8 (6,0) Punkte. Bei 92,9 % der Rehabilitanden divergierte der GSE-6-Summenwert maximal ± 2 Punkte vom GSE-Summenwert. Bodeneffekte bestanden bei GSE-6 für 2,6 % der Rehabilitanden (GSE: 2,2 %), Deckeneffekte bei 0,5 % (GSE: 0,4 %). Die mittlere Trennschärfe der Items lag bei $r=0,70$ für GSE-6 und bei $r=0,74$ für GSE. Die interne Konsistenz nach Cronbachs alpha betrug 0,89 bei GSE-6 und 0,93 bei GSE.

GSE-6 und GSE waren mit $r=0,98$ untereinander korreliert. Die Zusammenhänge von GSE-6 bzw. GSE zu anderen Beeinträchtigungen und Ressourcen lagen jeweils in einem

vergleichbaren Bereich: Depressivität ($r=-0,61$; $r=-0,62$), Angst ($r=-0,56$; $r=-0,57$), psychische Beeinträchtigung ($r=-0,56$; $r=-0,58$); soziale Unterstützung ($r=0,41$; $r=0,42$); Beeinträchtigung durch Schmerzen ($r=-0,40$; $r=0,40$); subjektive Arbeitsfähigkeit ($r=0,37$; $r=0,37$) und Gesundheitsverhalten ($r=0,30$; $r=0,31$). Eine Faktorenanalyse bestätigte die eindimensionale Struktur mit einer erklärten Varianz von 63,7 % (GSE 6) bzw. 62,8 % (GSE). Nach Geschlecht und Diagnosegrundgruppen stratifizierte Analysen ergaben vergleichbare Ergebnisse.

Diskussion

Es zeigten sich nur geringfügige Abweichungen bei Nutzung der GSE 6 im Vergleich zur Originalversion. Die psychometrischen Eigenschaften fallen bei der verkürzten Skala – aufgrund der geringeren Item-Anzahl erwartungsgemäß – etwas ungünstiger aus, befinden sich jedoch ebenfalls auf einem hohen Niveau. Damit scheint eine Anwendung der Kurzversion in der Rehabilitation indikationsübergreifend ohne nennenswerte Abstriche im Vergleich zur Originalversion möglich. Dies ermöglicht eine Reduktion des zeitlichen Aufwandes zum Ausfüllen um 40 Prozent im Vergleich zur GSE-Originalversion und kann damit zukünftig die Erfassung von Selbstwirksamkeitserwartung in Studien und zu Screening-Zwecken im klinischen Alltag erleichtern.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Bandura, A. (1997): Self-efficacy: The exercise of control. New York, Freeman.
- Brünger, M., Streibelt, M., Schmidt, C., Spyra, K. (2016): Psychometrische Testung eines generischen Assessments zur Erfassung bio-psycho-sozialer Beeinträchtigungen bei Versicherten mit Bewilligung einer medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 55 (3). 175–181.
- Romppel, M., Herrmann-Lingen, C., Wachter, R., Edelmann, F., Dungen, H.D., Pieske, B., Grande, G. (2013): A short form of the General Self-Efficacy Scale (GSE-6): Development, psychometric properties and validity in an intercultural non-clinical sample and a sample of patients at risk for heart failure. *Psychosoc Med*, 10. Doc01.
- Schwarzer, R., Jerusalem, M. (1995): Generalized Self-Efficacy scale. *Measures in Health Psychology: A User's Portfolio*.
- Johnston, M., Weinman, J., Wright, S.C. Windsor: NFER-NELSON. 35–37.
- Schwarzer, R., Lippke, S., Luszczynska, A. (2011): Mechanisms of health behavior change in persons with chronic illness or disability: the Health Action Process Approach (HAPA). *Rehabil Psychol*, 56 (3). 161–170.

Zur Messung qualitätsadjustierter Lebensjahre (QALYs) in der medizinischen Rehabilitation: Ein Vergleich unterschiedlicher Indexinstrumente

Buchholz, M., Buchholz, I., Feng, Y.-S., Neik, C., Kohlmann, T.
Institut für Community Medicine, Universität Greifswald

Hintergrund

Das Konzept der qualitätsadjustierten Lebensjahre (QALY) zeigt die auf einer Behandlungsalternative gewonnene Lebensqualität unter Berücksichtigung der Lebenszeit in Bezug auf eine weitere Alternative (z. B. keine Therapie). Zur Generierung der QALYs werden Nutzwerte herangezogen, die mit präferenzbasierten Lebensqualitätsinstrumenten ermittelt und mit Lebenszeitangaben verknüpft werden (Moock et al., 2005). Zur Ermittlung von Nutzwerten liegen verschiedene Instrumente vor. In der vorliegenden Multicenterstudie wurde untersucht, welchen Einfluss die Verwendung verschiedener Messinstrumente (EQ-5D-5L, SF-6D, VR-6D) auf die Höhe der gewonnenen QALYs hat.

Methodik

Stationäre orthopädische sowie psychosomatische Rehabilitanden beantworteten jeweils zu Reha-Beginn (T1) und am Reha-Ende (T2) den EQ-5D-5L sowie entweder den generischen Lebensqualitätsfragebogen SF-36 bzw. SF-12 oder den inhaltsäquivalenten VR-36 bzw. VR-12. Aus dem SF-36, dem SF-12 sowie dem VR-12 wurden die Nutzwerte des SF-6D und VR-6D berechnet. Zur Illustration wurden die Differenzen dieser Nutzwerte aus den Erhebungszeitpunkten

- 1) mit der durchschnittlichen Rehabilitationsdauer indikationsspezifisch (Orthopädie dreiwöchig, Psychosomatik fünfwohlig) sowie
- 2) mit einer Zeitspanne von bis zu einem Jahr nach Reha-Ende unter Annahme eines ab Reha-Ende kontinuierlich bestehenden Gesundheitszustandes verknüpft und als QALYs ausgewiesen.

Gleichzeitig wurde angenommen, dass ohne den Erhalt einer Rehabilitationsmaßnahme der zu T1 vorliegende Gesundheitszustand über einem Jahr konstant bleibt. Für eine bessere Vergleichbarkeit der Instrumente wurden für alle Berechnungen die US-Tarife herangezogen.

Ergebnisse

Für den SF-6D (36) (generiert aus SF-36) konnten N=120, für den SF-6D (12) (generiert aus SF-12) N=116, für den VR-6D (generiert aus dem VR-12) N= 98 und für den EQ-5D-5L N=369 Studienteilnehmer in die Berechnungen der QALYs einbezogen werden. Die sehr ähnlichen Verteilungen von soziodemografischen sowie -medizinischen Merkmalen der Stichproben lassen eine gute Vergleichbarkeit zwischen diesen zu. Psychosomatische Patienten waren im Mittel 5–10 Jahre jünger als orthopädische Patienten.

Insgesamt konnten für alle Rehabilitanden indikations- und instrumentenunabhängig ein verbesserter Gesundheitszustand und somit ein Gewinn an QALYs beobachtet werden. Im

Instrumentenvergleich wurden für den EQ-5D-5L die geringsten QALYs erfasst (Tabelle 1). Dieses Ergebnis zeigte sich für den EQ-5D-5L auch auf Subgruppenebene der drei Stichproben. Auf der Grundlage des SF-6D (12) und des VR-6D ergaben sich zwischen den beiden Indikationen nur geringe Unterschiede an QALYs. Indikationsspezifische Unterschiede konnten auch auf Basis des SF-6D (36) ermittelt werden. Hier lag der Gewinn an QALYs in der Psychosomatik deutlich höher als in der Orthopädie.

	SF-6D (36)		SF-6D (12)		VR-6D		EQ-5D-5L	
	Ortho*	Psych*	Ortho	Psych	Ortho	Psych	Ortho	Psych
N	87	33	80	36	66	32	257	112
ΔUtility	0,0480	0,0952	0,0633	0,0778	0,0568	0,0723	0,0350	0,0398
ΔQALY**	0,0466	0,0906	0,0615	0,0741	0,0552	0,0688	0,0340	0,0380

* Ortho: Orthopädie, Psych= Psychosomatik; ** Bezogen auf 1 Jahr

Tab. 1: Fallzahlen, Nutzwertunterschiede und gewonnene QALYs

Diskussion und Schlussfolgerung

Es zeigt sich, dass der Gewinn an QALYs maßgeblich vom gewählten Indexinstrument abhängt. So liegen die auf Basis des VR-6D und des SF-6D (12) ermittelten QALYs mehr als 40 % über denen des EQ-5D-5L. In der Psychosomatik fallen die aus dem SF-6D (36) berechneten QALYs zudem mehr als doppelt so hoch wie die des EQ-5D-5L aus. Diese Unterschiede sind zumindest teilweise mit den zu Reha-Beginn höheren Nutzwerten des EQ-5D-5L (Deckeneffekte) erklärbar.

Folglich muss in der Bewertung von Therapieoptionen stets darauf geachtet werden, welches Instrument zur Indexermittlung herangezogen werden soll, da verschiedene Instrumente trotz eines identischen Forschungsfeldes unterschiedlich hohe QALYs ausweisen.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Nord

Literatur

Moock, J., Kohlmann, T., Besch, D., Drüner, K. (2005): Nutzentheoretische Lebensqualitätsmessinstrumente in der medizinischen Rehabilitation: ein anwendungsbezogener Vergleich. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 14. 25–32.

Tumor-assoziierte Fatigue in der onkologischen Rehabilitation – Überprüfung eines Instruments zur Unterstützung des diagnostischen Prozesses

Krüger, H.-U. (1), Kiesel, J. (1), Krüger, K. (1), Presl, A. (1), Wienert, J. (2), Bethge, M. (2)
(1) Klinik Bavaria Freyung, (2) Universität zu Lübeck

Hintergrund

Tumor-assoziierte Fatigue wird von Krebspatienten häufig als eine Beschwerde nach der Behandlung benannt (Kuhn, Brähler, 2010). Eine repräsentative Längsschnittstudie konnte zeigen, dass 32 % der Krebspatienten bei stationärer Aufnahme, 40 % bei Entlassung und

36 % sechs Monate später häufiger Müdigkeits- und Erschöpfungssymptome nennen (Singer et al., 2011). Angesichts der schwierigen Diagnostizierbarkeit einer Fatigue ist es wichtig, valide Instrumente zu entwickeln welche den diagnostischen Prozess unterstützen können (Horneberg et al., 2012). Um möglichst früh zu Beginn einer onkologischen Rehabilitationsmaßnahme eine tumor-assoziierte Fatigue feststellen zu können, sahen wir in der Klinik Bavaria Freyung den Bedarf für ein einfach zu handhabendes und leicht auswertbares Fragebogen-Instrument. Hierzu setzten wir einen zunächst 11 Items umfassenden Fragebogen in Anlehnung an die Kriterien der Deutschen Fatigue Gesellschaft ein, der das Vorliegen entsprechender Beschwerdekomplexe mit zusätzlichen Angaben zum zeitlichen Verlauf abfragt (Deutsche Krebsgesellschaft, 2016). Um gleichzeitig auch kognitive Einschränkungen genauer erfassen zu können, wurden zwei weitere Items zur Alltags- und Berufsrelevanz kognitiver Defizite ergänzt. Für den 13 Items umfassenden Fragebogen wurden eine F-Skala (Fatigue) und eine K-Skala (kognitive Defizite) definiert. Das Instrument wird von uns unter der Bezeichnung „Fatigue plus Fragebogen“ verwendet.

Methodik

Teilnehmer wurden zu Beginn ihrer Rehabilitation mit dem Fatigue plus Fragebogen befragt. Geprüft wurde, inwiefern die F-Skala geeignet ist, Personen mit Funktionseinschränkungen aufgrund ihrer Fatigue-Symptomatik zu erkennen. Die F-Skala besteht aus 11 Fragen mit einem dichotomen Antwortformat. Positive Antworten werden mit einem Punktwert von 1 aufsummiert. Ein Wert ≥ 6 deutet auf das Vorliegen eines Fatigue-Syndroms hin. Die Häufigkeit eines positiven Testergebnisses wurde stratifiziert nach Behandlungsdiagnose, Alter, Geschlecht, und dem Vorliegen einer besonderen beruflichen Problemlage (BBPL) berechnet. Die Konstruktvalidität wurde mittels Pearsons Korrelationskoeffizient und t-Tests für unabhängige Stichproben anhand der Skala des allgemeinen Gesundheitszustandes und der Funktionskalen des EORTC QLQ-C30 sowie dessen Symptomskala für Fatigue und der Skalen des zugehörigen EORTC QLQ-FA13 Fatigue-Moduls überprüft. Eingeschlossen wurden onkologische Rehabilitanden im erwerbsfähigen Alter mit einer vorläufigen positiven sozialmedizinischen Prognose und einem Karnofsky-Index von ≥ 70 %.

Ergebnisse

Es wurden 299 onkologische Rehabilitanden analysiert (48 % mit F-Skala ≥ 6 ; 70 % weiblich; MAlter = 49, SD = 8,1). Die häufigsten Diagnosegruppen C50 (49 %), C81-C96 (57 %) und C51-C58 (45 %) unterschieden sich kaum in der Häufigkeit positiver Fatigue-Befunde. Teilnehmer über 50 Jahre gaben kaum häufigere Symptomatik als jüngere Teilnehmer an (50 % vs. 45 %). Weibliche Teilnehmer hatten häufiger eine Symptomatik als männliche (53 % vs. 35 %). Personen mit einer BBPL berichteten häufiger eine Fatigue-Symptomatik (57 % vs. 33 %). Es zeigen sich negative Zusammenhänge zwischen der F-Skala und dem allgemeinen Gesundheitszustand ($r = -,59$; $p < ,001$) sowie den Funktionskalen ($r = -0,65$ bis $-0,41$; $p < ,001$) und positive Zusammenhänge mit der Symptomskala Fatigue ($r = 0,68$; $p < ,001$) und den Skalen des Fatigue-Moduls ($r = 0,43$ bis $0,69$; $p < ,001$). Zwischen Teilnehmern mit positivem Test und negativem Test zeigen sich signifikante Mittelwertunterschiede für den allgemeinen Gesundheitszustand (SMD = 1,11; $p < ,001$), die Funktions-

skalen (SMD = 0,70 bis 1,24; $p < ,001$) sowie die Symptomskala Fatigue (SMD = 1,33; $p < ,001$) und die verbleibenden Fatigueskalen (SMD = 0,82 bis 1,43; $p < ,001$).

Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass weibliche Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer BBPL häufiger Probleme benennen. Korrelationen zwischen F-Skala, Funktionsskalen und Fatigueskalen zeigten einen mittleren bis starken Zusammenhang. Eine positive Symptomatik war mit deutlichen höheren Werten auf allen Fatigueskalen sowie deutlich geringeren Werten des allgemeinen Gesundheitszustands und der körperlichen, emotionalen und kognitiven Funktionsfähigkeit assoziiert.

Schlussfolgerung

Mit dem Fatigue plus Fragebogen steht ein kurzes Instrument zur Unterstützung des diagnostischen Prozesses zur Verfügung, das onkologische Rehabilitanden identifiziert, die aufgrund ihrer Fatigue-Symptomatik Funktionseinschränkungen haben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Deutsche Fatigue Gesellschaft (2016): Diagnose und Erfassung. <http://www.deutsche-fatigue-gesellschaft.de/oeffentlich/daten/fatigue.pdf>. Abruf: 25.10.2016
- Horneber, M., Fischer, I., Dimeo, F., Ruffer, J.U., Weis, J. (2012): Tumor-assoziierte Fatigue: Epidemiologie, Pathogenese, Diagnostik und Therapie. Deutsches Ärzteblatt, 109. 161–172.
- Kuhnt, S., Brähler, E. (2010): Tumorassoziierte Fatigue. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 60. 402–411.
- Singer, S., Kuhnt, S., Zwerenz, R., Eckert, K., Hofmeister, D., Dietz, A., Giesinger, J., Hauss, J., Papsdorf, K., Briest, S., Brown, A. (2011): Age- and sex-standardised prevalence rates of fatigue in a large hospital-based sample of cancer patients. British Journal of Cancer, 105. 445–451.

Screening nach Teilhaberrisiken mit administrativ verfügbaren Daten: Der Risikoindex Erwerbsminderungsrente

Spanier, K. (1), Michel, E. (2), Peters, E. (1), Radoschewski, F. M. (2), Bethge, M. (1)
(1) Universität zu Lübeck, (2) Charite – Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund

Im Jahr 2015 verzeichnete die Deutsche Rentenversicherung 552.514 Zugänge in Versichertenrenten. 15,7 % davon waren Renten wegen Erwerbsminderung. Ungefähr die Hälfte dieser Zugänge ereignete sich ohne vorherige Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation. Die rechtzeitige Identifizierung von Personen mit hohem Erwerbsminderungsrentenrisiko mithilfe administrativ verfügbarer Daten könnte eine Möglichkeit sein, um die-

sen Personen den Zugang zu teilhabesichernden Leistungen zu ermöglichen. Mit dem Risikoindex Erwerbsminderungsrente (RI-EMR) wurde ein solches Instrument im Rahmen einer Fall-Kontroll-Studie entwickelt (Bethge et al., 2011). Die vorliegenden Analysen prüften, ob der RI-EMR Indikatoren erwerbsbezogener Teilhabe in einer Kohorte von Personen mit vorangegangenem Krankengeldbezug vorhersagt.

Methodik

Die Daten stammen aus der ersten und zweiten Erhebungswelle des Dritten Sozialmedizinischen Panels für Erwerbspersonen (Bruttostichprobe: 10.000 Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Bund mit vorangegangenem Krankengeldbezug). Zur Bildung des RI-EMR wurden administrative Daten aus den Jahren 2010–2012 genutzt (Bethge et al., 2015). Getrennt nach Geschlecht wurden folgende Informationen gewichtet zusammengefasst: Dauer des Bezugs von Krankengeld, Arbeitslosengeld I und II, Höhe des versicherungspflichtigen Entgeltes, Versicherungsdauer und Bildung. Der RI-EMR wurde an den Quartilen kategorisiert, die ersten beiden Kategorien wurden zusammengefasst (sehr geringer/geringer RI-EMR vs. moderater RI-EMR vs. hoher RI-EMR). Als primäres Zielkriterium wurden alle zwischen dem 01.04.2013 bis 31.12.2014 im Versichertenkonto erfassten Erstanträge auf Erwerbsminderungsrente berücksichtigt. Sekundäre Zielkriterien waren die Beantragung einer medizinischen Rehabilitation und subjektive Angaben zur Erwerbstätigkeit und Teilhabe.

Eingeschlossen wurden Personen mit Einwilligung in die Nutzung der administrativen Daten. Für die Vorhersage der subjektiven Angaben wurden nur Personen mit verwertbaren Daten aus beiden Erhebungszeitpunkten berücksichtigt. Ein sehr geringer bzw. geringer RI-EMR bildete bei allen Analysen die Referenzkategorie.

Ergebnisse

2.614 Personen wurden für die Analysen mit den administrativen Daten eingeschlossen (55 % Frauen; mittleres Alter: 48 Jahre, SD = 4,1). 1932 Personen nahmen darüber hinaus an beiden Erhebungswellen teil (56 % Frauen; mittleres Alter: 48 Jahre, SD = 4,0). Das kumulierte Risiko beantragter Erwerbsminderungsrenten war bei Männern mit hohem RI-EMR 11-fach erhöht (HR = 11,1; 95 % KI: 4,6 – 26,4), bei den Frauen 5-fach (HR = 5,1; 95 % KI: 2,7 – 9,7).

In Bezug auf beantragte medizinische Rehabilitationsleistungen waren die Risiken bei Männern und Frauen mit hohem RI-EMR etwa um das 2-fache erhöht (Männer: HR = 2,1; 95 % KI: 1,5 – 2,9; Frauen: HR = 2,0; 95 % KI: 1,5 – 2,6). Bei Männern mit hohem RI-EMR waren die Odds für Erwerbslosigkeit um das 4,5-fache, bei Frauen um das 2-fache erhöht. Weiterhin hatten Männer und Frauen mit hohem RI-EMR erhöhte Odds für Rentenantragsintention, häufige Beeinträchtigungstage und einen Grad der Behinderung. Ein hoher RI-EMR reduzierte bei Männern die subjektive Arbeitsfähigkeit (7 – 49) um fast 10 Punkte, bei Frauen um 5 Punkte. Die körperliche Rollenfunktion (1 – 100) war bei Männern mit hohem RI-EMR um 29 Punkte, bei Frauen um 18 Punkte reduziert. Darüber hinaus war ein hoher RI-EMR deutlich mit weiteren Funktions- und Teilhabeskalen assoziiert.

Diskussion

Hohe Werte auf dem RI-EMR waren deutlich mit zukünftig eingeschränkter erwerbsbezogener Teilhabe assoziiert, am stärksten mit beantragten Erwerbsminderungsrenten. Das unterstreicht die Eignung des RI-EMR als Instrument zur frühzeitigen Identifizierung von Personen mit einem hohen vorzeitigen Rentenrisiko und eingeschränkter Teilhabe. Obwohl eingeschränkte Teilhabe auch ein Indikator für Rehabilitationsbedarf ist (Raspe, 2007), war der Zusammenhang mit zukünftig beantragten medizinischen Rehabilitationen relativ gering.

Schlussfolgerung

Administrative Daten der Deutschen Rentenversicherung werden über den gesamten Verlauf der Erwerbsbiografie des Versicherten erfasst und aktualisiert. Sie können mit vergleichsweise geringem Aufwand nutzbar gemacht werden, um Personen mit hohem vorzeitigem Rentenrisiko rechtzeitig zu identifizieren.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Bethge, M., Egner, U., Streibelt, M., Radoschewski, F.M., Spyra, K. (2011): Risikoindex Erwerbsminderungsrente (RI-EMR): Eine prozessdatenbasierte Fall-Kontroll-Studie mit 8500 Männern und 8405 Frauen. Bundesgesundheitsblatt, 54. 1221–1228.
- Bethge, M., Spanier, K., Neugebauer, T., Mohnberg, I., Radoschewski, FM. (2015): Self-reported poor work ability – an indicator of need for rehabilitation? A cross-sectional study of a sample of German employees. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation. 958–966.
- Raspe, H. (2007): Bedarf an rehabilitativen Leistungen: Zur Theorie von Bedarfsermittlungen. Die Rehabilitation, 46. 3–8.
- Spanier, K., Mohnberg, I., Radoschewski, F.M., Streibelt, M., Bethge, M. (2015): Sind administrative Daten für Rentenantragsintentionen und Indikatoren subjektiven Rehabilitationsbedarfs prognostisch bedeutsam? Die Rehabilitation, 52. 172–177.

Zur Interpretation von Veränderungen depressiver Symptomatik am Beispiel der deutschen Kurzform der CES-D

Winkeler, M. (1), Haase, I. (2), Imgart, H. (1)

(1) Parkland-Klinik, Bad Wildungen, (2) m&i-Klinikgruppe Enzensberg, Hopfen am See

Hintergrund und Zweck

Therapeutische Wirksamkeitsstudien sind nur dann aussagekräftig, wenn sie eine Information über die klinische Relevanz der erzielten Veränderungen liefern (Reinicke, 2010). Hierzu wurden, wenn überhaupt, bislang meist verteilungs- oder präzisionsbasierte Verfahren eingesetzt, die die ausschließlich Charakteristika der statistischen Verteilung berücksichtigen. Ankerbasierte Verfahren stellen hierzu eine Ergänzung da, indem ein äußeres Krite-

rium zur Beurteilung einer klinisch relevanten Veränderung herangezogen wird. Ziel der vorliegenden Sekundäranalyse war es, mittels einer ankerbasierten Methode Anhaltspunkte für die Interpretation von Veränderungen in der depressiven Symptomatik im Verlauf einer stationären psychosomatischen Behandlung zu finden. Dazu wurden Prä-post-Unterschiede in den Werten des verwendeten Instruments zu einer externen Größe in Beziehung gesetzt, nämlich der individuellen Wahrnehmung und Bewertung der Veränderung durch den Therapeuten. So sollte der kleinste klinisch bedeutsame Unterschied (minimal clinically important difference; MCID) ermittelt werden, die kleinste Veränderung in den Werten eines Messinstrumentes, die von Patienten oder Therapeuten als wesentlich wahrgenommen wird (Jaeschke et al., 1989).

Methodik

5.241 Datensätze von Patienten mit depressiver Symptomatik der Parkland-Klinik wurden ausgewertet. Die Veränderungen in der Kurzform der Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D-15; Radloff, 1977) von Aufnahme bis Entlassung wurden mit der globalen Einschätzung des psychischen Behandlungsergebnisses durch den behandelnden Therapeuten (clinical global impression of change; CGIC) verglichen, die mittels einer fünfstufigen Skala erhoben wurde („deutlich gebessert“, „etwas gebessert“, „unverändert“, „etwas verschlechtert“, „deutlich verschlechtert“) und als externes Ankerkriterium diente. Dessen Kategorien „etwas gebessert“ und „deutlich gebessert“ wurden als Bestimmungsgröße eines klinisch relevanten Unterschieds in den CES-D-Werten definiert. Zur Berechnung des MCID wurden zwei Methoden verwendet: Zunächst berechneten wir die mittleren Veränderungen der depressiven Symptomatik nach den Kategorien der Ankerfrage. Ergänzend wurde eine Receiver-Operating-Characteristic-Kurven-Analyse (ROC-Kurve) durchgeführt. Diese beschreibt das Verhältnis von Sensitivität zu 1-Spezifität in Abhängigkeit von möglichen Trennwerten (Cut-off-Punkte) des interessierenden Instruments.

Ergebnisse

Eine Reduktion des Ausgangswerts um ca. 9 Rohwertpunkte oder ca. 30 Prozent im CES-D-15 bzw. eine Prä-post-Effektstärke von 0,9 war mit der Einschätzung „etwas gebessert“ assoziiert und entsprach damit dem kleinsten klinisch bedeutsamen Unterschied. Der Kategorie „deutlich gebessert“ entsprach eine Reduktion von etwa 15 Punkte bzw. ca. 55 Prozent, während geringe Verbesserungen um ungefähr 3 Punkte oder 10 Prozent mit der CGIC-Kategorie „unverändert“ korrespondierten. Dieses Bild erwies sich auch bei differenzierter Betrachtungsweise über die Variablen Alter, Geschlecht, Schulbildung, Behandlungsart und Hauptdiagnose hinweg als stabil. Bei Fällen mit höheren CES-D-Ausgangswerten waren größere Veränderungen der CES-D-Rohwerte zur Entlassung hin notwendig, um als „etwas“ oder „deutlich gebessert“ eingeschätzt zu werden.

Diskussion und Schlussfolgerung

Es zeigten sich weitgehend konsistente Ergebnisse für verschiedene Patientengruppen, die in zukünftigen Studien als Cut-off-Werte für eine klinisch relevante Reduktion von Depressivität bei stationären Rehabilitanden dienen können. Der Nachweis klinisch bedeutsamer Veränderungen ist grundsätzlich nützlich für die Behandlungsplanung (Fortführen,

Ändern oder Beenden der Therapie), die Evaluation des Behandlungserfolgs (Responderanalyse) und die Stichprobenplanung zukünftiger Studien. In der weiteren Forschung zur Etablierung der MCID sollte der Kombination von verteilungsbasierten und ankerbasierten Verfahren weitere Aufmerksamkeit geschenkt werden. In prospektiven Studien ist darüber hinaus eine weitere Absicherung der ermittelten Grenzwerte für klinische Relevanz zu erbringen.

Literatur

- Jaeschke, R., Singer, J., Guyatt, G.H. (1989): Measurement of health status. Ascertaining the minimal clinically important difference. *Control Clin Trials*, 10. 407–415.
- Radloff, L.S. (1977): The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1. 385–401.
- Reinecke, H. (2010): *Klinische Relevanz der therapeutischen Reduktion von chronischen nicht tumorbedingten Schmerzen*. Berlin: Logos-Verlag.

Wie bewerten Versicherte unterschiedliche Ausgestaltungen der Rehabilitation? Eine qualitative Studie

Spies, M. (1), Kulisch, K. (1), Streibelt, M. (2), Brütt, A. L. (1)

(1) Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,

(2) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Hintergrund

Die Orientierung gesundheitlicher Versorgung an den Interessen von Patientinnen und Patienten wird seit Jahren international gefordert (Coulter, 2011) und in der Bundesrepublik Deutschland in der Rehabilitationsforschung zunehmend thematisiert (Buschmann-Steinhage, Jäckel, 2012). Durch mehr Information und Mitbestimmung von Betroffenen sollen ihre Präferenzen berücksichtigt und Rehabilitationsleistungen an ihren Bedürfnissen ausgerichtet werden.

Ziel der Studie war es, Erwartungen und Bewertungen von Versicherten an die medizinische Rehabilitation der DRV zu erheben und Empfehlungen zur organisatorischen und zeitlichen Ausgestaltung abzuleiten.

Methode

Versicherte zwischen 18 bis 65 Jahren aus verschiedenen Regionen Deutschlands mit mindestens 15 Tagen Krankengeldbezug in 2014 wurden von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Bund nach Zufallsprinzip ausgewählt und zur Teilnahme an der Studie eingeladen ($n = 2.000$). 229 Versicherte stimmten einer Teilnahme zu (11,5 %). Es wurden im Juni 2016 je zwei indikationsspezifische Gruppen für den Bereich psychischer und onkologischer Erkrankungen, sowie sechs indikationsunspezifische Gruppen durchgeführt ($n = 78$, 65 % weiblich, Alter: 52,2 Jahre) durchgeführt. Die Gruppen fanden in Dortmund ($n = 2$), Hannover ($n = 2$), Hamburg ($n = 3$) und Berlin ($n = 3$) statt. Die Gruppengespräche waren zweistufig aufgebaut: im ersten, offenen Teil diskutierten die Teilnehmer frei ihre Erwartungen an Rehabilitationsangebote, sowie, falls vorhanden, ihre positiven und negativen Erfahrungen mit Rehabilitation. Im zweiten, stärker strukturierten Teil wurden ihnen verschiedene Rehabilitationsangebote (stationäre Reha, ambulante Reha, berufsbegleitende Reha, Fallmanagement) vorgestellt, die die Teilnehmer auf ihre Vor- und Nachteile hin bewerteten. Im Mittelpunkt standen dabei die organisatorischen Rahmenbedingungen der Angebote (Wohnortnähe, Zeitrahmen, Vernetzung mit anderen Akteuren). Die Diskussionen wurden von zwei Psychologinnen moderiert; alle Äußerungen wurden auf Tonband aufgenommen, transkribiert und qualitativ ausgewertet (Mayring, 2008). Genutzt wurde zunächst ein deduktives Kategoriensystem, in welches die Beiträge der Teilnehmer hinsichtlich des Bezugs zu den Rehabilitationsangeboten und Prozessen einordnet wurden. Die Kategorien wurden anschließend induktiv angereichert.

Ergebnisse

Die stationäre medizinische Rehabilitation wurde von vielen Teilnehmern als am besten geeignete Form gesehen. Als maßgebliche Gründe wurden hierfür die nötige Distanz vom Wohnort und die damit verbundene Herauslösung aus dem Alltag genannt. Die ambulante Reha wurde vor allem von Versicherten bevorzugt, die familiär stark eingebunden sind und das soziale Umfeld am Wohnort als unterstützend empfinden. Die berufsbegleitende Reha wurde kritisch diskutiert, unter der Voraussetzung einer Arbeitszeitreduzierung jedoch als gute Ergänzung zu etablierten Rehabilitationsangeboten gesehen. Das Fallmanagement wurde insgesamt positiv bewertet; die Befragten wünschten sich sogar eine Ausweitung des Konzeptes auf die Zeit vor einer medizinischen Rehabilitation. Die Bewertung war insgesamt heterogen: Dieselben Merkmale eines Rehabilitationsangebots wurden von verschiedenen Versichertengruppen als Vor- oder Nachteile empfunden, weshalb sie immer vor dem Hintergrund der jeweiligen Lebensumstände und Erkrankungen bewertet werden sollten. Die befragten Versicherten wünschten sich darüber hinaus mehr Informationsangebote und eine größere Transparenz bei Entscheidungs- oder Zuweisungsprozessen. Insgesamt wurde eine Ausdifferenzierung des Angebots befürwortet, die durch intensivere Beratung und Berücksichtigung der Lebensumstände der Rehabilitanden eine stärker bedarfsgerechte Rehabilitation ermöglicht.

Diskussion

Durch die qualitative Bewertung aus der Versichertenperspektive liegen der DRV Bund Informationen vor, die für die Anpassung von Rehabilitationsangeboten an die Erwartungen und Bedürfnisse ihrer Versicherten genutzt werden können. Eine Herausforderung wird sein, die Rehaleistungen auch unter Berücksichtigung gegebener Rahmenbedingungen entsprechend der Wünsche der Versicherten anzupassen.

Schlussfolgerungen, Umsetzung und Ausblick

Aktuell werden die Ergebnisse aus den Fokusgruppen im Rahmen eines Workshops mit Vertretern der Rentenversicherung, Werks- und Betriebsärzten, Betroffenen, Arbeitgebern und in der Rehabilitation tätigen Personen diskutiert und bewertet.

Literatur

- Buschmann-Steinhage, R., Jäckel, W. (2012): Teilhabe und Teilhabeforschung. Die Rehabilitation, 51 Suppl 1. 1–2.
- Coulter, A. (Hrsg.) (2011): Engaging patients in healthcare. Maidenhead: Open University Press.
- Mayring, P. (2008): Qualitative Inhaltsanalyse. Weinheim: Beltz.

Wege in die Anschlussrehabilitation (AHB) – Analyse patientenrelevanter Einflussfaktoren auf den Zugang in die AHB

Lohss, R., Blumenthal, M., Gottschling-Lang, A., Sturm, C., Egen, C., Gutenbrunner, C.
Medizinische Hochschule Hannover

Hintergrund

Die Anschlussrehabilitation (AHB) findet in der Regel unmittelbar nach einem stationären Krankenhausaufenthalt statt und dient der Wiederherstellung von Funktions- und Erwerbsfähigkeit (Ballüer et al., 2013). Die Kriterien für den Zugang in die AHB sind im Indikationskatalog der Deutschen Rentenversicherung Bund definiert (DRV Bund, 2008).

Im Rahmen des von der DRV Bund geförderten Projektes „Wege in die Anschlussrehabilitation – Analyse des Antrags- und Bewilligungsprozesses im Akutkrankenhaus“ wurden mögliche Einflussfaktoren auf den Zugang in die AHB untersucht.

Methodik

In die Studie wurden Patienten zwischen 18 und 65 Jahren aus drei Akutkrankenhäusern eingeschlossen, die eine der folgenden AHB-relevanten Indikationen aufwiesen: operativ versorgte Knochenfrakturen, Knie- und Hüftendoprothesen, maligne Erkrankungen aus der Viszeralchirurgie, Herzerkrankungen mit und ohne operative Intervention sowie Schlaganfälle. Die Datenerhebung erfolgte in drei Akutkrankenhäusern anhand eines standardisierten Fragebogens, der u. a. gesundheitliche, soziale und berufliche Kontextfaktoren der Patienten erfasste. Mittels logistischer Regressionsmodelle wurde der Einfluss der erhobenen Faktoren auf den AHB-Zugang analysiert.

Ergebnisse

In die Analyse wurden 1.168 Patienten eingeschlossen. Das Durchschnittsalter lag bei 51,8 Jahren (SD=10,0). Die Mehrheit der Patienten (69,0 %) war 50 Jahre und älter sowie männlich (62,8 %). Die Wahrscheinlichkeit des AHB-Zugangs erhöhte sich signifikant mit zunehmendem Alter ($p=0,001$) sowie bei Patienten, die sich eine AHB wünschten ($p<0,001$). Zum Befragungszeitpunkt gaben 76,7 % der Patienten an, dass sie sich im Anschluss an die Krankenhausbehandlung eine AHB wünschen. Keinen signifikanten Einfluss auf die AHB hatten die Funktionsfähigkeit (nach Barthel-Index) sowie Migrationshintergrund und Bildungsstand der Patienten.

Diskussion

Der AHB-Zugang wird neben der Diagnose primär durch den individuellen AHB-Wunsch der Patienten beeinflusst. Voraussetzung für das Antreten einer AHB ist u. a. eine ausreichende Rehabilitationsfähigkeit, die jedoch keinen wesentlichen Einfluss auf den AHB-Zugang hatte.

Schlussfolgerung

Es bleibt zu prüfen, inwieweit der persönliche Patientenwunsch mit Parametern der Funktionsfähigkeit verbunden werden kann. Weiterhin scheint es notwendig, Konzepte zu entwickeln, nach denen die Funktionsfähigkeit stärker auf die Entscheidung einer AHB Einfluss nehmen kann.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

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. *Gesundheitswesen*, 75. 848–852.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2008): AHB. Anschlussrehabilitation. Informationsschrift für Krankenhäuser (14. Aufl.). Berlin.

Veränderungen subjektiver Zugangsbarrieren und Antragsintention zur Rehabilitation von MigrantInnen – Abschließende Ergebnisse aus MiMi-Reha

Nowik, D., Bergmann, J. (2), Markin, K. (2), Reißmann, L. (1), Gutenbrunner, C. (1), Salman, R. (2)

(1) Medizinische Hochschule Hannover, (2) Ethno-Medizinisches Zentrum e.V., Hannover

Einleitung

In Deutschland nehmen MigrantInnen Rehabilitationsmaßnahmen seltener in Anspruch als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund, obwohl der Bedarf nicht geringer ist. Im Rahmen des MiMi-Reha Projektes (Mit Migranten für Migranten) wurde aufgezeigt, dass über die Zugangswege zur medizinischen Rehabilitation Informationsdefizite bestehen (Schwarz et al., 2015). Ebenso kursieren unter MigrantInnen Mythen wie „Wenn ich eine Rehabilitation beantrage, bekomme ich keine Rente mehr“ oder Abschiebungsängste. Um dieser Problematik entgegenzuwirken, wurden muttersprachliche Informationsveranstaltungen durch speziell geschulte Personen aus der Peer-Group durchgeführt und evaluiert.

Methode

Ein prä-post-Design ohne Kontrollgruppe konnte realisiert werden. Die Studienteilnehmenden

bearbeiteten einen Fragebogen vor und nach einer durch MediatorInnen mit Migrationshintergrund gehaltenen Informationsveranstaltung in der Muttersprache. Enthalten waren sowohl standardisierte Instrumente (SPE-Skala) als auch aus den Vorarbeiten entwickelte Fragen zu Zugangsbarrieren, sowie Fragen zu Vorstellungen über Rehabilitation, Antragsintention und subjektivem Bedarf.

Die Zugangsbarrierenitems wurden einer Faktorenanalyse unterzogen und zusammengefasst. Anschließend wurden gepaarte t-Tests und die Effektstärke berechnet. Veränderungen von Antragsintention und deren Zusammenhänge mit der subjektiven Erwerbsprognose wurden univariat mittels Odds-Ratios (OR) und Konfidenzintervallen (CI) sowie multivariat mittels logistischer Regression geprüft. Fragebögen mit mehr als 30 % fehlenden Antworten wurden von den Analysen ausgeschlossen. Zusätzlich wurden zehn muttersprachliche Interviews mit Kampagnenteilnehmenden sowie eine Fokusgruppe mit acht ExpertInnen durchgeführt und qualitativ-zusammenfassend ausgewertet.

Ergebnisse

1.371 Fragebögen gingen in die Analysen ein (Frauenanteil 72,1 %, medianes Alter 46 Jahre). Es zeigte sich eine Vielzahl von subjektiv wahrgenommenen Barrieren vor der Informationsveranstaltung. Ein t-Test für gepaarte Stichproben zeigte einen signifikanten Unterschied ($t=30,177$; $p\leq 0,001$) der subjektiv wahrgenommenen Barrieren vor und nach der Informationsveranstaltung, dieser entspricht einem großen Effekt (Cohen's $d = 1,03$). Gemessen an der Standardabweichung entspricht das einer Reduktion von 4–5 subjektiven Barrieren. Nach der Informationsveranstaltung stieg die Wahrscheinlichkeit einer Antragsintention (OR 1,68; 95 % CI 1,43 – 1,98). Der Anteil der Teilnehmenden mit Antragsintention nach Intervention entspricht dem Anteil derer mit subjektivem Rehabedarf. Die Wahrscheinlichkeit, einen Antrag stellen zu wollen, war deutlich größer bei Teilnehmenden mit einer subjektiv schlechten Erwerbsprognose (OR 5,29; 95 % CI 4,03 – 6,95). Diese univariaten Zusammenhänge konnten auch in einer multivariaten Analyse bestätigt werden. Unter Kontrolle von Alter, Geschlecht, Erwerbstätigkeit (erwerbstätig vs. nicht-erwerbstätig), Berufsabschluss und Antragsintention vor der Veranstaltung war die Antragsintention bei MigrantInnen mit einer schlechten SPE signifikant erhöht (OR 3,06; 95 % CI 2,13–4,39).

In den Interviews konnten diese Ergebnisse bestätigt werden und es zeigte sich teilweise ein verändertes Bild der Rehabilitation (z. B. von „Reha nur für schwer(st) Kranke“ zu „Reha als präventive Maßnahme zur Besserung/Wiederherstellung der Gesundheit/Arbeitsfähigkeit“). Die Expertengruppe sah Optimierungspotentiale in einem noch stärkeren Einbezug der Leistungsträger und Arbeitgeber, sowie einer stärkeren Vernetzung zwischen Projekt und Fachkräften.

Diskussion

Die Ergebnisse legen eine Wirksamkeit des MiMi-Reha-Ansatzes nahe. Das Ausmaß an erlebten Zugangsbarrieren und die damit verbundenen Mythen konnten abgebaut und die Antragsintention erhöht werden, ohne dass ungerechtfertigte Bedarfe geweckt wurden. Limitierend ist einzuwenden, dass wir aufgrund des Studiendesigns die Veränderungen nicht zweifelsfrei auf die Intervention zurückführen können. Die Stärke und Eindeutigkeit der Effekte ist jedoch zumindest theoretisch gut begründbar auf die Intervention zurückzuführen. Eine Analyse der tatsächlichen Antragsstellung und -bewilligung stellt eine weitere Herausforderung dar, die es in Zukunft zu bewältigen gilt. Ebenso stellen die teilweise migrations- oder kulturspezifischen Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund die Rehabilitationseinrichtungen vor nicht unerhebliche Herausforderungen.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund, Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen, Deutsche Rentenversicherung Nord

Literatur

Schwarz, B., Markin, K., Salman, R., Gutenbrunner, C. (2015): Barrieren für Migranten beim Zugang in die medizinische Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. *Die Rehabilitation*, 54 (06). 362–368.

Intensivmedizinische Rehabilitation – missing link zwischen Intensivmedizin und Rehabilitation

Schönle, P., Kovacic, F.

Maternus-Klinik für Rehabilitation, Bad Oeynhausen

Einleitung

Durch die fortschreitende medizinische Entwicklung (Notfallmedizin, Intensivmedizin, neue operative und interventionelle Therapiemethoden, wie z. B. Minimal-invasive Herzklappen-chirurgie), medizintechnische Entwicklungen (z. B. differenzierte Beatmungsformen einsch. Entwöhnungsbeatmung, Plasmapherese, kardioventrikuläre Unterstützungssysteme (LVAD; RVAD, Kunstherzen, extrakorporale Membranoxygenierung (ECMO) und Extrakorporales Life Support System (ECLS), medikamentöse Therapie (einschl. Zytostatika, Anti-körper- und Antibiotikatherapie) überleben zunehmend mehr Patienten mit schwersten Erkrankungen. Es überleben aber auch mehr Patienten mit komplikationsreichen Behandlungsverläufen und dadurch protrahierten Intensivbehandlungsdauern. Die resultierenden funktionellen, aktivitäts- und teilhabebezogenen Krankheitsfolgen erlauben keinen unmittelbaren Übergang aus der intensivmedizinischen Behandlung in die bisherige Rehabilitation mit weitgehender Selbständigkeit als Zugangskriterium außer in der Neurologisch-Neurochirurgischen Frührehabilitation.

Da für die anderen Indikationen eine geeignete Rehabilitationsform, die die beginnende „Rehabilitationsfähigkeit“ der Patienten fördert und gleichzeitig noch die notwendige intensivmedizinische Behandlung mit integriert („intensivmedizinische“ Rehabilitation), nicht zur Verfügung steht, wurde in der Maternus Klinik, einer interdisziplinären Rehabilitationsklinik, das Konzept einer interdisziplinären intensivmedizinischen Rehabilitation (IMR) entwickelt und 2010 in einer eigenständigen Abteilung implementiert, um den Übergang aus der Intensivstation in die weiterführende Rehabilitation auch für Patienten aus nicht-neurologischen Indikationen zu ermöglichen.

Methodik und Ergebnisse

Retrospektive, deskriptive IMR-Datenanalyse.

Obligatorisches IMR-Aufnahmekriterium war ein noch bestehender intensivmedizinischer Überwachungs- und Therapiebedarf, fakultative zusätzliche Kriterien waren Trachealkanüle, Beatmung (BIPAP, CEPAP), Sondenernährung (PEG/PEJ), Inkontinenz, weitgehende

Abhängigkeit von pflegerischer Hilfe, u. U. Unfähigkeit zur kooperativen Mitarbeit und u. U. erhebliche Eigen- und/oder Fremdgefährdung bei Dyskontrollsyndrom, Delir (Verwirrheitszustand), oder anderen psychischen Störungen; Patienten mit Keimbesiedlung (3/4MRGN) wurden aufgenommen. Ausschlusskriterien waren nicht-abgeschlossene primäre Akutversorgung (z. B. aktuell noch chirurgische Interventionen erforderlich), aktuelle Sepsis, floride Osteomyelitis, geplante palliative Versorgung.

Hinsichtlich der ICD Diagnosen wiesen 29 % der Patienten Diagnosen aus dem Bereich Erkrankungen des Kreislaufsystems auf, 24 % des Atmungssystems und 18 % des Nervensystems (critical illness Polyneuropathie), bei 21 % der Patienten lagen traumatologische Diagnosen vor (8% übrige Diagnosen).

Eingeschlossen wurden alle auf Station behandelten 362 Patienten (274 Männer, 88 Frauen). Das Durchschnittsalter betrug für die Frauen 61,99 (SD=13,24), für die Männer 61,52 (SD=13,55), 49 % der Patienten waren jünger als 65 Jahre, 8 % jünger als 30 Jahre.

Als ein Assessment wurde neben ICF basierten Parametern der von den Krankenkassen geforderte Frühreha-Barthel bei Aufnahme und Entlassung sowie alle 4 Wochen durchgeführt. Bei Aufnahme waren 94 % intensivpflichtig (6 % konnten bei Aufnahme in die weiterführende Reha verlegt werden), 80 % waren mit einer Trachealkanüle versorgt, 52 % beatmet, 31 % verwirrt (delirant), 15 % verhaltensgestört mit Fremd- oder Eigengefährdung, 62 % bezüglich der Kommunikation eingeschränkt und 89% litten an einer Schluckstörung.

Die mittlere Behandlungsdauer betrug für die männlichen Patienten 112,62 Tage (SD = 66,45), für die weiblichen Patienten 93,11 Tage (SD=45,3). Die längste Behandlungsdauer lag bei 701Tagen für einen BG-Patienten.

Als Behandlungsergebnis konnte erreicht werden, dass 37 % der Patienten nicht mehr intensivpflichtig und 48 % nicht mehr beatmet waren, 32 % keine Trachealkanüle mehr benötigten, 29 % keine Schluckstörungen mehr aufwiesen, 34 % waren nicht mehr verwirrt, 43 % nicht mehr verhaltensgestört, so dass 37 % direkt ohne später erneute intensivmedizinische Rehabilitation in die weiterführende Rehabilitation verlegt werden konnten. Im Frühreha-Barthel zeigten 16 % der Patienten keine Veränderung, 7 % verschlechterten sich bis zu -150 Punkte, 77 % verbesserten sich insgesamt, davon 22 % um mehr als 100 und 18 % um mehr als 200 Punkte, letztere erreichten so wesentliche funktions- und alltagsaktivitätenbezogene Verbesserungen.

Diskussion und Ausblick

Die Ergebnisse zeigen, dass eine intensivmedizinische Rehabilitation erfolgreich implementiert und durchgeführt werden kann. Für eine beträchtliche Anzahl von Patienten können im Hinblick auf ihre Lebensqualität wesentliche Verbesserungen und eine unmittelbare (ohne spätere erneute intensivmedizinische Rehabilitation) Verlegung in die weiterführende Rehabilitation erreicht werden.

Die zunehmende Alternative besteht in der Verlegung der Patienten in Intensivpflege- und Beatmungseinrichtungen ohne Rehabilitation und Perspektive.

Konzeptionelle Ansätze zum Umgang mit der Diversität von Versorgungsnutzern/innen – Eine systematische Literaturrecherche

Akbulut, N. (1), Aksakal, T. (2), Yilmaz-Aslan, Y. (1), Razum, O. (1), Brzoska, P. (2)

(1) Universität Bielefeld, (2) Technische Universität Chemnitz

Hintergrund und Stand der Literatur, Zweck der Untersuchung

Vor dem Hintergrund einer zunehmend diverser werdenden Gesellschaft werden auch in der Gesundheitsversorgung Konzepte und Strategien benötigt, um die Vielfalt von Versorgungsnutzern/innen besser berücksichtigen zu können. Untersuchungen aus mehreren Ländern zeigen, dass sich eine diversitätssensibel gestaltete Versorgung positiv auf Versorgungsergebnisse auswirken kann. In der Vergangenheit sind zahlreiche und teilweise sehr unterschiedliche konzeptionelle Herangehensweisen zur Umsetzung einer diversitätssensiblen Versorgung im Sinne eines Diversity Managements (DiM) entstanden. Das liegt auch daran, dass die Realisierungsmöglichkeiten von diversitätssensiblen Ansätzen stets vom Umfang und der Verfügbarkeit institutioneller Ressourcen, organisationalen Zielvorgaben sowie von strukturellen Rahmenbedingungen abhängen. Ziel des vorliegenden Beitrags ist es, bestehende Ansätze systematisch zu erfassen und sie auf ihre Umsetzbarkeit in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation hin zu beurteilen.

Methodik und Studiendesign

Die Literaturrecherche erfolgte unter Verwendung der Begriffskombinationen „Diversity Management“, „Managing Diversity“, „Diversität managen“, „Diversität AND Umgang“, „Vielfalt AND Umgang“ in folgenden elektronischen Datenbanken: PubMed, Gemeinsamer Verbundkatalog (GVK), Deutsche Nationalbibliothek, Universitätsbibliothek Bielefeld, Taylor & Francis Online, Google Scholar und WorldCat. Insgesamt wurden 621 Literatur-Titel ermittelt, die sich nach Durchsicht auf 167 auswertungsrelevante Titel reduzieren ließen.

Ergebnisse und Diskussion

Diversity Management (DiM) in Gesundheitseinrichtungen verfolgt das Ziel, eine Synthese zwischen der Optimierung organisationaler Effektivität und Effizienz – häufig durch einseitige Wirkung auf die Arbeitsebene – und der Erhöhung gesundheitlicher Gerechtigkeit auf der Patientenebene zu schaffen. Ausgehend von dieser Zielvorstellung lassen sich in der recherchierten Literatur diversitätssensible Ansätze identifizieren, die eine punktuelle Umsetzung von Diversity Management mit dem Fokus auf einzelne Diversitätsdimensionen – wie beispielsweise Geschlecht und Behinderung – anstreben. Maßnahmen, die in diesem Zusammenhang zur Anwendung kommen, adressieren zumeist das Handlungsfeld des Personals und zielen primär auf personelle Qualifizierungsstrategien im Umgang mit Diversität ab. Es gibt wenig evaluierte operative Ansätze, die eine ganzheitliche Konzeptualisierung von DiM unter Berücksichtigung aller (oder zumindest mehrerer) relevanter Diversitätsdimensionen verfolgen. So bleiben überorganisationale und organisationale Wirkmechanismen – wie beispielsweise die Definition und Implementierung von regulativen Diversity-Zielen in organisationsinterne wie – übergreifende Prozesse – sowie relationale

Wirkungszusammenhänge zwischen den unterschiedlichen Organisationsebenen in der konzeptionellen Entwicklung von DiM bisher weitgehend unberücksichtigt.

Schlussfolgerungen, Umsetzung und Ausblick

Vor dem Hintergrund der häufig einseitigen und verkürzten Ausrichtung von DiM-Ansätzen ergibt sich in konzeptioneller Hinsicht die Forderung, DiM als regulatives Prinzip in der Organisationskultur von Gesundheitseinrichtungen zu etablieren. Dies erfordert eine prozessuale und mehrdimensionale Herangehensweise an die Identifizierung und diversitäts-sensible Gestaltung von Handlungsfeldern. Erst auf dieser Grundlage können DiM-Maßnahmen eine diversitätsbezogene Kompetenzentwicklung auf allen Handlungsebenen anstoßen und eine nachhaltige Wirkung entfalten.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Westfalen, Deutsche Rentenversicherung Rheinland

Hindernde und fördernde Faktoren der Implementierung von migrationssensiblen Versorgungskonzepten in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation – Eine leitfadengestützte Fokusgruppenbefragung von Gesundheitspersonal

*Aksakal, T. (1), Yilmaz-Aslan, Y. (2), Razum, O. (2), Deck, R. (3),
Langbrandtner, J. (3), Brzoska, P. (1)*

(1) Technische Universität Chemnitz, (2) Universität Bielefeld, (3) Universität Lübeck

Hintergrund und Stand der Literatur, Zweck der Untersuchung

Rehabilitative Leistungen werden von Menschen mit Migrationshintergrund seltener als von Menschen ohne Migrationshintergrund in Anspruch genommen. Weitere Unterschiede gibt es vor allem in der Versorgungszufriedenheit und den Rehabilitationserfolgen, die bei Menschen mit Migrationshintergrund jeweils ungünstiger ausfallen. Gründe hierfür sind vor allem Barrieren in der Versorgung und nicht ausreichend erfüllte Versorgungserwartungen (Brzoska, Razum, 2015). Eine migrationssensible Rehabilitation kann diese Versorgungsungleichheiten verringern und zu einer bedarfs- und bedürfnisgerechteren Versorgung beitragen. Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, hindernde und fördernde Faktoren der Implementierung von migrationssensiblen Versorgungskonzepten in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein aus Sicht von Gesundheitspersonal zu untersuchen.

Methodik und Studiendesign

Im Frühjahr 2016 wurden insgesamt acht leitfadengestützte Fokusgruppenbefragungen mit jeweils vier bis neun MitarbeiterInnen aus Rehabilitationseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen (N=4) und Schleswig-Holstein (N=4) durchgeführt. Um hindernde und fördernde Faktoren der Implementierung migrationssensibler Versorgungskonzepte zu ermitteln, wurden u. a. bereits implementierte Ansätze sowie subjektiv vom Gesundheitspersonal

wahrgenommene Schwierigkeiten erfasst, die ihrer Meinung zufolge durch persönliche und kulturelle Unterschiede der RehabilitandInnen mit Migrationshintergrund entstehen können. Darüber hinaus wurde erfragt, wie Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren in Rehabilitationseinrichtungen verringert und abgebaut werden können. Die Auswertung erfolgte anonymisiert auf Basis einer qualitativen Inhaltsanalyse.

Ergebnisse

Verständigungsprobleme sind aus Sicht der Befragten die größte Herausforderung bei der Rehabilitation von Menschen mit Migrationshintergrund. Dabei sind nicht nur sprachliche Defizite seitens der RehabilitandInnen Auslöser für Kommunikationsschwierigkeiten, sondern auch persönliche und kulturbedingte Unterschiede. Sind RehabilitandInnen zudem nicht ausreichend über die bevorstehende Rehabilitation informiert, können unerfüllte Erwartungen die Zufriedenheit und den Rehabilitationserfolg verringern. Einer migrations-sensiblen Ausrichtung wird von den meisten Befragten ein hoher Stellenwert beigemessen. Vor allem fehlende finanzielle Ressourcen werden vom Gesundheitspersonal als Hindernisse bei der Implementierung von migrations-sensiblen Konzepten genannt. Eine weitere Hürde sind strukturelle und organisatorische Schwierigkeiten.

Diskussion

Obwohl eine migrations-sensible Ausrichtung von einem Großteil der Befragten als wichtig erachtet wird, kommen entsprechende Versorgungskonzepte in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation bisher nur unsystematisch zum Einsatz (Brzoska et al., 2016; Langbrandtner et al., 2016). Gründe dafür sind vor allem fehlende finanzielle Ressourcen und strukturelle bzw. organisatorische Schwierigkeiten. Aber auch die fehlende Sensibilität im Umgang mit persönlichen und kulturbedingten Herausforderungen auf Seiten des Personals ist ausschlaggebend. Dies kann sich negativ auf die Rehabilitation, die Zufriedenheit und den Rehabilitationserfolg von RehabilitandInnen mit Migrationshintergrund auswirken.

Schlussfolgerungen, Umsetzung und Ausblick

Um Ungleichheiten bei der rehabilitativen Versorgung zu verringern, ist es notwendig, auf die persönlichen Bedarfe und Bedürfnisse von RehabilitandInnen einzugehen. Hierfür ist es erforderlich, RehabilitandInnen im Vorfeld auf die Rehabilitation vorzubereiten, um falschen Erwartungen entgegenzuwirken. Auch die Schulung und Sensibilisierung des Gesundheitspersonals im Hinblick auf die Rolle von Diversität kann zur Optimierung der rehabilitativen Versorgung beitragen. Da für die Einführung migrations-sensibler Konzepte insbesondere ausreichende finanzielle Ressourcen ausschlaggebend sind, ist es zum einen möglich, auf Basis einer detaillierten Bedarfserhebung verfügbare Maßnahmen einzusetzen, die lediglich kostengünstige Einmal-Investitionen erfordern. Zum anderen muss auf Seiten von Versorgungsträgern und Anbietern das Bewusstsein dafür geschaffen werden, dass sich auch Investitionen in zusätzliches Personal (beispielsweise Diversitäts-/Migrationsbeauftragte) langfristig als kosteneffizient erweisen können.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund; vffr in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein

Literatur

- Brzoska, P., Razum, O. (2015): Erreichbarkeit und Ergebnisqualität rehabilitativer Versorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 58. 553–559.
- Brzoska, P., Yilmaz-Aslan, Y., Aksakal, T., Razum, O., Deck, R., Langbrandtner, J. (2016): Einsatz migrationssensibler Versorgungsstrategien in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation. Eine empirische Bestandsaufnahme im Rahmen der Studie VeReMi.
- Langbrandtner, J., Brzoska, P., Yilmaz-Aslan, Y., Aksakal, T., Razum, O., Deck, R. (2016): Welche migrationssensiblen Versorgungsangebote werden auf den Webseiten von medizinischen Rehabilitationseinrichtungen vorgestellt? – Ergebnisse einer Dokumentenanalyse im Rahmen der Studie VeReMi.

Pilotprojekt „Telefonisch-psychologische Beratung Unfallverletzter“ der BGW – Wie bewerten die Versicherten das Angebot?

*Ahnert, J. (1), Vogel, H. (1), Richard, M. (1), Wilhelm, J. (2),
Drechsel-Schlund, C. (2), Neuderth, S. (3)*

(1) Universität Würzburg,

(2) Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Würzburg,

(3) Hochschule für angewandte Wissenschaften Würzburg-Schweinfurt

Hintergrund

Die wenigen existierenden Studien zur telefonischen Beratung bei Unfallverletzten berichten von einer hohen Zufriedenheit der Patienten mit dem jeweiligen Beratungsangebot, einer Zunahme der Selbstmanagementkompetenzen und der Lebensqualität sowie einer Reduktion der physischen und psychischen Beschwerden (vgl. Bell et al., 2008; Franzén et al., 2009). Das telefonisch-psychologische Beratungsangebot der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) richtet sich – ergänzend zum Psychotherapeutenverfahren der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) – an Versicherte, bei denen das Unfall-/Verletzungsgeschehen als potenziell stark psychisch belastend angesehen werden kann (z. B. Unfallsituationen mit Traumatisierungsrisiko, schwere Unfälle). Zudem kann das Angebot Versicherten unterbreitet werden, bei denen eine unklare Indikation für Psychotherapie vorliegt, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind oder bei regional geringer psychotherapeutischer Versorgungsdichte. Ziel der Beratung (max. 5 Telefonate durch einen approbierten Psychologischen Psychotherapeuten) ist es zum einen, den Betroffenen über eine mögliche psychotherapeutische Indikation zu informieren und ggf. zu einer Psychotherapie zu motivieren und zum anderen der Entwicklung manifester psychischer Belastungen und Symptome oder auch der Chronifizierung von Schmerzen zu begegnen. Im Rahmen eines Pilotprojektes wurde das telefonische psychologische Beratungsangebot der BGW in mehreren Bezirksverwaltungen implementiert und formativ evaluiert. Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich mit der Bewertung des Angebots durch die Versicherten.

Methodik

In die Evaluation wurden vier Bezirksverwaltungen einbezogen. Die Versicherten, denen das Angebot unterbreitet wurde, wurden drei Monate nach der Angebotsunterbreitung schriftlich befragt. Erfasst wurde die Angebotsannahme/-ablehnung, das Ausmaß der psychischen Belastung (Distress-Thermometer), der Erwerbsstatus, das Motiv für die Annahme oder Ablehnung des Angebots, die Zufriedenheit mit der formalen (Zeitpunkt der Angebotsunterbreitung, Medium Telefon, Anzahl der Telefonate) und inhaltlichen Ausgestaltung des Angebots sowie die Inanspruchnahme einer nachgehenden Psychotherapie. Die erhobenen Daten wurden im Anschluss deskriptiv sowie inhaltsanalytisch ausgewertet.

Ergebnisse

Das telefonische Beratungsangebot wird von ca. 20 % der angeschriebenen Versicherten angenommen. Den Fragebogen zur Zufriedenheit haben ca. 30 % aller angeschriebenen Versicherten ausgefüllt. Es finden sich kaum signifikante Unterschiede in den erhobenen Variablen zwischen Versicherten, die das Angebot angenommen haben, und solchen, die es nicht angenommen haben: Versicherte, die das Angebot angenommen haben, schätzen sich im Distress-Thermometer tendenziell stärker belastet ein, sind drei Monate nach der Angebotsunterbreitung häufiger noch krankgeschrieben und nehmen im Anschluss häufiger eine Psychotherapie in Anspruch. Die Versicherten nennen als Hauptgrund für die Inanspruchnahme der telefonisch-psychologischen Beratung eine starke psychische Belastung/Trauma infolge des Unfalls. Die Telefonate mit dem Psychotherapeuten wurden von den meisten als hilfreich eingeschätzt. Dabei werden insbesondere die empathische Gesprächsführung und die professionellen Tipps und Ratschläge als nützlich bewertet. Als Optimierungsvorschlag für das Angebot wird am häufigsten die Möglichkeit einer zeitnahen face-to-face-Beratung genannt. Mit den formalen Kriterien des telefonischen Beratungsangebots sind die meisten Versicherten zufrieden.

Diskussion

Das Angebot der telefonisch psychologischen Beratung Unfallverletzter der BGW zeigt vielversprechende Ergebnisse. Um Aussagen zur Wirkung und zum Nutzen des Beratungsangebots zu machen, wäre eine randomisierte Kontrollgruppenstudie notwendig.

Förderung: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

Literatur

- Bell, K.R., Hoffman, J.M., Temkin, N.R., Powell, J.M., Fraser, R.T., Esselman, P.C., Barber, J.K., Dikmen, S. (2008): The effect of telephone counselling on reducing post-traumatic symptoms after mild traumatic brain injury: a randomised trial. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 79 (11). 1275–1281.
- Franzén, C., Brulin, C., Stenlund, H., Björnstig, U. (2009): Injured road users' health-related quality of life after telephone intervention: a randomised controlled trial. *Journal of clinical nursing*, 18 (1). 108–116.

Vereinbarkeit von Beruf und Familie bei Beschäftigten im Gesundheitswesen – Ein relevantes Thema für die Rehabilitation(sforschung)?

*Lukaszczik, M. (1), Ströbl, V. (1), Voigtländer, E. (2), Holleder, A. (2),
Vogel, H. (1), Ahnert, J. (1)*

(1) Universität Würzburg,

(2) Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

Hintergrund

Beschäftigte im Gesundheitswesen (z. B. Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten) sind mit besonderen beruflichen Rahmenbedingungen konfrontiert, die sich auf das Verhältnis von Familie und Arbeit/Beruf auswirken und zu Vereinbarkeitskonflikten (Amstad et al., 2011) führen können. Zu nennen sind beispielsweise spezifische Formen von Anforderungen und Belastungen (z. B. Schichtdienste), die Zufriedenheit und Leistungsfähigkeit beeinträchtigen und damit mittelbar auch die Qualität der Gesundheitsversorgung beeinflussen können. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf berührt damit auch Fragen der rehabilitativen Versorgung. Dies betrifft etwa Gesundheit und Belastungsquellen bei Berufsgruppen in der medizinischen Rehabilitation oder die Bereitschaft bzw. Anreize, in Rehabilitationseinrichtungen tätig zu werden, die eher in ländlichen Gebieten angesiedelt sind (vgl. DRV Bund, 2016). Ziel des vorliegenden Beitrags ist es, einen Überblick über den Forschungsstand zum Thema Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf (hierunter werden alle Berufsgruppen gefasst, die im Gesundheitswesen tätig sind) zu geben. Die Kenntnis dieses Forschungsstands erscheint auch für die Rehabilitationsforschung und -praxis von Relevanz.

Methodik

Eine systematische nationale und internationale Literaturrecherche wurde durchgeführt, um den aktuellen Forschungsstand zur Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf zu dokumentieren. Als inhaltliche Suchkriterien wurden definiert: Vereinbarkeit von Beruf und Familie (allgemein); Vereinbarkeitserleben und -konflikte bei Gesundheitsberufen; Vereinbarkeit von Familie und Gesundheitsberuf im ländlichen Raum; Interventionsansätze zur Förderung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Im Rahmen eines mehrstufigen Selektionsprozesses wurden 145 Publikationen in die inhaltliche Auswertung einbezogen (Lukaszczik et al., under review).

Ergebnisse

Die dokumentierte Literatur bezieht sich schwerpunktmäßig auf die Berufsgruppen Ärzte und beruflich Pflegende, für andere Berufsgruppen liegen kaum Arbeiten vor. Der Evidenzlevel der Studien ist meist niedrig, Metaanalysen liegen nicht vor. Es wurden keine spezifischen Studien oder Erhebungen im rehabilitativen Setting bzw. mit Berufsgruppen in der medizinischen Rehabilitation als Zielgruppen identifiziert. Mehrere Befragungen von Ärzten und beruflich Pflegenden dokumentieren, dass eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie präferiert und Unzufriedenheit etwa mit Möglichkeiten der Kinderbetreuung

oder Arbeitszeitregelungen geäußert wird. Es konnten nur wenige Interventionsstudien zur Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf gefunden werden, diese sind wiederum nur teilweise spezifisch auf Gesundheitsberufe ausgerichtet. Defizite bestehen zudem hinsichtlich der Vernetzung mit Fragen der Verbesserung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Gebieten. In den hierzu gefundenen Studien wurde die Frage der Vereinbarkeit von Familie und (Gesundheits-)Beruf nicht (explizit) behandelt und es wurde auch kein Bezug zum Sektor Rehabilitation hergestellt.

Schlussfolgerungen

Die Bedeutung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf bzw. von Vereinbarkeitskonflikten für Beschäftigte in der medizinisch-rehabilitativen Versorgung ist bislang in der Forschung kein Thema. Inwieweit Mitarbeiter in Rehabilitationseinrichtungen besondere Bedürfnisse oder Konflikte hinsichtlich der Vereinbarkeit von Familie und Beruf erfahren, kann aus der vorliegenden Literatur nicht schlüssig abgeleitet werden. Generell liegt zur Thematik national wie international nur wenig systematische und qualitativ hochwertige Forschung vor. Insbesondere zur Evaluation von Maßnahmen bestehen Defizite. Spezifisch auf den rehabilitativen Sektor zugeschnittene Erhebungen und Forschungsaktivitäten würden es erlauben, Ansatzpunkte zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Professionen zu identifizieren, die in der Rehabilitation tätig sind (z. B. hinsichtlich Personalstruktur, Arbeitszeitregelungen oder Fördermaßnahmen). Dies könnte zum Beispiel dazu beitragen, die Attraktivität der Tätigkeit in Rehabilitationseinrichtungen zu steigern und so deren personelle Situation insbesondere in ländlichen Regionen zu verbessern.

Förderung: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege

Literatur

Amstad, F.T., Meier, L.L., Fasel, U., Elfering, A., Semmer, N.K. (2011): A meta-analysis of work-family conflict and various outcomes with a special emphasis on cross-domain versus matching-domain relations. *Journal of Occupational & Health Psychology*, 16, 151–169.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2016): Medizinische Rehabilitation – Ein attraktiver Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte. http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/med_reha__arbeitsplatz_fuer_aerzte.pdf?__blob=publicationFile&v=3.

Lukasczik, M., Ahnert, J., Ströbl, V., Vogel, H., Donath, C., Enger, I., Gräßel, E., Heyelmann, L., Lux, H., Maurer, J., Özbe, D., Spieckenbaum, S., Voigtländer, E., Wildner, M., Zapf, A., Zellner, A., Holleder, A. (under review): Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei Beschäftigten im Gesundheitswesen als Handlungsfeld der Versorgungsforschung. *Das Gesundheitswesen*.

Zusammenhänge zwischen subjektivem Reha-Nutzen und Erwerbsminderungsrente: Ergebnisse der Dreijahreskatamnese zur „Reha-QM-Outcome-Studie“ Baden-Württemberg

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

(1) Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität, Bad Buchau, (2) Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen, Karlsruhe, (3) Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, Stuttgart, (4) Schlossklinik, Bad Buchau, (5) Kur- und Klinikverwaltung Bad Rappenau, (6) Hochschule Bonn-Rhein-Sieg

Hintergrund

Neben der Verbesserung des Gesundheitszustandes sind der Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit und die berufliche (Wieder-)Eingliederung zentrale Ziele der Rehabilitationsleistungen der Deutschen Rentenversicherung. In der „Reha-QM-Outcome-Studie“ wurden sowohl mittels Patientenfragebogen Angaben zum subjektiven Nutzen der Behandlung als auch mittels Routinedaten der Rentenversicherung Angaben zum Erwerbsstatus bzw. zur Berentung erhoben, so dass eine Gegenüberstellung beider Zieldimensionen erfolgen kann.

Methodik

Basis bildet die „Reha-QM-Outcome-Studie“ des Qualitätsverbundes Gesundheit und der DRV Baden-Württemberg (Nübling et al., 2015a; 2). Die Studie umfasst Selbstangaben der Patienten aus einer schriftlichen Nachbefragung ein Jahr nach der Rehabilitation sowie Daten aus der Rehabilitationsstatistik-Datenbank (RSD 2014) der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg.

Für 2.130 Rehabilitanden im erwerbsfähigen Alter, die im zweiten Halbjahr 2011 eine Rehabilitationsmaßnahme in einer Klinik des Qualitätsverbundes durchlaufen hatten, lagen die notwendigen Fragebogenangaben und Daten zu Rentenereignissen bis drei Jahre nach Rehabilitation vor.

Der Beobachtungszeitraum umfasste insgesamt 6.214 Personenjahre; darin wurden 271 Anträge auf Erwerbsminderungsrente gestellt, von denen 154 bewilligt wurden.

Mittels Proportional-Hazard-Modellen wurden Ereigniszeitanalysen (SAS 9.4, Proc PHREG) mit dem Zielereignissen „bewilligte EM-Rente“ sowie „Antrag auf EM-Rente“ durchgeführt. Zensierungen fanden bei Altersrente oder Tod sowie am Ende des Nachbeobachtungszeitraumes (31.12.2014) statt.

Dabei wurde der Einfluss des subjektiven Reha-Nutzens auf das Zielereignis bewertet. Adjustiert wurde für Alter, Hauptindikation (ICD-Kapitel C, E, F, G und M), Arbeitsunfähigkeitszeiten vor Reha sowie Anschlussheilbehandlung vs. Heilverfahren.

Das Geschlecht, die Aufforderung durch die Krankenkasse (§ 51 SGB V) sowie der subjektive Nutzen von Nachbehandlungen erlangte im Modell keinen signifikanten Einfluss.

Ergebnisse

Die überwiegende Mehrzahl der Betroffenen sieht einen subjektiven Nutzen der Rehabilitationsmaßnahme; lediglich 9,7 % konnten nicht profitieren. Je höher der Rehabilitand diesen Nutzen einschätzt, desto stärker sinkt das Risiko für eine Erwerbsminderungsrente (vgl. Tab. 1).

Folgerungen: Der klare Zusammenhang zwischen subjektivem Reha-Nutzen und dem Risiko für Erwerbsminderungsrente in den drei Jahren danach kann im Sinne einer Dosis-Wirkungsbeziehung als Beleg dafür, dass eine erfolgreiche Rehabilitation tatsächlich die Inanspruchnahme von Erwerbsminderungsrenten senkt, interpretiert werden.

Danksagung: Wir danken dem Qualitätsverbund Gesundheit und der DRV Baden-Württemberg sowie den Teilnehmern der Rehabilitandenbefragung für ihre wertvolle Unterstützung.

Reha hat geholfen ...	Hazard-Ratio	Anzahl (Anteil)	Anz. EM-Rente
sehr	0,276	428 (20,1%)	17
ziemlich	0,457	809 (38,0%)	49
etwas	0,610	686 (32,2%)	59
gar nicht / geschadet	Referenz	207 (9,7%)	29
Gesamt	2.130 (100%)		154

Tab. 1: Hazard-Ratios für Erwerbsminderungsrente vs. subjektivem Reha-Nutzen

Förderung: Qualitätsverbund Gesundheit „Gemeinsam für die beste Reha“ und DRV Baden-Württemberg

Literatur

Nübling, R., Kaluscha, R., Holstiege, J. et al. (2015a): Analyse des Behandlungserfolgs in der Medizinischen Rehabilitation – Konsequenzen für das interne Qualitätsmanagement. „Reha-QM-Outcome-Studie“ des Qualitätsverbundes Gesundheit und der DRV Baden-Württemberg. Abschlussbericht. Download unter <http://www.qualitaetsverbund-gesundheit.de/>.

Nübling, R., Kaluscha, R., Krischak, G. et al. (2015b). Die „Reha-QM-Outcome-Studie“ des Qualitätsverbundes Gesundheit und der DRV Baden-Württemberg – Methodik und ausgewählte Ergebnisse. Prävention und Rehabilitation, 27. 77–94.

Qualitätsmanagement aus Mitarbeitersicht

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

Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen, Karlsruhe

Hintergrund

In der medizinischen Rehabilitation hat sich ein duales System von externer Qualitätssicherung und internem Qualitätsmanagement entwickelt, das in seinem Durchdringungsgrad im deutschen Gesundheitswesen beispielhaft ist. QM-Systeme können in Kliniken allerdings nur dann positive Wirkungen entfalten, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Hierzu gehört, dass sie von „innen heraus“, d. h. unter Beteiligung der Klinikmitarbeiter erarbeitet werden. Entscheidend ist, dass QM von Klinikleitung und Mitarbeitern täglich wirklich „gelebt“, d. h. im alltäglichen Handeln beachtet und umgesetzt werden muss (Schmidt et al., 2016).

Zur Erfassung der Implementierung von QM in Gesundheitseinrichtungen liegen Instrumente vor (vgl. Groene et al., 2013; Hammer et al., 2013), die überwiegend auf Einschätzungen von Führungspersonen und/oder bestimmten spezifischen Mitarbeitergruppen (z. B. QMBs; vgl. Rundel et al., 2010) basieren. Die Frage, wie das QM bei der gesamten Mitarbeiterschaft „ankommt“ und mit welchen Merkmalen diese Wahrnehmung in Beziehung steht, ist bislang wenig untersucht.

Methodik

Im Rahmen einer Mitarbeiterbefragung wurde mit einer 9 Items umfassenden Skala der Bereich QM thematisiert (vgl. Abb. 1). Alle Items waren als Feststellungen formuliert (5=trifft überhaupt nicht zu bis 1=trifft voll und ganz zu; 1=positive Einschätzung). Die Skala weist eine eindimensionale Struktur auf, die Reliabilität liegt bei 0.89 (Cronbachs α). Die Befragung wurde zwischen November 2015 und Februar 2016 in 13 Rehabilitationskliniken durchgeführt. Der verwendete Mitarbeiterfragebogen (MAFB) wurde zuvor in mehreren Erhebungen an über 2.500 Mitarbeitern vor allem in Rehabilitationskliniken eingesetzt und psychometrisch geprüft (Kriz et al., 2010). Er umfasst 14 Skalen (α =.62–.97), die z. B. Arbeitszufriedenheit, Organisation, Kommunikation, Führung oder Commitment erfassen (Kriz et al., 2013; vgl. Tabelle 1).

Stichprobe

In die Stichprobe gingen n=882 Mitarbeiter ein (Rücklaufquote: 48,5 %; Range Kliniken: 41,4 – 51,2 %). 28,9 % der Mitarbeiter kamen aus dem Bereich Therapie (Ergo-, Physio-, Gestaltungstherapie etc.), 21,7 % aus dem Bereich Technik/Wirtschaftsdienste, 19,7 % aus der Verwaltung, 17,2 % aus der Pflege und 12,5 % aus dem ärztlichen/psychologischen Dienst. Weitere Stichprobenmerkmale wurden aus Gründen der Anonymität nicht erhoben.

Ergebnisse

Abbildung 1 zeigt die Prozentanteile der Mitarbeiter, die den entsprechenden Items „voll“, „weitgehend“ oder „teilweise“ zugestimmt haben. Betrachtet man die zwei klar positiven Alternativen, so sind z. B. mehr als 70 % der Auffassung, dass Arbeitsleitlinien gewissenhaft umgesetzt werden oder ein Beschwerdemanagement installiert ist, aber nur knapp 40% sind der Meinung, dass Umstrukturierungen gut geplant sind oder dass die Kreativität der Mitarbeiter für Verbesserungen genutzt werden.

Tabelle 1 zeigt die Reliabilität der MAFB-Skalen sowie die Einzelkorrelationen und multiple Korrelation mit der QM-Skala. Die höchsten Einzelkorrelationen liegen um $r=.60$, die niedrigste bei $r=.21$ (alle $p<.001$). Die schrittweise durchgeführte Regressionsanalyse ergibt $R=.77$ bzw. $R^2_{adj}=.59$, wobei vor allem die beiden Commitment-Skalen sowie die Bewertung der Geschäftsleitung, der Mitarbeitervertretung, der internen Organisation sowie die Zukunftsorientierung einen inkrementellen Beitrag für die Vorhersage der Bewertung des QMs haben.

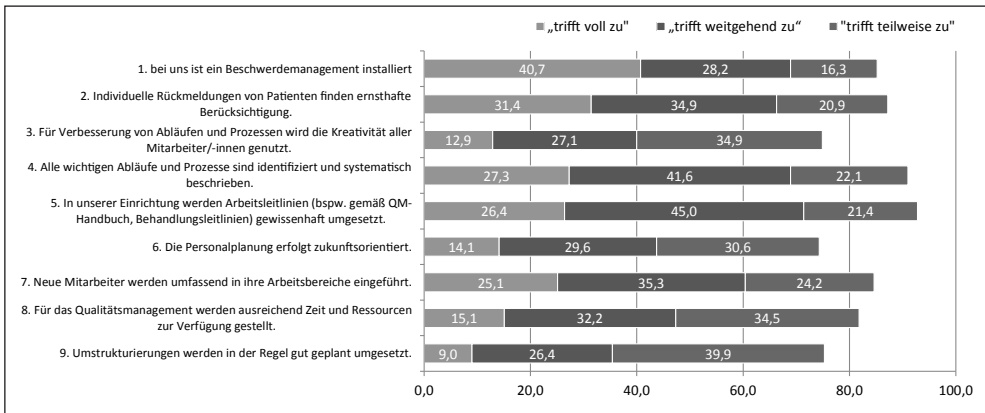


Abb. 1: QM-Skala Einzelitems – Zustimmung in Prozent

	Cronbachs α	n	rQuaSiMa	Schritt
Arbeitszufriedenheit	.85	863	.56	
Betriebsklima	.88	857	.47	
Interne Organisation	.89	864	.61	2
Kommunikation	.89	862	.55	
Vorgesetztenbewertung direkter Vorgesetzter	.97	856	.46	
Vorgesetztenbewertung Geschäftsleitung	.96	801	.61	4
Vorgesetztenbewertung Ärztliche Leitung	.96	710	.44	
Arbeitsbelastung	.81	857	.25	
Arbeitszeitorganisation	.62	843	.26	
Gesundheitszustand	.89	851	.21	
Mitarbeitervertretung	.96	663	.32	5
Commitment Klinik	.92	811	.58	6

	Cronbachs α	n	rQuaSiMa	Schritt
Commitment Träger	.95	611	.62	1
Zukunftsorientierung	.79	856	.61	3
Multiples R		509	.77	
R²adj			.59	

Tab. 1: Skalen des Mitarbeiterfragebogens MAFB, Reliabilität und Korrelationen mit der QM-Skala, schrittweise Regressionsanalyse (AV: QM-Skala), Multiples R

Diskussion

Die Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass aus der Sicht der Mitarbeiter vor allem Aspekte der Führung (v. a. Geschäftsleitung), der Bindung an Einrichtung und Träger (Commitment), der gemeinsamen Zusammenarbeit (Interne Organisation, Mitarbeitervertretung) sowie auch eine positive Zukunftsorientierung mit einem funktionierenden QM verbunden sind. Dies spricht dafür, die Mitarbeiter optimal in QM- bzw. Verbesserungsprozesse einzu-beziehen.

Literatur

- Groene, O., Botje, D., Sunol, R. et al. (2013): A systematic review of instruments that assess the implementation of hospital quality management systems. *International Journal for Quality in Health Care*, 25 (5). 525–541.
- Hammer, A., Arah, O.A., DerSarkissian, M. et al. (2013): The Relationship between Social Capital and Quality Management Systems in European Hospitals: A Quantitative Study. *PLoS ONE* 8 (12). e85662.
- Kriz, D., Nübling, R., Schmidt, J. (2013): Mitarbeiterbefragungen in Einrichtungen des Gesundheitswesens. In: Herbig, N., Poppelreuter, S., Thomann, S. (Hrsg.): *Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen*. Köln, TÜV-Verlag, 10222. 1–37.
- Kriz, D., Rieger, J., Steffanowski, A., Schmidt, J., Nübling, R. (2010): Psychometrische Analyse modularer Einheiten zur Erfassung verschiedener Aspekte von Mitarbeiterzufriedenheit. *DRV-Schriften*, Bd 88. 147–149.
- Rundel, M., Körner, M., Kohl, C.F.R. (2010): Die Bedeutung der Qualitätsmanagementbeauftragten für Aufbau und Weiterentwicklung der Qualitätsmanagementsysteme in Reha-bilitationskliniken. *DRV-Schriften*, Bd 88. 83–85.

Patientensicherheit und Sicherheitskultur in der medizinischen Rehabilitation – Eine Bestands- und Bedarfsanalyse

Körner, M. (1), Oswald, S. (2), Dinius, J. (1), Gaupp, R. (1), Bengel, J. (3)

(1) Medizinische Fakultät, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, (2) Lörrach

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

Hintergrund

Patientensicherheit stellt ein wichtiges nationales und internationales Gesundheitsziel dar und ist eine wesentliche Komponente einer qualitätsorientierten Patientenversorgung. Sie beruht auf einer Grundhaltung des kontinuierlichen organisationalen Lernens, wozu eine entsprechende Sicherheitskultur aufzubauen ist. Bisherige Untersuchungen zur Patientensicherheit und Sicherheitskultur konzentrieren sich insbesondere auf den akutstationären Bereich. Bislang existieren keine Daten zur Patientensicherheit, Sicherheitskultur sowie Maßnahmen zur Gewährleistung und/oder Verbesserung dieser Konstrukte in der medizinischen Rehabilitation. Ziel der vorliegenden Studie ist eine Bestands- sowie Bedarfsanalyse zur Sicherheitskultur und Patientensicherheit sowie möglicher Maßnahmen zu diesen beiden Aspekten in der ambulanten und stationären medizinischen Rehabilitation. Die Untersuchung wurde im Rahmen des Projektes „PITT – Patientensicherheit durch Interprofessionelles Teamtraining“ gefördert von der Robert Bosch Stiftung durchgeführt.

Methode

In einer Querschnittsstudie wurden 1.430 Qualitätsmanagementbeauftragte ambulanter und stationärer medizinischer Rehabilitationskliniken in Deutschland (Totalerhebung) postalisch sowie per Mail angeschrieben. Für die Befragung wurde ein Online Fragebogen eingesetzt, der aus standardisierten Skalen bereits validierter Instrumente und selbst entwickelten Fragen besteht. Die Sicherheitskultur wurde mit Skalen aus der deutschen Version des Hospital Survey on Patient Safety Culture (Manser, Pfeiffer, 2010) erhoben. Ein Item zur Beurteilung der Sicherheitskultur wurde dem Fragebogen zu Teamwork und Patientensicherheit (FTPS) entnommen (Salem et al., 2008). Der Bestand und Bedarf an Weiterbildungsmaßnahmen wurde mittels selbsterstellten Fragen erhoben. Die Datenauswertung erfolgte deskriptiv-explorativ.

Ergebnisse

Der Rücklauf betrug 15 % (N = 218). Der Gesamtdurchschnitt positiver Antworten der Sicherheitskultur lag bei 72 %. Die geringsten Ausprägungen wurden hierbei auf den Skalen Offenheit in der Kommunikation und Nicht-punitive Reaktion auf Fehler deutlich. Der Grad der Patientensicherheit wurde vom Großteil der Stichprobe als gut bewertet, wobei dieser in einem signifikant positiven Zusammenhang mit der Sicherheitskultur stand ($r = .42$, $p < .01$). Hohe Betten- und Mitarbeiterzahlen korrelierten signifikant positiv mit der Auftrenshäufigkeit unerwünschter Ereignisse ($p < .01$). Zudem korrelierten hohe Mitarbeiterzahlen signifikant negativ mit der Sicherheitskultur ($r = -.13$, $p < .05$). In ambulanten Einrichtungen zeigten sich signifikant höhere Ausprägungen von Indikatoren der Sicherheitskultur sowie Patientensicherheit im Vergleich zum stationären Setting ($p < .05$).

Die Mehrzahl der befragten QMBs erachten Weiterbildungsmaßnahmen als relevant (86 %) und äußerten auch Interesse daran (67 %). Zur Verbesserung der Patientensicherheit werden Maßnahmen der Kategorie Sicherheits- und Fehlerkultur (n=21 von 52 Nennungen, 40 %) und hier insbesondere offene Kommunikation, mehr Bewusstsein, Mithilfe und Sensibilisierung der Mitarbeiter gewünscht. An zweiter Stelle werden Weiterbildung zur Patientensicherheit (17 %) genannt und an dritter Stelle strukturelle Maßnahmen (12 %). Hinsichtlich geeigneter Lernformen für Weiterbildungsmaßnahmen gaben 52 % (n = 98) Teamtraining, 32 % (n = 61) Vortrag, 6 % (n = 12) E-Learning und 5 % (n = 9) Internetbasiertes Seminar (z. B. „Webinar“) an.

Diskussion

Die Ergebnisse deuten auf eine positive Einstellung der Befragten hinsichtlich der Sicherheitskultur und Patientensicherheit in der medizinischen Rehabilitation hin. Probleme zeigen sich in der Kommunikation und dem Umgang mit Fehlern, welche ggf. Weiterbildungsmaßnahmen (z. B. Teamtrainings) implizieren. Besondere Handlungsfelder werden im stationären Setting mit hohen Betten- und Mitarbeiterzahlen deutlich. Weiterbildungsmaßnahmen zum Thema Patientensicherheit werden als relevant eingestuft.

Schlussfolgerung und Ausblick

Der Handlungsbedarf entspricht den zentralen Konzepten eines Lernzielkataloges der Arbeitsgruppe „Bildung und Training“ des Aktionsbündnisses Patientensicherheit, welcher als Grundlage für die Aus-, Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen sämtlicher Berufe des deutschen Gesundheitswesens entwickelt wurde (APS, 2014). Zur Entwicklung des Trainings werden die Bedürfnisse der Mitarbeiter medizinischer Rehabilitationseinrichtungen in Bezug auf die Patientensicherheit derzeit noch in Fokusgruppen erhoben.

Förderung: Robert Bosch Stiftung

Literatur

- Manser, T., Pfeiffer, Y. (2010): Development of the German version of the hospital survey on patient safety culture: Dimensionality and psychometric properties. *Safety Science*, 48 (10). 1452–1462.
- Salem, I., Renner, W., Schwarz, N. (2008): Der Fragebogen zu Teamwork und Patientensicherheit – FTPS. *Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 70. 70–76.
- Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) (2014): Wege zur Patientensicherheit – Lernzielkatalog für Kompetenzen in der Patientensicherheit. URL: <http://www.apsev.de/arbeitsgruppen/uebersicht/>. Abruf: 28.10.2016.

Testung und Kalibrierung eines Fragebogensets zur späteren web-basierten Erfassung von Rehabilitationsbedarf bei Versicherten der Deutschen Rentenversicherung (Online-Rehabbedarfstest OREST)

Mittag, O. (1), Brendel, L. (1), Schlöffel, M. (1), Kampling, H. (1), Pollmann, H. (2)

(1) Universitätsklinikum Freiburg, (2) Klinik Niederrhein, Bad Neuenahr-Ahrweiler

Ziel der Studie

Medizinische Rehabilitation ist in Deutschland eine Antragsleistung des Versicherten; ein proaktives Suchen nach möglichem ungedeckten Rehabbedarf seitens der Träger findet nicht statt. Im Rahmen eines Forschungsprojekts soll ein web-basierter Test auf Rehabilitationsbedarf erprobt werden. Da die vorgesehenen Instrumente bislang noch nie gemeinsam erprobt wurden, wurden sie zunächst in Hinblick auf ihre Messeigenschaften erprobt (Förderung: DRV Rheinland und DRV Baden-Württemberg).

Methodik

Der Work Ability Index (WAI) zur Messung der Arbeitsfähigkeit und der Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe (IMET) wurden als paper-pencil-Version einer Stichprobe von 400 Versicherten der Deutschen Rentenversicherung Rheinland sowie einer Gelegenheitsstichprobe von 211 Rehabilitanden aus vier Rehakliniken vorgegeben.

Ergebnisse

Der Rücklauf bei der Versichertenstichprobe betrug 18 Prozent. Sowohl die Versicherten, die den Fragebogen ausgefüllt und zurückgeschickt haben, als auch die Rehabilitanden, die an der Studie teilgenommen haben, sind in beiden Bereichen (Arbeitsfähigkeit und Teilhabe) im Vergleich zur Gesamtbevölkerung hoch belastet. Im WAI weisen nur 35 Prozent der Versicherten und 6 Prozent der Rehabilitanden eine „gute bzw. sehr gute“ Arbeitsfähigkeit an; bei 43 bzw. 67 Prozent ist die Arbeitsfähigkeit „kritisch“. Je nach Cut-off-Wert weisen 41 Prozent (Versicherte) bis 66 Prozent (Rehabilitanden) der Befragten deutliche Einschränkungen der Teilhabe auf.

Schlussfolgerungen

Die Übereinstimmung der Ergebnisse von WAI und IMT sind sehr hoch. Der WAI zeigt dabei eine höhere Spezifität bezüglich des Kriteriums „Rehabilitandenstatus“. In dem späteren web-basierten Test sollen trotzdem beide Instrumente eingesetzt werden. Ein Grund dafür ist, dass die selbstbestimmte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, das wesentlich mehr als nur die Arbeitsfähigkeit umfasst, als oberstes Ziel in dem einschlägigen Sozialgesetz festgeschrieben ist.

Entwicklung und Erprobung einer Checkliste für das Peer-Review-Verfahren der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung

*Szczotkowski, D. (1), Nolting, H. (2), Gruner, A. (3), Kübke, R. (4),
Haase, T. (5), Kohlmann, T. (1)*

- (1) Institut für Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald,
- (2) Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe, Mannheim,
- (3) Krankenhaus Herzogin Elisabeth Hospital, Braunschweig,
- (4) Gemeinsame BG-Kommission der unfallchirurgisch-orthopädischen Berufsverbände, Berlin, (5) Bundesverband der Durchgangsärzte e. V., Berlin

Hintergrund

Der Durchgangsarztbericht (D-Bericht) ist der Ausgangspunkt für die Steuerung des Heilverfahrens in der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) und wird vom D-Arzt unverzüglich nach Behandlung eines Arbeitsunfallverletzten erstattet. Mit den Angaben prüft der Unfallversicherungsträger (UV-Träger), ob die Voraussetzungen für eine Bewilligung von Leistungen der Rehabilitation erfüllt sind (Spier et al., 2011). Die Erstellung eines D-Berichtes ist daher mit besonderen Anforderungen verbunden. In bisherigen stichprobenhaften Qualitätsüberprüfungen zeigte sich, dass D-Berichte häufig Fehler aufwiesen (Kübke et al., 2000). Mit der Entwicklung und Erprobung einer Checkliste zur Begutachtung von D-Berichten soll die Berichtsqualität systematisch evaluiert werden.

Methodik

Eine Expertengruppe aus D-Ärzten und Verwaltungsmitarbeitern begleitete das Projekt. In mehreren Arbeitstreffen wurden qualitätsrelevante Prüfkriterien und inhaltliche Relevanz der im D-Bericht enthaltenen Informationen für das Verfahren diskutiert. Die so zusammengestellte erste Version der Checkliste wurde innerhalb der Expertengruppe in mehreren Zwischenschritten webbasiert (via „LimeSurvey“) getestet und weiterentwickelt. Zur Bestimmung der prozentualen Beurteilerübereinstimmung bewerteten in einer Pilotstudie D-Ärzte aus einem Landesverband der DGUV mithilfe der Checkliste je zwei von insgesamt vier unterschiedlichen D-Berichten. Abschließend wurde die Checkliste unter Realbedingungen und Beteiligung von 16 Peers (12 D-Ärzte, 4 Verwaltungsmitarbeiter) unter Verwendung einer eigens für das Verfahren entwickelten Webanwendung erprobt. Begutachtet wurden nur D-Berichte aus besonderer ambulanter Heilbehandlung.

Ergebnisse

Aufbau und Struktur der Checkliste

Die Checkliste enthält insgesamt acht qualitätsrelevante Checklistenfragen mit dichotomem Antwortformat (Ja/Nein) (Tab. 1). Durch eine optionale Checklistenfrage im Bereich der Röntgendiagnostik können je D-Bericht maximal sieben Mängel festgestellt werden. Bei fünf Checklistenfragen ist es im Falle eines festgestellten Mangels möglich, auf einer Skala dessen Relevanz für die Qualität des Berichtes einzuschätzen (1=geringe, 10=sehr starke Relevanz). Die Begutachtung endet mit der Benotung der Gesamtqualität des D-Berichts.

richtes durch eine stufenweise gestaffelte Wortbewertung („sehr gut“ bis „ungenügend“). Um bei Beantwortung der Checklistenfragen eine ausreichende Informationsgrundlage zu gewährleisten, werden neutrale Hintergrundinformationen (Unfallzeitpunkt, Arbeitszeiten des Versicherten etc.) zur Verfügung gestellt.

Angaben aus dem D-Bericht	Checklistenfrage (Antwortformat)	Relevanzeinschätzung (1–10)
Unfallort, Unfallhergang und Tätigkeit des Versicherten zum Unfallzeitpunkt	„Sind die Angaben Ihrer Meinung nach vollständig?“ (Ja/Nein)	
	„Spricht zum jetzigen Zeitpunkt etwas gegen die Annahme eines Arbeitsunfalls?“ (Ja/Nein)	X
Befund	„Sind die für diesen Verletzungsmechanismus relevanten diagnostischen Maßnahmen und deren Ergebnisse dokumentiert worden?“ (Ja/Nein)	X
Röntgendiagnostik	„Ist die Röntgenentscheidung schlüssig?“ (Ja/Nein)	
	„Ist das beschriebene Röntgenergebnis ausreichend und vollständig?“ (Ja/Nein) *	X
Erstdiagnose	„Folgt die beschriebene Erstdiagnose schlüssig aus der Beschreibung des Unfallhergangs und des Befunds?“ (Ja/Nein)	X
Erstversorgung	„Sind die beschriebenen Maßnahmen die schlüssige Folge des Unfallhergangs und des Befunds?“ (Ja/Nein)	X
Heilbehandlung	„Erscheint die Einleitung der besonderen Heilbehandlung schlüssig?“ (Ja/Nein)	

Anm.: Diese Checklistenfrage erscheint nur, wenn eine Röntgendiagnostik durchgeführt wurde und die Entscheidung als schlüssig eingeschätzt wurde.

Tab. 1: Aufbau und Struktur der Checkliste.

Beurteilerübereinstimmung

An der Pilotstudie beteiligten sich 105 D-Ärzte mit 207 Begutachtungen. Die mittlere prozentuale Beurteilerübereinstimmung erreichte bei allen Dimensionen Werte über 50 %, bei drei Dimensionen mindestens 70 %.

Erprobung der Checkliste unter Realbedingungen

Bei der Erprobung sind insgesamt 474 D-Berichte (hiervon 367 D-Berichte durch die D-Ärzte und 107 D-Berichte durch die Verwaltungsmitarbeiter) begutachtet worden. Im Mittel wurden $1,7 \pm 1,5$ Mängel festgestellt (D-Ärzte: $1,7 \pm 1,5$; Verwaltung: $1,8 \pm 1,5$; $p=0,352$), deren Relevanz durchschnittlich $5,0 \pm 2,0$ Punkte betrug (D-Ärzte: $5,2 \pm 2,0$; Verwaltung: $4,6 \pm 1,8$; $p<0,05$). Die durchschnittliche Berichtsnote lag bei $2,6 \pm 1,1$ (D-Ärzte: $2,6 \pm 1,2$; Verwaltung: $2,9 \pm 1,0$; $p<0,01$).

Diskussion und Schlussfolgerungen

Mit der unter Mitwirkung verschiedener Experten erarbeiteten und in mehreren Schritten erprobten Checkliste liegt ein aussagekräftiges und im Rahmen eines Peer-Feedbacks als sehr praktikabel beschriebenes Instrument zur systematischen Beurteilung der Qualität von D-Berichten vor, dessen einfach zu interpretierende Kennzahlen für die interne Qualitätssicherung verwendet werden können.

Bei der bundesweiten Implementierung des Peer-Review-Verfahrens in das Qualitätssicherungsverfahren der DGUV werden zunächst nur D-Ärzte als Peers eingesetzt. Hierbei findet nun das gesamte Versicherungsspektrum (also auch Schulunfälle) Berücksichtigung. In diesem Kontext werden auch spezielle Hilfen zur Verbesserung der Beurteilerübereinstimmung (Übungsberichte, Manual, Online-„Hilfe“-Funktion, Ergänzungsberichte bei Kopf- und Knieverletzungen sowie Verbrennungen) bereitgestellt. Mit den dort erhobenen Daten können weitere Untersuchungen zur methodischen Qualität des Peer-Review-Verfahrens durchgeführt werden.

Förderung: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung

Literatur

- Kübke, R., Südkamp, N., Grotz, J., Krüger, L. (2000): Projektstudie zur Steuerung und Überwachung des Heilverfahrens. Erste klinische Ergebnisse. *Trauma Berufskrankh* 2; Suppl 3. 360–363.
- Spier, R., Leuftink, D., Japtok, H.-J. (2011): *Arzt und BG*, 5. Aufl., Kepnerdruck, Eppingen.

Die Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Entlassungsbericht: Anforderungen und Optimierungspotenziale aus Sicht der Nutzer

*Hermes, S. (1), Dibbelt, S. (1), Greitemann, B. (2), Hesse, B. (3),
Körner, M. (3), Schaidhammer, M. (1)*

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

Hintergrund

Die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung ist zentrales Element des Reha-Entlassungsberichtes (DRV, 2014) und hat Einfluss auf Entscheidungen über die weitere erwerbsbezogene Zukunft des Rehabilitanden. Von besonderem Interesse ist dabei die Verwertbarkeit der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung im Entlassungsbericht für Angehörige von Berufsgruppen, die nach der Rehabilitation den Entlassungsbericht als Informationsquelle für medizinische und juristische Entscheidungen heranziehen (Nutzer). Schon früher wurden Versuche unternommen, die Einheitlichkeit der Qualität (indikationsspezifisch) zu erhöhen (Gebauer et al., 2006). Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse aus dem Projekt SOLEB (Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung in der medizinischen Rehabilitation: Entwicklung einer Handlungshilfe für die Praxis) sollen die Anforderungen und Optimierungspotenziale aus Sicht der Nutzer als ersten Schritt für die Erstellung einer indikationsübergreifenden Handlungshilfe darstellen.

Methodik

Zur Erfassung der Anforderungen an die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Entlassungsbericht aus der medizinischen Reha und des Optimierungsbedarfs aus Sicht der Nutzer wurden leitfadengestützte strukturierte Interviews mit drei Mitarbeitern des bera-

tungsärztlichen Dienstes der DRV Bund, drei Mitarbeitern des beratungsärztlichen Dienstes der DRV Westfalen, zwei ärztlichen Mitarbeitern des medizinischen Dienstes der Krankenkasse, einem Arzt des Medizinischen Dienstes der Agentur für Arbeit, zwei Sozialrichtern, zwei Referenten der Reha-Abteilung der DRV Westfalen, zwei Referenten der Leistungsabteilung der DRV Westfalen, einem internen ärztlichen Gutachter DRV Westfalen und mit einem externer Gutachter (Neuropsychologie, Schwerpunkt Beschwerdewaldung) durchgeführt. Die Auswertung der Transkripte erfolgte nach Methoden der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010). Dabei wurden sowohl die Kernaussagen der jeweiligen Nutzer extrahiert und zu Kategorien zusammengefasst (Tätigkeitsfelder, Kriterien der Nachvollziehbarkeit, Signifikanzevaluation der jeweiligen Informationen, typische Fehler) als auch Beispiele zur Verdeutlichung positiver oder negativer Praxis erhoben und expliziert.

Ergebnisse

Deutlich wurde über alle Nutzergruppen hinweg sowohl die Forderung nach einer konsistenten und aus den Darstellungen im Reha-Entlassungsbericht nachvollziehbaren Leistungsbeurteilung als auch die Forderung nach einer fachgerechten Verwendung der sozialmedizinisch definierten Begriffe. Einzelne Nutzergruppen stellen bedarfsbezogen weitere Anforderungen; der Medizinische Dienst der Krankenkasse beispielsweise legt Wert auf die Darstellung der exakten Anforderungen in der beruflichen Tätigkeit. Dementgegen betonen Sozialrichter die Bedeutung der Neutralität, Reliabilität und Validität der Leistungsbeurteilung. Als weiteres Beispiel stellt der beratungsärztliche Dienst der Deutschen Rentenversicherung die Beschreibung der Funktionseinschränkungen (analog ICF) als diagnostische Information heraus, die über die medizinische Diagnose hinaus geht.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Es können klare Anforderungen der Nutzergruppen identifiziert werden. Daraus lassen sich Hinweise für die Darstellung der Leistungsbeurteilung und dem zugrunde liegenden Vorgehen ableiten. Teilweise bestehen Diskrepanzen zwischen den Anforderungen der Nutzergruppen (bspw. MDK) und den Vorgaben der Deutschen Rentenversicherung. Daraus ergibt sich Diskussionsbedarf zwischen den medizinischen Diensten.

Die Darstellung der Leistungsbeurteilung sollte so gestaltet werden, dass verschiedene Nutzergruppen die für sie relevanten Informationen finden und gemäß ihrer Anforderungen bedarfsgerecht verwenden können. Hierfür kann die geplante Handlungsempfehlung hilfreich sein, die Beispiele guter Praxis abbildet und die nutzergruppenspezifischen Anforderungen erläutert.

Förderung: Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung Norderney e.V.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (2014): Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung.
Gebauer, D., Daalman, H., Hopke, F., Kasproski, D., Lausch, H. L., Lux, A., Schlicht, F., Schöttler, M., Struck, M.J., Tittor, W. (2006): Zur einheitlichen sozialmedizinischen Beur-

teilung der Leistungsfähigkeit in der orthopädischen Rehabilitation. Die Rehabilitation, 45. 345–353.

Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlage und Techniken. 11. Aufl. Weinheim: Beltz.

Häufigkeit Multiresistenter Erreger in der Rehabilitationsmedizin (HAMER-Studie)

*Kiefer-Trendelenburg, T. (1), Völler, H. (1), Nothroff, J. (2), Schikora, M. (3),
Bartels-Reinisch, B. (4), Heyne, K. (1), Däschlein, G. (5)*

(1) Klinik am See, Rüdersdorf, (2) MediClin Reha-Zentrum Spreewald, Burg,
(3) Brandenburgklinik, Bernau, (4) Immanuel Klinik Märkische Schweiz, Buckow,
(5) Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald

Hintergrund/Stand der Literatur/Zweck der Untersuchung

Die Prävalenz von Patienten mit Besiedelung durch multiresistente Erreger (MRE) in onkologischen bzw. kardiologischen Rehabilitationskliniken ist bisher nicht ausreichend untersucht. Belastbare Daten insbesondere für multiresistente gramnegative Stäbchenbakterien (MRGN), gibt es nur für die neurologische Frührehabilitation, die jedoch einen Sonderfall darstellt (z. B. beatmete Patienten) und deren Prävalenzdaten und Hygienekonzepte daher nicht auf andere Reha-Einrichtungen übertragen werden können. Daher war es das Ziel der vorliegenden Untersuchung, die Prävalenz MRE bei kardiologischen und insbesondere onkologischen, zum Teil immunsupprimierten Rehabilitanden zu ermitteln.

Studiendesign und Methoden

Es handelte sich um eine prospektive, multizentrische Querschnitterhebung zur Erfassung einer Punktprävalenz MRE in Rehabilitationseinrichtungen (kardiologisch und onkologisch) in Brandenburg. Dazu wurden Abstriche von Nase, Rachen und ggf. von Wunden sowie Urin- und Stuhlproben von 157 kardiologischen und 155 onkologischen Rehabilitanden untersucht. Die Rekrutierungsphase war vom 15.08.15–15.03.16. Die Abstriche wurden nach den Empfehlungen der Fachgesellschaften (Hygiene und Mikrobiologie) durchgeführt und ausgewertet.

Ergebnisse

Bei 4,8 % aller Patienten wurde mindestens in einer Probe ein Erreger mit besonderer Resistenz nachgewiesen. Davon waren 9 onkologische und 6 kardiologische Rehabilitanden. Somit war bei 5,8 % der onkologischen und 3,8 % der kardiologischen Rehabilitationspatienten eine Besiedelung mit multiresistenten Erregern an mindestens einer Körperstelle nachweisbar. Am häufigsten wurden „2-fach multiresistente gramnegative Stäbchenbakterien“ (2-MRGN, 8 Patienten (2,6 %) 10 Keimnachweise) und „extended Spectrum β -Lactamase bildende Bakterien“ (ESBL, 8 Patienten (2,9 %), 10 Keimnachweise) nachgewiesen. Bei 5 Patienten (1,3 %) fanden sich 3-MRGN (6 Keimnachweise) und in keinem Fall 4-MRGN. Bei 3 Patienten (1,0 %) konnten 4 verschiedene Bakterienstämme isoliert werden, die sowohl als 3-MRGN als auch als ESBL identifiziert wurden. Bei je einem Patienten (0,3 %) konnten ein „Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus“ (MRSA) bzw. ein Pathogen mit Resistenz gegen 3 Antibiotikagruppen als Besiedlungskeime ange-

züchtet werden. 6 der 9 Patienten mit ESBL (66,7 %) und 4 der 5 (80 %) Patienten mit 3-MRGN waren onkologische Rehabilitanden. Für eine Analyse potentieller Risikofaktoren (Geschlecht, Alter, Art der Reha (onkologisch oder kardiologisch), Länge und Art der Vorbehandlung (Gabe von Antibiotika, Krankenhaus- und Intensivstationsaufenthalt), Komorbiditäten und Gesundheitsstatus) war die Studie statistisch nicht angelegt gewesen. Erstaunlicherweise zeigte sich allerdings eine signifikante Korrelation zwischen der Einnahme von Antibiotika (innerhalb der letzten 12 Monate vor Reha-Beginn) und dem Auftreten von 3-MRGN ($p=0,04$).

Diskussion

Unsere Daten zeigen eine insgesamt geringe Prävalenz von MRE in den untersuchten Reha-Einrichtungen. Tendenziell sind Patienten der onkologischen im Vergleich zu kardiologischen Rehabilitanden insgesamt häufiger und mit resistenteren Keimen besiedelt. Allerdings sind die Unterschiede wohl auf Grund der geringen Anzahl der positiven Ereignisse statistisch nicht signifikant. Die geringe Prävalenz weist darauf hin, dass bei als gesichert geltendem Kontaktisiko der Rehabilitanden mit derartigen Erregern in der Akutmedizin offensichtlich eine effektive präventive Absicherung der Schnittstellen zwischen den Rehakliniken und der vorgeschalteten Akutversorgung gewährleistet ist. Die erfreulich geringe Prävalenz von MRE in den hier untersuchten Disziplinen (Kardiologie, Onkologie inkl. mitunter stark immunsupprimierter Patienten) wird im Übrigen von einer zwischenzeitlich von Heudorf et al. publizierten Arbeit bestätigt (Heudorf et al., 2015).

Schlussfolgerung, Umsetzung und Ausblick

Erfreulicherweise sind die von uns festgestellten Häufigkeiten multiresistenter Erreger sowohl in der kardiologischen als auch in der onkologischen Reha unerwartet gering. Die Tatsache, dass die Besiedelung der meisten Patienten erst während des Reha-Aufenthaltes entdeckt wurde, unterstreicht die Notwendigkeit weiterer Studien, die zwischen nosokomialen und ambulant erworbenen, was z. B. über Lebensmittel oder Umweltkontakte (Fäkalien, Schwimmbäder, Tierkontakte) nicht ungewöhnlich wäre, differenzieren. Nur so können potentielle Verbreitungswege möglichst effektiv untersucht werden. Erst bei Kenntnis der konkreten Transmissionswege und ihrer Entstehungsbedingungen lassen sich verlässliche Risikobewertungen und entsprechend geeignete Maßnahmen optimieren.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

Heudorf, U. et al. (2015): Multiresistente Erreger in Rehabilitationseinrichtungen, Die Rehabilitation; 54. 339–345.

Ärztliche und psychologische Validierung

Stevens, A.

Universität Tübingen

Für die Zwecke der Rehabilitation als auch der Rentenbegutachtung werden routinemäßig Berichte von Behandlern beigezogen, sowohl seitens der DRV als auch seitens der Sozialgerichte. Sehr häufig sind die Beurteilungen der Gutachter wie auch der Behandler untereinander sehr heterogen. In Sozialgerichtsakten stößt man auf Gutachten mit einander widersprechenden Beurteilungen. Nachfolgend wird eine Analyse der Ursachen dieser Situation und ein Vergleich der Methodik vorgelegt. Ein zentrales Thema ist die Validierung von Beschwerden und Befunden. Die zu Gebote stehenden ärztlichen und psychologischen Methoden sowie statistische Verfahren zur Verknüpfung der Feststellungen werden vorgestellt.

Literatur

Young, G. Malingering, Feigning, and Response Bias in Psychiatric/Psychological Injury. Implications for Practice and Court. Springer 2014.

Ein Ampelsystem in der Beschwerdvalidierung. Geht das? Der BEVA und der SFSS in der psychiatrischen Begutachtung

Kobelt, A. (1), Walter, F. (2), Geissler, N. (1), Lid, N. (1), Petermann, F. (2)

(1) Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, Laatzen,
(2) Universität Bremen

Einleitung

Die Validierung von Diagnosen und ihrer Krankheitsfolgen sind vor dem Hintergrund eines hohen Anteils von Antwortverzerrungen bei Begutachtungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen, die eine Rente wegen voller Erwerbsminderung beantragen, notwendig (Walter et al., 2016; Kaminski et al., 2015). Gleichzeitig ist der Nachweis von verzerrtem Antwortverhalten diagnostisch schwer zu führen, weil die verwendeten Instrumente entweder eine zu geringe Spezifität haben (SFSS) oder aus verwandten Fachgebieten wie der Neuropsychologie stammen, mit denen sich zwar die Anstrengungsbereitschaft und kognitive Fähigkeiten messen lassen, jedoch für ihre Einsetzbarkeit für psychiatrische Gutachterfragen kritisch gesehen werden (Schmidt et al., 2011). Mit dem BEVA liegt ein Verfahren mit einer hohen Spezifität und einer mittleren Sensitivität für die Validierung von depressiven und Schmerzkrankungen in der psychiatrischen Begutachtung vor (Walter et al., 2016). In einer Untersuchung an Rehabilitanden mit psychischen Erkrankun-

gen zeigten BEVA und SFSS gleichermaßen signifikante negative Korrelationen mit der subjektiven Erwerbsprognose und der Arbeitsmotivation.

Fragestellung

Kann der BEVA als Ergänzung zum SFSS zur Verbesserung der Beschwerdenuvalidierung bei der Begutachtung von Menschen mit psychischen Erkrankungen beitragen?

Methodik

100 Personen, die einen Antrag auf Berentung wegen einer psychischen Erkrankung gestellt hatten und begutachtet werden sollten, füllten den SFSS und den BEVA aus. Die Hälfte der Stichprobe wurde einer weiteren neuropsychologischen Testung mit dem Word Memory Test und einem Untertest des Sapphire unterzogen. Der Gutachter sollte nach der Begutachtung angeben, für wie glaubwürdig er die Beschwerdenschilderung des Antragstellers hält. Neben dem Anteil der Antragsteller mit verzerrtem Antwortverhalten wurden Korrelationen zwischen den einzelnen Verfahren berechnet und die Sensitivität und Spezifität des BEVA bestimmt.

Ergebnisse

58 % der untersuchten Personen waren Frauen, das Durchschnittsalter betrug 50 Jahre (+ 7), 43 % litten unter depressiven Erkrankungen. Im SFSS zeigte sich bei 61 % ein auffälliges Antwortverhalten, im BEVA 31 %. Die Korrelation zwischen SFSS und BEVA betrug .8. Die Sensitivität des BEVA lag mit .48 (Außenkriterium SFSS), .38 (Außenkriterium Gutachter) bzw. .44 (Außenkriterium WMT) im mittleren Bereich. Dafür wies der BEVA eine sehr hohe Spezifität zwischen .97 (SFSS), 0.75 (Gutachter) und .81 (WMT) auf.

Diskussion

Die Ergebnisse unterstützen den kombinierten Einsatz des SFSS, der eine hohe Sensitivität und eine mittlere Spezifität aufweist, mit dem BEVA, der sich durch seine hohe Spezifität auszeichnet, in der Beschwerdenuvalidierung. Gerade niedergelassene Gutachter können keinen hohen neuropsychologischen Testaufwand betreiben. Die Kombination von SFSS und BEVA erlaubt, die Testergebnisse zuverlässig als „nicht verzerrt“ (grün, kein Test ist auffällig), „auffällig“ (gelb, SFSS ist positiv, BEVA negativ) und „deutliche Antwortverzerrung“ (rot, SFSS ist positiv, BEVA ist positiv) zu werten.

Schlussfolgerung

Der Gutachter kann auf der Basis des Testergebnisses die Aussagen des Probanden klinisch bewerten und einordnen, wobei die kritische Auseinandersetzung mit dem klinisch-psychiatrischen Befund unter Berücksichtigung des Testergebnisses die Nachvollziehbarkeit der Einschätzung des Leistungsvermögens auch juristisch unterstützen kann.

Interessenskonflikte: Der Autor A. Kobelt ist Mitarbeiter der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover.

Literatur

- Kaminski, A., Bassler, M., Pfeiffer, W., Petermann, F., Kobelt, A. (2016): Wie valide ist die Diagnostik in der psychosomatischen Rehabilitation? ZPPP, 64. 181–186.
- Schmidt, T., Lanquillon, S., Ullmann, U. (2011): Kontroverse z. B. schwerdennvalidierungsverfahren bei Begutachtung psychischer Störungen. Forens Psychiatr Psychol Kriminol, 5. 177–183.
- Walter, F., Petermann, F., Kobelt, A. (2016): Erfassung von negativen Antwortverzerrungen – Entwicklung und Validierung des Beschwerdennvalidierungstests BEVA. Die Rehabilitation, 55. 182–190.

Beschwerdennvalidierung in der psychosomatischen Rehabilitation: Eine Validierungsstudie des SFSS in der klinischen Praxis

Gutermann, D. (1, 2), Pfeiffer, W. (2), Bassler, M. (2)

(1) Jacobs University Bremen, (2) Rehazentrum Oberharz, Clausthal-Zellerfeld

Hintergrund

Im Rahmen von Begutachtungen psychischer Erkrankungen kann es durch Aggravation bzw. Ausweitung von Symptomen seitens der Patienten zu negativen Verzerrungen in der Darstellung des Beschwerdebildes kommen (Walter et al., 2012). Aus diesem Grund gewinnen Verfahren der Beschwerdennvalidierung an Bedeutung (Wiedmaier, 2011) und werden vermehrt in der sozialmedizinischen Begutachtung eingesetzt (Walter et al., 2012). Der strukturierte Fragebogen simulierter Symptome (SFSS; Cima et al., 2003) stellt das bisher in Deutschland am häufigsten eingesetzte Verfahren dar. Das Screeningverfahren erfasst negative Antworttendenzen anhand von 75 dichotomen, teils ungewöhnlich formulierten Items, die zu fünf Skalen zusammengefasst werden können. Bisher gibt es wenige Erkenntnisse in der praktischen Anwendung des SFSS in der sozialmedizinischen Beurteilung (Walter et al., 2016). Die vorliegende Studie fokussiert daher auf die Validierung des SFSS in der klinischen Praxis.

Studiendesign und Methode

Analysiert wurde eine Stichprobe von $n = 3.215$ Patienten, die zu Beginn ihrer Rehabilitationsbehandlung eine testpsychologische Basisuntersuchung durchlief. Ergänzend wurden diese patientenseitigen Daten mit den Beurteilungen der behandelnden Bezugstherapeuten gematcht. Des Weiteren wurden die Daten des SFSS mit relevanten anderen Testskalen zweier Sub-Stichproben zusammengeführt. Die Patienten dieser Stichproben durchliefen (a) ($n = 520$) zusätzlich zur testpsychologischen Basisuntersuchung eine kognitive Leistungstestung sowie (b) ($n = 83$) bearbeiteten das Verhaltens- und Erlebnisinventar (VEI). Die Überprüfung der Gütekriterien erfolgte anhand von Item-, und Reliabilitätsanalysen. Zudem wurde die Validität anhand von relevanten Außenkriterien untersucht.

Ergebnisse

Der SFSS zeigt in der untersuchten Stichprobe eine gute interne Konsistenz (Cronbachs $\alpha = ,89$). 35,8 % ($n = 1.297$) der Patienten wiesen ein verzerrtes Antwortverhalten auf (SFSS > 16). Anhand der Sub-Stichproben konnte zudem gezeigt werden, dass der SFSS signifikante Zusammenhänge mit den Validitätsskalen des VEI ($r = ,45$ $p < ,001$), dem WMT ($r = ,33$ $p < ,001$) und dem klinischen Urteil ($r = ,38$ $p < ,001$) aufweist. Hinsichtlich der Therapeuteinschätzung zeigen sich signifikante Zusammenhänge hinsichtlich der Zugänglichkeit für psychotherapeutische Interventionen ($r = ,25$ $p < ,001$), hinsichtlich des Vorliegens motivationaler Barrieren für Psychotherapie ($r = ,28$ $p < ,001$) und dem Vorliegen eines Rentenbegehrens ($r = ,35$ $p < ,001$). Der SFSS korrelierte zudem mit der Einschätzung des Therapeuten, ob sich die Behandlung für den Patienten gelohnt hat ($r = ,26$ $p < ,001$).

Diskussion und Ausblick

Durch die aufgezeigten Zusammenhänge relevanter anderer Validitätsskalen unabhängiger Messungen konnte die konvergente Validität des SFSS bestätigt werden. Gleichzeitig wird anhand von unabhängigen Messungen des Therapeutenurteils deutlich, dass Patienten mit negativer Antwortverzerrung tendenziell auch eine kritische Therapiemotivation und vermehrt Rentenbegehren aufweisen.

Literatur

- Cima, M., Hollnack, S., Kremer, K., Knauer, E., & Merckelbach, H. (2003): The German version of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology „Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome“: Die deutsche Version des“ Structured Inventory of Malingered Symptomatology: SIMS“. *Nervenarzt*, 74. 977–986.
- Walter, F., Petermann, F., Kobelt, A. (2012): Beschwerdenuvalidierung: ein aktueller Überblick. *Die Rehabilitation*, 51 (05). 342–348.
- Walter, F., Petermann, F., Kobelt, A. (2016): Erfassung von negativen Antwortverzerrungen – Entwicklung und Validierung des Beschwerdenuvalidierungstests BEVA. *Die Rehabilitation*, 55 (03). 182–190.
- Wiedmaier, P. (2011): Schätzung von Normalbefunden für drei Beschwerdenuvalidierungstests: Der Morel Emotional Numbing Test (MENT), der Strukturierte Fragebogen Simulierter Symptome (SFSS) und die List of Improbable Problems (LIMP). Deutschland: Dr. Müller.

Wirkspiegelbestimmungen von Psychopharmaka im Rentenantragsverfahren

Geissler, N., Lid, N., Kobelt, A.

Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, Laatzen

Hintergrund

Im Rentenverfahren werden zunehmend therapieresistente psychische Störungen geltend gemacht. Für die gängigen Medikamente sind Wirkspiegel bekannt mit signifikantem Therapieansprechen und sind in der Consensus Guideline aufgelistet (Oeljeschläger, 2004; Baumann, 2004; Hiemke, 2011). Entsprechend der S3-Leitlinie unipolare Depression (2015) sollte nach 3–4 Wochen bei ausbleibender Besserung die Wirkspiegelüberprüfung erfolgen. Die Begutachtungsleitlinie der Deutschen Rentenversicherung für psychische Störungen empfiehlt im Einzelfall die Blutspiegelbestimmung. Roesner (2005) fand bei der Begutachtung von Depressionen im Rentenverfahren nur bei 6 von 21 Probanden wirksame Medikamentenspiegel.

Methodik

In der Untersuchungsstelle Hannover wurden von August 2014 bis August 2016 die gelisteten Psychopharmaka bei allen Renten Antragstellern bestimmt, die trotz mitgeteilter regelmäßiger Einnahme therapierefraktäre Beeinträchtigungen geltend machten.

Ergebnisse

Von 610 Probanden war nur bei 157 eine wirksame Medikamentenkonzentration feststellbar.

Lediglich in der Gruppe F20–29 (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen) lagen 57 % der Probanden im Wirkungsbereich.

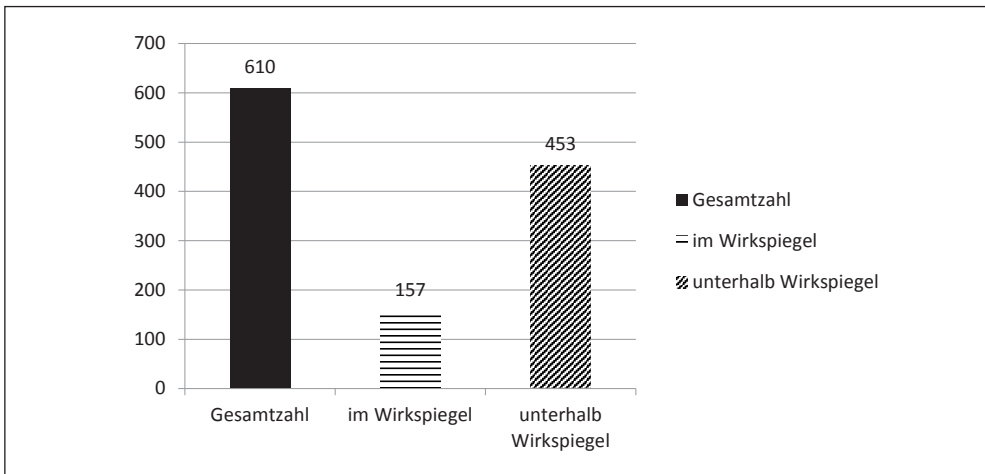


Abb. 1: Medikamentenkonzentration bei den Probanden

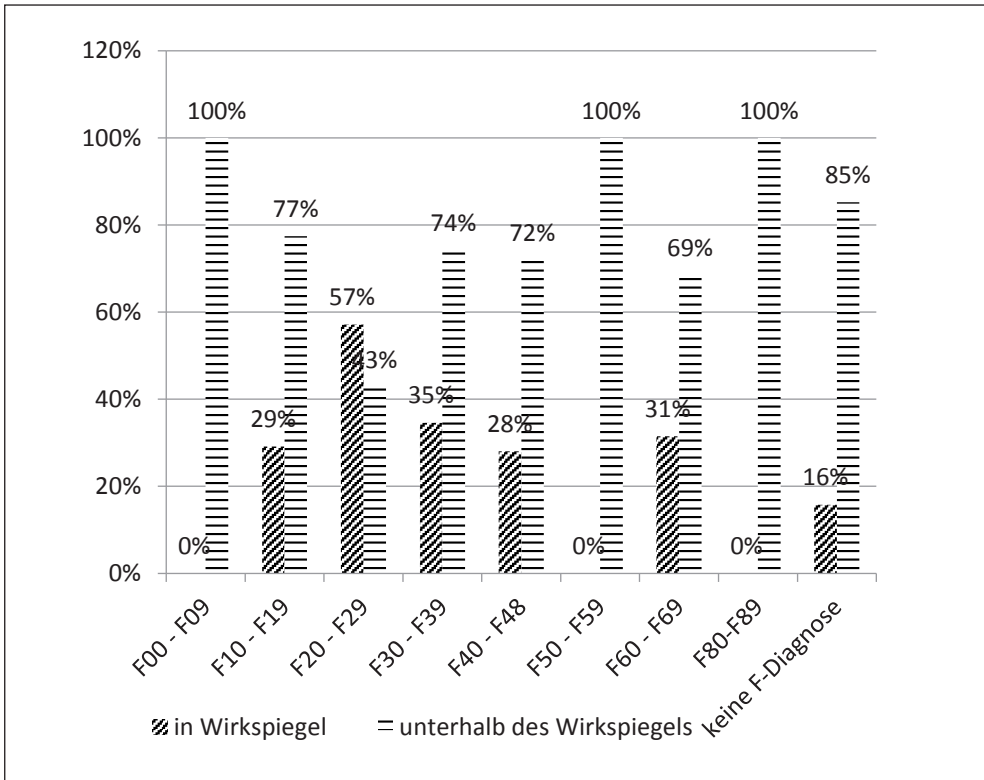


Abb. 2: Medikamentenkonzentration nach Diagnosegruppen

Diskussion

Die Wirksamkeit der medikamentösen Therapie bei Depressionen wird von Kirsch (1998; 2008) hinterfragt und nur bei schwersten Verlaufsformen Plazebogaben als überlegen eingestuft. Die Ausweitung des Depressionsbegriffs mit Einbeziehung nicht Erkrankter in Studien und die Unschärfe der Krankheitsdiagnostik insbesondere bei leichter bis mittlerer Ausprägung kann die vermeintliche geringe Wirksamkeit erklären (Arzneimittelkommission, 2008). Etliche Studien sind durch Einsatz einfacher Standarddosierung anstelle Wirkspiegel gesteuerter Therapie methodisch nicht optimal (Oeljeschläger, 2004). Deshalb schlussfolgert die Arzneimittelkommission, dass Medikamente bei der Behandlung von Depressionen effektiv sind und somit zum Therapiestandard gehören.

In der Bevölkerung sind 2–3 % „ultra-rapid-metabolizer“, die mit der üblichen Dosierung keinen Wirkspiegel aufbauen können, 15–20 % sind „poor oder intermediate metabolizer“, die den Wirkstoff verlangsamt abbauen (Bauer, 2003). Bei Normalverteilung der Probanden in unserer Stichprobe wäre auch eine relevante Anzahl deutlich erhöhter Spiegel zu erwarten – dies war nur bei einem Probanden der Fall.

Fazit

Die Medikamentenkonzentration unterhalb des Wirkungsbereichs zeigt, dass die pharmakologischen Behandlungsmöglichkeiten nicht ausgeschöpft sind und kein therapierefraktärer Dauerzustand belegt ist. Deshalb empfehlen wir die routinemäßige Wirkspiegeluntersuchung im Begutachtungsverfahren.

Inwieweit die Ergebnisse der Medikamentenspiegelbestimmung mit psychometrischen Testverfahren korrelieren ist Gegenstand laufender Untersuchungen.

Literatur

- Bauer, J. (2003): Arzneimittelunverträglichkeit, Deutsches Ärzteblatt, 100 (24). A 1656f.
- Baumann, P. (2004): The AGNP-TDM Expert Group Consensus Guidelines: Therapeutic Drug Monitoring in Psychiatry, *Pharmacopsychiatry*, 37. 243f.
- Deutsche Rentenversicherung (2012): Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung: Sozialmedizinische Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen, Berlin.
- Hiemke, C., Baumann, P., Bergemann, N., Conca, A., Dietmaier, O. (2011): AGNP Consensus Guidelines for Therapeutic Drug Monitoring in Psychiatry: Update 2011, *Pharmacopsychiatry*, 44. 195f.
- Kirsch, I., Deacon, B.J., Huedo-Medina, T.B., Scoboria, A., Moore, T.J. (2008): initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med.* 5. e45.
- Kirsch, I., Sapirstein, G. (1998): Listening to prozac but hearing placebo: a meta-analysis of antidepressant medication. *Prevention and Treatment*; 1. Article 0002a.
- Oeljeschläger, B., Müller-Oerlinghausen, B. (2004): Wege zur Optimierung der antidepressiven Therapie. *Deutsches Ärzteblatt*, 19. A1337f.
- Roesner, A., Hausotter, W. (2005): Welche Bedeutungen haben Serumspiegelbestimmungen von Pharmaka bei der Begutachtung? *Med. Sach.* 101. 161f.
- Stellungnahme Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft 2008 S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression, AWMF-Register-Nr.: nvl-005 2. Aufl., Version 1, 2015.

Verbessert ein reha-bezogenes Fortbildungsmodul in hausärztlichen Qualitätszirkeln den Reha-Zugang? Evaluationsergebnisse und „Lessons Learned“

Parthier, K., Fuchs, S., Klement, A., Mau, W.

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

Hintergrund

Als möglicher Ansatz zur Optimierung des Reha-Zugangs aus der ambulanten Versorgung wurde vielfach die verstärkte Motivation und Information von Hausärzten zur bedarfsgerechten Einleitung medizinischer Rehabilitation abgeleitet (u. a. Schubert et al., 2012). Um arztseitig entsprechende Einstellungen und Kompetenzen für eine effiziente(re) Bearbeitung des entscheidungsrelevanten Befundberichtes zu stärken, wurde mit Förderung der DRV Bund erstmalig ein anwendungsorientiertes reha-bezogenes Fortbildungsmodul für hausärztliche Qualitätszirkel entwickelt und in Sachsen-Anhalt mit Begleitevaluation implementiert. In Sachsen-Anhalt sind hausärztliche Qualitätszirkel wegen ihrer praxisbezogenen und kollegialen Arbeitsweise als Fortbildungsformat zwar bereits flächendeckend etabliert und akzeptiert. Die zum Nachweis bisher eingesetzte Basisdokumentation erfasst allerdings überwiegend Aspekte zur Prozess- und Strukturqualität der Zirkelarbeit und bildet diese auch nur aus Sicht der hausärztlichen Qualitätszirkelmoderatoren ab (Andres et al., 2010). Das Modul sollte daher zusätzlich ergebnisorientiert und teilnehmerbezogen evaluiert werden.

Methode

Die Evaluation erfolgte als Interventionsstudie mit Prä-Post-Design. Hauptzielgröße der Ergenisevaluation ist die Bewilligungsquote von Reha-Anträgen, zu denen teilnehmende Hausärzte 6 Monate vor und 6 Monate nach der Intervention einen Befundbericht eingereicht und abgerechnet haben. Hierfür wurden Routinedaten der DRV Mitteldeutschland analysiert. Des Weiteren wurden die Teilnehmer zu drei Messzeitpunkten schriftlich befragt (T0=unmittelbar vor der Veranstaltung, T1=unmittelbar nach der Veranstaltung, T2=6 Monate nach der Veranstaltung). In Anlehnung an validierte Instrumente aus dem Hochschulbereich (Rindermann, 2003; Braun et al., 2008) sowie auf Grundlage selbstkonstruierter Items wurden damit folgende Nebenzielgrößen erfasst: veranstaltungsbezogene Zufriedenheit (T1), reha-bezogene Einstellungen und Kenntnisse (T0, T2), subjektive veranstaltungsbezogene Handlungskompetenz (T1, T2), selbsteingeschätzter Praxistransfer (T2). Die Auswertung erfolgte deskriptiv. Dabei wurden Items zu inhaltlich validen Indizes zusammengefasst. Veränderungen zwischen zwei Messzeitpunkten wurden mit nicht-parametrischen Berechnungen (Wilcoxon-Test für gepaarte Stichproben) statistisch abgesichert.

Ergebnisse

Nach Abschluss der achtmonatigen Implementierungsphase wurde das Modul in 46 hausärztlich moderierten Qualitätszirkelsitzungen mit 510 teilnehmenden Hausärzten durchgeführt. 183 Hausärzte haben zu T0 in die Studienteilnahme eingewilligt. Zur Auswertung liegen 112 vollständige Datensätze vor (Durchschnittsalter 53.6 Jahre (SD=8.6), 66 % weiblich).

Für die Bewilligungsquote kann kein Interventionseffekt nachgewiesen werden. Hinsichtlich der Nebenzielkriterien zeigt sich ein heterogenes Bild: Die Zufriedenheit mit dem Modul zu T1 fällt sehr hoch aus. Auch der selbsteingeschätzte Praxistransfer zu T2 wird als hoch eingestuft. Die reha-bezogene Einstellung verbessert sich von T0 zu T2 signifikant ($Z=-2.08$, $p<.05$) und erreicht einen sehr hohen Wert. Für die subjektive Handlungskompetenz wird zu T1 ebenfalls ein hoher Wert erreicht. Dieser nimmt zwar zu T2 wieder signifikant ab ($Z=-4.32$, $p<.001$), bleibt aber auf mittlerem bis hohem Niveau. Bei sehr hohem Anteil richtig beantworteter Fragen zu T0 kann für 13 % der Teilnehmer ein Wissenszuwachs zu T2 festgehalten werden. Der Anteil der Teilnehmer, die sich zu T2 wieder verschlechterten, liegt bei 12 %.

Diskussion und Ausblick

Ein neu entwickeltes rehabilitationsbezogenes Fortbildungsmodul für hausärztliche Qualitätszirkel wurde in Sachsen-Anhalt implementiert und erstmals auch ergebnis- und teilnehmerbezogen evaluiert. Trotz ausbleibenden Haupteffekts kann die mit anderen Modulen vergleichbare Durchföhrhäufigkeit bei wesentlich geringerer Implementierungszeit (Hähnel, 2014) sowie die hohe Zufriedenheit und subjektive Umsetzbarkeit des Moduls positiv bewertet werden. Auch mit der Verbesserung reha-bezogener Einstellungen konnte ein wichtiges Lernziel erreicht werden. Dennoch wurden auf den weiteren Lern- und Anwendungsebenen nur kurzfristige Effekte erzielt.

Bei der Bewertung dieser Ergebnisse sind einige methodische Einschränkungen zu berücksichtigen, die im Vortrag mit Blick auf die Weiterentwicklung entsprechender Implementierungsstrategien und ergebnisorientierter Evaluationsdesigns für reha-bezogene Fortbildungen diskutiert werden sollen. Letztlich unterstreichen die vorliegenden Ergebnisse aber auch, dass die reha-bezogene Information bzw. Fortbildung zwar eine notwendige, jedoch keine hinreichende Strategie ist, um den Austausch entscheidungsrelevanter Informationen an der Schnittstelle zwischen Primärversorgung und Reha-System effizienter zu gestalten.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

Andres, E., Beyer, M., Schorsch, B., Szecsenyi, J., Dryden, W.-A., Kreuz, I., Kunze, M.-T., Tischer, K.-W., Gerlach, F.M. (2010): Qualitätszirkel in der vertragsärztlichen Versorgung: Ergebnisse der kontinuierlichen Basisdokumentation in Bremen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe 1995 bis 2007. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundheitswesen, 104. 51–58.

- Braun, E., Gusy, B., Leidner, B. (2008): Das Berliner Evaluationsinstrument für selbsteingeschätzte, studentische Kompetenzen (BEvaKomp). *Diagnostica*, 54 (1). 30–42.
- Hänel, P., Lichte, T., Herrmann, M. (2014): SIQ: Unterstützung für hausärztliche Qualitätszirkel in Sachsen-Anhalt. *Z Allg Med*, 90 (2). 66–71.
- Rindermann, H.: Lehrevaluation an Hochschulen: Schlussfolgerungen aus Forschung und Anwendung für Hochschulunterricht und seine Evaluation. *Zeitschrift für Evaluation*. 2. 233–56.
- 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 Med Rehab Kuror*, 22. 264–270.

Entwicklung eines Fragebogens zur Verbesserung der Informationen im Rahmen der Reha-Bedarfsfeststellung

Streibelt, M., Kulisch, K., Jaster, M., Egner, U.
Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Einleitung

Nicht erst seit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention sind die Rehabilitationsträger verpflichtet, den Versicherten individuell auf den Bedarf zugeschnittene Rehabilitationsleistungen anzubieten. Dieses Prinzip der Personenorientierung wird auch durch das Bundesteilhabegesetz weiter gestärkt. Für eine zielgerichtete Umsetzung dieses Prinzips nimmt ein Aspekt eine besondere Schlüsselfunktion ein: die passgenaue Bedarfsfeststellung.

Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung (DRV) erfolgt die Bedarfsermittlung durch eine sozialmedizinische Begutachtung auf Basis eines schriftlichen Antragsverfahrens. Die Entscheidung kann nur so zielgenau sein, wie die vorliegenden Informationen es erlauben. Insbesondere vor dem Hintergrund der weiteren Ausdifferenzierung der Reha-Angebote zeigten Studien, dass unvollständige Informationen ein Grund für eine mäßige Zuweisungsqualität sind (Mangels et al. 2007, Bethge et al. 2014, Meng et al. 2006).

In einer Arbeitsgruppe der DRV Bund wurde deshalb ein Selbstauskunftsbogen entwickelt, der zu einer Informationssteigerung in der Begutachtung beitragen soll. Der Bogen enthält folgende Instrumente: SIMBO-C, drei Fragen aus dem Work Ability Index (WAI), PHQ-4, vier Fragen zum Gesundheitsverhalten und die Subskala Funktionsfähigkeit aus dem IRES sowie Eigenentwicklungen zu psychosozialen Arbeitsanforderungen und der Inanspruchnahme von akutmedizinischen Leistungen. Er umfasst 20 Fragen.

Die hier vorgestellten Ergebnisse fokussieren die Nützlichkeitsprüfung dieses Instruments aus sozialmedizinischer Sicht.

Methoden

Im September 2015 wurde eine repräsentative Antragstellerbefragung mittels des Fragebogens durchgeführt. Für den Nützlichkeitsstest erfolgte die Auswahl einer Substichprobe anhand folgender Kriterien: 1) Ablehnung aus persönlichen Gründen oder Bewilligung einer orthopädischen bzw. psychosomatischen Rehabilitation, 2) Angabe fachärztlicher Behandlung, 3) Extremwerte (oberes oder unteres Quartil) in den verwendeten Instrumenten und 4) Vorliegen der Angabe zu Arbeitsunfähigkeitszeiten.

Die Antragsunterlagen dieser Substichprobe wurden aus den Versicherungsakten extrahiert, anonymisiert und – um den neuen Fragebogen ergänzt – einer Gruppe von 11 Sozialmedizinern der DRV Bund zur erneuten Begutachtung vorgelegt.

Die Nützlichkeit des Fragebogens für die Begutachtung und Zuweisungspraxis erfolgte mittels einer fallbezogenen Dokumentation: Die ÄrztInnen wurden gebeten, a) insgesamt einzuschätzen, welchen Einfluss der neue Fragebogen bzw. die einzelnen Fragen auf ihre Begutachtung hatte und b) welche Fragen hierfür besonders geeignet waren. Für die Auswertung wurde daraus für jede der 20 Fragen ein mittlerer Rang berechnet. In einem zweiten Schritt erfolgte eine kommunikative Validierung in einem eintägigen Workshop mit den ÄrztInnen.

Ergebnisse

Von 5.123 angeschriebenen Versicherten beteiligten sich 2.033 an der Befragung (40 %, 51,3 Jahre, 72 % weiblich). 81 % erhielten eine Bewilligung auf eine medizinische Rehabilitation, davon knapp 50 % aufgrund orthopädischer, 30 % aufgrund psychischer Erkrankungen. 144 Personen erfüllten alle Einschlusskriterien für die Nützlichkeitsanalyse, von denen 121 in die Verwendung ihrer Antragsunterlagen einwilligten. Sie unterschieden sich zur Gesamtstichprobe durch höhere Arbeitslosigkeit (17 % vs. 7 %) und einen höheren SIMBO-Index (39 vs. 26 Punkte).

9 der 11 ÄrztInnen (denen jeweils 11 Anträge vorgelegt wurden) empfanden den Fragebogen überwiegend bzw. sehr nützlich. In der fallbezogenen Bewertung wurde die Nützlichkeit auf einer 10-Punkte-Skala mit durchschnittlich 6,6 Punkten bewertet. Die höchsten Bewertungen bekamen die Items des SIMBO, die WAI-Fragen, der PHQ, die Fragen zur Funktionsfähigkeit sowie die Fragen zur vorherigen Behandlung (mittlerer Rang von 1 bis 9,5 von 20). In der Validierung gaben die ÄrztInnen an, dass diese Fragen bisherige Unterlagen sinnvoll ergänzten und insbesondere für die Auswahl spezifischer Rehabilitationsangebote geeignet seien.

Diskussion und Schlussfolgerung

Der Fragebogen bietet nützliche Informationen für die Auswahl von Versicherten für verschiedene Rehabilitationsangebote. Ausgehend von den Ergebnissen wurde im Workshop eine optimierte und verkürzte Version 2.0 entwickelt, die eine gute Voraussetzung dafür bieten könnte, die bisherigen Antragsunterlagen zu ergänzen bzw. zu überarbeiten.

Interessenskonflikte: Der Autorinnen und Autoren sind Mitarbeiter*innen der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Literatur

- Bethge, M., Löffler, S., Schwarz, B., Vogel, H., Schwarze, M., Neuderth, S. (2014): Besondere berufliche Problemlagen: Spielen sie eine Rolle beim Zugang in die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation?. *Die Rehabilitation*, 53 (1). 49–55.
- Meng, K., Zdrahal-Urbaneck, J., Frank, S., Holderied, A., Vogel, H. (2006): Kriterien des Rehabilitationsbedarfs – Die Würzburger Checkliste zur Erfassung des Rehabilitationsbedarfs in der sozialmedizinischen Begutachtung. *Gesundheitswesen*; 67 (10). 701–708.
- Schwarz, S., Mangels, M., Sohr, G., Holme, M., Worringer, U., Rief, W. (2007): Welche klinische Bedeutung hat die Vorabzuweisung von Patienten zur orthopädischen bzw. verhaltensmedizinisch-orthopädischen Rehabilitation durch den Rentenversicherungsträger?. *Die Rehabilitation*, 46 (6). 323–332.

Determinanten der Antragsstellung medizinischer Rehabilitation im Vergleich zweier Regionalträger mit der Deutschen Rentenversicherung Bund

Bernert, S. (1), Eggens, U. (2), Spyra, K. (1)

(1) Charité – Universitätsmedizin Berlin,

(2) Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg, Berlin

Hintergrund

Das Antragsaufkommen für medizinische Rehabilitationen bei den Regionalträgern (z. B. DRV Berlin-Brandenburg, DRV Mitteldeutschland) und den nach dem Wohnort regionalisierten Versicherten der DRV Bund unterscheidet sich. Insbesondere trifft dies auf die Region Berlin-Brandenburg zu, in der mehr Anträge (pro 1.000 Versicherte) zur medizinischen Rehabilitation über die DRV Bund gestellt werden als über den Regionalträger (DRV Berlin-Brandenburg). Bislang ist unklar, warum sich diese Unterschiede im Antragsverhalten zeigen. Ziel dieses Forschungsvorhabens ist es, die Determinanten, die zu diesen Unterschieden führen, zu identifizieren und das Ausmaß ihres Einflusses auf das Antragsverhalten der Versicherten aufzuklären.

Methode

Für die vier folgenden Versichertengruppen (Träger bzw. Regionen) wurden Daten aus dem Jahr 2011 verglichen: Berlin-Brandenburg Regionalträger (BB RT), d. h. Versicherte der DRV Berlin-Brandenburg; Mitteldeutschland Regionalträger (MD RT), d. h. Versicherte der DRV Mitteldeutschland; Versicherte der DRV Bund, die in Berlin-Brandenburg wohnen (BB Bund); Versicherte der DRV Bund, die in Mitteldeutschland wohnen (MD Bund). Datenbasis für die individuellen Daten zum Antragsverhalten war eine Stichprobe aus der Reha-Statistik Datenbasis der DRV. Um regionale, d. h. strukturelle Unterschiede im Arbeitsmarkt und der Versorgungssituation abzubilden wurden Daten aus öffentlichen Datenquellen (z.B. Bundesagentur für Arbeit, Versorgungsatlas) den individuellen Daten hinzugefügt. Die individuellen Daten wurden deskriptiv und mit logistischen Regressions-

analysen ausgewertet, die Analyse der strukturellen Einflüsse erfolgte mittels Mehrebenenanalysen.

Ergebnisse

Im Vergleich der Versichertengruppen ergaben sich die größten Unterschiede zwischen den Trägern (Bund vs. Regionalträger) in den Variablen Geschlecht (Weiblich: BB Bund= 71,3 %; BB RT= 36,9 %; MD Bund= 72,8 %, MD RT= 35,1 %), Schulbildung (Anteil Mittlere Reife/Abitur: BB Bund= 87,8 %; BB RT= 64,7 %; MD Bund= 90,72, MD RT= 71,7 %) und durchschnittliche Entgelte im Jahr 2010 (BB Bund=23.208 €; BB RT= 11.625 €; MD Bund= 22.758 €, MD RT= 11.508 €). Darin unterschieden sich die Versicherten der Regionalträger deutlich von den Versicherten des Bundesträgers. Zwischen den Regionen (Berlin-Brandenburg vs. Mitteldeutschland) gab es nur geringe Unterschiede in den benannten Variablen. Auch die Antragswahrscheinlichkeit für die Variablen mit den größten Unterschieden zwischen den Gruppen (Geschlecht und Entgelt) unterschieden sich zwischen den Trägern – die Antragswahrscheinlichkeit war beim Bundesträger für Frauen (BB Bund= 0,145; BB RT= 0,132; MD Bund= 0,142, MD RT= 0,138) und Versicherte mit höheren Entgelten höher als bei den Versicherten der Regionalträger.

Bei der Analyse der Kontextfaktoren (z. B. Krankenhausbetten, Ärztedichte), die den Individualdaten hinzugefügt wurden konnte keine der auf Kreisebene vorliegenden Variablen (Ärzte je Einwohner, Krankenhausbetten je Einwohner, Krankenhausfälle je Einwohner, Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen, morbiditätsbedingt erwartete Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen) einen statistisch signifikanten Erklärungsbeitrag zu der nach Kontrolle der individuellen Merkmale verbleibenden regionalen Variation leisten.

Diskussion und Fazit

Zwischen den Trägern zeigen sich deutliche Unterschiede in den Variablen Geschlecht, Einkommen und Bildung. Nicht nur die Verteilung dieser Variablen in den Versichertengruppen unterschied sich deutlich voneinander, sondern auch der Einfluss der Variablen auf die Antragsstellung. Die Kombination aus unterschiedlichen sozio-demographischen Verteilungen zwischen den Trägern (Bund vs. Regionalträger) und der unterschiedlichen Antragswahrscheinlichkeit dieser Personen sind ein erster Hinweis auf die Ursachen der unterschiedlichen Antragshäufigkeiten. Frauen stellen beim Bund eine deutlich größere Gruppe der Versicherten dar als bei den Regionalträgern und auch hohe Entgelte sind bei den Versicherten der DRV Bund deutlich häufiger zu finden als bei den Regionalträgern. In der Kombination aus unterschiedlichen sozio-demographischen Verteilungen zwischen den Trägern (Bund vs. Regionalträger) und der unterschiedlichen Antragswahrscheinlichkeit dieser Personen ergeben sich auch unterschiedliche Antragshäufigkeiten. Die sozio-demographische Struktur der Versicherten innerhalb der Trägergruppen ist ein entscheidender Faktor für die Unterschiede in den Antragshäufigkeiten.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg

Zusammenhänge zwischen Behandlungsintensität im niedergelassenen Bereich und Rehabilitationsbedarf

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

Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität, Bad Buchau

Hintergrund

Chronische Rückenschmerzen stellen aufgrund ihrer hohen Prävalenz und der damit verbundenen Krankheitskosten ein großes Problem gleichermaßen für Betroffene und das Gesundheitssystem dar. Im Folgenden werden die Behandlungsverläufe in der ambulanten Versorgung von Patienten mit bewilligten bzw. abgelehnten Rehabilitationsanträgen gegenübergestellt.

Methodik

Grundlage für die Analysen waren Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg und der AOK Baden-Württemberg. Für die Auswertungen standen umfassende Informationen zum rehabilitativen Versorgungsprozess sowie detaillierte Angaben z. B. handlungen im akutstationären und niedergelassenen Bereich für den Zeitraum von 2004 bis 2011 zur Verfügung.

Für die Auswertungen wurden 18- bis 63-jährige AOK-Versicherte ausgewählt, die zwischen 2005 und 2010 über mindestens drei Quartale aufgrund von Rückenschmerz (ICD-10: M42, M51, M53, M54) behandelt wurden und denen eine Rehabilitationsleistung entweder bewilligt oder mit der Begründung, eine Rehabilitationsmaßnahme sei (derzeit) nicht notwendig, abgelehnt wurde. Ausschlusskriterien waren Operationen an der Wirbelsäule sowie schwerwiegende Erkrankungen (Krebserkrankungen, Schlaganfall etc.) sowie aus anderen Gründen (z. B. aufgrund fehlender versicherungsrechtlicher Voraussetzungen) abgelehnte Reha-Anträge. Für die eingeschlossenen Patienten wurde die Anzahl der Verordnungen von relevanten Medikamenten sowie von Heil- und Hilfsmitteln und die Anzahl der Behandlungen bestimmt. Zusätzlich wurde die Arbeitsunfähigkeitsdauer nach Erstdiagnose pro Quartal berechnet. Anschließend wurden die Behandlungsverläufe anhand dieser Merkmale mittels eines Hidden Markov Modell (HMM) in zwei Kategorien: a) „hohe Behandlungsintensität“ und b) „geringe Behandlungsintensität“ eingeteilt. Außerdem wurde überprüft, in welchen Quartalen die Behandlungsintensität in der Gruppe der Rehabilitanden und der Patienten mit abgelehnten Rehabilitationsanträgen hoch war.

Ergebnisse

Die beiden Kategorien „hohe Behandlungsintensität“ und „niedrige Behandlungsintensität“ unterscheiden sich deutlich in der AU-Dauer und in der Anzahl Behandlungen (vgl. Tab. 1). Die Anzahl verordneter Medikamente sowie die der Heil- und Hilfsmittel unterscheiden sich zwischen den beiden Kategorien nur wenig. Der Wechsel von einer niedrigen zu einer hohen Behandlungsintensität erfolgte mit einer Wahrscheinlichkeit von 14 %. Der Wechsel in die andere Richtung war mit einer Wahrscheinlichkeit von 57 % deutlich höher.

Es zeigte sich, dass Rehabilitanden vom Quartal vor bis zum Quartal nach der Rehabilitation überwiegend Behandlungsverläufe mit einer hohen Behandlungsintensität hatten, während Patienten mit abgelehnten Rehabilitationsanträgen im kompletten Zeitraum überwiegend geringe Behandlungsintensitäten aufwiesen (vgl. Abb. 1). Bei rund 1/3 der Patienten mit abgelehntem Rehabilitationsantrag lag lediglich im ersten Quartal nach der Erstdiagnose „Rückenschmerz“ eine hohe Behandlungsintensität vor.

	Hohe Behandlungsintensität		Niedrige Behandlungsintensität	
	Intensität	95 %- Intervall	Intensität	95 %- Intervall
AU-Dauer	57,68	(45;70)	3,1	(1;6)
Anzahl Medikamente	1,79	(0;4)	1	(0;3)
Anzahl Behandlungen	13,42	(8;20)	6,52	(3;11)
Anzahl Heil- und Hilfsmittel	1,02	(0;3)	1	(0;3)

Tab. 1: Beschreibung der Kategorien – hohe Behandlungsintensität und niedrige Behandlungsintensität

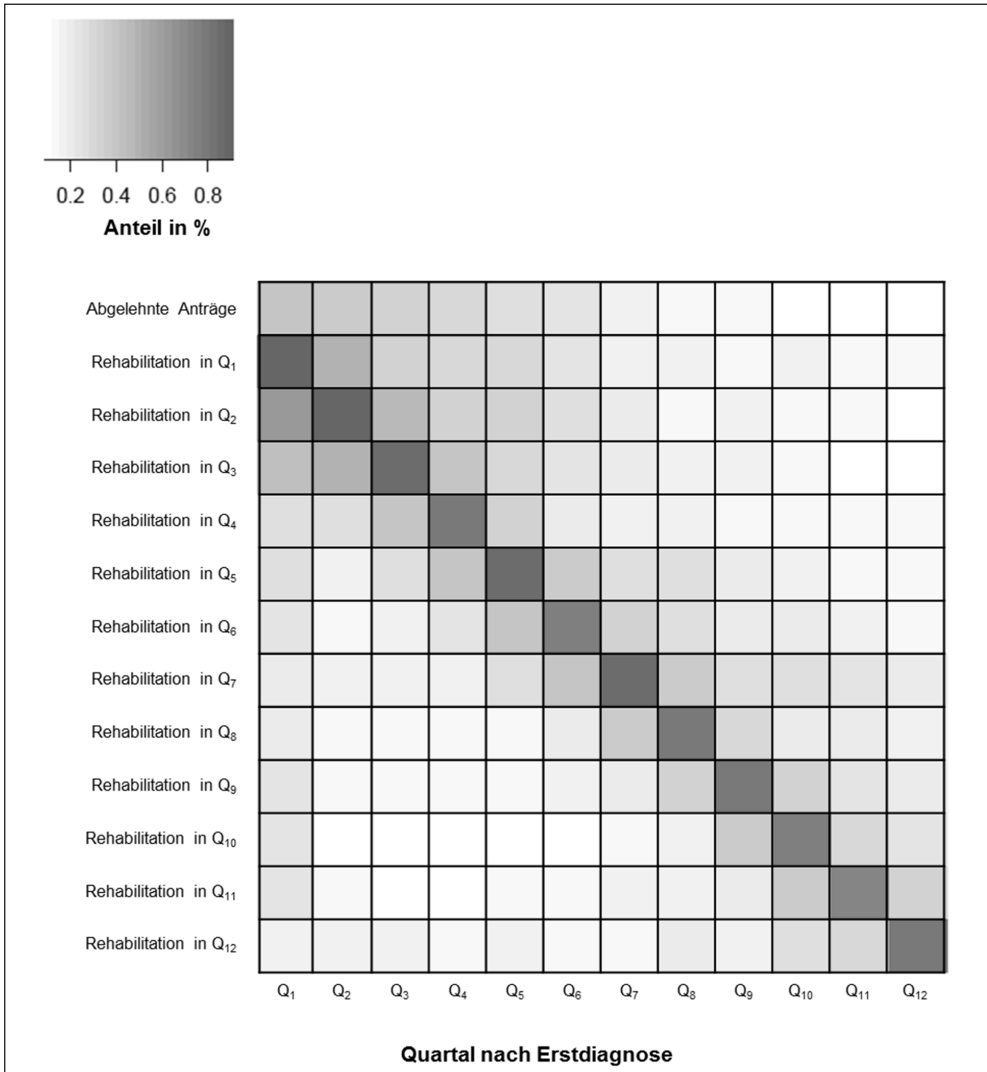


Abb. 1: Zusammenhang von hoher Behandlungsintensität und Rehabilitation

Diskussion und Schlussfolgerung

Patienten mit abgelehnten und bewilligten Rehabilitationsanträgen unterscheiden sich in ihren Behandlungsverläufen deutlich voneinander. Dabei haben Rehabilitanden im Vorfeld der Rehabilitation und eine gewisse Zeit danach eine höhere Behandlungsintensität.

Aufgrund des Zusammenhanges zwischen Behandlungsintensität und der Entscheidung über den Rehabilitationsantrag könnte diese als Kriterium für die Identifikation von Patienten mit Rehabilitationsbedarf herangezogen werden. Dies wird bei Patienten mit Rückenschmerz interessant, wenn sie keinen Rehabilitationsantrag stellen, um potentielle Unteranspruchnehmer zu identifizieren. Ein Vergleich der Behandlungsverläufe von

Rehabilitanden und Unterinanspruchnehmern könnte dann Aussagen zu den Effekten von Rehabilitation ermöglichen.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, AOK Baden-Württemberg

Zugang zur Anschlussrehabilitation nach einer Bandscheibenoperation

Dannenmaier, J., Ritter, S., Jankowiak, S., Kaluscha, R., Krischak, G.

Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität, Bad Buchau

Einleitung

Wissenschaftliche Untersuchungen konnten nachweisen, dass sich im Zuge der Einführung der DRG-Fallpauschalen die Versorgungssituation im Vorfeld der Anschlussrehabilitation gewandelt hat (Klemann et al., 2007; von Eiff et al., 2011). Patienten wiesen bei Aufnahme in die Rehabilitationseinrichtung einen deutlich schlechteren körperlichen Gesundheitszustand auf. Daneben ergaben sich Hinweise auf eine Verlagerung von Teilen des Behandlungsaufwandes aus der Akut- hin zur Rehabilitationsklinik.

Ziel der Studie war die Identifikation von Merkmalen, die die Inanspruchnahme einer Anschlussrehabilitation (AR) sowie einer häuslichen Übergangszeit beeinflussen.

Methodik

Die sektorenübergreifende Analysen basieren auf Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung Bund und Baden-Württemberg und der AOK Baden-Württemberg. Für die Auswertungen wurden AOK-Versicherte ausgewählt, die im erwerbsfähigen Alter waren und bei denen zwischen 2005 und 2010 eine Bandscheibenoperation durchgeführt wurde. Dabei wurden Operationen aufgrund von Frakturen oder Krebserkrankungen sowie schwerer Wirbelsäulenverletzungen, d. h. geschlossene Repositionen der Wirbelsäule mit externer Fixation und offene Repositionen der Wirbelsäule mit Osteosynthese, ausgeschlossen.

Die Patienten wurden entsprechend der Weiterbehandlung nach dem akutstationären Aufenthalt den Behandlungspfaden „Direktverlegung in eine Rehabilitationseinrichtung“, „AR nach häuslicher Übergangszeit“ bzw. „keine AR“ zugeordnet.

Die Inanspruchnahme einer AR sowie der Zeitpunkt der Rehabilitation (Direktverlegung oder nach häuslicher Übergangszeit) wurden mittels logischer Regression modelliert. Einflussfaktoren waren dabei Patienten- und Behandlungsmerkmale.

Ergebnisse

Die Inanspruchnahme einer AR wurde von soziodemografischen Merkmalen (Alter, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Versichertenart, Berufsgruppe), den Kosten für Schmerzmedikamente und der Anzahl ärztlicher Behandlungen vor der Operation (Anzahl neurologischer und chirotherapeutischer Behandlungen, Anzahl ambulanter Operationen) sowie von akutstationären Behandlungsmerkmalen (Durchführung frührehabilitativer Maßnahmen, Gabe von Blutkonserven während der Operation) beeinflusst. Weiterhin hatten Ko-

morbiditäten (Diabetes mellitus, Adipositas, sturzassozierte Erkrankungen u.a. Epilepsie, Depressionen, Alkoholabusus) und das Behandlungsjahr einen Einfluss auf die Inanspruchnahme einer AR (vgl. Abb. 1).

Sowohl soziodemografische Merkmale (Alter, Geschlecht, Versichertenart, Berufsgruppe) und Komorbiditäten als auch behandlungsspezifische Merkmale (Anzahl an Arztkontakten und neurologischen Behandlungen, Behandlung bei chronischen Schmerzen sowie Kosten für Schmerzmedikamente im Quartal vor der Operation, Akutaufenthaltskosten, Durchführung frührehabitativer Maßnahmen) und das Behandlungsjahr hatten einen Einfluss auf den Zeitpunkt der AR (vgl. Abb. 1).

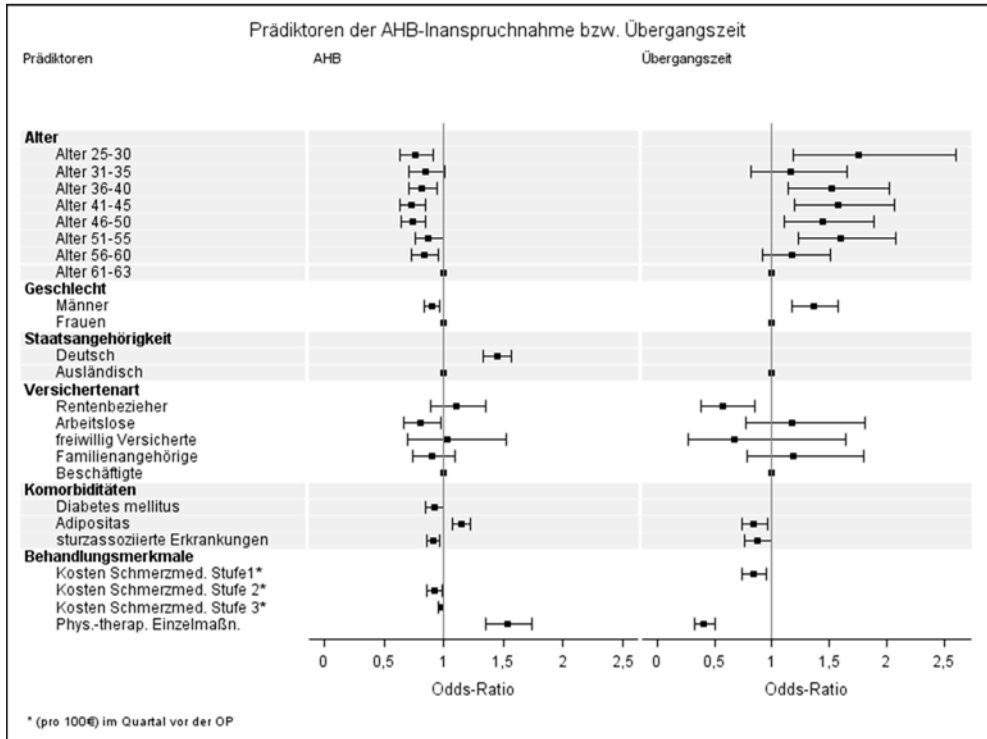


Abb. 1: Odds-Ratio-Schätzer der Inanspruchnahme von AR bzw. häuslicher Übergangszeit ausgewählter Merkmalen Diskussion

Eine höhere Wahrscheinlichkeit für eine Inanspruchnahme einer AR zeigte sich bei älteren Patienten, Frauen und Patienten mit deutscher Staatsangehörigkeit. Die AR erfolgte bei männlichen und jüngeren Patienten eher nach einer häuslichen Übergangszeit. Gründe für die geschlechts- bzw. altersspezifische Inanspruchnahme könnten neben dem Rehabilitationsbedarf soziale Kontextfaktoren (z. B. berufliche Situation oder familiäre Unterstützung) darstellen. Die geringere Inanspruchnahme einer AR durch ausländische Staatsangehörige deckt sich mit bisherigen Forschungsergebnissen, nach denen Migranten weniger Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen (Brzoska et al., 2010).

Bei der Durchführung frührehabilitativer Maßnahmen während des Akutaufenthalts ergab sich eine höhere Inanspruchnahme von AR, wobei sich diese vermehrt direkt an den Akutaufenthalt anschloss. Nach Leistner et al. erhalten insbesondere schwerwiegendere Fälle frührehabilitative Maßnahmen (Leistner et al., 2005).

Schlussfolgerung

Die sektorenübergreifende Analyse liefert erste wertvolle Erkenntnisse dahingehend, welche Patientengruppen den Weg in die Rehabilitation finden und von welchen Faktoren dies abhängt. On dieser Untersuchung wurden Hinweise darauf gefunden, dass Rehabilitanden eine höhere Fallschwere aufweisen, was auf eine bedarfsorientierte Inanspruchnahme der AR hindeutet. Ebenso scheint der Zeitpunkt der AR den individuellen Bedürfnissen der Rehabilitanden zu entsprechen, da Patienten mit einer höheren Fallschwere eher direkt in die Rehabilitationsklinik verlegt wurden. Dennoch gibt es Hinweise auf bestimmte Patientengruppen wie z. B. Migranten, bei denen eine Unterinanspruchnahme angenommen werden kann.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Brzoska, P., Voigtländer, S., Reutin, B., Yilmaz-Aslan, Y., Barz, I., Starikow, K., Exner, A.K. (2010): Rehabilitative Versorgung und gesundheitliche Frühberentung von Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Forschungsbericht Nr. 402.
- Klemann, A., von Eiff, W., Meyer, N., Greitemann, B., Karoff, M. (2007): REDIA II – Kurzfristige Auswirkungen der DRG-Einführung auf die medizinische Rehabilitation. Berlin.
- Leistner, K., Stier-Jarmer, M., Berleth, B., Braun, J., König, E., Liman, W., Stucki, G. (2005): Frührehabilitation im Krankenhaus – Definition und Indikation. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin* 15. 157–167.
- von Eiff, W., Schüring, S., Greitemann, B., Karoff, M. (2011): REDIA – Auswirkungen der DRG-Einführung auf die Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 50. 214–221.

Nur etwa einem Drittel der Rehabilitationsbedürftigen in der stationären Pflege kann zur Zeit eine Reha empfohlen werden – Die Filter zwischen Rehabedürftigkeit und Rehaempfehlung

Behrens, J.

Berlin

Hintergrund

Unter allen Präventionsmaßnahmen des deutschen Gesundheitssystems ist die medizinische Rehabilitation eine der quantitativ bedeutendsten. Gesetzlich haben auch Rehabedürftige, die in einer stationären Pflegeeinrichtung wohnen, bei zuerkanntem Bedarf einen Anspruch auf medizinische Rehabilitation. Die Richtlinie des MDS und des GKV-Spitzenverbandes von 2013, erneuert 2016, definiert Kriterien und Filter formularmäßig relativ

eindeutig. Was allerdings bisher fehlt, ist eine klinisch epidemiologische Studie, die – unabhängig von einem vorliegenden Reha-Antrag, unabhängig von einem Krankenhausaufenthalt und unabhängig von der Pflegebegutachtung vor Eintritt in eine stationäre Pflegeeinrichtung – die Kriterien der genannten MDS/GKV-SV Richtlinie in einer (klinisch) epidemiologischen Reihenuntersuchung bei Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen erhebt. Daraus resultiert – bei allen Limitationen – die Relevanz der hier zu berichtenden multizentrischen Pilotstudie.

Zwei Fragen

a) Messen verbreitete Assessments wie Barthel-Index, FIM und andere das Erreichen dieses gesetzlichen Ziels der Rehabilitation? b) Lässt es sich überhaupt messen, oder ist es zu individuell?

Erhebungsmethoden und Samples

klinisch epidemiologische, fachärztlich geriatrische und rehamedizinische Reihenuntersuchung zufällig ausgewählter Bewohner*innen und kurzzeitgepflegter Gäste stationärer Pflegeeinrichtungen in 5 Bundesländern (N=750) im Norden und Süden, Osten und Westen Deutschlands (Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Rheinland-Pfalz) plus Organisationsverlaufs-Analyse der Pflege- und Rehaeinrichtungen (Fall-Analysen) in den Jahren 2015 und 2016. Die untersuchten Bewohner*innen bilden die Grundgesamtheit aller Bewohnerinnen der aufgesuchten stationären Pflegeeinrichtungen weitgehend ab, wie auch eine Non-Responder-Analyse plausibilisierte. Die einbezogenen stationären Pflegeeinrichtungen stellen, wie in der klinischen Epidemiologie häufig, eine Gelegenheitsstichprobe dar.

Ergebnisse

Nach der genannten Richtlinie des MDS und des GKV-SV bedarf eine Person erst dann einer medizinischen Rehabilitation, wenn die Erbringung von Heilmitteln und einer Reihe weiterer ärztlicher und pflegerischer Maßnahmen zur Erreichung der Rehaziels nicht hinreichen. Nach diesem MDS/GKV-Kriterium erwiesen sich je nach Standort etwa 45 % bis über 70 % der pflegebedürftigen Bewohner*innen als rehabedürftig. Zieht man von diesen Rehabedürftigen jene ab, für die eine Reha zu belastend wäre (Rehafähigkeit), bei denen kein hochwahrscheinlich realisierbares Rehaziels formulierbar (Rehaprognose) oder denen dieses Rehaziels nicht der Anstrengungen wert schien (Rehamotivation), blieben je nach Standort etwa 15 bis 20 % übrig – also etwa ein Drittel der Rehabedürftigen. Mindestens so wichtig wie diese Zahlen ist das Verständnis des Filterprozesses mit seinen Barrieren. Sie sind stark kontextabhängig im Sinne der ICF. So sank der Anteil der rehabedürftigen Bewohner*innen, die zu einem Aufenthalt in einer stationären Rehaklinik belastbar genug waren, wegen der Hospitalisierungs- und Verwirrungs-Risiken in einigen Einrichtungen auf unter 3 %. Refähigkeit ist dann weniger eine Eigenschaft der rehabedürftigen Person als der Übereinstimmung von Rehabedarf und eines Rehaangebots in der Wohneinrichtung. Ebenso setzte die Formulierung eines realistischen und motivierenden Rehaziels häufig die Fähigkeit und Bereitschaft der Bezugspfleger voraus, interne Evidence in der Begegnung aufzubauen.

Schlussfolgerung und Ausblick

Bemerkenswert an dieser multizentrischen klinisch epidemiologischen Reihenuntersuchung ist, dass sie Rehabedürftigkeit und Rehaindikation unabhängig von einem vorherigen Krankenhausaufenthalt erkannte. Das ist von großer Wichtigkeit. Denn warum sollte eine Rehabedürftige sich erst krankenhausaufenthaltlich verletzen müssen, nur um die schon vorher nötige Reha zu erhalten? Dieser Umweg ist viel zu kostspielig: Er ist nicht nur zu teuer für die Versicherungsgemeinschaft. Er ist vor allem mit zu viel und völlig unnötigem Leid für die Rehabedürftigen verbunden.

Förderung: Bundesministerium für Gesundheit aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestags, Frankfurter Institut für Supervision, Institutionsanalyse und Sozialforschung

Wie unterscheiden sich Mütter und Väter in Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen hinsichtlich psychosozialer Kontextfaktoren und Gesundheitsrisiken?

Barre, F.

Medizinische Hochschule Hannover

Hintergrund

Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter/Väter und ihre Kinder (nach §§ 24 und 41 SGB V) haben das Ziel, unter Berücksichtigung der allgemeinen und mütter-/väter-spezifischen Kontextfaktoren den spezifischen Gesundheitsrisiken entgegen zu wirken (MDK, 2012). Während Kontextfaktoren und Gesundheitsrisiken von Müttern in Mutter-Kind-Kliniken mehrfach untersucht wurden (Meixner et al., 2000; Otto, 2013) liegen bisher keine entsprechenden Studien über Väter in Vater-Kind-Maßnahmen vor.

Fragestellungen:

1. Welche Belastungen im Alltag (Kontextfaktoren) und welche Risikofaktoren geben Väter an, die an einer Vater-Kind-Maßnahme teilnehmen? Bestehen Unterschiede zu Müttern in Mutter-Kind-Maßnahmen?
2. Gibt es Zusammenhänge zwischen den soziodemographischen Merkmalen der Mütter und Väter, ihren Belastungen im Alltag und den Risikofaktoren?

Methode

In zwei Multicenterstudien wurden im Jahr 2011 konsekutiv 1.332 Mütter und im Jahr 2014 494 Väter zu Beginn einer stationären Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme schriftlich befragt. Die Kontextfaktoren (entsprechend der Begutachtungsrichtlinie, MDK, 2012) wurden von den Patienten auf einer Skala von 1=gar nicht bis 5=sehr stark bewertet. In die Auswertung wurden alle Kontextfaktoren einbezogen, die als stark oder sehr stark bezeichnet wurden. Als Risikofaktoren wurden Adipositas (BMI>30), Rauchen, Bewegungsmangel (Sport selten oder nie) und Medikamentenkonsum (Schmerzmittel bzw. Schlaf- und Beruhigungsmittel mind. 1x /Woche) einbezogen.

Der Vergleich zwischen Müttern und Vätern auf Itemebene erfolgt über Chi-Quadrat-Tests, auf Skalenebene über T-Tests für unabhängige Stichproben. Varianzanalytisch wird geprüft, ob sich Teilnehmer mit verschiedenen soziodemografischen Merkmalen in der Zahl der Kontext- und Risikofaktoren unterscheiden.

Ergebnisse

Die Väter waren im Durchschnitt 5 Jahre älter als die Mütter (M=42,9, SD=6,9 vs. M=38,4, SD=6,3), häufiger verheiratet (63,4 % vs. 54,1 %) und sehr viel häufiger Vollzeit erwerbstätig (79,4 % vs. 20,3 %).

Von den allgemeinen Kontextfaktoren waren die Mütter überwiegend häufiger betroffen als die Väter. Die Faktoren Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie soziale Isolation wurden

von Vätern häufiger benannt. Von den speziellen Kontextfaktoren waren die Mütter nur geringfügig stärker belastet. Die größten Unterschiede zeigten sich bei den arbeitsplatzbezogenen Kontextfaktoren. Die Risikofaktoren Rauchen und Adipositas trafen häufiger auf die Väter zu, Bewegungsmangel und Medikamentenkonsum dagegen häufiger auf die Mütter (Tabelle 1)

	Mütter	Väter	Sign.
Allgemeine Kontextfaktoren, die auf alle Mütter und Väter zutreffen können	% stark oder sehr stark belastet	% stark oder sehr stark belastet	p
Zeitdruck	63,6	59,2	.090
Ständiger Familieneinsatz	66,9	44,7	.000
Haushalt	45,0	22,6	.000
Vereinbarkeit Familie und Beruf	40,4	42,4	.451
Erziehungsprobleme	31,8	21,7	.000
Familiäre Konflikte	34,1	13,6	.000
Finanzielle Sorgen	33,4	24,5	.000
Existenzängste	36,2	27,0	.000
Fehlende Erholung	61,9	54,4	.003
Soziale Isolation	16,7	18,1	.509
Geringe Anerkennung der Haus- und Familienarbeit	33,6	17,1	.000
Spezielle Kontextfaktoren, die nicht auf jeden zutreffen			
Alleinige Erziehungsverantwortung	9,9	9,0	.568
Behindertes oder chronisch krankes Kind	9,9	12,2	.151
Pflege/Erkrankung eines Angehörigen	8,4	6,9	.312
Probleme mit Partner/Ex-Partner	33,0	30,2	.244
Patchwork-Familie	4,2	3,1	.289
Tod eines nahen Angehörigen	11,2	10,8	.842
Arbeitslosigkeit/drohende Arbeitslosigk.	11,3	6,9	.007
Situation am Arbeitsplatz	13,7	21,2	.000
Arbeitszeit/Arbeitspensum	27,4	30,2	.236
Risikofaktoren			
Adipositas	21,6	26,1	.043
Rauchen	29,5	30,4	.711
Bewegungsmangel	68,3	30,6	.000
Schmerzmittelkonsum	49,6	32,6	.000
Schlaf-/Beruhigungsmittelkonsum	16,7	9,2	.000

Tab. 1: Anteil der Mütter und Väter mit starken oder sehr starken Belastungen durch Kontextfaktoren und Risikofaktoren

Der Mittelwertvergleich zwischen Müttern und Vätern auf Skalenebene zeigt, dass die Mütter mehr allgemeine Kontextfaktoren und Risikofaktoren angaben, während die Zahl der speziellen Kontextfaktoren sich nicht unterscheidet (Abbildung 1).

Die univariate Varianzanalyse ergab signifikante Unterschiede in der Zahl der Kontext- und Risikofaktoren bei Müttern und Vätern mit verschiedenen soziodemografischen Merkmalen. So waren Teilnehmer mit geringer Schulbildung, nicht Erwerbstätige und nicht Verheiratete unabhängig vom Geschlecht besonders belastet.

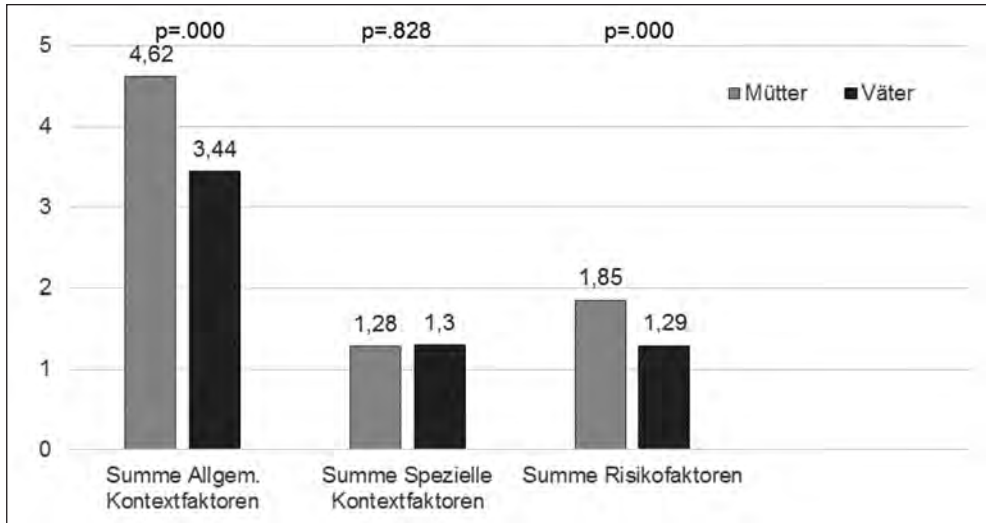


Abb. 1: Mittelwertvergleich Mütter und Väter

Diskussion

Die erste Befragung einer größeren Zahl von Vätern, die an einer Vater-Kind-Maßnahme teilgenommen haben, hat gezeigt, dass die Väter insgesamt weniger subjektiv belastet sind als die Mütter. Bekannt ist aber auch, dass Männer im Vergleich zu Frauen später Belastungen wahrnehmen bzw. zum Arzt gehen (Härtel, 1988). Zukünftig sollten daher Testinstrumente eingesetzt werden, zu denen geschlechtsspezifische Referenzwerte vorliegen. Hohe Belastungen im Alltag der Väter können durch die überwiegende Vollzeiterwerbstätigkeit erklärt werden. Vereinbarkeitsprobleme und Probleme mit der Situation am Arbeitsplatz haben sich als väterspezifische Belastungen erwiesen. Die Risikofaktoren geben Hinweise auf einen möglichen Behandlungsbedarf.

Förderung: Träger der Mutter-/Vater-Kind-Kliniken

Literatur

- Härtel, U. (1988): Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme medizinischer Hilfe: Ergebnisse der Münchener Blutdruckstudie. *Soz Präventivmed*, 33. 148–154.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (2012): *Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation*, Essen. URL: http://www.mdk.de/media/pdf/15_BRL_VorsorgeReha.pdf. Abruf: 31.10.2016.
- Meixner, K., Glattacker, M., Gerdes, N., et al. (2001): Behandlungseffekte in Mutter-Kind-Einrichtungen – Ergebnisse des externen Qualitätsmanagements. *Die Rehabilitation*, 40. 280–288.

Otto, F. (2013): Effekte stationärer Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Kinder – Eine kontrollierte Vergleichsstudie. *Die Rehabilitation*, 52 (02). 86–95.

Warum gehen onkologische Reha-Anträge und Reha-Leistungen der Deutschen Rentenversicherung zurück? Ergebnisse qualitativer Interviews mit Patienten aus onkologischen Versorgungszentren

Deck, R., Babaev, V., Walther, A. L.

Universität zu Lübeck

Hintergrund

Aktuelle Prognosen gehen davon aus, dass für das Jahr 2016 insgesamt mit rund 500.000 neuen Krebserkrankungsfällen zu rechnen ist (RKI, 2015). Die häufigste Tumorlokalisation bei Männern ist die Prostata, gefolgt von Lunge und Darm. Bei Frauen entfällt die häufigste Diagnose auf die Brustdrüse, nachfolgend Darm. Die Überlebensraten bei einer onkologischen Erkrankung variieren, steigen aber insgesamt: bei Brust-, Hoden-, Prostata- und Schilddrüsenkrebs, überleben 80 % der Betroffenen die ersten 5 Jahre nach Diagnose (De Angelis et al., 2014). Damit steigt auch der Anteil derjenigen, die an den potentiellen Folgen der Krebserkrankung oder deren Therapie leiden und die damit einen potentiellen Reha-Bedarf aufweisen und eine entsprechende Leistung zur medizinischen Reha in Anspruch nehmen können. Aber invers zur Inzidenz und zur Überlebenszeit gehen die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach einer onkologischen Erkrankung zurück (DRV Bund, 2015). Bislang ist unklar wie dieser Rückgang zustande kommt und welche Faktoren – z. B. individuelle, soziale, strukturelle oder versorgungspolitische – ihn beeinflussen.

Methodik

Im Rahmen einer Mixed-Methods-Studie wurde in einem ersten qualitativen Studienabschnitt untersucht, welche Einflussfaktoren auf Patientenseite für oder gegen eine Reha-Maßnahme im Vordergrund stehen.

Eingeschlossen wurden Patienten aus regionalen Versorgungszentren, die dort auf Grund von Brust-, Darm- oder Prostatakrebs behandelt wurden. Die Patienten wurden im Rahmen von Einzelinterviews leitfadengestützt befragt. Fokus der Interviews war: Absicht einen Rehabilitationsantrag zu stellen bzw. eine Reha-Maßnahme in Anspruch zu nehmen, Wissen und Einstellungen zur medizinischen Reha, bisherige (positive und negative) Erfahrungen, Alternativen zur medizinischen Reha sowie eigene Voraussetzungen zur Inanspruchnahme einer Reha (gesundheitlich, persönlich, strukturell).

Die Interviews wurden digital aufgezeichnet und vollständig transkribiert. Sie dauerten im Durchschnitt 30 Minuten. Die Auswertung erfolgte mit dem Programm MAXQDA. Das Kategoriensystem wurde sowohl deduktiv als auch induktiv gebildet.

Ergebnisse

Die Interviews fanden im Zeitraum vom 05.02.2016 bis 13.06.2016 in drei onkologischen Versorgungszentren statt. Es beteiligten sich insgesamt 25 Personen, die geplanten Merkmalskombinationen des Samplings (Mann/Frau; jung/alt; allein lebend/mit Familie; Schweregrad hoch/gering) konnten bis auf eine Ausnahme erreicht werden.

Die meisten Krebserkrankten waren der medizinischen Rehabilitation gegenüber positiv eingestellt und planten, eine Reha-Maßnahme in Anspruch zu nehmen. Allerdings gab es auch ablehnende Haltungen und Kritik am Reha-System und den Inhalten der medizinischen Rehabilitation. Die Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation abzulehnen hatte unterschiedliche Gründe. Im Vordergrund standen persönliche und private Gründe. Befürchtungen, länger mit anderen krebserkrankten Personen zusammen zu sein und „nur“ über die Erkrankung zu reden war – insbesondere bei Brustkrebspatientinnen – ein Aspekt, der zu einer ablehnenden Haltung führte. Auch berufliche und familiäre Gründe wurden als Hindernis benannt. So wurde z. B. vermutet, dass Arbeitgeber es nicht gern sähen, wenn man längere Zeit von der Arbeit fernbliebe. Anderen war der organisatorische Aufwand zu groß und lokale Alternativen, etwa onkologische Tageskliniken, attraktiver.

Darüber hinaus variierten das Wissen über die Reha und der Informationsbedarf. Die meisten Patienten hatten schon etwas über die medizinische Reha gehört, aber die wenigsten Patienten hatten konkrete Vorstellungen darüber, was eine Rehabilitation beinhaltet und wie sie abläuft. Viele hatten nur vage Ideen, was auf sie zukommt. Genannt wurden: „einfach nur Ruhe haben“, „wieder ins Leben zurück finden“ „psychologische Hilfe“, „Sportangebote“ und „Massage“. Bei einigen Patienten führten mangelnde oder missverständliche Informationen zu einer negativen Einstellung und damit zu einer ablehnenden Haltung gegenüber einer Reha: wenn sie nicht genau wüssten, was auf sie zukommt, würden sie lieber gar nicht zur Reha fahren.

Schlussfolgerung und Ausblick

Obwohl die meisten der interviewten Patienten eine positive Grundeinstellung gegenüber der Reha haben, existieren unterschiedliche Gründe, sich gegen einen Reha-Aufenthalt zu entscheiden.

Aus vorliegenden Informationen wurde ein standardisierter Fragebogen entwickelt, der nun bei 300 Patienten nach einer Krebserkrankung eingesetzt wird. Neben Fragen zu einer Reha-Inanspruchnahme oder Nichtinanspruchnahme werden verschiedene gesundheitsbezogene Parameter (subjektive Gesundheit, Schmerzen, Lebensqualität, Schweregrad der Erkrankung), Selbstwirksamkeit, familiäre und berufliche Situation sowie die Sozialschicht erfasst. Mit den Ergebnissen der quantitativen Studie können Erkenntnisse darüber gewonnen werden, welche Hürden und Hemmnisse die Inanspruchnahme einer Reha erschweren und ob die Gründe einer Nichtinanspruchnahme eher im krankheits- bzw. gesundheitsbezogenen, in strukturellen oder sozialen Bereichen zu finden sind. Daraus lassen sich Hypothesen ableiten, warum Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei onkologischen Erkrankungen rückläufig sind und ggf. können Informationsmaterialien auf die Bedürfnisse von Krebspatienten angepasst werden.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Nord

Literatur

- Robert Koch-Institut und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg) (2015): Krebs in Deutschland 2011/2012. 10. Ausgabe. Berlin.
- De Angelis, R., Sant, M., Coleman, M.P. et al (2014): Cancer survival in Europe 1999–2007 by country and age: results of EURO CARE--5-a population-based study. *Lancet Oncol.* 15 (1). 23–34.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2015): Abgeschlossene Leistungen zur Rehabilitation-Zeitreihen. http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/view3sp.jsp?chstatz_Rehabilitation=6380638&open&viewName=statz_Rehabilitation&viewCaption=Statistiken. Letzter Zugriff 19.09.2016.

Effekte organisationaler Ungerechtigkeit auf Arbeitsfähigkeit und Rollenfunktion – Ergebnisse aus dem Längsschnitt des Dritten Sozialmedizinischen Panels

Spanier, K. (1), Peters, E. (1), Michel, E. (2), Radoschewski, F. M. (2), Bethge, M. (1)
(1) Universität zu Lübeck, (2) Charité – Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund

Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen in der Erwerbsbiografie sind in besonderem Maße auf verlässliche und transparente Unternehmenskulturen angewiesen. In der epidemiologischen Forschung wird die Bewertung dieser Dimension von Arbeit z. B. durch das Konstrukt organisationaler Gerechtigkeit abgebildet (Elovainio et al., 2002). Als Repräsentationen organisationaler Gerechtigkeit gelten dabei prozedurale Gerechtigkeit (Verfahrensgerechtigkeit) und relationale Gerechtigkeit (fairer Führungsstil). Ziel unserer Analysen war es, Risiken organisationaler Ungerechtigkeit für Arbeitsfähigkeit sowie emotionale und körperliche Rollenfunktion herauszuarbeiten

Methodik

Die Daten stammen aus der ersten und zweiten Erhebungswelle des „Dritten Sozialmedizinischen Panels für Erwerbsspersonen“ (Bruttostichprobe: 10. 000 Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Bund mit vorangegangenem Krankengeldbezug). Die Befragungen fanden 2013 und 2015 statt (Bethge et al., 2015). Für die vorliegenden Analysen wurden Personen mit Daten zu beiden Erhebungszeitpunkten berücksichtigt. Organisationale Gerechtigkeit wurde mit einer deutschen Version des „Organisational Justice Questionnaire“ erhoben und an den Terzilen kategorisiert (Spanier et al., 2014). Arbeitsfähigkeit wurde mit dem Work Ability Index erfasst (Ilmarinen, 2009). Werte zwischen 7 und 36 Punkten wurden als schlechte Arbeitsfähigkeit kategorisiert. Emotionale und körperliche Rollenfunktion wurde mit den entsprechenden Rollenfunktionsskalen des 36-Item Short-Form Health Survey erhoben. Werte unterhalb des ersten Quartils der Ersterhebung wurde als starke Einschränkungen kategorisiert. Zur Feststellung des Erklärungsanteils organisationaler Ungerechtigkeit wurde bei der Effektschätzung zunächst für soziodemografische Variablen, gesundheitsbezogene Verhaltensrisiken und Neurotizismus, in einem weiteren

Schritt für berufliche Gratifikationskrisen adjustiert. Zusätzlich wurde geprüft, ob Personen, die kumulierte Risiken aus organisationaler Ungerechtigkeit und Gratifikationskrisen berichteten, nach 2 Jahren stärker belastet waren, als Personen mit einem oder gar keinem Risiko. Fehlende Werte wurden modellweise multipel imputiert.

Ergebnisse

Für 2.060 Personen lagen Daten aus beiden Erhebungswellen vor (55,7 % Frauen, Durchschnittsalter: 48, 1 Jahre, SD: 4,0).

Personen mit hohen Werten organisationaler Ungerechtigkeit hatten, unter Kontrolle soziodemografischer Variablen, gesundheitsbezogener Verhaltensrisiken und Neurotizismus, im Vergleich zu Personen mit niedrigen Werte nach zwei Jahren 1,9-fach erhöhte Odds (95 % KI: 1,4 – 2,5) für schlechte Arbeitsfähigkeit, 1,8-fach erhöhte Odds (95 % KI: 1,3 – 2,4) für eingeschränkte emotionale Rollenfunktion und 1,4-fach erhöhte Odds für eingeschränkte körperliche Rollenfunktion (95 % KI: 1,1 – 2,0). Unter Berücksichtigung beruflicher Gratifikationskrisen reduzierten sich die Effekte. Die Effekte auf Arbeitsfähigkeit und emotionale Rollenfunktion blieben signifikant (Arbeitsfähigkeit: OR = 1,5, 95 % KI: 1,1 – 2,1; emotionale Rollenfunktion: OR = 1,7, 95 % KI: 1,2 – 2,3). Personen, die sowohl organisationale Ungerechtigkeit als auch berufliche Gratifikationskrisen berichteten, wiesen vergleichbare Odds Ratios auf wie Personen, bei denen lediglich eines der beiden Risiken vorlag. Im Vergleich zu Personen, die keines der beiden Risiken aufwiesen, waren die Odds deutlich erhöht.

Diskussion

Organisationale Ungerechtigkeit in der Arbeitswelt ist ein wichtiger, von anderen soziodemografischen, gesundheits- und personenbezogenen Einflussgrößen unabhängiger Risikofaktor für eingeschränkte Arbeitsfähigkeit und emotionale und körperliche Rollenfunktion. Organisationale Ungerechtigkeit und berufliche Gratifikationskrisen lieferten voneinander unabhängige Erklärungsanteile für schlechte Arbeitsfähigkeit und eingeschränkt emotionale Rollenfunktion. Ein additiver Effekt beider Risikofaktoren konnte nicht gezeigt werden.

Schlussfolgerung

Bei der Beurteilung erwerbs- und gesundheitsbezogener Risiken sollten Verletzungen organisatorischer Gerechtigkeit berücksichtigt werden. Prävention zum Erhalt von Erwerbsfähigkeit darf sich nicht allein auf individuelle Verhaltensprävention beschränken, sondern muss darüber hinaus auch Rahmenbedingungen für faire und gerechte Arbeit schaffen.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

Bethge, M., Spanier, K., Neugebauer, T., Mohnberg, I., Radoschewski, F.M. (2015): Self-reported poor work ability – an indicator of need for rehabilitation? A cross-sectional study of a sample of German employees. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 94. 958–966.

- Elovainio, M., Kivimäki, M., Vathera, J. (2002): Organizational justice: evidence of a new psychosocial predictor of health. *American Journal of Public Health*, 92. 105–108.
- Ilmarinen, J. (2009): Work ability – a comprehensive concept for occupational health research and prevention. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 35. 1–5.
- Spanier, K., Radoschewski, F.M., Gutenbrunner, C., Bethge, M. (2014): Direct and indirect effects of organizational justice on work ability. *Occupational Medicine (London)*, 64. 638–643.

Heidelberger Kompetenztraining (HKT) zur nachhaltigen Lebensstiländerung in der kardiologischen Rehabilitation

Nechwatal, R. M. (1), Glatz, L. (1), Dillenburg, A. (1), Knörzer, W. (2)

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

Einleitung

Studien zeigen, dass die in der kardiologischen Rehabilitation erreichten Ziele nicht nachhaltig zu einer Lebensstiländerung führen. Insbesondere werden eine Steigerung der körperlichen Aktivität oder eine Gewichtsabnahme nach Entlassung aus der Reha nicht konsequent fortgeführt.

Methodik

Wir setzten das Heidelberger Kompetenztraining (HKT) zur Entwicklung mentaler Stärke ein, das Patienten befähigen soll, Ziele ressourcenorientiert zu erlangen. Dieses psychoedukative Verfahren führt zum Aufbau einer positiven Problemlösungshaltung und stärkt die Selbstwirksamkeitsüberzeugung.

192 Patienten der HKT-Gruppe (Alter:49,9+-9,0 Jahre, 158 m, 37 w) erhielten 4 zusätzliche Stunden à 45 Minuten HKT-Unterweisung und 116 Patienten einer Kontrollgruppe (Alter 51,4 +- 7,8 , 98 m, 18 w), erhielten ebenfalls 4 x 45 Minuten als zusätzliche Unterweisung aber als Patientenedukation spezifischer kardiovaskulärer Risikofaktoren. Beide Gruppen wurden monatlich telefonisch nachbeobachtet und nach 6 und 12 Monaten nachuntersucht hinsichtlich der Ziele: 1.) körperliche Aktivität (es erfolgte eine Aktivitätsmessung mit Schrittzählern) und 2.) Gewichtsabnahme.

Ergebnisse

	Anfang Reha	Ende Reha	6 Monate	12 Monate
6 Minuten Gehstest (m)	513+-67	573+-80 P<0,0001	601+-75 P<0,0001 P'<0,0015	624+-79 P<0,0001 P'<0,00017
Schrittzähler (Schritte)	8265+-4197	12796+-7395 P<0,0001	10026+-2966 P<0,0033 P'<0,037	10563+-2762 P<0,037 P'<0,003
Körpergewicht (kg)	110,1+-25,1	106,5+-27,3 P<0,0001	104,1+-25,1 P<0,0001 P'<0,023	100,5+-20,6 P<0,00016 P'<0,068

P = Signifikanz ggü Anfang Reha, P' = Signifikanz ggü Ende Reha

Tab. 1: HKT-Gruppe

	Anfang Reha	Ende Reha	6 Monate	12 Monate
6 Minuten Gehstest (m)	504+–64	535+–75 P<0,0001	544+–66 P<0,0001 P'=0,04	567+–57 P<0,0001 P'=0,0009
Schrittzähler (Schritte)	9208+–4085	11791+–4898 P<0,0001	10290+–3357 P<0,23 P'=0,0001	9204+–3280 P<0,50 P'=0,0001
Körpergewicht (kg)	99,7+–18,0	97,1+–16,9 P<0,0001	96,9+–18,1 P=0,001 P'=0,79	93,4+–14,1 P<0,14 P'=0,40

p = Signifikanz ggü Anfang Reha, p' = Signifikanz ggü Ende Reha

Tab. 2: Kontrollgruppe

Die drop out Rate bei der HKT-Gruppe betrug nach 6 Monaten 46 , nach 12 Monaten 78 (23,9 bzw 40,6 %

Die drop out Rate bei der Kontrollgruppe betrug nach 6 Monaten 24 nach 12 Monaten 32 (20,6 bzw 27,6 %)

In der HKT-Gruppe konnte sowohl der 6 Minuten Gehstest als auch die zurückgelegten Schritte gegenüber den Werten zu Beginn der Reha hochsignifikant gesteigert werden und blieben über 12 Monate auf diesem hohen Niveau (vgl. Tabelle 1).

In der Kontrollgruppe wurde ebenfalls der 6 Minuten Gehstest signifikant gesteigert – jedoch geringer gegenüber der HKT-Gruppe – und blieb signifikant über 12 Monate über dem Ausgangsniveau. Die körperliche Aktivität anhand der Schrittzählerauswertung wurde nur während der Reha gesteigert und unterschied sich nach 6 oder 12 Monate nicht gegenüber dem Ausgangswerten (vgl. Tabelle 2).

Patienten in der HKT-Gruppe mit dem Ziel Gewichtsabnahme zeigten eine hochsignifikanten Gewichtsverlust, der sich signifikant über 12 Monate nicht nur gegenüber dem Ausgangsgewicht, sondern darüber hinaus auch gegenüber dem Entlassgewicht sich weiter verbesserte. In der Kontrollgruppe hingegen fand eine signifikante Gewichtsabnahme nur während der Reha und nach 6 Monaten gegenüber dem Ausgangsgewicht statt, wohingegen sich nach 12 Monaten und gegenüber dem Entlassgewicht kein weiterer Effekt nachweisen ließ.

Zusammenfassung

Das Heidelberger Kompetenztraining (HKT) führt bei kardiologischen Rehapatienten zur Lebensstiländerung (Steigerung der körperlichen Aktivität und Gewichtsabnahme) und zu einem nachhaltigen Erreichen dieser Rehaziele über 12 Monate.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Baden Württemberg

Literatur

Knörzer, W., Rupp, R., Heinrich, S. (2010): Mentale Stärke entwickeln – Das Beispiel des Heidelberger Kompetenztrainings (HKT). In: Knörzer, W. & Schley, M. (Hrsg.): Neuro-

wissenschaft bewegt. Hamburg: Edition Czwalina, Feldhaus Verlag, Reihe Sportwissenschaft und Sportpraxis, Bd 156. Göttingen: Hogrefe. 69–76.

TeNoR2: Effekte der telefonischen Nachsorge durch den Sozialdienst einer Reha-Klinik für MBOR-Rehabilitanden sechs Monate nach Ende der Reha-Maßnahme

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

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

(2) Klinik Münsterland, RehaKlinikum Bad Rothenfelde

Hintergrund

Für orthopädische MBOR-Rehabilitanden wurde zur langfristigen Verfolgung des Ziels der Rückkehr ins Erwerbsleben bzw. der Reduzierung beruflicher Probleme sowie auch zur Verstetigung der verbesserten Krankheitsbewältigung und Lebensstiländerung ein telefonisches Nachsorgeangebot durchgeführt und evaluiert, welches auf die im Anschluss an die Rehabilitationsmaßnahme weiter bestehenden Probleme rund um die Erwerbsfähig- und -tätigkeit fokussiert (vgl. Deck, 2011; Hillert et al., 2009). Diese Intervention war im Vorgänger-Projekt (Fröhlich et al., 2014) entwickelt worden.

Methodik

Es handelt sich um eine randomisierte und kontrollierte Studie mit 5 Messzeitpunkten (Beginn der Reha-Maßnahme (T0), Ende der Reha-Maßnahme (T1), 3 Monate nach Reha-Ende (T2), 6 Monate nach Reha-Ende (T3) und 12 Monate nach Reha-Beginn (T4)) innerhalb eines Jahres nach Rehabilitationsbeginn, zu denen die Patienten schriftlich befragt wurden. In dieser Zeit erhielten die Teilnehmer der Interventionsgruppe (IG) sechs Anrufe von den ihnen aus der Reha bekannten Sozialberatern. Die Anrufe erfolgten einen, zwei, drei, vier, sieben und zehn Monate nach Reha-Ende. Zum Ende der Reha-Maßnahme hatte der Sozialdienst zusätzlich ein Planungsgespräch inkl. Zielvereinbarung mit der IG geführt. Die Teilnehmer der Kontrollgruppe (KG) bekamen weder dieses Gespräch noch die Nachsorge-Telefonate.

447 MBOR-Rehabilitanden willigten in die Studienteilnahme ein. Davon waren 228 in die IG und 219 in der KG. 346 (77,4 %) Teilnehmer waren männlich und das Durchschnittsalter lag bei 45,4 (SD = 9,2, 18–62) Jahren. 91 % der Teilnehmer hatten die deutsche Staatsangehörigkeit. 55 % hatten als höchsten Schulabschluss Volks-/Hauptschulabschluss angegeben.

Ergebnisse

In den ersten sechs Monaten nach Reha-Ende wurden 482 Nachsorge-Telefonate durch den Sozialdienst mit den MBOR-Rehabilitanden der IG erfolgreich geführt.

Die Interventionsgruppe ($M = 1.49$, $SD = 1.1$) hat 6 Monate nach Reha-Ende eine günstigere subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit (SPE-Skala) als die Kontrollgruppe ($M = 1.63$,

SD = 1.0). Dieser Unterschied konnte nicht als signifikant nachgewiesen werden: $t(278) = -1.05$, $p = .295$. Berücksichtigt man in den Analysen das Geschlecht sowie das Alter zeigt sich eine signifikante Überlegenheit der IG sowohl bei den Frauen ($M = 1.29$, $SD = 1.1$ vs. $M = 1.86$, $SD = 1.1$; $t(67) = -2.18$, $p < .033$) als auch eine tendenzielle Überlegenheit der IG bei Teilnehmern unter 48 Jahren ($M = 1.20$, $SD = 1.0$ vs. ($M = 1.54$, $SD = 0.94$; $t(128) = -1.956$, $p = .053$) (vgl. Abb. 1).

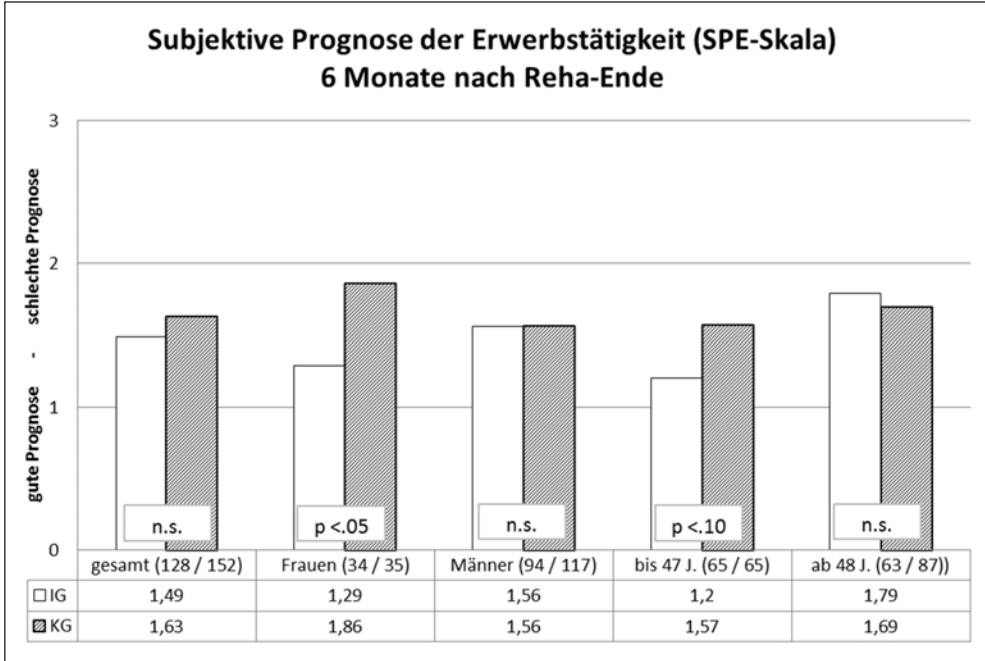


Abb. 1: subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit

Diskussion

Die telefonische Nachsorge durch die Sozialberater der Klinik hat sich sechs Monate nach Reha-Ende im Vergleich zur randomisierten Kontrollgruppe positiv auf die subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit bei den Frauen und bei den jüngeren Teilnehmern ausgewirkt.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Es zeigt sich eine bessere Umsetzbarkeit für die Frauen. Bei den jüngeren Teilnehmern könnte ein höheres motivationales Potential bestehen. Es bleibt die Frage nach der Nachhaltigkeit der Effekte. Die wird in Zukunft durch die Ergebnisse des letzten Messzeitpunktes beantwortet werden können.

Förderung: Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e.V., Norderney

Literatur

- Deck, R., Schramm, S., Hüppe, A., Raspe, H. (2011): Ein neues Credo für Rehabilitationskliniken – Ein möglicher Weg zur Steigerung der längerfristigen Effektivität der medizinischen Rehabilitation. DRV-Schriften, Bd 93. 41–43.
- Fröhlich, S.M., Niemeyer, R., Greitemann, B. (2015): TeNoR: Telefonische Nachsorge in der orthopädischen Rehabilitation – Entwicklung und Erprobung eines Konzeptes für MBOR-Rehabilitanden. DRV-Schriften, Bd 107. 174–175.
- Hillert, A., Müller-Fahrnow, W., Radoschewski, F.M. (Eds.) (2009): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation: Grundlagen und Praxis. Köln: Dt. Ärzte-Verl.

Wie nachhaltig ist die sozialdienstliche Beratung in der Rehabilitationsklinik? Eine Katamnesestudie

Vogel, H. (1), Sauer, S. (1), Deeg, P. (2), Faller, H. (1)

(1) Universität Würzburg, (2) Deegenbergklinik, Bad Kissingen

Hintergrund

Eine wesentliche Aufgabe der Medizinischen Rehabilitation ist es, dem Rehabilitanden Impulse für seine weitere Integration mitzugeben (Gerdes et al., 2005, Vogel et al., 2009). Vor diesem Hintergrund sind Konzepte und Modelle für Nachsorgeleistungen in den zurück liegenden zehn Jahren erheblich ausgebaut worden. Gleichwohl liegen hier weiterhin zentrale Herausforderungen für die Zukunft der medizinischen Rehabilitation als integralem Teil des Gesundheitssystems (Deck et al., 2015). Rehabilitation bei älteren Menschen wird in den bisherigen Untersuchungen zum Thema eher selten behandelt, deshalb sollte sich die vorliegende Arbeit speziell der Frage nach der Umsetzung von Nachsorgeempfehlungen bei dieser Rehabilitandengruppe widmen.

Methodik

Im Rahmen einer explorativen prospektiven Studie wurde eine Kohorte von 49 Rehabilitanden im Alter über 65 Jahre (Zeitstichprobe) über drei Zeitpunkte hinweg beobachtet. Zu Reha-Aufnahme (t1) wurde neben wenigen soziodemografischen Variablen der Barthel-Index erfasst, zum Reha-Ende (t2) wurden die Empfehlungen des Sozialdienstes, insbesondere die Beratungen zu Sozialleistungen (Pflegestufen, GdB u. a.) dokumentiert und ca. 8 Wochen nach der Rehabilitation (t3) wurde in einem Telefoninterview der Stand der Umsetzung der Empfehlungen erfragt und es wurden auch weitere Veränderungen und Erfahrungen (Ressourcen, Herausforderungen) erfragt. Die Untersuchung erfolgte im Jahr 2015 in der Deegenbergklinik in Bad Kissingen (internistische und orthopädische Rehabilitation).

Ergebnisse

Die 49 Rehabilitanden, die zu einer Teilnahme bereit waren, waren etwa 20 % derjenigen, die in dem Erhebungszeitraum eine Beratung durch den Sozialdienst in Anspruch genom-

men hatten. Von den Teilnehmern waren 61 % weiblich, das Durchschnittsalter betrug 74 Jahre. Der Barthel-Index lag bei Aufnahme in Durchschnitt bei 95 Punkten. Ca. 25 % der Teilnehmer lebten selbstständig, ca. 55 % lebten zusammen mit einem Ehepartner, ca. 25 % lebten zusammen mit anderen Familienangehörigen.

Die Umsetzung der sozialdienstlichen Empfehlungen stellt sich in dieser Stichprobe heterogen dar: Bei 30 Teilnehmern waren Beratungen zur Umstellung von Lebensgewohnheiten gegeben worden (z. B. Teilnahme Herzsportgruppe), zu t3 gaben 25 davon an, diese (teilweise) umgesetzt zu haben. Bei 13 Teilnehmern waren Unterstützungen im Alltag empfohlen worden (Pflegedienst u. a.), 11 gaben zu t3 an, diese (teilweise) umgesetzt zu haben bzw. die Umsetzung eingeleitet zu haben. 40 Teilnehmer waren zu Sozialleistungen beraten worden (Wohngeldantrag u.a.), eine Umsetzung war zu t3 aber nur bei 6 Teilnehmern erfolgt. Bei 40 Teilnehmern wurde zum Grad der Behinderung beraten, in vielen Fällen ein entsprechender Antrag auch bereits ausgefüllt und oft (30 Fälle) bereits von der Klinik aus versandt; von diesen waren sieben bis zu t3 bereits genehmigt, drei abgelehnt und bei den übrigen lief das Verfahren noch. Die zahlreichen Antworten auf die ergänzenden offenen Fragen geben wichtige Hinweise auf Rahmenbedingungen, die für die Umsetzung von Beratungsempfehlungen hinderlich oder auch förderlich sein können.

Seitens der systematisch erhobenen Moderatorvariablen (Geschlecht, Lebensalter, Wohnungssituation, Barthel-Index) konnte kein stärkerer Einfluss auf die Umsetzung der Empfehlungen des Sozialdienstes gefunden werden.

Diskussion

Es wird deutlich, dass die Beratung durch den Kliniksozialdienst wichtige Impulse für die zukünftige Integration der (älteren) Rehabilitanden geben kann und auch, dass dies in vielen Fällen erfolgreich geschieht. Sie ist allerdings eingebunden in den Gesamtkontext der Rehabilitationsklinik und muss die besondere, in jedem Fall sehr individuelle Lebenssituation des Rehabilitanden und seiner Familie berücksichtigen. Gerade bei älteren Rehabilitanden ist die erfolgreiche Beratung deshalb mit vielen Herausforderungen verbunden. Die vorliegende Erhebung zeigt, dass mit überschaubarem Aufwand eine Nachkontrolle der Beratungspotentiale möglich ist, die in der Folge auch zur Weiterentwicklung von Beratungsformen und -inhalten genutzt werden kann.

Literatur

- Deck, R., et al. (2015): Reha-Nachsorge – one size fits all? Analyse der Rehabilitanden, die nicht vom Reha Nachsorgekonzept „neues Credo“ profitieren. *Die Rehabilitation*, 54. 218–225.
- Gerdes, N., Bühlren, B., Lichtenberg, S., Jäckel, W. (2005): Rehabilitationsnachsorge – Analyse der Nachsorgeempfehlungen und ihrer Umsetzung. *Rehabilitationswissenschaften, Rehabilitationspsychologie, Rehabilitationsmedizin* Bd 10. Regensburg: S. Roderer Verlag.
- Vogel, H., Konrad, S., Holderied, A. (2009): Was wird aus den Nachsorgeempfehlungen der Reha-Kliniken? *DRV-Schriften*, Bd 83. 33–34.

SENSe-Study: Structured evaluation of sustainability of sports after cancer

Widmann, T. (1), Roggenhofer, S. (2)

(1) Asklepiosklinik Triberg, (2) Waldklinik Dobel

Einleitung

Tumorpatienten, welche sich nach einer Tumorerkrankung einem regelmäßigen Bewegungsprogramm anschließen, haben Aussicht auf eine Absenkung des Rückfallrisikos und damit eine verbesserte Überlebenschance (LI et al., 2016; Meyerhardt et al., 2006). Die Absenkung des Rückfallrisikos hängt davon ab, wie aktiv Patienten sind, bzw. von der absolvierten „Dosis“ des Bewegungsprogramms ab. Verschiedene Bewegungsaktivitäten werden durch einen unterschiedlichen Kalorienverbrauch bzw. durch die Angabe von sogenannten metabolischen Äquivalenzeinheiten (=MET) erfasst und bewertet (Ainsworth et al., 2011).

Die hier präsentierte Studie adressiert die Fragen, ob 1. das Setting einer medizinischen Rehabilitation dafür geeignet ist, Tumorpatienten auf das prognostisch relevante Bewegungsniveau zu bringen und 2. eine strukturierte Trainingsempfehlung („Trainingsplan“, Experimentalgruppe) dabei helfen kann, ein nachhaltiges Bewegungsprogramm zu unterstützen?

Methodik

Wir untersuchten n=340 Rehabilitanden in einer prospektiven, randomisierten und verblindeten Studie. Die Kohorte wurde in zwei Gruppen randomisiert. Beide Gruppen wurden hinsichtlich des Niveaus der Bewegungsaktivität vor der Rehabilitationsmaßnahme befragt (GermanPAQ50+). Während der medizinischen Rehabilitation erfolgte ein Bewegungsprogramm entsprechend der Leitlinien der Deutschen Rentenversicherung sowie ein Bewegungstagebuch (zusätzliche Erfassung von außerhalb des Therapieplan selbstständig durchgeführten Bewegungsaktivitäten). Zum Ende der Reha erfolgte eine für den Arzt verblindete Randomisierung der Rehabilitanden in eine Experimentalgruppe A (mit unterstützender und strukturierter Trainingsempfehlung) und eine Kontrollgruppe B (einfache Empfehlung der Fortführung des in der medizinischen Rehabilitation erlernten Bewegungsprogramms). Nach sechs Monaten erfolgte eine Nachbefragung von Patienten zum zu Hause durchgeführten Bewegungsprogramm. Zusätzlich erfolgte eine Kontrolle der durch Rehabilitanden dokumentierten Bewegungsaktivitäten durch sogenannte „Bewegungstracker“ (SenseWear-Armband).

Ergebnisse

Die eingeschlossenen Rehabilitanden erreichten vor der medizinischen Rehabilitation ein durchschnittliches Bewegungsniveau von 22,47 MET/Woche (DS=25,71). Während der medizinischen Rehabilitation konnte das Bewegungsniveau auf durchschnittlich 38,52 MET/Woche (SD=15,9; $p<0,001$) gesteigert werden. 3 Monate nach der medizinischen Rehabilitation erreichte das Bewegungsniveau durchschnittlich 41,06 MET/Woche und nach 6 Monaten sogar 43,37 MET/Woche ($p<0,001$). Eine Post-hoc Analyse der Rehabilitanden-

gruppen A versus B ergab hierbei, dass Rehabilitanden der Experimentalgruppe ein langfristig deutlich höheres Bewegungsniveau erreichten. Nach 3 Monaten erreichten Rehabilitanden der Gruppe A durchschnittlich 55,69 MET/Woche (SD=37,02) und die der Gruppe B 36,32 MET/Woche (SD=28,37; $p<0,001$). Der Vergleich der von Patienten schriftlich dokumentierten Bewegungsaktivitäten während der medizinischen Rehabilitation und im ambulanten Setting mit einem Bewegungstracker ergab eine hohe Korrelation ($R=0,88$; $p=0,012$), sodass von einer korrekten Erfassung des Bewegungsniveaus durch Rehabilitanden ausgegangen werden kann.

Schlussfolgerungen

Viele Tumorpatienten führen bereits vor der medizinischen Rehabilitation ein Bewegungsprogramm durch. Das Setting der medizinischen Rehabilitation ist hinsichtlich Edukation und Anleitung zur Bewegung besonders geeignet und führt zu einer prognostisch relevanten Steigerung des Bewegungsniveaus. Zusätzlich ist durch eine strukturierte Anleitung nach einer medizinischen Rehabilitation der Erfolg hinsichtlich der konsequenten Fortsetzung eines Bewegungsprogramms verbessert. Durch eine strukturierte Anleitung zur Bewegung nach der medizinischen Rehabilitation steigt somit das Rückfallrisiko für Rehabilitanden und deren Überlebenschancen sinkt.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Baden Württemberg

Literatur

Li, T., et al. (2016): Br J Sports Med. 50 (6). 339–345.

Meyerhardt, J., et al. (2006): J Clin Oncol.; 24 (22). 3527–3534.

Ainsworth, B., et al. (2011): Med Sci Sports Exerc; 43 (8). 1575–1581.

Evaluation einer telefonbasierten Reha-Nachsorgeintervention zur Optimierung der poststationären ViniYoga-Akzeptanz bei Hypertonikern – Ergebnisse einer randomisiert kontrollierten Studie

Schröer, S. (1), Mayer-Berger, W. (2), Pieper, C. (1)

(1) Universitätsklinikum Essen, (2) Klinik Roderbirken, Essen

Hintergrund

Für die alternative Entspannungstechnik ViniYoga konnte in einer vorhergegangenen RCT-Studie ($n=340$) eine signifikante Blutdrucksenkung bei Hypertoniepatienten in kardiologischer Rehabilitation gezeigt werden – welche dem Standardtherapieverfahren Progressive Muskelrelaxation (PMR) überlegen war. Zur Optimierung der vergleichsweise geringeren poststationären Akzeptanz (Weiteranwendung nach 6 Monaten: ViniYoga: 29,6 % vs. PMR: 52,9 %, $p=0,0001$) wurde in einer Folgestudie die Wirksamkeit eines telefonbasierten Reha-Nachsorgeprogramms evaluiert.

Methodik

Rehabilitanden der Klinik Roderbirken wurden 04/2014–06/2015 gemäß definierter Ein- und Ausschlusskriterien in die Studie aufgenommen und in zwei Studienarme randomisiert (Interventionsgruppe (IG) + Kontrollgruppe (KG)). Während der dreiwöchigen Rehabilitation erhielten beide Studiengruppen gemeinsam ein standardisiertes ViniYoga-Training (5 Einheiten/Woche à 45min). Poststationär erhielt die Interventionsgruppe eine Nachsorgeintervention (6 motivierende Telefongespräche à 20min nach 1,2,3,6,9,12 Monaten + Follow-up-Treffen inkl. ViniYoga-Einheit), die Kontrollgruppe erhielt keine über die Standardversorgung hinausgehende Maßnahmen. Die Datenerhebung fand zu 4 Zeitpunkten statt (Aufnahme (t1)- und Entlassungsuntersuchung (t2), postalisches 6/12-Monats-Follow-up (t3/t4)). Primäre Studienendpunkt war die poststationäre ViniYoga-Compliance (t3/t4). Die Auswertung erfolgte als Intention-to-treat-Analyse. Fehlende Werte wurden durch multiple Imputation (Iterative Marcov Chain Monte Carlo Methode) ersetzt.

Ergebnisse

Das Studienkollektiv bestand aus 228 männlichen Rehabilitanden (53,6 ± 5,6 Jahre alt, BMI 30,5 ± 5,4 kg/m²) mit erhöhtem Reha-Eingangsblooddruck (Mittelwert systolisch: 140 ± 12mmHg/diastolisch: 86 ± 9mmHg) unter antihypertensiver Medikation (DDD 3.2 ± 2.2). Initial bestanden zwischen Interventionsgruppe (n=115) und Kontrollgruppe (n=113) keine Unterschiede hinsichtlich Soziodemographie, Blutdruck, Laborparameter, Medikation, Lebensstil, Lebensqualität und Motivation. Im Follow-up konnte die poststationäre Compliance von ViniYoga im Rahmen der Nachsorgeintervention signifikant erhöht werden (t3: available cases (n=151) KG:29,3 % vs. IG:60,5 %, p<0,001; worst case analysis (n=228) KG:19,5 % vs. IG:40,0 %, p=0,001 & t4: available cases (n=153) KG: 36,0 % vs. IG: 56,0 %, p=0,014; worst case analysis (n=228) KG:23,9 % vs. IG:36,5 %, p=0,038). Bei Weiteranwendern zu t3 (n=68) war die Intervention signifikant mit häufigeren (p=0,01) und längeren Trainingseinheiten (p=0,02) assoziiert: 37,0 % (IG) vs. 4,5 % (KG) der Weiteranwender absolvierten 3 wöchentliche Yoga-Einheiten; die am häufigsten genannte Trainingsdauer in den Gruppen war 11–20min (IG: 43,5 %) vs. 5–10min (KG: 54,5 %). Zum 12-Monats-Follow-up bestand eine Tendenz (n. s.) zu häufigeren und längeren Yoga-Einheiten im Rahmen der Nachsorgeintervention. Im Verlauf der kardiologischen Rehabilitation wurde eine signifikante Reduktion des systolischen und diastolischen Blutdrucks erreicht (t2–t1 (n=228) RR sys: –9 ± 12mmHg, p<0,0001; RR dia.: –5 ± 8mmHg, p<0,0001). Die Entwicklung des Blutdrucks im Nachbeobachtungszeitraum unterschied sich zwischen den Studiengruppen nicht signifikant, tendenziell wurde aber ein geringerer Wiederanstieg des Blutdrucks im Rahmen der Intervention beobachtet (t3–t2 (n=228, mult. imp.) RR sys KG: +7 ± 19mmHg vs. IG: +2 ± 17mmHg, p=0.131; RR dia KG: +4 ± 13mmHg vs. IG: +1 ± 13mmHg, p=0.204 bzw. t4–t2 (n=228, mult. imp.) RR sys: KG: +6 ± 22mmHg vs. IG: +1 ± 22mmHg, p=0.256; RR dia: KG: +1 ± 13mmHg vs. IG: +2 ± 13mmHg, p=0.782). Die Auswertung nach Weiteranwendungsstatus ergab ein Jahr nach Entlassung eine signifikant bessere Selbsteinschätzung der psychischen Gesundheit bei Yoga-Anwendern gegenüber Nichtanwendern (t4 SF12 MCS nonresponder: 43,7 ± 12,1 vs. responder: 48,4 ± 12,2; p=0,04), eine geringfügig besser eingeschätzte körperliche Gesundheit (t4 SF12 PCS nonresponder: 40,8 ± 11,6 vs. responder: 42,7 ± 11,2, p=0,350) und niedrigere mittlere Blutdruckwerte (t4 RR

sys nonresponder: 135 ± 21 mmHg vs. responder: 131 ± 20 mmHg, $p=0,294$; t4 RR dia non-responder: 84 ± 12 mmHg vs. responder: 82 ± 13 mmHg, $p=0,297$).

Schlussfolgerung

Das alternative Entspannungsverfahren ViniYoga ist eine nichtmedikamentöse Therapieoption zur Blutdrucksenkung bei Hypertonikern in stationärer kardiologischer Rehabilitation – mit einer dem Standardverfahren überlegenen Blutdruckwirkung. Durch Telefonnachbetreuung konnte die Langzeitanwendung signifikant verbessert und erreichte Rehabilitationserfolge stabilisiert werden.

Förderung: refo-net

Literatur

Schröder, S., Pieper, C., Marr, A., Kettner, C., Bräutigam, U., Michalsen, A., Mayer-Berger, W., Moebus, S. (2010): Einfluss von Viniyoga auf Blutdruck und Einsatz hypertensiver Medikation – Ergebnisse einer randomisierten, kontrollierten Studie bei männlichen Patienten mit arterieller Hypertonie in der kardiovaskulären Rehabilitation. 9. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung.

Mayer-Berger, W., Kettner, C., Pieper, C., Marr, A., Moebus, S., Bräutigam, U., Michalsen, A. (2010): Randomized Controlled Trial of Long-Term Use of Yoga and Progressive Relaxation in Cardiovascular Rehabilitation. EuroPrevent 2010. Prag.

Konzeption und erste Erfahrungen mit einer Online-Nachsorge bei Adipositas

Jolivet, B. (1), Schäfer, A. (1), Fischer, H. (2)

- (1) Institut für Rehabilitationsforschung Norderney e.V., Bad Rothenfelde,
- (2) Klinik Rosenberg, Bad Driburg

Einleitung

Um die Nachhaltigkeit der Rehabilitation zu verbessern, wird zurzeit intensiv nach einem Instrument gesucht, das mit geringem Zeit- und Kostenaufwand eine effektive Nachsorge ermöglicht und dadurch eine langfristige Lebensstiländerung unterstützt.

In den letzten Jahren sind viele Studien zum Thema Lebensstiländerung mittels Internet-Unterstützung publiziert worden (Davies, 2012; Grunenberg et al., 2013). Auch im Rehabereich deuten einige Studien darauf hin, dass internetbasierte Nachsorgemaßnahmen sich positiv auf den langfristigen Erfolg auswirken können (Peters et al., 2013).

Ziel des Projekts war es, eine Internet-Plattform zu entwickeln, die als Nachsorgeinstrument für Patienten mit Adipositas eingesetzt werden kann. Hier dargestellt werden die Durchführung der Bedarfs- und Bedürfnisanalyse mit anschließender Konzeption der Website sowie erste Erfahrungen bei der Testung an Patienten.

Methodik

Es wurde eine Bedarfs- und Bedürfnisanalyse aus 3 Perspektiven durchgeführt: Es wurde eine systematische Literaturrecherche in Pubmed und in Medline durchgeführt. Die Meinungen von Experten und Patienten wurden in 7 Einzelinterviews und 10 Gruppendiskussionen erhoben. Mittels eines Fragebogens wurden die gesammelten Meinungen und Ideen aus den Interviews mit einer größeren Patientengruppe (n = 106) beurteilt und ergänzt.

Aus den Ergebnissen der Bedarfs- und Bedürfnisanalyse wurde ein Konzept für eine Website entwickelt und zusammen mit einer Internetagentur umgesetzt. Danach erfolgte eine erste Testung der Website an 33 Patienten: Gegen Reha-Ende bekamen die Teilnehmer eine Einweisung in die Website und wurden dann 2 Monate lang online nachbetreut. Anschließend wurden sie per Fragebogen um eine Rückmeldung zu der Online-Nachsorge gebeten.

Ergebnisse

Von den 106 befragten Patienten sind 84 % mindestens 1 Stunde pro Woche im Internet. Sie nutzen überwiegend den PC (76 %) gefolgt von Smartphone (39 %) und Tablet (25 %). Besonders wichtig war ihnen, dass die Website humorvoll und im lockeren Ton gestaltet wird. 87 % der Befragten wünschten sich, geduzt zu werden.

Die passwort-geschützte Website wurde entsprechend der geäußerten Wünsche der Befragten folgendermaßen aufgebaut: Auf der Startseite werden die persönlichen Reha-Nachsorge-Ziele angezeigt, die bei Reha-Ende definiert worden sind. Der „Ratgeber“ enthält kurze Info-Texte, Rezepte, Übungs-Videos und Tipps. Im persönlichen Bereich „Meine Daten“ haben die Patienten die Möglichkeit, ihre Daten in eine Gewicht- und Bauchumfangskurve einzutragen sowie ein Bewegungs- und Ernährungsprotokoll zu führen. Des Weiteren gibt es ein Forum zum Austausch zwischen den Probanden sowie eine Nachrichtenfunktion für den Austausch zwischen Patient und Studienbetreuer.

Insgesamt nahmen 33 Patienten an der ersten Testphase teil, darunter 27 Männer und 6 Frauen mit einem durchschnittlichen Alter von 51 Jahren. Das mittlere Gewicht betrug 132 kg. Von diesen Teilnehmern haben sich 24 von zuhause aus auf der Website eingeloggt. Die Intensität der Nutzung, gemessen an der Anzahl der Einträge unter „Meine Daten“, variierte sehr stark zwischen den Teilnehmern. Im Durchschnitt haben die Patienten innerhalb der 2 Monate 10x ihr Gewicht eingegeben und 35 Bewegungseinheiten eingetragen. Die gesamte Anzahl der Einträge im Forum betrug in diesem Zeitraum 92, und 141 Nachrichten wurden ausgetauscht.

Der Rücklauf der verschickten Fragebögen betrug 24 von 33. 22 Teilnehmer beurteilten die Website insgesamt als sehr hilfreich oder hilfreich. Am besten wurde das Führen der Gewichtskurve beurteilt. Dieses fanden 17 sehr hilfreich.

Diskussion und Aussicht

Die entwickelte Website scheint für manche Patienten ein gutes Nachsorge-Instrument zu sein. Allerdings hatte nur ca. ein Drittel der befragten Patienten Interesse an der Studienteilnahme, und von den eingewiesenen Patienten haben nur 73 % die Website genutzt.

Eine genaue Definition der Zielgruppe ist sicherlich wichtig, aber viele begeisterte Rückmeldungen deuten darauf hin, dass einige Patienten sehr davon profitieren könnten. Zurzeit läuft eine zweite Testphase mit Interventions- und Kontrollgruppe zur Abschätzung der Machbarkeit einer Evaluationsstudie.

Förderung: Institut für Rehabilitationsforschung Norderney

Literatur

- Davies, C.A., Spence, J.C., Vandelanotte, C., Caperchione, C.M., Mummery, W.K. (2012): Meta-analysis of internet-delivered interventions to increase physical activity levels. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9. 52.
- Grunenberg, E., Lin, J., Baumeister, H. (2013): Effectiveness of web-based psychological interventions for weight-loss – a systematic review. *Die Rehabilitation*, 52, 3. 182–187.
- Peters, S., Hentschke, C., Pfeifer, K. (2013): Internetbasiertes „e-Training“ als Bewegungsintervention zur Gesundheitsförderung: Ergebnisse aus 2 Interventionsstudien. *Die Rehabilitation*, 52. 173–181.

Ausbau und Optimierung der Nachsorge-Webseite www.nachderreha.de – Ergebnisse zur Usability und zur Nutzung eines Selbstmelde-Portals

Langbrandtner, J., Deck, R.
Universität zu Lübeck

Hintergrund

Das deutsche Gesundheitssystem und die Versorgungsstrukturen sind für Patienten häufig intransparent und stellen bei der Suche nach passenden Versorgungsangeboten und Behandlern oftmals eine Herausforderung dar. Gleiches trifft im rehabilitativen Bereich auf die Reha-Nachsorge zu. Aufgrund der Vielzahl, Heterogenität und Unübersichtlichkeit bestehender Nachsorgeangebote stoßen Rehabilitanden und Reha-Einrichtungen häufig an ihre Grenzen (Köpke, 2005; Gerdes et al., 2005). Im Zuge der steigenden Nutzung neuer Medien (Baumann, Czerwinski, 2015; Gerlof, 2013), stellen moderne Informations- und Kommunikationstechnologien wie gesundheitsbezogene Internetportale eine vielversprechende Möglichkeit dar, Schnittstellen in der rehabilitativen Versorgung zu überbrücken (Kummervold et al., 2008).

Methodik

Gefördert von der DRV Bund erfolgte der Aufbau eines webbasierten Portals zur Reha-Nachsorge www.nachderreha.de sowie die Optimierung der Nachsorge-Webseite und der Ausbau der Nachsorge-Datenbank (Studie „ReNa“, 2015–2016).

Für die Umsetzung der ReNa-Studie wurde ein Mixed-Methods-Ansatz gewählt. In einem ersten Schritt wurden die Ergebnisse einer ersten Usability-Testung analysiert. Darauf aufbauend erfolgte eine erste Überarbeitung der Webseite mit einer anschließenden zweiten Usability-Testung. In die Usability-Befragungen wurden jeweils Rehabilitanden dreier Indikationsbereiche (Orthopädie, Psychosomatik, Kardiologie / Innere Medizin) sowie Mitarbeiter verschiedener Hierarchieebenen und Versorgungsbereiche in medizinischen Reha-Einrichtungen (ärztliches, pflegerisches und psychologisches Personal und Personal aus den Heil- und Hilfsberufen) einbezogen.

Für den Ausbau der Reha-Nachsorge-Datenbank wurde ein passwortgeschütztes Selbstmelde-Portal zur Registrierung von Reha-Nachsorgeprogrammen auf der Nachsorge-Webseite implementiert. Durch die DRV Bund erfolgte im Anschluss an die Implementierung ein postalischer Aufruf zur Meldung von Nachsorgeangeboten an alle DRV-Einrichtungen (N=1.144).

Ergebnisse

Nach Abschluss der Optimierungsphase wurde die Webseite durch die Nutzer insgesamt positiv beurteilt. Im Vergleich zur ersten Testung verbesserte sich die Bewertung der Webseite insgesamt von 4,0 auf 4,3 (0=sehr schlecht, 5=sehr gut). Einzelaspekte wie z. B. die

Optik, die Menüführung und die Verständlichkeit der Informationen auf der Webseite wurden vergleichbar gut bewertet. Von den befragten Mitarbeitern wurde das Portal dabei etwas besser bewertet als von den befragten Rehabilitanden (MW 4,4 vs. 4,2).

Über das implementierte Selbstmelde-Portal erfolgten innerhalb von 4 Monaten 502 relevante Nachsorgemeldungen (Stand: 27.09.2016), darunter 224 Neumeldung und 278 Aktualisierungen/Ergänzungen bereits eingepflegter Angebote. Damit umfasst die Datenbank zum Projektende insgesamt 2.990 Reha-Nachsorge-Angebote, die über eine postleitzahlengestützte Suche mit der auf der Webseite eingebundenen Suchmaschine – dem Nachsorge-Finder – aufgerufen werden können.

Die Ergebnisse der Usability-Testungen und die Nutzung des Selbstmelde-Portals weisen darauf hin, dass die Webseite erfolgreich optimiert werden konnte.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Die Webseite www.nachderreha.de ermöglicht Nachsorge-Suchenden eine effiziente und niedrigschwellige Möglichkeit zur bedarfsgerechten Auswahl von Nachsorgeangeboten. Rehabilitanden und Behandler äußern eine hohe Zufriedenheit und bestätigen die Relevanz der Webseite. Es kann davon ausgegangen werden, dass durch die Webseite zukünftig eine bestehende Versorgungslücke geschlossen werden kann.

Das Selbstmelde-Portal erweist sich als innovative, effektive und nutzerfreundliche Möglichkeit zur standardisierten Erhebung von Reha-Nachsorgeleistungen. Die erzielte Meldequote sowie die weiterhin kontinuierliche Nutzung des Portals unterstreichen zudem die Akzeptanz des Vorgehens auf Seiten der Nachsorge-Meldenden.

Weitergehende Überlegungen betreffen den Umgang mit einer erfolglosen Suche von Nachsorgeangeboten.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

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

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

Baumann, E., Czerwinski, F. (2015): Erst mal Doktor Google fragen? Nutzung neuer Medien zur Information und zum Austausch über Gesundheitsthemen. In: Böcken, J., Braun, B., Meierjürgen, R.: *Gesundheitsmonitor 2015*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Gerlof, H. (2013): Ärzte entdecken das Internet. München: *Ärzte Zeitung*; Available from: http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/internet_co/article/845331/patienten-erreichen-aerzte-entdecken-internet.html. Abruf: 06.10.2016.

Kummervold, E., Chronaki, C., Lausen, B., et al. (2008): eHealth trends in Europe 2005–2007: A population-based survey. *Journal of Medical Internet Research*, 10. e42.

Sozialdienstliche Nachsorge durch telefonische Intervention zur Verbesserung der beruflichen Reintegration nach stationärer orthopädischer Rehabilitation (SONATE-Studie)

Vogel, M., Koch, M., Lindemann-Sauvant, P., Nawothnig, S., Schumacher, B.
Mühlenbergklinik Holsteinische Schweiz, Malente

Hintergrund

Ein positiver Effekt auf Partizipationsstörungen (Einschränkungen der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit) ist das zentrale Ziel medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen. Neben dem Gesundheitszustand spielen hier soziale Kontextfaktoren eine große Rolle. Diese sind im Rahmen stationärer Maßnahmen oft nur schwer beeinflussbar.

Ziel der vorliegenden Studie war es, herauszufinden, ob sich bei Rehabilitanden mit beruflicher Problemlage durch eine längerfristige telefonische Nachbetreuung eine Verbesserung der beruflichen Reintegration erzielen lässt.

Methodik

Durchgeführt wurde eine prospektive randomisierte, kontrollierte Längsschnittstudie mit drei Messzeitpunkten. t0: Reha-Beginn; t1: Reha-Ende und t2: 12 Monate nach Reha-Ende.

In die Studie aufgenommen wurden orthopädische Rehabilitanden mit chronischem Rückenschmerz als Erstdiagnose und folgenden Einschlusskriterien: Vorliegen einer besonderen beruflichen Problemlage (SIBAR in Skala I ≥ 9), Alter < 60 Jahre und einem vollschichtigen Restleistungsvermögen. Rehabilitanden mit schwerer psychischer Komorbidität und/oder Arbeitslosigkeit > 1 Jahr wurden ausgeschlossen.

Alle Rehabilitanden durchliefen eine „normale“ orthopädische Rehabilitationsmaßnahme. Erst nach Entlassung erfolgte eine Randomisierung in Interventions- und Kontrollgruppe.

Die Intervention bestand in der telefonischen Kontaktaufnahme des Sozialpädagogen, der den Rehabilitanden während der Rehabilitation bereits betreut hatte. Alle 2 Monate erfolgte ein Telefonat. Inhalt war ein Gespräch darüber, inwieweit die im vorausgegangenen Gespräch definierten Ziele (z.B. Gespräch mit dem Arbeitgeber, Beantragung einer Weiterqualifikation, usw.) erreicht wurden und welche Maßnahmen als nächstes zu ergreifen sind. Um die Telefonate zu strukturieren, wurden im Vorwege Flussdiagramme für verschiedene Problembereiche (z. B. Migrationshintergrund, Alter über 55 Jahre, Arbeitslosigkeit, Schwerbehinderung,...) entwickelt.

Die Kontrollgruppe wurde nicht weiter betreut.

Nach 1 Jahr wurden alle Studienteilnehmer postalisch um die Rücksendung versch. Fragebogen (SIBAR, FELV, SPE) gebeten.

Hauptzielgröße: Erfolgreiche Wiedereingliederung nach einem Jahr (Bürger et al., 2002):

- Innerhalb eines Jahres an einen Arbeitsplatz zurückgekehrt
- Kein Rentenantrag gestellt bzw. nicht beantragt

- Nicht mehr als 12 Wochen arbeitsunfähig

Nebenzielgrößen:

- Subjektive Erwerbsprognose (SPE)
- Skalen der subjektiven Gesundheit (FELV)

Die methodische Begleitung der Studie sowie deren statistische Auswertung erfolgte durch das Institut für Sozialmedizin, Universität Lübeck.

Ergebnisse

Vollständig ausgefüllte Fragebogen für alle 3 Messzeitpunkte konnten von 171 Rehabilitanden der Interventionsgruppe und 162 Rehabilitanden der Kontrollgruppe erhalten werden. Die Drop-out Rate betrug bei beiden Gruppen 25 %.

Bezüglich der Hauptzielgröße: „Innerhalb eines Jahres an einen Arbeitsplatz zurückgekehrt“ zeigte die Intervention eine signifikante Verbesserung im Vergleich zur Kontrollgruppe ($p < 0,01$) (Abb. 1).

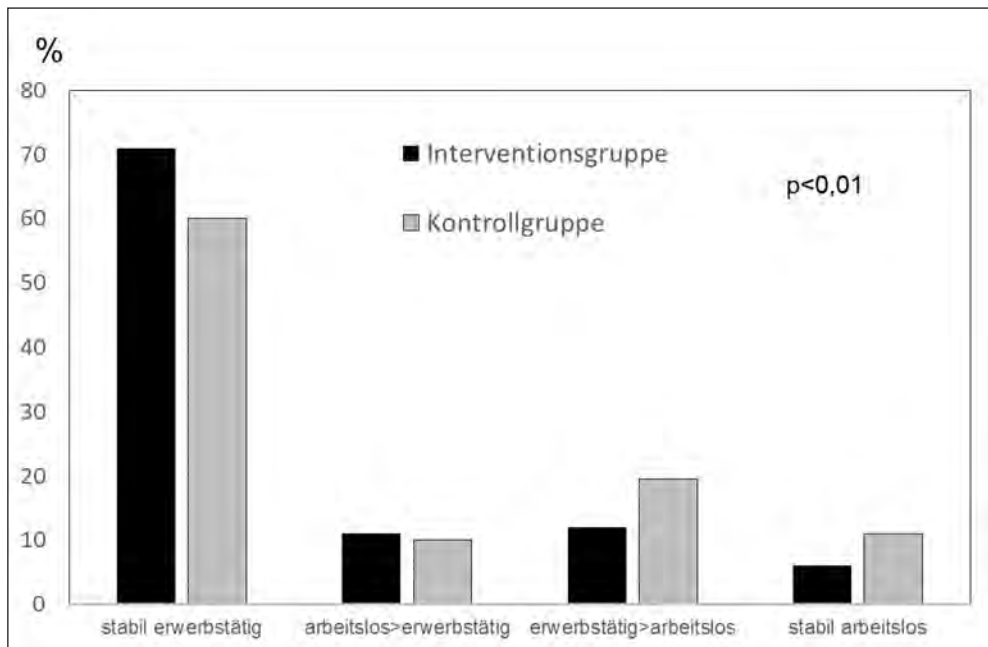


Abb. 1: Erwerbstätigkeit 12 Monate nach stationärer orthopädischer Rehabilitation bei Rehabilitanden mit besonderer beruflicher Problemlage-Interventionsgruppe (n=171): alle 2 Monate telefonischer Kontakt durch Sozialdienst, Kontrollgruppe (n=162): keine Intervention

Ein signifikanter Interaktionseffekt zeigte sich auch bezüglich des sozialmedizinischen Risikos (SIBAR und SPE; $p < 0,01$).

Zusätzlich zeigte die Interventionsgruppe eine signifikante Verbesserung bezügl. der Allgemeinbeschwerden (SCL) und katastrophisierender Kognitionen (PRSS) ($p < 0,05$).

Diskussion

Durch eine telefonische sozialdienstliche Nachbetreuung über ein Jahr war eine signifikante Verbesserung der beruflichen Wiedereingliederung möglich. Der Effekt ist überwiegend auf gewährte Weiterqualifikationen und Arbeitsplatzanpassungen zurückzuführen.

Zusätzlich zeigte die Intervention tendenzielle Verbesserungen auf die Dauer der AU-Zeit nach der Reha und in nahezu allen Skalen zur subjektiven Gesundheit (FELV).

Ob die verbesserte berufliche Wiedereingliederung Folge der allgemein motivationalen Gesprächsführung des Sozialdienstes oder auf konkrete Zielvereinbarungen zurückzuführen ist, bleibt offen.

Schlussfolgerungen, Umsetzung und Ausblick

Bei der Durchführung zeigte die telefonische Nachsorge eine gute Machbarkeit. Durchschnittlich wurden 4–5 Telefonate innerhalb eines Jahres mit einer Dauer von jeweils ca. 40 min geführt. Die Akzeptanz bei den Rehabilitanden war äußerst gut: 99 % beurteilten die telefonische Intervention als hilfreich.

Es erscheint unstrittig, dass eine Intensivierung sozialdienstlicher Unterstützung bei Rehabilitanden mit beruflicher Problemlage über die Zeit der stationären Rehabilitation hinaus empfohlen werden sollte.

Denkbar und evtl. einfacher durchführbar wäre eine ähnliche Intervention in Anbindung an etablierte Konzepte, z. B. IRENA.

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

Wie verändert sich die Ressourcenrealisierung bei Müttern nach einer stationären Mutter-Kind-Maßnahme?

Otto, F.

Medizinische Hochschule Hannover

Hintergrund

Die Ressourcenaktivierung hat seit den 1990er Jahren als Therapieansatz in der Psychotherapie an Bedeutung gewonnen (u. a. Grawe, Grawe-Gerber, 1999). In der BelRes-Studie (Belastungen und Ressourcen von Müttern und Vätern in Erziehungsverantwortung) wurde die Evaluation von stationären Mutter-Kind-Maßnahmen (§§ 24, 41 SGB V) erstmals um den Aspekt der Ressourcenrealisierung erweitert. Dies entspricht dem ganzheitlichen Therapieansatz der zielgruppenspezifischen Vorsorge bzw. Rehabilitation mit überwiegend psychosomatischem Behandlungsschwerpunkt. Es wird untersucht, welches Ausmaß an Ressourcenrealisierung die Mütter (1) im Vergleich zu einer nicht-klinischen Stichprobe vor der stationären Maßnahme und (2) 9 Monate danach wahrnehmen und (3) welche Faktoren mit dem Ausmaß der Ressourcenrealisierung in Zusammenhang stehen.

Methodik

Die BelRes-Studie wurde 2011–2012 in 16 Mutter-/Vater-Kind-Kliniken durchgeführt. Die Patientinnen wurden 6 Wochen vor Beginn der stationären Maßnahme (T0) und nach 9 Monaten (T3) mit dem Ressourcen-Fragebogen RES (Trösken, 2002) befragt. Der RES-Fragebogen besteht aus 118 Aussagen, die auf einer 7-stufigen Häufigkeitsskala (0=nie bis 6=häufig) eingeschätzt werden. Die Auswertung erfolgt über die Skalenmittelwerte der 8 Bereiche der Ressourcenrealisierung. Die psychische Gesamtbelastung wurde zu Beginn der Maßnahme (T1) und zu T3 mittels SCL-K-9 (Klaghofer, Brähler, 2001) untersucht.

Es wurden t-Tests für eine Stichprobe (mit Referenzwerten einer nicht-klinischen Stichprobe von Trösken, 2002) sowie t-Tests verbundene Stichproben berechnet. Mittels Varianzanalyse wurden Unterschiede zu t0 und t3 sowie in der Veränderung der Ressourcenrealisierung bei Müttern mit verschiedenen soziodemografischen Merkmalen (Altersgruppe, Familienstand, höchster Schulabschluss, Erwerbsstatus) untersucht.

Ergebnisse

1.285 Mütter nahmen zu T0 und T1 an der schriftlichen Befragung teil. An der Nachbefragung zu T3 beteiligten sich N=534 Patientinnen. Die Mütter waren 23–68 Jahre alt (M=38,8; SD=6,0). 50,0 % hatten einen mittleren Bildungsabschluss, 39,6 % Abitur oder FH-Reife. 73,3 % waren erwerbstätig, 32,9 % waren alleinerziehend.

Die interne Konsistenz der Skalen ist als gut bis zufriedenstellend zu bewerten (Cronbachs α = 0,78 bis 0,92).

Im Vergleich zu den Teilnehmern der Referenzstichprobe nahmen die Mütter sowohl vor als auch 9 Monate nach der stationären Vorsorge oder Rehabilitation signifikant weniger Ressourcen wahr. Gleichwohl verbesserte sich die Ressourcenrealisierung der Mütter von T0 zu T3 auf allen 8 Skalen signifikant. Die Effektgrößen lagen auf der Skala Wohlbefinden im mittleren und auf den Skalen Stressbewältigung, Unterstützung im Alltag und Selbstwelterleben im geringen Bereich (Tabelle 1).

Skala	T0 (Nmax=534) M (SD)	T3 (Nmax=534) M (SD)	Veränderung T0-T3 p/d	Ref. (N=287) M (SD)	Vergleich T0-Ref. T/p	Vergleich T3-Ref. T/p
Wohlbefinden	2,10 (0,90)	2,83 (1,15)	.000 0,56	3,45 (0,86)	-34,78 .000	-12,51 .000
Stressbewältigung	2,59 (0,91)	3,03 (1,00)	.000 0,38	3,60 (0,83)	-25,82 .000	-13,05 .000
Unterstützung im Alltag	2,59 (1,14)	2,94 (1,26)	.000 0,35	3,58 (0,97)	-20,03 .000	-11,60 .000
Bewältigung früherer Krisen	2,95 (0,90)	3,02 (0,88)	.039 0,04	3,41 (0,68)	-11,79 .000	-10,01 .000
Selbstwelterleben	2,62 (1,00)	3,04 (1,11)	.000 0,31	3,36 (0,92)	-17,20 .000	-6,61 .000
Persönliche Stärken	3,50 (0,92)	3,60 (0,94)	.003 0,07	4,13 (0,66)	-15,91 .000	-12,80 .000
Nahe Beziehungen	3,84 (1,20)	4,06 (1,09)	.000 0,13	4,56 (0,74)	-13,65 .000	-10,42 .000
Sinnfindung	3,30 (0,91)	3,46 (0,96)	.000 0,09	4,05 (0,71)	-18,89 .000	-14,02 .000

Tab. 1: Ressourcenrealisierung von Müttern zu Beginn einer Mutter-Kind-Maßnahme und 9 Monate danach sowie Vergleich mit einer nicht-klinischen Stichprobe

Bei Müttern mit verschiedenen soziodemografischen Merkmalen zeigten sich nur wenige Unterschiede in der Ressourcenrealisierung zu t0 und t3. Beispielsweise erlebten Erwerbstätige ein höheres Maß an Ressourcen hinsichtlich Selbstwert und persönlichen Stärken, verheiratete Mütter hatten höhere Werte in Bezug auf Sinnerleben. Signifikante Unterschiede auf allen Skalen zeigten sich zwischen Müttern mit geringerer und höherer psychischer Gesamtbelastung, gemessen mit dem Gesamtsymptomindex (SCL-K-9). Psychisch hochbelastete Mütter wiesen zu Beginn die geringsten Ressourcen auf, profitierten aber insbesondere auf den Skalen Wohlbefinden, Stressbewältigung, Selbstwert und persönliche Stärken.

Diskussion

Mütter in Mutter-Kind-Maßnahmen verfügen über ein geringeres Maß an Ressourcen als gesunde Personen, insbesondere wenn sie psychisch hochbelastet sind. Eine Steigerung der Ressourcen-Wahrnehmung zeigte sich vor allen auf der Skala Wohlbefinden. Die Ressourcen-Realisierung kann als Behandlungsansatz in präventiven und rehabilitativen Maßnahmen für Mütter und Kinder genutzt werden. Es ist zu prüfen, ob eine konzeptuelle Weiterentwicklung der Kliniken zu einer weiteren Steigerung der Ressourcen-Realisierung beitragen kann.

Förderung: 25 Mutter-/Vater-Kind-Kliniken

Literatur

- Grawe, K., Grawe-Gerber, M. (1999): Ressourcenaktivierung. Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 44. 63–73.
- Klaghofer, R., Brähler, E. (2001): Konstruktion und teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 49. 115–124.
- Trösken, A. (2002): Das Berner Ressourceninventar. Ressourcenpotentiale und Ressourcenrealisierung aus konsistenztheoretischer Sicht. Dissertation. Universität Bern. URL: <http://www.troesken.eu/Dissertation.pdf>. Abruf: 25.02.2016.

InResPro – Integrative Resilienzförderung im Reha-Prozess: Entwicklung einer verhaltens- und verhältnisorientierten Intervention

*Christoffer, A. (1), Altenhöner, T. (2), Heuft, G. (1),
Stock Gissendanner, S. (3), Hinrichs, J. (1)*

(1) Universitätsklinikum Münster, (2) Fachhochschule Bielefeld, (3) Berolina Klinik Löhne

Hintergrund

Im Kontext der rehabilitativen Versorgung ist die hohe Bedeutung von persönlichen und umweltbezogenen Ressourcen inzwischen unbestritten und wird u. a. in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der World Health Organization (WHO) beschrieben (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), 2008). Es ist anzunehmen, dass ressourcenorientiertes Arbeiten vor allem dann gelingen kann, wenn Reha-Mitarbeiter die Ressourcen der Rehabilitanden im eigenen Arbeitsbereich sowohl erkennen als auch zurückmelden und gleichzeitig Rehabilitanden ihre eigenen Ressourcen wahrnehmen und diese für ihre Genesung nutzen bzw. ausbauen können (Grawe, Grawe-Gerber, 1999; Flückiger, Wüsten 2015). Ressourcenförderung und -aktivierung geht somit nicht nur mit Interventionen für Patienten auf der Verhaltensebene einher sondern auch mit Weiterbildungen für die Behandler auf der Verhältnisebene.

Das Ziel der Studie besteht darin, eine indikationsübergreifende Intervention zu entwickeln, die sowohl Reha-Mitarbeiter als auch Rehabilitanden darin unterstützt, patientenbezogene Ressourcen bewusster wahrzunehmen und in der Behandlung zu nutzen. Diese Intervention soll sich in der Endfassung aus einer Fortbildung für Reha-Mitarbeiter zur ressourcenorientierten Arbeit und aus einer Übung für die Rehabilitanden zum Wahrnehmen eigener Ressourcen zusammensetzen. In diesem Abstract berichten wir von den Ergebnissen der qualitativen Entwicklungsphase der Studie.

Studiendesign und Methode

Als Grundlage für die Entwicklung der ressourcenorientierten Intervention wurden in der Berolina Klinik Löhne Fokusgruppen mit fünf Berufsgruppen (Pflegedienst; ärztlicher

Dienst; psychologischer Dienst; Sport-, Ergo- und Physiotherapie und Küchendienst) und drei Rehabilitanden-Gruppen (zwei Gruppen in der Psychosomatik; eine Gruppe in der Verhaltensmedizinischen Orthopädie) durchgeführt. Jede Fokusgruppe bestand aus vier bis acht Teilnehmern und dauerte im Durchschnitt 90 Minuten. Der Ablauf der Fokusgruppen wurde anhand von Interview-Leitfäden strukturiert. Die Aussagen der Teilnehmer der Fokusgruppen wurden nach schriftlicher Einverständniserklärung tondokumentiert. Gegenstand der Fokusgruppen waren die wahrgenommenen ressourcenförderlichen und -hinderlichen Aspekte der Reha-Behandlung im eigenen Arbeitsbereich der Behandler bzw. im Rehabilitationsalltag der Patienten sowie deren Auswirkungen auf das persönliche Wohlbefinden und Selbstwirksamkeitserleben der Rehabilitanden.

Ergebnisse

Die Daten aus den Fokusgruppen wurden transkribiert und inhaltsanalytisch strukturierend aufbereitet (Mayring, 2015). Die Auswertungen zeigen, dass jede untersuchte Berufsgruppe im eigenen Arbeitsbereich auf der Beziehungsebene eine Vielzahl alltäglicher und scheinbar kleiner zwischenmenschlicher Interaktionen sowie auf der Handlungsebene unterschiedliche ressourcenorientierte Interventionen mit Rehabilitanden durchführt. Diese können im Reha-Setting, in Übereinstimmung mit den Aussagen der Rehabilitanden, eine wechselseitig positive Wirkung entfalten. Alle Berufsgruppen betonten, dass sich eine intuitive oder strukturierte ressourcenorientierte Vorgehensweise positiv auf die therapeutische Beziehung und das Wohlbefinden der Patienten auswirkt. Es zeigten sich berufsgruppenspezifische Schwerpunkte und Perspektiven in der Ressourcenarbeit (z. B. Anpassung struktureller Gegebenheiten, emotional supportives Arbeiten, gezielte reflexive Interventionen).

Diese Informationen werden genutzt, um ein Modell für die Zusammenhänge zwischen den Ressourcenfeldern der Patienten, den Interventionen der Mitarbeiter und den betrieblichen Gegebenheiten zu erarbeiten. Dieses Modell dient der Auswahl von Schulungsinhalten und -methoden für die geplante Mitarbeiterfortbildung zum ressourcenorientierten Arbeiten.

Diskussion und Ausblick

Die Fokusgruppen wurden von den Reha-Mitarbeitern als Möglichkeit des ressourcenorientierten Austausches innerhalb der Berufsgruppe genutzt und als sehr positiv bewertet. Darüber hinaus äußerten die Reha-Mitarbeiter über alle Berufsgruppen hinweg Bedarf und Interesse an einer ressourcenorientierten Fortbildung.

Aufgrund der von Behandlern betonten Bedeutsamkeit von Austauschprozessen innerhalb und zwischen den Berufsgruppen sollen mögliche methodische Vorgehensweisen für die geplante Mitarbeiterfortbildung ausgewählt werden, die sich schon während der Intervention förderlich auf das gegenseitige Verständnis, die gegenseitige Wertschätzung und die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen auswirken.

Im weiteren Studienverlauf soll die ressourcenorientierte Intervention in einer zweiten Projektphase (Evaluationsphase) mithilfe einer Pilotstudie auf ihre Praxistauglichkeit überprüft werden. Die Forschungsergebnisse sollen dazu beitragen, Handlungsempfehlungen für

die ressourcenorientierte Arbeit in der medizinischen Rehabilitation auszusprechen, die in Form eines Manuals für die interne Mitarbeiterfortbildung in Rehabilitationskliniken genutzt werden können.

Förderung: Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften Nordrhein-Westfalen e.V.

Literatur

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2008): ICF-Praxisleitfaden 2. Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen. Frankfurt: BAR. F

lückiger, C., Wüsten, G. (2015): Ressourcenaktivierung. Ein Manual für Psychotherapie, Coaching und Beratung. Bern: Huber.

Grawe, K., Grawe-Gerber, M. (1999): Ressourcenaktivierung – ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44. 63–73.

Mayring, P. (2015): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12., überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Subjektive Erfahrungen von Rehabilitanden als hilfreiche Informationsquelle? Evaluation des Bereichs „Medizinische Reha“ auf www.krankheitserfahrungen.de

Burbaum, C., Bengel, J., Gundlach, F.

Institut für Psychologie, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Hintergrund

Ein signifikanter Teil der Rehabilitanden ist im Rahmen der Vorbereitung auf die Rehabilitation sowohl mit dem eigenen Informationsstand als auch mit den verfügbaren Quellen nicht zufrieden (Walthe et al., 2015). Es besteht ein Wunsch nach mehr Informationen, die den gesamten Prozess der Rehabilitation betreffen. Persönliche Informationen werden als lebensnaher, erinnerungs- und glaubwürdiger wahrgenommen als statistisch präsentierte Information (Rozmovits, Ziebland, 2004). Insgesamt lässt sich eine steigende Tendenz beobachten, Gesundheitsinformationen im Internet zu suchen. (Zschorlich et. al., 2015).

Für den neuen Bereich „Medizinische Reha“ auf www.krankheitserfahrungen.de wurden – gefördert von der Deutschen Rentenversicherung – narrative Interviews mit ehemaligen Rehabilitanden verschiedener Indikationen erhoben, wissenschaftlich aufbereitet und barrierefrei zur Verfügung gestellt. Künftige Rehabilitanden und Informationssuchende finden seit April 2016 auf der Seite geordnet nach verschiedenen Schwerpunkten Erfahrungen mit der medizinischen Reha und können Originalausschnitte aus den Interviews im Video-, Audio- oder Textformat anklicken. Ergänzend findet sich eine Seite mit weiteren Informationen und Links zum Thema Medizinische Reha.

Das Ziel der Website www.krankheitserfahrungen.de ist es, ein breites Spektrum an systematisch erhobenen und wissenschaftlich ausgewerteten Erfahrungen zur Verfügung zu stellen, da bisherige Informationsangebote zu subjektiven Krankheitserfahrungen im Internet in Chatrooms oder Foren zumeist unausgewogen sind. Die Evaluation bisheriger Erfahrungsbereiche der Website www.krankheitserfahrungen.de zeigt, dass die präsentierte Information als wertvoller Zugewinn zu bestehenden Informationsangeboten empfunden wurde (Engler et al., 2015). Neben der Evaluation des neuen Bereiches „Medizinische Reha“ durch Patienten wird derzeit eine Befragung mit Reha-Experten durchgeführt.

Methodik

Mitarbeiter der gemeinsamen Reha-Servicestellen kennen sowohl die institutionellen Hintergründe des Reha-Systems und Antragsprozedere als auch die Fragen und Probleme künftiger Rehabilitanden aus der Beratung. 25 Reha-Servicestellen-Leiter aus Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz wurden gebeten, den Bereich „Medizinische Reha“ auf www.krankheitserfahrungen.de zu besuchen. In 10–15 minütigen qualitativen Telefoninterviews wurden die Experten zu ihren Erfahrungen und ihrem Feedback zur Website befragt. Der Interviewleitfaden umfasst Fragen zu den Erwartungen an die Website, einen freien

Teil zu eigenen Rückmeldungen und Beobachtungen, zum konkreten Vorgehen bei der Nutzung, zu positiven und problematischen Beobachtungen und zur Weiterverwendung und -empfehlung. Die audioaufgezeichneten, verschriftlichten und anonymisierten Interviews werden mit kodierender Methodik (angelehnt an Charmaz, 2006) ausgewertet. Derzeit liegen 14 der 25 geplanten Interviews vor (Erhebung zwischen September und November 2016).

Ergebnisse

Die Telefoninterviews mit den Reha-Servicestellen-Leitern geben Aufschluss über die Rückmeldungen und Kritik der Befragten zu den Inhalten und der Form des Websiteangebotes sowie zum Vorgehen bei der Nutzung der Website. Die Interviewten gehen unterschiedlich vor bei der Nutzung der Website: die Dauer des Websitebesuches variiert zwischen 5 Minuten und 3 Stunden (mehrheitlich ca. 15 Minuten). Manche gingen chronologisch vor, andere orientierten sich an Themen oder Personen. Viele geben beispielsweise an, dass die Seiten zur Antragsphase und die Seite mit den Infos & Links für sie von besonderem Interesse waren. Die dort geschilderten Themen, Fragen und Probleme kennen sie in dieser Form von den ratsuchenden Antragstellern. Manche erzählen, dass sie mit Interesse die Schilderungen über den Reha-Alltag gelesen hätten, da sie hierzu häufig gefragt würden. Bis auf wenige Ausnahmen wollen alle Interviewte die Seite als ergänzendes Informationsangebot ihren Antragstellern weiterempfehlen.

Diskussion

An welchen Schlüsselstellen machen die Experten ihr Interesse, ihre Kritik und die Güte der Website fest und wie begründen sie dies?

Ausblick

Die Website kann Reha-Experten Einblick geben in Phasen des Reha-Prozesses, in die sie selbst in ihrer eigenen Reha-Tätigkeit nicht involviert sind. So können sie ein umfassenderes Bild und Verständnis der Erlebensweisen von Rehabilitanden bekommen. Die Rückmeldungen aus den Evaluationen werden genutzt, um das Informationsangebot zur „Medizinischen Reha“ sowie den weiteren Ausbau von www.krankheitserfahrungen.de weiter zu verbessern.

Literatur

- Charmaz, K. (2006): *Constructing Grounded Theory. A practical guide through qualitative analysis*. London: Sage.
- Engler, J., Adami, S., Adam, Y., Keller, B., Repke, T., Fügemann, H., Holmberg, C. (2016): Using others' experiences. Cancer patients' expectations and navigation of a website providing narratives on prostate, breast and colorectal cancer. *Patient Education & Counseling*, 99 (8). 1325–1332.
- Rozmovits, L., Ziebland, S. (2004): What do patients with prostate or breast cancer want from an internet site? A qualitative study of information needs. *Patient Education and Counseling*, 53. 57–64.

- Walther, A.L., Schreiber, D., Deck, R. (2015): Gut informiert in die Reha? Welche Informationen haben Rehabilitanden vor Antritt und am Ende ihrer Reha erhalten, gesucht und vermisst? Ergebnisse leitfadengestützter Interviews und Fokusgruppen. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 25 (6). 319–324.
- Zschorlich, B., Gechter, D., Janßen, I.M., Swinehart, T., Wiegard, B., Koch, K. (2015): Health information on the Internet: Who is searching for what, when and how? *Zeitschrift Für Evidenz, Fortbildung Und Qualität Im Gesundheitswesen*, 109 (2). 144–152.

Evaluation eines Zielorientierungsmodells für die Rehabilitation zur Optimierung von Selbstbestimmungsmöglichkeiten (ZORROS)

Senin, T., Meyer, T.

Medizinische Hochschule Hannover

Hintergrund

Aufgrund der bisher nur rudimentären theoretischen Fundierung von Zielvereinbarungen in der medizinischen Rehabilitation, der mangelnden Teilhabe- und Patientenorientierung (Meyer, Pohontsch, 2015) und der nicht vollständig umgesetzten Prozesshaftigkeit von Zielvereinbarungen im Rehabilitationsprozess (Glattacker et al., 2016) wurde ein Zielorientierungsmodell entwickelt und anhand des Konzeptes der Patientenorientierung (Scholl et al., 2014) theoretisch fundiert, welches versucht, die oben beschriebenen Verbesserungsmöglichkeiten zu berücksichtigen. Das entwickelte Zielorientierungsmodell umfasst den gesamten Rehabilitationsprozess und bietet zahlreiche Selbstbestimmungsmöglichkeiten, indem bereits vor der Rehabilitation mit einer Vorbereitung von Rehabilitanden auf die Zieldefinition begonnen wird und auch eine Aushandlung von Reha-Zielen für die Zeit nach der Rehabilitation erfolgt. Zur Verbesserung der bisherigen Dissemination von Zielorientierungsinterventionen in die Versorgungspraxis (z. B. Ullrich et al., 2015) wurde das entwickelte Modell zur Erhöhung der Praktikabilität in einem Aushandlungsprozess an die Bedingungen einer Rehabilitationseinrichtung mit dem Behandlungsschwerpunkt Diabetes mellitus Typ 2 angepasst und nach Schulung des Behandlungsteams implementiert.

Methode

Die Evaluation des implementierten Zielorientierungsmodells erfolgte sowohl auf Rehabilitanden- als auch auf Behandlerenebene. Zur rehabilitandenseitigen Evaluation wurde ein quasi-experimentelles Prä-Post-Design gewählt. Mittels Fragebögen wurden die Zielorientierung im Rehabilitationsprozess, das Kommunikationsverhalten von Behandlern (KOVA; Farin et al., 2012) und die definierten Reha-Ziele von Rehabilitanden sowohl vor als auch nach Implementierung in einer Kontroll- und Interventionsklinik erhoben und miteinander verglichen. Zur Bewertung der Praktikabilität und Akzeptanz des Zielorientierungsmodells auf Behandlerenebene wurde nach der rehabilitandenseitigen Evaluationsphase eine Diskussionsrunde mit Behandlern durchgeführt und qualitativ ausgewertet.

Ergebnisse

Im Rahmen des quasi-experimentellen Prä-Post-Designs wurden N = 249 Rehabilitanden mit der Diagnose Diabetes mellitus Typ 2 rekrutiert. In Bezug auf die erhobene Zielorientierung zeigte sich nach Adjustierung für signifikant gewordene Unterschiede in soziodemographischen und sozialmedizinischen Merkmalen z. B. Handlungsbeginn eine signifikante Verbesserung der Zielorientierung ($\eta^2 = .016$) in der Interventionsklinik im Vergleich zur Kontrollklinik. Bezogen auf das Kommunikationsverhalten von Behandlern zeigten sich keine signifikanten Verbesserungen in den Skalen des KOVA durch die Implementierung des Zielorientierungsmodells. Die definierten Reha-Ziele von Rehabilitanden wiesen nach Implementierung im Vergleich zur Kontrollklinik weder eine höhere Spezifität noch eine höhere Teilhabeorientierung auf. Das Zielorientierungsmodell wurde von Behandlern der Interventionsklinik als praktikabel bewertet und im Hinblick auf die Förderung von Selbstbestimmungsmöglichkeiten positiv hervorgehoben. Einzelne Elemente des Zielorientierungsmodells werden auch nach Projektende weitergeführt und auf andere Indikationsbereiche der Klinik ausgeweitet.

Diskussion

Das theoretisch fundierte Zielorientierungsmodell führte nach Implementierung in einer Rehabilitationsklinik mit dem Behandlungsschwerpunkt Diabetes mellitus Typ 2 zu keiner Verbesserung des Kommunikationsverhaltens von Behandlern und konnte trotz Vorbereitung von Rehabilitanden auf die Zieldefinition keine höhere Qualität der formulierten Ziele von Rehabilitanden bedingen. Hingegen der fehlenden positiven Effekte auf Kommunikations- und Zieldefinitionsebene konnten positive Entwicklungen in Bezug auf die Zielorientierung der Rehabilitationseinrichtung nachgewiesen werden. Nach Durchführung des klinikspezifischen Anpassungsprozesses wurde eine adaptierte Version des Zielorientierungsmodells implementiert, die von Behandlern akzeptiert und als praktikabel wahrgenommen wurde.

Schlussfolgerung

Das Zielorientierungsmodell weist aufgrund der positiv hervorgehobenen Praktikabilität durch Behandler und der Möglichkeit zur Verbesserung von Zielorientierungsprozessen das Potenzial auf, an weitere Rehabilitationskliniken angepasst, in diesen implementiert und weiter erforscht zu werden.

Förderung: Niedersächsisches Ministerium für Wissenschaft und Kultur

Literatur

- Farin, E., Gramm, L., Schmidt, E. (2012): Taking into account patients' communication preferences: instrument development and results in chronic back pain patients. *Patient education and counseling*, 86. 41–48.
- Glattacker, M., Quaschnig, K., Bredehorst, M., Dibbelt, S., Greitemann, B., Farin-Glattacker, E. (2016): Reha-Zielvereinbarungen in der medizinischen Rehabilitation: eine bundesweite Bestandsaufnahme. *Die Rehabilitation*, 55. 143–149.
- Meyer, T., Pohontsch, N. (2015): Goal orientation and goal setting in germl medical rehabilitation research. In: Siegert, R.J. & Levack, W.M. (Eds.): *Rehabilitation goal setting*.

Theory, practice, and evidence. Boca Raton: CRC Press, Taylor & Francis Group. 237–250.

Scholl, I., Zill, J.M., Härter, M., Dirmaier, J. (2014): An integrative model of patient-centeredness – a systematic review and concept analysis. *PloS one*, 9 (9). e107828.

Ullrich, A., Mittag, O., Garbrecht, M., Dibbelt, S., Glattacker, M. (2015): Partizipative Zielvereinbarung in der Rehabilitation (ParZivar II): Evaluation einer Intervention bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. *Die Rehabilitation*, 54. 317–324.

Implementation einer Patientenschulung in der medizinischen Rehabilitation – Chancen und Herausforderungen

Rolf, R. (1), Ralf, L. (1), Göhner, W. (2), Spörhase, U. (1), Schäfer, H. (3), Scherer, W. (4), Bitzer, E.-M. (1)

(1) Pädagogische Hochschule Freiburg, (2) Katholische Hochschule Freiburg, (3) Klinik Wehrawald, Reha-Zentrum Todtmoos, (4) Reha-Zentrum Utersum auf Föhr

Hintergrund

In der medizinischen Rehabilitation sind Patientenschulungen ein wichtiger Bestandteil. Bestandsaufnahmen zeigen, dass in der Praxis manualisierte und evaluierte Patientenschulungen jedoch nur teilweise Anwendung finden (Reusch et al., 2013). Bekannt ist außerdem, dass die Einführung von manualisierten und evaluierten Schulungsprogrammen eine Herausforderung darstellt und häufig nicht zufriedenstellend gelingt (Meng et al., 2014). Hierbei können unterschiedliche Ursachen, vor allem aber organisatorische Schwierigkeiten und ungünstige Rahmenbedingungen verantwortlich sein. Zu nennen sind Schwierigkeiten bei der Festlegung einer geeigneten Zeit und Raumplanung, Limitierung finanzieller Mittel, eine unzureichende Kommunikation zwischen den Schulungsleitern sowie eine schwankende Zahl an Schulungsteilnehmern. Eine weitere Hürde stellt häufig auch der Mangel an geschultem Personal dar. Durch Kündigung oder eine ausbleibende Neubesetzung kann die Einführung einer neuen Schulung behindert oder auch als Belastung für die Durchzuführenden wahrgenommen werden. Fehlende Unterstützung der Klinikleitung und/oder der Mitarbeiter kann ebenso negative Auswirkungen auf die Implementation haben (Peters et al., 2014). Aufgrund dieser Problemstellung wurde im Rahmen eines Forschungsprojektes die Implementation der Patientenschulung Motivational – Volitionale Intervention – Bewegung nach Brustkrebs (MoVo-BnB) untersucht.

Methodik

Als Implementationsstrategie wurden Train-The-Trainer (TTT) Seminare in den zwei teilnehmenden Kliniken (Wehrawald in Todtmoos und der Rehaklinik Utersum auf Föhr) durchgeführt und evaluiert. Hierfür wurde in einer Fragebogenbefragung die Verständlichkeit (Farin-Glattacker et al., 2012), Akzeptanz, Erreichung der Lehrziele und die Unterrichtsqualität (Helmke et al., 2016) überprüft. Die Einflussfaktoren auf die Implementation wurden durch Leitfadeninterviews erfasst. Die Auswertung erfolgte deskriptiv und durch eine qualitative Inhaltsanalyse.

Ergebnisse

Die TTT Seminare werden von den teilnehmenden Mitarbeitern bezüglich der untersuchten Kriterien ausschließlich positiv bewertet. Sie bestätigen eine gute Vorbereitung auf die Tätigkeit als Schulungsleiter. Die Untersuchung der Einflussfaktoren auf die Implementation ergab eine sehr positive Einstellung und ein hohes Engagement der Mitarbeiter. Trotz des hohen Einsatzes der teilnehmenden Kliniken konnten auch hinderliche Rahmenbedingungen und organisatorische Schwierigkeiten, wie Herausforderungen bei der Zeit- und Termingestaltung, einer fehleranfällige technische Ausstattung und ein Personalmangel aufgrund eines hohen Krankenstandes und Personalfuktuation identifiziert werden. Auf Grundlage dieser Ergebnisse wurde eine spezifische Checkliste erstellt, welche die zukünftige Implementation der Patientenschulung MoVo-BnB vereinfachen soll.

Diskussion und Ausblick

Die Ergebnisse der Untersuchung unterstreichen die Aussage, dass besonders hinderliche Rahmenbedingungen eine große Herausforderung für den Transfer von wissenschaftlichen Konzepten in die Praxis darstellen. Selbst Absprachen, Teamsitzungen und ein hohes Engagement aller Beteiligten im Vorfeld, konnten die genannten hinderlichen Einflussfaktoren nicht vermeiden. Es bestehen bereits Checklisten für die Implementierung, welche jedoch an die jeweiligen Projekte und Settings angepasst werden müssen. Die Untersuchung von verschiedenen Implementierungsmethoden ist nötig, um eine optimale Einführung von Patientenschulungen zu fördern. Für eine erfolgreiche Implementation bedarf es möglichst schriftlicher Absprachen für eine reibungslose Einführung.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Farin-Glattacker, E., Nagl, M.A., Ullrich, A. (2012): Die Verständlichkeit von Patientenschulungen als Kontextfaktor von Gesundheitskompetenz. *Dtsch Med Wochenschr*, 137. 3.
- Helmke, A., Helmke, T., Lenske, G., Pham, G., Praetorius, A.-K., Schrader, F.-W., Adethurow, M. (2016): EMU. Evidenzbasierte Methoden der Unterrichtsdiagnostik und –entwicklung. Universität Koblenz Landau. Online verfügbar unter www.unterrichtsdiagnostik.info, zuletzt geprüft am 27.07.2016.
- Meng, K., Peters, S., Schultze, A., Pfeifer, K., Faller, H. (2014): Bedarfsorientierte Entwicklung und Teilnehmerbewertung von zwei Implementierungsinterventionen für eine standardisierte Rückenschulung in der stationären medizinischen Rehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 94. 218.
- 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.
- Peters, S., Schultze, A., Pfeifer, K., Faller, H., Meng, K. (2014): Akzeptanz der Einführung standardisierter Patientenschulungen durch das multidisziplinäre Reha-Team am Beispiel einer Rückenschule – Eine qualitative Studie. *Das Gesundheitswesen*.

Wirksamkeit generischer Selbstmanagement-Module (SelMa) in der medizinischen Rehabilitation

Meng, K. (1), Reusch, A. (1), Musekamp, G. (1), Seekatz, B. (1), Zietz, B. (2), Steimann, G. (2), Altstidl, R. (3), Haug, G. (3), Faller, H. (3)

(1) Universität Würzburg, (2) Reha-Zentrum Mölln, Klinik Föhrenkamp, Mölln,
(3) Reha-Zentrum Bayerisch Gmain, Klinik Hochstaufen, Bayerisch Gmain

Einleitung

Patientenschulungen sollen durch den Erwerb von Wissen, Fertigkeiten, Motivation und Einstellung u. a. das Selbstmanagement der Patienten fördern (Faller et al., 2011). Schulungsgruppen und Vorträge vermitteln meist krankheitsspezifisches Wissen und Hinweise zur Lebensstiländerung. Selbstmanagementfertigkeiten wie Handlungsplanung und -kontrolle, die eine Verhaltensänderung unterstützen könnten (z. B. Harkin et al., 2015), werden dabei häufig nicht berücksichtigt.

Ziel eines Projekts war die Entwicklung (Seekatz et al., 2015) und Evaluation generischer Selbstmanagement-Module (SelMa) als Ergänzung zur indikationsspezifischen Patientenschulung. Hauptfragestellung ist die kurz-, mittel- und langfristige Wirksamkeit von zwei SelMa-Interventionen (Gruppenprogramm, Vortrag) jeweils im Vergleich zur Kontrollbedingung.

Methoden

Zur Evaluation erfolgte eine multizentrische clusterrandomisierte Kontrollgruppenstudie mit 4 Messzeitpunkten (t1–t4; Reha-Beginn, -Ende, 6- und 12-Monatskatamnese). Eingeschlossen wurden Rehabilitanden mit koronarer Herzerkrankung, metabolischem Syndrom oder chronisch-entzündlicher Darmerkrankung in zwei Kliniken. Die Cluster, denen eine der 3 Studienbedingungen zufällig zugeteilt wird, sind Gruppen von Rehabilitanden, die innerhalb eines bestimmten Zeitraums rekrutiert werden. Interventionsbedingung 1 (IG1) ist eine dreistündige SelMa-Gruppe, Interventionsbedingung 2 (IG2) ein einstündiger SelMa-Vortrag, jeweils ergänzend zum indikationsspezifischen Gesundheitstraining. Beide Interventionen beinhalten Techniken der Verhaltensänderung, wie Zielsetzung, Handlungsplanung, Identifikation von Barrieren und Problemlösung, Aufforderung zur Überprüfung der Zielerreichung sowie zur Selbstbeobachtung (vgl. Michie et al., 2011). Kontrollbedingung (KG) ist das indikationsspezifische Gesundheitstraining der Kliniken (usual care). Primäre Zielkriterien sind Zielsetzung und Planung (kurzfristig) sowie Zielerreichung und Gesundheitsverhalten (mittel- und langfristig). Sekundäre Zielkriterien sind Schulungswissen, motivationale Parameter, allgemeine Selbstmanagementkompetenz, gesundheitsbezogene Lebensqualität und Schulungszufriedenheit. Zur Wirksamkeitsanalyse (intention-to-treat) erfolgen zwei Intergruppenvergleiche (IG1 vs. KG, IG2 vs. KG) zu den Post-Messzeitpunkten mittels hierarchischen linearen Modellen unter Kontrolle der Ausgangswerte.

Die Stichprobe umfasst 698 Rehabilitanden (IG1: n=243; IG2: n=225; KG: n=230; Gastroenterologie: 51 %, Kardiologie: 49 %). Der Männeranteil ist 55 %, das Durchschnittsalter

50 Jahre (SD=10.2). 87 % sind erwerbstätig, es handelt sich überwiegend um Angestellte (87 %). 85 % erhalten ein Heilverfahren, 10 % eine Anschlussrehabilitation und 5 % eine Reha bei §51 SGB V. Zu Reha-Ende liegen Daten von 88 %, nach 6 Monaten von 79 % und nach 12 Monaten von 73 % der Stichprobe vor.

Ergebnisse

Für die SelMa-Gruppe (IG1) zeigt sich kurzfristig ein signifikanter Gruppenunterschied in einem der beiden primären Zielparameter ($d=.26$). Teilnehmer der IG1 weisen eine günstigere Zielsetzung auf als Teilnehmer der KG, die Planung der Ziele fällt in beiden Gruppen vergleichbar aus ($d=.09$). Weitere signifikante Effekte bestehen in einigen sekundären proximalen Zielkriterien, wie subjektives Schulungswissen und positive Handlungsergebniserwartungen. Mittel- und langfristig können keine signifikanten Effekte auf die subjektive Zielerreichung ($t_3: d=.10, t_4: d=.09$) oder verschiedene Gesundheitsverhaltensweisen nachgewiesen werden.

Für den SelMa-Vortrag (IG2) können kurz- bis langfristig keine signifikanten Effekte auf die primären Zielparameter gezeigt werden. Teilnehmer der IG weisen eine vergleichbare Zielsetzung ($d=.10$) und Planung ($d=.02$) zu Reha-Ende auf. Gleiches gilt für die subjektive Zielerreichung ($t_3: d=.05, t_4: d=.09$) oder Gesundheitsverhaltensweisen nach 6 und 12 Monaten. In den sekundären Zielkriterien bestehen kleine signifikante Effekte in der allgemeinen Selbstmanagementkompetenz (t_3, t_4).

Ein explorativer Vergleich der beiden SelMa-Interventionen hinsichtlich der Schulungszufriedenheit zeigt, dass zu Reha-Ende das Gruppenprogramm signifikant besser bewertet wird als der Vortrag (Inhalte: $d=.32$, Gruppen-/Interaktionsaspekte: $d=.51$, Material: $d=.21$). Eine höhere globale Zufriedenheit besteht auch noch mittel- bis langfristig ($t_3/t_4: d=.28/.22$).

Schlussfolgerungen und Ausblick

Kurzfristig konnten signifikante positive Effekte für die SelMa-Gruppe, nicht aber den SelMa-Vortrag, gezeigt werden. Für beide SelMa-Interventionen konnte mittel- bis langfristig keine Überlegenheit hinsichtlich der subjektiven Bewertung der Zielerreichung oder verschiedener Gesundheitsverhaltensweisen nachgewiesen werden. Diesbezüglich können sowohl Aspekte der Intervention als auch methodische Aspekte der Operationalisierung der Zielparameter diskutiert werden. Aktuell werden indikationsspezifische Effekte explorativ geprüft.

Die Ergebnisse zur Schulungszufriedenheit bestätigen eine höhere Zufriedenheit von Rehabilitanden mit interaktiven Gruppenschulungen im Vergleich zu Vorträgen.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Faller, H., Reusch, A., Meng, K. (2011): DGRW-Update: Patientenschulung. Die Rehabilitation, 50. 284–291.
- Harkin, B., Webb, T.L., Chang, B.P.I., Prestwich, A., Conner, M., Kellar, I., Benn, Y., Sheeran, P. (2016): Does monitoring goal progress promote goal attainment? A meta-analysis of the experimental evidence. Psychological Bulletin, 142. 198–229.

- Michie, S., Ashford, S., Sniehotta, F.F., Dombrowski, S.U., Bishop, A., French, D.P. (2011): A refined taxonomy of behavior change techniques to help people change their physical activity and healthy eating behaviours: The CALO-RE taxonomy. *Psychology and Health*, 26. 1479–1498.
- Seekatz, B., Meng, K., Musekamp, G., Reusch, A., Zietz, B., Altstidl, R., Haug, G., Faller, H. (2015): Entwicklung generischer Selbstmanagement-Module als Ergänzung zum Gesundheitstraining für Patienten in der Rehabilitation. *DRV-Schriften*, Bd 107. 178–179.

Kurz- und mittelfristige Effektivität einer Patientenschulung Fibromyalgie-Syndrom

*Musekamp, G. (1), Ehlebracht-König, I. (2), Höfter, A. (3), Schlittenhardt, D. (4),
Gerlich, C. (1), Faller, H. (1), Reusch, A. (1)*

- (1) Universität Würzburg, (2) Rheuma-Liga Niedersachsen e. V., Hannover, (3) Reha-Zentrum Bad Aibling, Klinik Wendelstein, Bad Aibling, (4) Rehaklinikum Bad Säckingen

Einleitung

Das Fibromyalgie-Syndrom ist eine komplexe Erkrankung mit chronischen Schmerzen. Ein Baustein der empfohlenen multimodalen Behandlung ist die Patientenschulung. Bisher gibt es allerdings wenig Evidenz zu deren Wirksamkeit. Eine weiterentwickelte, von der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie empfohlene Patientenschulung für Patientinnen mit Fibromyalgie-Syndrom umfasst 6 Module à 90 Minuten (Ehlebracht-König et al., 2015). Sie berücksichtigt aktuelle Leitlinien-Empfehlungen und verfolgt einen Selbstmanagement-Ansatz. In einer summativen Evaluationsstudie (Musekamp et al., 2016) wird die Effektivität der Schulung überprüft. Hier wird die kurz- und mittelfristige Wirksamkeit berichtet.

Methoden

Die Wirksamkeit der Patientenschulung wird in einer multizentrischen, clusterrandomisierten Kontrollgruppenstudie mit 4 Messzeitpunkten (Reha-Beginn, -Ende, nach 6 und 12 Monaten) überprüft. In 3 Reha-Kliniken wurden Gruppen von Patienten mit Fibromyalgie-Syndrom zufällig der neuen Patientenschulung (Interventionsgruppe) oder der Standardbehandlung (Kontrollgruppe) zugewiesen. Primäre Zielgrößen sind zu Reha-Ende das Erkrankungs- und Behandlungswissen und zur 6-Monats-Katamnese die Selbstmanagementfertigkeiten. Sekundäre Zielgrößen sind u. a. Schulungszufriedenheit, Einstellungen, gesundheitsförderliches Verhalten, gesundheitliche Beeinträchtigung und Teilhabe. Die kurzfristigen (Reha-Ende) und mittelfristigen (nach 6 Monaten) Effekte wurden durch Intergruppenvergleich mittels hierarchischer linearer Modelle unter Kontrolle der Baseline-Unterschiede geprüft.

Die Stichprobe besteht aus 583 Rehabilitandinnen (Alter: M = 51,5 Jahre, SD = 8,1; 94,3 % weiblich). Zu Reha-Ende liegen Daten von 517 Patientinnen (89 %) vor, davon 252 in der Interventions- und 265 in der Kontrollgruppe. Nach 6 Monaten konnten Daten von 486 Pa-

tientinnen (80 %) ausgewertet werden, davon 244 in der Interventions- und 224 in der Kontrollgruppe.

Ergebnisse

Zu Reha-Ende zeigt sich ein signifikanter mittelgroßer Effekt zugunsten der Interventionsgruppe in der primären Zielgröße, dem Erkrankungs- und Behandlungswissen ($p < 0.05$, $d = 0,45$). Darüber hinaus zeigen sich signifikante kleine Effekte in weiteren proximalen Zielgrößen wie Selbstmanagementfertigkeiten, schmerzbezogene Kontrollüberzeugung, Fähigkeit zur Krankheitskommunikation, Handlungsplanung bezüglich körperlicher Aktivität sowie kleine bis mittlere Effekte auf die Schulungszufriedenheit. Nach 6 Monaten zeigt sich kein signifikanter Effekt auf die primäre Zielgröße Selbstmanagementfertigkeiten. Es gibt aber kleine, signifikante Effekte auf einige sekundäre Parameter der Katamnese (selbst eingeschätztes Wissen, Schulungszufriedenheit).

Schlussfolgerung

Die kurzfristige Wirksamkeit der weiterentwickelten Schulung für Patientinnen mit Fibromyalgie-Syndrom konnte in Bezug auf die primäre Zielgröße und weitere Parameter nachgewiesen werden. Mittelfristig konnte die Wirksamkeit nicht ausreichend belegt werden. Die Patientinnen sind allerdings am Ende der Reha und 6 Monate danach zufriedener mit der neuen Schulung. Für die abschließende Bewertung der Patientenschulung sind die langfristigen Effekte nach 12 Monaten zusätzlich relevant.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Ehlebracht-König, I., Siemienik, K., Dorn, M., Reusch, A. (2015): Schulung für Fibromyalgie-Betroffene – Eine partizipative Weiterentwicklung unter Berücksichtigung der S3-Leitlinie. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 25. 310–318.
- Musekamp, G., Gerlich, C., Ehlebracht-König, I., Faller, H., Reusch, A. (2016): Evaluation of a self-management patient education program for patients with fibromyalgia syndrome: study protocol of a cluster randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 17(55). doi: 10.1186/s12891-016-0903-4.

Unterstützung der Lebensstiländerung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ II und/oder Adipositas durch ein Planungskompetenztraining mit telefonischer Nachsorge

Arling, V. (1), Pollmann, H. (2), Huth, F. (2), Spijkers, W. (1)

(1) Institut für Psychologie, RWTH Aachen, (2) Klinik Niederrhein, Deutsche Rentenversicherung Rheinland, Bad Neuenahr-Ahrweiler

Hintergrund

Patienten mit Diabetes mellitus Typ II und/oder Adipositas haben oft Schwierigkeiten medizinisch indizierte Lebensstiländerungen, die bzgl. einer dauerhaften Teilhabe an Gesellschaft und Arbeitsleben notwendig sind, in ihrem Alltag umzusetzen. Oftmals ist die unzureichende Umsetzung durch fehlende Strategien bzw. Selbstkontrollmaßnahmen bedingt (vgl. Kulzer et al., 2008).

In dieser Studie wird geprüft, ob ein Planungskompetenztraining (PKT; Arling et al., 2011) während einer medizinischen Rehabilitation mit anschließender telefonischer Nachsorge Patienten bzgl. angestrebter Lebensstiländerung (Ernährungs- und Bewegungsverhalten, Gewicht etc.) unterstützt. Hinsichtlich einer dauerhaften Teilhabe an Gesellschaft und Arbeit wurden zusätzlich Befindlichkeiten (z. B. Depression) bzw. die Erwerbstätigkeitsprognose (Mittag, Raspe, 2003) berücksichtigt.

Methode

Das PKT beinhaltet vier Planspieleinheiten, eine Gruppensitzung (angeleitete Selbstreflexion der Patienten bzgl. der Bedeutsamkeit von Planung bzw. eigener Planungskompetenz) und ein individuelles Abschlussgespräch (Zielformulierung, Planung der Lebensstiländerungen). Das Trainingsziel ist, Patienten Strategien zu vermitteln, die ihnen bei der konkreten Formulierung und Umsetzung ihrer Ziele im Alltag helfen (i. S. v. Meichenbaum, 1979). Die telefonische Nachsorge unterstützte zusätzlich und fand im Monatsrhythmus (sechs Monate) statt.

Mittels eines randomisierten Kontrollgruppendesigns wurden Trainings- bzw. Nachsorgeeffekte kontrolliert (eine Experimentalgruppe [EG], drei Kontrollgruppen [KG]). Die Experimentalgruppe EG-A erhielt ein Training mit Nachsorge, Kontrollgruppe KG-B erhielt nur ein Training, KG-C erhielt eine Placebointervention (Gesundheitsvorträge; Placebo-Nachsorge) und KG-D erhielt die Standard-Reha. Alle Gruppen beantworteten zu Reha-Beginn (t1), am Reha-Ende (t2) und sechs Monate nach Reha-Ende (t3) einen Fragebogen zu Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten, Gewicht, (Reha-)Motivation, Selbstwirksamkeit, Depression und Erwerbstätigkeitsprognose (vgl. Tabelle 1).

	Intervention	Fragebogen	
EG (A)	PKT & tel. NaSo	Reha-Beginn (t1) Reha-Ende (t2) Sechs Monate nach Reha-Ende (t3)	SPE
KG 1(B)	PKT		SWE / BSW
KG 2(C)	GV & tel. Nachsorge (Placebointervention)		PAREMO
KG 3(D)	Standardreha		FREM-8 PHQ-2 Lebensstil BMI

Anm.: EG = Experimentalgruppe; KG=Kontrollgruppe; PKT = Planungskompetenztraining; GV = Gesundheitsvorträge; SPE=Subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit; SWE/BSW = (Berufliche) Selbstwirksamkeitserwartung; PAREMO = Reha-Motivation & subjektive Lebensqualität; FREM-8: Rehabbezogene Erwartungen und Motivation; PHQ-2 = Patient Health Questionnaire (Depression); BMI = Body-Mass-Index (kg/qm); Lebensstil: Bewegungs- & Ernährungsverhalten; NaSo: Nachsorge (telefonisch)

Tab. 1: Überblick über die in den Gruppen umgesetzten Interventionen

An der Studie nahmen 490 Patienten teil, die eine dreiwöchige Reha-Maßnahme in der Klinik Niederrhein durchliefen. 240 Patienten (♀=55; ♂=185; Alter: AM=48,8; SD=8,90) beteiligten sich an allen Studieninterventionen. Diese Patientengruppe ist Auswertungsgrundlage.

Ergebnisse

Grundsätzlich verbesserte sich Gewicht (BMI), Ernährungsverhalten (Lebensmittelkonsum/Qualität) und Selbstwirksamkeit gruppenunspecific für alle Patienten. Für (Reha-) Motivation wurden keine Unterschiede festgestellt. Unterschiede berechneten sich bzgl. folgender Aspekte. Differenziert wird sowohl zwischen den vier Studiengruppen als auch zwischen Teilnehmern der Bedingungen A & B (PKT) bzw. C & D (kein PKT).

Bezüglich der Erwerbstätigkeitsprognose ließ sich für alle Gruppen eine positive Entwicklung von t1 zu t2 feststellen. Jedoch nur für die EG gilt, dass sich die Einschätzungen zu t3 weiter verbesserten ($F[3]=2,12$; $p=0,05$; $\eta^2=0,03$; vgl. Abbildung 1).

Für das Essverhalten (z. B. Naschen) gilt, dass die Verbesserung über die Zeit für die EG (A) am deutlichsten ausfiel ($F[3,000]=2,50$; $p=0,06$; $\eta^2=0,03$).

Die Neigung zu Depression sank für Patienten der PKT-Bedingungen (Gruppe A&B) im Vergleich zu den Teilnehmern der Gruppen C&D über die drei Messzeitpunkte signifikant ($F[2,216]=5,27$; $p=0,006$; $\eta^2=0,05$).

Hinsichtlich des Bewegungsverhaltens gaben PKT-Teilnehmer sechs Monate nach Reha-Ende (t3) häufiger an, sich in den letzten sechs Monaten aktiv bewegt zu haben ($\chi^2 [1] = 4,18$; $p = 0,04$).

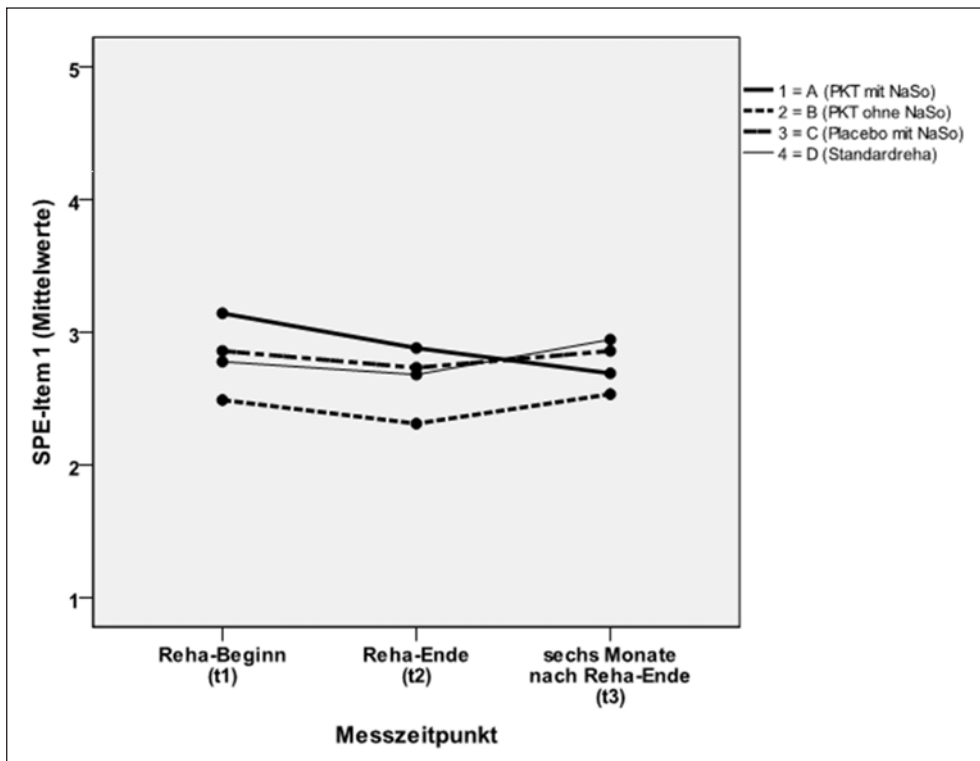


Abb. 1: Verlauf der Einschätzung der subjektiven Erwerbstätigkeitsprognose (Item 1: Glauben Sie, dass Sie Ihre jetzige [letzte] Tätigkeit bis zum Erreichen des Rentenalters ausüben können?) über die drei Messzeitpunkte in den vier Gruppen

Diskussion & Ausblick

Die Ergebnisse liefern Hinweise, dass sich die Patienten der Experimentalgruppe (A) bzw. der PKT-Bedingungen (A&B) hinsichtlich o. g. Aspekte positiver im Studienverlauf entwickelten als die übrigen Studienteilnehmer. Das gilt jedoch ausdrücklich nicht für die Gewichtsreduktion. Die Effektstärken liegen im eher kleinen Bereich. Im Sinne der Bedeutsamkeit von (psycho sozialen) Variablen wie Depression bzw. Erwerbstätigkeitsprognose für eine Teilhabe am Arbeitsleben sind die Ergebnisse dennoch nicht unterschätzen.

Bezüglich der Nachsorgeeffekte ist zu betonen, dass die Studiengruppen A und B gleichermaßen die Klinik mit eigenen, im Dialog mit einem Klinikmitarbeiter schriftlich fixierten Ziel- und Planungsvorgaben bzgl. angestrebter Lebensstiländerungen verlassen haben. Vor dem Hintergrund der vielfach nachgewiesenen Wirksamkeit von Zielsetzungen (vgl. Locke, Latham, 2002) könnte dies den Einfluss der Nachsorge überlagert haben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Rheinland, refonet

Literatur

- Arling, V., Grossmann, L., Palme, S., Spijkers, W. (2011): Training von Planungskompetenz im Kontext der beruflichen Rehabilitation. DRV-Schriften, Bd 93. 96–97.
- Kulzer, B., Krichbaum, M., Hermann, N. (2008): Diabetes mellitus: Therapeutische Konzepte zur Reduktion von Barrieren des Selbstmanagements. Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitanden, 21 (82). 265–276.
- Locke, E.A., Latham, G.P. (2002): Building a Practically Useful Theory of Goal Setting and Task Motivation. American Psychologist, 57 (9). 705–717.
- Meichenbaum, D. (1979): Kognitive Verhaltensmodifikation. München: Urban und Schwarzenberg.
- Mittag, O., Raspe, H. (2003): Eine kurze Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbsfähigkeit: Ergebnisse einer Untersuchung an 4.279 Mitgliedern der gesetzlichen Arbeiterrentenversicherung zu Reliabilität (Guttman-Skalierung) und Validität der Skala. Die Rehabilitation, 42. 169–174.

Entwicklung einer Datenbank (MediaWiki) für Dozenten interdisziplinärer rehabilitationsbezogener Lehre

Schmidt, S., Schwabe, S., Wichmann, D., Mau, W.

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

Hintergrund

Das Verfolgen präziser Lernziele ist ein wichtiger positiver Einflussfaktor auf die Leistung von Studierenden (Feldmann, 2007). Für den Bereich der Rehabilitation wurden 2004 für das Studium der Humanmedizin rehabilitationsbezogene Lernziele von der DGRW und der DGPMR formuliert (Mau et al., 2004). Mit der Implementierung des Nationalen kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin (NKLM; MFT, 2015) wurden Lernziele aller medizinischen Disziplinen kompetenzbasiert reformiert. Mit Förderung der Deutschen Rentenversicherung Bund und Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland wird am Institut für Rehabilitationsmedizin der Martin-Luther-Universität-Halle-Wittenberg ein Projekt zur Entwicklung einer lernzielbasierten Datenbank mit interdisziplinären rehabilitationsbezogenen Lehrmaterialien durchgeführt. Darüber hinaus wird die Datenbank umfangreiche didaktische Instruktionen zur Einbindung interaktiver Methoden in Lehrveranstaltungen enthalten. Die intuitiv bedienbare Onlinedatenbank wird Lehrenden für Themen der Rehabilitation nach Projektende kostenfrei zur Verfügung gestellt.

Vorgehen und Methodik

Bereits verfügbare rehabilitationsmedizinische Lehrmaterialien (u. a. Parthier, Mau, 2014; Parthier, Mau, 2016) werden bestehenden rehabilitationsbezogenen Lernzielen (Mau et al., 2004; MFT, 2015) zugeordnet sowie didaktisch und formal aufbereitet. Die Konzept- und Layoutentwicklung für die Onlinedatenbank erfolgt nach einer Zielgruppenanalyse und Kriterien für Nutzerfreundlichkeit, Einfachheit, Nachvollziehbarkeit und Bedienbarkeit. Für den technischen Aufbau der Datenbank wird die Struktur eines "MediaWiki" verwendet (frei verfügbare Verwaltungssoftware in Form eines Wiki-Systems).

Bisherige Ergebnisse

Bei der Zusammenführung der Lernziele ist ein umfassender Katalog mit 87 Lernzielen (inklusive Unterlernzielen) entstanden, wobei jedem Lernziel eine Entsprechung im NKLM zugeordnet wurde, wenn diese vorhanden war. Das Onlineportal ist in folgende vier inhaltliche Bereiche gegliedert: (1) Das „Portal Lehr- und Lernziele“ enthält die rehabilitationsbezogenen Lernziele und Stichworte der zu vermittelnden Inhalte zu deren Erreichung sowie Verweise zu geeigneten didaktischen Methoden und verfügbaren Lehrmaterialien. (2) Das „Portal Didaktik“ enthält eine Zusammenstellung und Beschreibung von interaktiven Lehrmethoden mit detaillierten Instruktionen. Im (3) „Portal Lehrmaterialien“ gibt es eine Übersicht mit allen zur Verfügung stehenden Lehrmaterialien nach Medientyp und (4) das „Glos-

sar“ enthält Definitionen wesentlicher rehabilitationsmedizinischer Termini auf Basis des Glossars der Deutschen Rentenversicherung Bund (2013).

Schlussfolgerung und Ausblick

Mit der Entwicklung dieses MediaWiki werden wichtige Impulse für den Austausch und die Vermittlung kompetenzbasierter rehabilitationsbezogener Inhalte primär für die humanmedizinische Lehre gegeben. Sie können auch eine Orientierung für die Aus-, Fort- und Weiterbildung anderer Berufsgruppen mit Bezug zur Rehabilitation bieten. Dadurch kann einem Mangel an innovativen Lehrmaterialien entgegengewirkt und die Akzeptanz rehabilitationsbezogener Inhalte erhöht werden. Im weiteren Projektverlauf wird die Kooperation mit externen Dozenten rehabilitationsrelevanter Lehre angestrebt, um die Datenbank mit vielfältigen Materialien zu bereichern und die Anwendbarkeit und Benutzerfreundlichkeit der Plattform zu evaluieren.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund, Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland

Literatur

- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2013): Sozialmedizinisches Glossar der Deutschen Rentenversicherung. DRV-Schriften, Bd 81.
- Feldman, K.A. (2007): Identifying exemplary teachers and teaching: Evidence from student ratings. In: R.P. Perry & J.C. Smart (Hrsg.): The scholarship of teaching and learning in higher education: An evidence-based perspective. New York: Springer.
- Mau, W., Gülich, M., Gutenbrunner, C., Lampe, B., Morfeld, M., Schwarzkopf, S.R., Smolenski, U.C. (2004): Lernziele im Querschnittsbereich Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren nach der 9. Revision der Approbationsordnung für Ärzte. Gemeinsame Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften und der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation. Die Rehabilitation 43. 337–347.
- MFT – Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e.V. (2015): Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin, verfügbar unter: <http://www.mft-online.de/lehre/nationaler-kompetenzbasierter-lernzielkatalog-medizin>. Zugriff: 19.10.2016.
- Parthier, K., Mau, W. (2014): Entwicklung innovativer E-Learning-Angebote für die rehabilitationsbezogene Lehre am Beispiel einer interaktiven Lernplattform. DRV-Schriften, Bd 103. 312–314.
- Parthier, K., Mau, W. (2016): „Rehabilitation in der Versorgungskette“: Entwicklung und Evaluation eines multimedialen, fallbasierten Präsenzseminars für die rehabilitationsmedizinische Lehre. DRV-Schriften, Bd 109. 202–206.

Implementierung medizinisch-beruflich orientierter Rehabilitation

Bethge, M. (1), Streibelt, M. (2), Schwarz, B. (1), Markus, M. (1), Gerlich, C. (3), Neuderth, S. (4), Schuler, M. (3)

(1) Universität zu Lübeck, (2) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin, (3) Universität Würzburg, (4) Hochschule für angewandte Wissenschaften Würzburg-Schweinfurt

Hintergrund

Versorgungsforschungsstudien aus den Jahren 2011 und 2012 haben gezeigt, dass die Umsetzung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) zu diesem Zeitpunkt höchst variabel war und die Empfehlungen des 2010 veröffentlichten Anforderungsprofils kaum umgesetzt wurden (z. B. Streibelt, Brünger, 2014). Derzeit erfolgt eine umfassende Evaluation der durch die Deutsche Rentenversicherung Bund verfolgten Implementierungsstrategie in der orthopädischen Rehabilitation, um die in der Versorgungspraxis erreichten Teilhabeeffekte zu bewerten (Neuderth et al., 2016). In diesem Zusammenhang wurde erstens geprüft, inwiefern sich das Leistungsgeschehen in den Rehabilitationseinrichtungen verändert hat, in denen eine Fachabteilung MBOR zugelassen wurde. Zweitens wurde untersucht, ob der Umfang der 2014 im Rahmen der MBOR erbrachten Leistungen mit den Empfehlungen korrespondierte, die im Anforderungsprofil zur Durchführung der MBOR formuliert sind.

Methodik

Eingeschlossen wurden Rehabilitanden, die im zweiten Halbjahr 2011 bzw. 2014 aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen in einer von 80 Einrichtungen behandelt wurden, die 2014 eine Fachabteilung MBOR hatten und federführend von der Deutschen Rentenversicherung Bund belegt wurden. Mittels Propensity Score Matching wurden vergleichbare Stichproben für die beiden untersuchten Rehabilitationsjahrgänge 2011 und 2014 gebildet. Primäres Zielkriterium war die Gesamtdosis berufsorientierter Therapien entsprechend den im Anforderungsprofil beschriebenen Leistungskodierungen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2012). Die während der Rehabilitation erbrachten und gemäß der Klassifikation therapeutischer Leistungen kodierten Angebote wurden aus den Versichertenkonten extrahiert. Neben der Gesamtdosis berufsorientierter Therapien wurde auch der Umfang der einzelnen Kernmaßnahmen bestimmt.

Ergebnisse

4.865 Personen, die 2014 in der MBOR behandelt wurden, wurden mit 4865 vergleichbaren Personen gematcht, die 2011 in der herkömmlichen medizinischen Rehabilitation behandelt wurden. Das mittlere Alter der Gesamtstichprobe betrug 49,6 Jahre (SD = 9,1); 75 % waren Frauen. 49 % waren vor der Rehabilitation mindestens 3 Monate arbeitsunfähig. Für 23 % wurden am Ende der Rehabilitation Einschränkungen in der letzten beruflichen Tätigkeit dokumentiert.

Berufsorientierte Leistungen wurden 2011 kaum erbracht. In 2014 hat sich der Therapieumfang berufsorientierter Leistungen gegenüber 2011 vervierfacht (2011: 2,2 h; 2014: 8,8 h). Der Umfang des Arbeitsplatztrainings lag 2014 bei durchschnittlich 227 min (2011: 39 min). Der Umfang berufsbezogener Gruppen erhöhte sich von 38 min auf 215 min, der Umfang der Sozialberatung von 52 min auf 75 min. Die Implementierung berufsorientierter Angebote variierte zwischen den Einrichtungen allerdings erheblich (Abbildung 1). Die Referenzlinie in Abbildung 1 bei 9,5 h markiert den empfohlenen Mindestumfang berufsorientierter Therapien für einen Rehabilitanden, der sowohl an Sozialberatung und berufsbezogenen Gruppen als auch am Arbeitsplatztraining teilnimmt.

Eine den Empfehlungen des Anforderungsprofils entsprechende mindestens 30-minütige Sozialberatung sowie 180-minütige berufsbezogene Gruppen und ein 360-minütiges Arbeitsplatztraining wurden für 92 %, 57,6 % bzw. 32,5 % der in 2014 in der MBOR behandelten Personen realisiert. Die entsprechenden Anteile lagen 2011 bei 67 %, 7,7 % und 1,5 %.

Diskussion

Berufsorientierte Leistungen bilden in der MBOR der Deutschen Rentenversicherung Bund heute einen wesentlichen Anteil der insgesamt dokumentierten Leistungen. Ähnliches wurde unlängst für die Deutsche Rentenversicherung Nord gezeigt (Bethge et al., 2016). Der in der Versorgungspraxis 2014 erreichte Implementierungsgrad ist vergleichbar mit dem, der während der Erprobungsphase 2012 beobachtet wurde (Bethge et al., 2014).

Da die Überprüfung der Implementierung ausschließlich auf Grundlage der in den Entlassungsberichten dokumentierten therapeutischen Leistungen erfolgte, ist es möglich, dass weitere, aber nicht adäquat dokumentierte berufsorientierte Leistungen erbracht wurden. Zweitens bietet die Dokumentation von Leistungen keine Gewähr dafür, dass die im Anforderungsprofil benannten Inhalte tatsächlich umgesetzt wurden.

Schlussfolgerungen

Bisherige Analysen des Leistungsgeschehens konzentrierten sich auf Strategien, denen eine trägerseitige Zuweisung inhärent ist und bei denen eine besondere Kennzeichnung der Patienten erfolgt. Offen ist, ob rein auf Kliniksteuerung setzende Implementierungsstrategien ähnlich gute Ergebnisse erreichen.

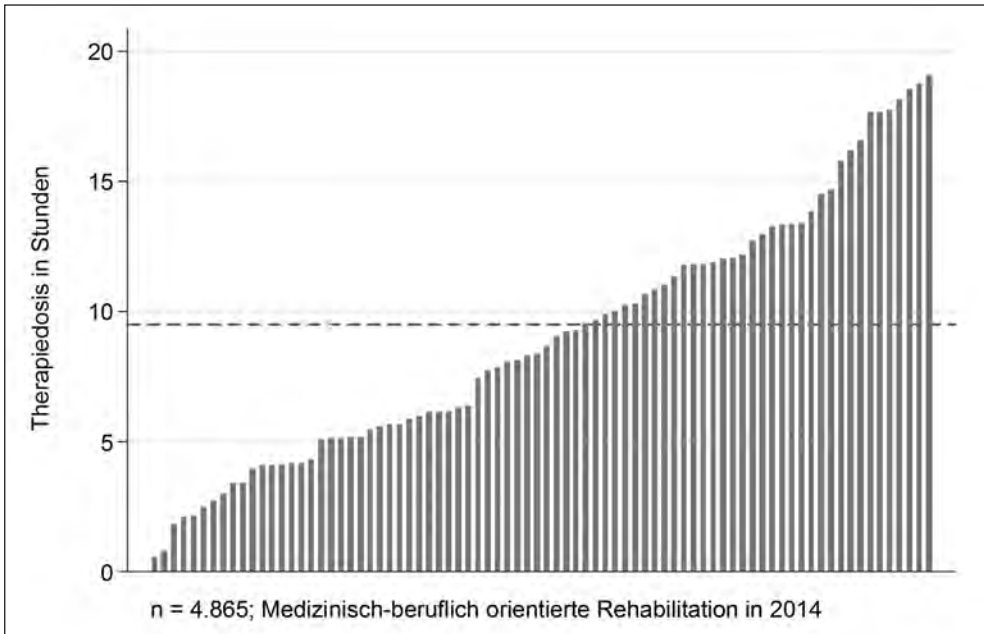


Abb. 1: Berufsorientierte Leistungen 2014 in 80 Fachabteilungen MBOR der Deutschen Rentenversicherung Bund

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Bethge, M., Löffler, S., Schwarz, B., Vogel, H., Schwarze, M., Neuderth, S. (2014): Gelingt die Umsetzung des Anforderungsprofils zur Durchführung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation? *Die Rehabilitation*, 53. 184–190.
- Bethge, M., Vogel, M., Specht, T., von Bodman, J., Glaser-Möller, M. (2016): Implementierung medizinisch-beruflich orientierter Rehabilitation: ein Propensity Score gematchter Vergleich zweier Kohorten aus 2012 und 2014. *Die Rehabilitation*, 55. 48–53.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2012): Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung – Somatische Indikationen. 3. Auflage.
- Neuderth, S., Schwarz, B., Gerlich, C., Schuler, M., Markus, M., Bethge, M. (2016): Work-related medical rehabilitation in patients with musculoskeletal disorders: the protocol of a propensity score matched effectiveness study (EVA-WMR, DRKS00009780). *BMC Public Health*, 16. 804.
- Streibel, M., Brünger, M. (2014): Wie viele arbeitsbezogene Leistungen bekommen Patienten mit besonderen beruflichen Problemlagen? Analyse einer repräsentativen indikationsübergreifenden Stichprobe von Rehabilitanden. *Die Rehabilitation*, 53. 369–375.

Klinisch-anamnestische Charakteristika bei Rehabilitanden mit einer BBPL in der neurologischen MBOR

Heßling, A. (1), Brandes, I. (2), Leniger, T. (1)

(1) Dr. Becker Neurozentrum Niedersachsen, Bad Essen, (2) Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover

Hintergrund

Bei der Implementierung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) in der Neurologie konnte die aufwendige Identifikation einer besonderen beruflichen Problemlage (BBPL) als wesentlicher hemmender Aspekt beobachtet werden (Heßling et al., 2015). Untersuchungen zum SIMBO-C in anderen Indikationen (Streibel, Bethge, 2008) lassen auch bei neurologischen Rehabilitanden mit einer BBPL Unterschiede in den klinisch-anamnestischen Charakteristika in Abhängigkeit von der Maßnahmenart (AHB, HV) vermuten, die neben den bekannten Kriterien wie lange AU-Dauer, lange Arbeitslosigkeit, eingereicherter Rentenanspruch und negative subjektive Erwerbsprognose, für das Vorliegen einer BBPL bedeutsam sein könnten.

Daher wurden die im Rahmen des MBOR-Konzepts des Dr. Becker Neurozentrum Niedersachsen (NZN) (Heßling et al., 2015) erhobenen Routinedaten hinsichtlich ihrer klinisch-anamnestischen Charakteristika zum Vorliegen bzw. nicht Vorliegen einer BBPL unter besonderer Berücksichtigung der Maßnahmenart ausgewertet.

Methoden

Im Rahmen einer Vollerhebung wurden die Routinedaten aller im Zeitraum vom 01.10.2014 bis 31.12.2015 im NZN aufgenommenen Versicherten der DRV Braunschweig-Hannover ausgewertet (n=344). Die Datensätze umfassten: Alter, Geschlecht, Maßnahmenart (AHB/HV), BBPL (ja/nein), den SIMBO-C, die behandlungsrelevanten Haupt-, und Nebendiagnosen inkl. Störungsbilder, Arbeitsfähigkeit bei Aufnahme, Arbeitsunfähigkeitsdauer, Arbeitslosigkeit, die subjektive Erwerbsprognose und das Leistungsvermögen bei Entlassung. Die BBPL wurde im Rahmen eines psychologischen Eingangsgespräches festgestellt. Eine Two-Step-Clusteranalyse mittels der Zentroide BBPL (ja/nein) und Maßnahmenart (AHB/HV) erbrachte vier Cluster.

Ergebnisse

Die Rehabilitanden waren im Durchschnitt 49 (± 10) Jahre alt, 30 % waren weiblich. Zu den Hauptdiagnosen zählten: 53 % Schlaganfall (Ischämie und Blutungen), 10 % Tumor, 9 % Multiple Sklerose (MS), 6 % Entzündliche ZNS-Erkrankungen, 5 % Polyneuropathien, 4 % Kopfschmerzsyndrome, 4 % Verdachtsdiagnosen und 9 % Sonstige. Bei 66 % (n=228) der Rehabilitanden konnte eine BBPL identifiziert werden. 71 % (n=244) der Rehabilitanden traten eine AHB und 29 % (n=100) ein HV an.

Die vier Cluster waren wie folgt gekennzeichnet:

Cluster			Alter	♀	ICD Schlag-anfall	ICD MS	ICD Kopf-schm.	Kog. Stör.	AU bei Auf-nahme	Ar-beits-los >1 Jahr	AU Dauer >6 Mon.	Neg./ Un-klare Subj EP	Neg LV	SIM-BO-C
Nr.	Name	n	J.	%										Pkt.
1	BB-PLja/HV	73	46	30	22	19	11	26	67	11	47	69	60	50
2	BBPL-nein/HV	27	45	44	22	19	19	7	41	0	7	4	11	21
3	BB-PLja/AHB	155	50	31	59	6	0	38	96	11	7	61	57	43
4	BBPL-nein/AHB	89	50	21	78	2	0	16	99	1	1	5	19	35

Tab. 1: Die klinisch-anamnestischen Charakteristika der 4 Cluster

Bei Rehabilitanden mit BBPLja fanden sich unabhängig von der Maßnahmenart häufiger kognitive Störungen, ein negatives Leistungsvermögen (LV) bei Entlassung, eine negative subjektive Erwerbsprognose (SubjEP) und eine Arbeitslosigkeit von mehr als einem Jahr. Rehabilitanden in der AHB waren bei Aufnahme nahezu immer arbeitsunfähig (AU) und wiesen häufiger Schlaganfälle auf als Rehabilitanden im HV. Häufiger waren Kopfschmerzsyndrome und Multiple Sklerose im HV zu finden. Rehabilitanden mit BBPLja im HV wiesen häufiger eine Arbeitsunfähigkeitsdauer > 6 Monate auf. Rehabilitanden im HV waren jünger als in der AHB, innerhalb der Maßnahmenart gab es keine Abhängigkeit des Alters zur BBPL.

Der SIMBO-C trennte bei Vorliegen einer BBPL deutlicher im HV (50 Punkte vs. 21 Punkte) als in der AHB (43 Punkte vs 35 Punkte).

Schlussfolgerung und Ausblick

Mit dem MBOR-Konzept des NZN konnten typische klinisch-anamnestische Charakteristika bei neurologischen Rehabilitanden mit einer BBPL identifiziert werden. Es zeigten sich aber Unterschiede (Diagnosenvielfalt, AU-Zeiten) in Abhängigkeit von der Maßnahmenart, die bei der Identifizierung einer BBPL in der neurologischen MBOR zu berücksichtigen sind. Eine weitere qualitative Inhaltsanalyse wird noch durchgeführt. Der SIMBO-C lag bei Vorliegen einer BBPL in der neurologischen MBOR mit durchschnittlich >40 Punkten höher als in anderen Indikationen (Streibelt, Bethge, 2008) und trennte deutlicher im HV als in der AHB hinsichtlich des Vorliegens einer BBPL.

Literatur

- Heßling, A., Brandes, I., Leniger, T. (2015): Implementierung von MBOR in der Neurologischen Rehabilitation mithilfe von Experteninterviews in der Erprobungsphase NeurolRehabil, 21. 146–154.
- Streibelt, M., Bethge, M. (2008): Return to Work? Identifikation besonderer beruflicher Problemlagen in der medizinischen Rehabilitation. Lengerich: Pabst Science Publisher.

Die Vorhersage des beruflichen Wiedereingliederungserfolges anhand der ELA-Aktivitätstests

Bühne, D. (1), Alles, T. (1), Froböse, I. (2)

(1) Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln, (2) Institut für Bewegungstherapie, bewegungsorientierte Prävention und Rehabilitation, Deutsche Sporthochschule Köln

Hintergrund

Verfahren der Functional Capacity Evaluation (FCE) dienen der Einschätzung der arbeitsbezogenen körperlichen Leistungsfähigkeit (King et al., 1998) und werden in Deutschland primär im Rahmen beruflich orientierter Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation eingesetzt. Die Vorhersagekraft der Verfahren hinsichtlich der beruflichen Teilhabe wird auf Grundlage bisheriger Studien jedoch als überwiegend schwach bis mäßig eingestuft (Kuijer et al., 2012). Zu den im oben genannten Kontext herangezogenen Assessments gehört unter anderem das Verfahren ELA, welches 24 Aktivitätstests umfasst, die in die Dimensionen Körperhaltungen (z. B. Stehen & Knien), Körperfortbewegungen (z. B. Gehen & Klettern), Körperteilbewegungen (z. B. Kniebeugen & Bücken/Aufrichten) sowie Komplexe Merkmale (z. B. Heben & Tragen) untergliedert sind. Ziel der vorliegenden Studie war die Überprüfung der Vorhersagekraft der ELA-Aktivitätstests bezüglich der beruflichen Wiedereingliederung.

Methodik

Zur Überprüfung der prognostischen Validität des Verfahrens wurde eine multizentrische prospektive Kohortenstudie durchgeführt, an der sich vier Einrichtungen der ambulanten medizinischen Rehabilitation beteiligten (ASR Rehabilitationszentren, medicoreha Welsink Rehabilitation, REGIO-RehaTagesklinik Freiburg, Reha Viersen). Eingeschlossen wurden Patienten mit Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (MSS), bei denen konkrete Arbeitsanforderungen definiert werden konnten. Die Datenerhebung wurde im Zeitraum von September 2013 bis Januar 2016 durchgeführt.

Bestandteil der Datenerhebung waren (1) eine schriftliche Befragung zu potenziellen Prognosevariablen zu Reha-Beginn, (2) ELA-Testungen zu Reha-Ende sowie (3) ein drei Monate nach Beendigung der Reha eingesetzter Fragebogen zur beruflichen Wiedereingliederung.

- (1) Als potenzielle RTW-Prädiktoren wurden diverse soziodemographische (u. a. Alter, Geschlecht, Erwerbsstatus), gesundheitsbezogene (u. a. allgemeine Gesundheitswahrnehmung, aktuelle Schmerzen) und berufsbezogene Variablen (u. a. subjektive gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Berufsausübung, Rentenbegehren) erfasst.
- (2) Die individuelle Auswahl der ELA-Aktivitätstests erfolgte beanspruchungsbezogen. Getestet wurden Fähigkeiten, die als potenziell nicht ausreichend zur Bewältigung der körperlichen Arbeitsanforderungen eingeschätzt wurden. Die aktivitäts-spezifischen

Profilvergleiche wurden innerhalb der Dimensionen dichotom zusammengefasst (0=keine Überforderung, 1=mindestens eine Überforderung).

- (3) Orientiert an der Studie von Streibelt und Kollegen (2009) wurde die berufliche Wiedereingliederung als erfolgreich bewertet, sofern die Probanden zur Nachbefragung einer Erwerbstätigkeit nachgingen und zugleich eine kumulierte MSS-bedingte Dauer der Arbeitsunfähigkeit von weniger als 1,5 Wochen angaben.

Berechnet wurden logistische Regressionsmodelle. Die Modellentwicklung folgte den Empfehlungen von Muche et al. (2005). Zur Reduktion von Nullzellen wurden die Prognosevariablen in dichotome Variablen umgewandelt.

Ergebnisse

Die Probanden (N=198) befanden sich in einem mittleren Alter von 47,8 Jahren (SD=10,0) und waren überwiegend männlich (66,2 %) sowie zu Reha-Beginn erwerbstätig (81,3 %). Die Anzahl der im Mittel pro Proband durchgeführten ELA-Aktivitätstests betrug 3,5. Zur Nachbefragung wurde 59,1 % der Probanden hinsichtlich des Erfolgs der beruflichen Wiedereingliederung positiv eingestuft.

Die in den Dimensionen zusammengefassten Testergebnisse wurden für die zwei einflussstärksten, auf Patientenangaben basierenden Prädiktoren sowie die Baseline-Ausprägung der Zielgröße adjustiert.

Im resultierenden multiplen Prognosemodell (N=198) erwiesen sich die Dimensionen Körperhaltungen, Körperfortbewegungen und Komplexe Merkmale als bedeutsam. Personen, bei denen innerhalb dieser Dimensionen keine Überforderungen identifiziert wurde, hatten eine 2,6- bis 4,8-fach höhere Chance einer erfolgreichen beruflichen Wiedereingliederung. Insgesamt konnten anhand dieses Prognosemodells 76,3 % der Probanden korrekt klassifiziert werden.

Prognosevariable	Deskription	b	p-Wert	OR (95 %-KI)
Erwerbsstatus (erwerbstätig ≥3h/Tag & Ausbildung)	0=163	1,66	0,001	5,27 (1,91 – 14,54)
	1=35			
Subj. gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Berufsausübung (nicht/etwas eingeschränkt)	0=148	1,58	<0,001	4,88 (2,06 – 11,55)
	1=50			
Dimension Körperhaltungen (keine Überforderung)	0=146	0,96	0,021	2,60 (1,15 – 5,88)
	1=52			
Dimension Körperfortbewegungen (keine Überforderung)	0=180	1,56	0,023	4,75 (1,24 – 18,14)
	1=18			
Dimension Körperteilbewegungen (keine Überforderung)	0=163	0,43	0,395	1,53 (0,58 – 4,07)
	1=35			
Dimension Komplexe Merkmale (keine Überforderung)	0=141	0,97	0,022	2,65 (1,15 – 6,08)
	1=57			
Baseline-Ausprägung der Zielgröße	0=22	0,45	0,943	1,05 (0,31 – 3,58)
	1=176			

Anm.: Die erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung wurde 0-codiert, Referenzkategorien sind in Klammern dargestellt, Methode: Einschluss, b=Regressionskoeffizient, OR=Odds Ratio,

KI=Konfidenzintervall, Konstante: $-1,86$, Nagelkerkes R2: 0,438, Correct Classification Rate: 76,3 %, Area under the curve: 0,838

Tab. 1: Finales logistisches Regressionsmodell zur Vorhersage der beruflichen Wiedereingliederung

Diskussion

Im finalen Prognosemodell erwiesen sich die in den Dimensionen Körperhaltungen, Körperfortbewegungen und Komplexe Merkmale zusammengefassten Aktivitätstests als bedeutsame Prädiktoren der beruflichen Wiedereingliederung. Die mangelnde prognostische Validität der Dimension Körperteilbewegungen ist möglicherweise auf die Schwierigkeit der Simulation komplexer Bewegungsabläufe zurückzuführen.

Schlussfolgerung

Die Ergebnisse der Studie lassen darauf schließen, dass die überwiegenden Aktivitätstests des Verfahrens ELA eine valide Prognose der beruflichen Wiedereingliederung ermöglichen.

Literatur

- King, P.M., Tuckwell N., Barrett T.E. (1998): A Critical Review of Functional Capacity Evaluations. *Journal of the American Physical Therapy Association*, 78. 852–866.
- Kuijer, P.P., Gouttebauge, V., Brouwer, S., Reneman, M.F., Frings-Dresen, W. (2012): Are performance-based measures predictive of work participation in patients with musculoskeletal disorders? A systematic review. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 85. 109–123.
- Muche, R., Ring, C., Ziegler, C. (2005): Entwicklung und Validierung von Prognosemodellen auf Basis der logistischen Regression. Aachen: Shaker.
- Streibel, M., Blume, C., Thren, K. (2009): Value of Functional Capacity Evaluation Information in a Clinical Setting for Predicting Return to Work. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90. 429–434.

Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation für onkologische Rehabilitanden – Kurzfristige Ergebnisse einer clusterrandomisierten Multicenterstudie

Wienert, J., Schwarz, B., Bethge, M.
Universität zu Lübeck

Hintergrund

Arbeit spielt eine zentrale Rolle für Überlebende einer Krebserkrankung und hat einen Einfluss auf deren Gesundheit und Lebensqualität. Trotz steigender Überlebensraten sind Überlebende einer Krebserkrankung jedoch häufiger arbeitslos oder frühberentet und haben eine geringere Chance auf Wiedereinstellung (de Boer et al., 2009; 2015). Wirksame rehabilitative Strategien zur beruflichen Wiedereingliederung gewinnen daher auch für Krebsüberlebende an Relevanz. Ein aktuelles Cochrane Review hat in diesem Zusammen-

hang gezeigt, dass ausschließlich multidisziplinäre Programme mit Erwerbsbezug einen förderlichen Effekt auf die berufliche Wiedereingliederung haben (de Boer et al., 2015). In Deutschland haben sich solche Programme als medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) etabliert (Buschmann-Steinhage, Streibelt, 2011; Bethge, 2016). Bisher liegt jedoch keine Studie vor, welche einen empirisch hochwertigen Nachweis für die Wirksamkeit der MBOR bei Überlebenden einer Krebserkrankung im Rahmen einer onkologischen Rehabilitation nachweist. Unsere Studie untersucht deshalb, ob die MBOR im Vergleich zur konventionellen medizinischen Rehabilitation (MR) günstigere Teilhabeergebnisse erzielt (Wienert et al., 2016).

Methodik

Teilnehmer wurden in Gruppen zufällig der MBOR und der MR zugewiesen. Eingeschlossen wurden onkologische Rehabilitanden im erwerbsfähigen Alter mit einer besonderen beruflichen Problemlage, einer vorläufigen positiven sozialmedizinischen Prognose und einem Karnofsky-Index von ≥ 70 %. Es wurden erbrachte therapeutische Leistungen zwischen den beiden Gruppen verglichen, um die Implementierung und Umsetzung der MBOR zu überprüfen. Zusätzlich wurden Teilnehmer hinsichtlich ihrer Wahrnehmung berufsbezogener Inhalte und deren Nutzen befragt, um die wahrgenommene Umsetzung der MBOR seitens der Rehabilitanden zu erfassen. Endpunkte am Rehabilitationsende waren der allgemeine Gesundheitszustand und Funktionsfähigkeit, die Fatigue-Symptomatik, Krankheitsbewältigung und die subjektive Arbeitsfähigkeit. Die Behandlungseffekte wurden mit gemischten linearen Modellen überprüft. Ausgangswerte der Ersterhebung wurden in den Modellschätzungen als Kontrollvariablen berücksichtigt. Als Effektschätzer wurden standardisierte Mittelwertdifferenzen (SMD) berechnet.

Ergebnisse

Am Rehabilitationsende wurden 476 Rehabilitanden analysiert, die in 102 Gruppen behandelt wurden (49 MBOR; 53 MR). Analysen der erbrachten therapeutischen Leistungen zeigten, dass die MBOR erfolgreich umgesetzt wurde. Teilnehmer der MBOR berichteten, dass sie häufiger berufsbezogene Therapien erhielten (SMD = 1,86; 95 % KI: 1,65 bis 2,07; $p < 0,001$) und berufsbezogene Rehabilitationsziele erreichten (SMD = 1,00; 95 % KI: 0,81 bis 1,19; $p < 0,001$). Außerdem hatten Teilnehmer der MBOR im Vergleich zu Teilnehmern der MR am Ende der Rehabilitation bessere Werte hinsichtlich des allgemeinen Gesundheitszustandes (SMD = 0,20; 95 % KI: 0,04 bis 0,36; $p = 0,013$), körperlicher Funktionsfähigkeit (SMD = 0,17; 95 % KI: 0,04 bis 0,29; $p = 0,010$), emotionaler Funktionsfähigkeit (SMD = 0,25; 95 % KI: 0,10 bis 0,40; $p = 0,001$), Fatigue (SMD = 0,24; 95 % KI: 0,09 bis 0,39; $p = 0,003$), körperlicher Fatigue (SMD = 0,27; 95 % KI: 0,11 bis 0,43; $p < 0,001$), emotionaler Fatigue (SMD = 0,21; 95 % KI: 0,04 bis 0,38; $p = 0,015$), kognitiver Fatigue (SMD = 0,20; 95 % KI: 0,06 bis 0,34; $p = 0,006$), Beeinträchtigungen des alltäglichen Lebens aufgrund von Fatigue (SMD = 0,18; 95 % KI: 0,01 bis 0,35; $p = 0,044$), aktiv problemorientierten Copings (SMD = 0,22; 95 % KI: 0,05 bis 0,39; $p = 0,013$), depressiver Verarbeitung (SMD = 0,17; 95 % KI: 0,02 bis 0,32; $p = 0,025$) und subjektiver Arbeitsfähigkeit (SMD = 0,16; 95 % KI: 0,02 bis 0,30; $p = 0,026$).

Diskussion

Analysen der erbrachten therapeutischen Leistungen und der Wahrnehmung berufsbezogener Inhalte zeigen, dass die MBOR erfolgreich implementiert und umgesetzt wurde. Vergleichende Analysen zwischen beiden Gruppen zeigen, dass sich die MBOR positiv auf die Lebensqualität, die Krankheitsbewältigung und die subjektive Arbeitsfähigkeit der Rehabilitanden auswirkt.

Schlussfolgerung

Die Ergebnisse legen kurzfristig einen positiven Effekt der MBOR für onkologische Rehabilitanden mit einem erhöhten Risiko für Teilhabebeeinträchtigungen nahe. Weitere Erhebungen nach 3 und 12 Monaten prüfen die mittel- und langfristigen Teilhabeeffekte.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Bethge, M. (2016): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Rehabilitation. In Druck.
- de Boer A.G., Taskila T, Ojajarvi A, van Dijk F.J., Verbeek J.H. (2004): Cancer survivors and unemployment: a meta-analysis and meta-regression. JAMA, 301. 753–762.
- de Boer, A.G.E.M., Taskila, T.K., Tamminga, S.J., Feuerstein, M., Frings-Dresen, M.H.W., Verbeek, J.H. (2015): Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. Cochrane Database of Systematic Reviews, 9. CD007569.
- Streibelt, M., Buschmann-Steinhage, R. (2011): Ein Anforderungsprofil zur Durchführung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation aus der Perspektive der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Rehabilitation, 50. 160–167.
- Wienert, J., Schwarz, B., Bethge, M. (2016): Effectiveness of work-related medical rehabilitation in cancer patients: study protocol of a cluster-randomized multicenter trial. BMC Cancer, 16. 544.

Berufsbezogene Problemlagen und Return to work (RTW) im Kontext psychischer Komorbidität in der pneumologischen Rehabilitation

Kaiser, U., Schmidt, J., Kriz, D., Nübling, R.
Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen, Karlsruhe

Hintergrund

Asthma und COPD haben weltweit eine hohe und wachsende epidemiologische Bedeutung und sind mit hohen volkswirtschaftlichen Kosten verbunden. Bei den indirekten Kosten haben die Arbeitsunfähigkeit und die vorzeitige Berentung einen hohen Anteil (Kirch et al., 2013). Studien zeigen, dass psychosoziale Belastungen bzw. psychische Komorbiditäten bei pneumologischen Erkrankungen weit verbreitet sind (Schmidt et al., 2016). Psychische Komorbidität ist oftmals mit schlechteren klinischen und psychosozialen Outcomes, Beeinträchtigungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, erhöhter Leistungsan-

spruchnahme und insbesondere auch mit erhöhten beruflichen Problemlagen assoziiert (Schmidt et al., 2016).

Methodik

Untersucht wurden N = 637 stationäre Patienten mit pneumologischen Hauptdiagnosen. Die untersuchte Patientenstichprobe ist Teil der Davoser Outcome-Studie DOS (Schmidt et al. 2014; 2016). Die Messung der psychischen Komorbidität erfolgte mit dem Screeningfragebogen HADS-D (Herrmann-Lingen et al., 2011). Der Bedarf an berufsbezogenen Behandlungsangeboten wurde mit dem SIBAR (Bürger, Deck, 2009) gemessen. Das Durchschnittsalter der Patienten lag bei 50,4 Jahren, knapp 60 % waren Frauen. Mehrheitlich zeigt sich eine deutliche Chronifizierung, gut zwei Drittel wiesen eine Erkrankungsdauer von über 10 Jahren auf. Etwa 70 % waren Erwerbspersonen. Kennzeichnend ist weiterhin ein eher höheres Bildungsniveau (44,3 % hatten einen höheren Schulabschluss) und eine mittlere bis gehobene berufliche Stellung.

Ergebnisse

Die Ergebnisse des HADS ergeben bei 34,3 % der Patienten eine psychische Auffälligkeit. Hierbei zeigen sich deutliche Zusammenhänge mit anderen Merkmalen, insbesondere auch dem sozialmedizinischen Risikoindex (SIBAR), wobei sich die Auffälligen jeweils belasteter schildern (Schmidt et al., 2016). Gleichfalls weisen die Auffälligen signifikant höhere Belastungen in folgenden berufsbezogenen Einzelbereichen auf:

- Krankschreibungen (aktuell und in den letzten 12 Monaten)
- Berufliche Leistungsfähigkeit
- Subjektive Gefährdung der beruflichen Leistungsfähigkeit
- Weiteres Ausüben der beruflichen Tätigkeit
- Gefährdung der Erwerbsfähigkeit
- Ausübung derzeitiger beruflicher Tätigkeit bis zur Rente
- Berufstätigkeit bis Rentenalter

Für die Berechnung der Return-to-Work-Quote wurden alle Erwerbspersonen (erwerbstätig oder arbeitslos) zum Aufnahmezeitpunkt (N=629, 70 %) einbezogen. Abb. 1 verdeutlicht, dass insgesamt zwischen 65,2 % (2 Jahre nach Entlassung) und 70,9 % (bei Aufnahme) der Patienten bei den vier Erhebungszeitpunkten zu den Erwerbspersonen gezählt werden konnten. Die RTW-Quoten liegen zwischen 92,2 % (6 Monate nach Entlassung) und 87,1 % (2 Jahre nach Entlassung).

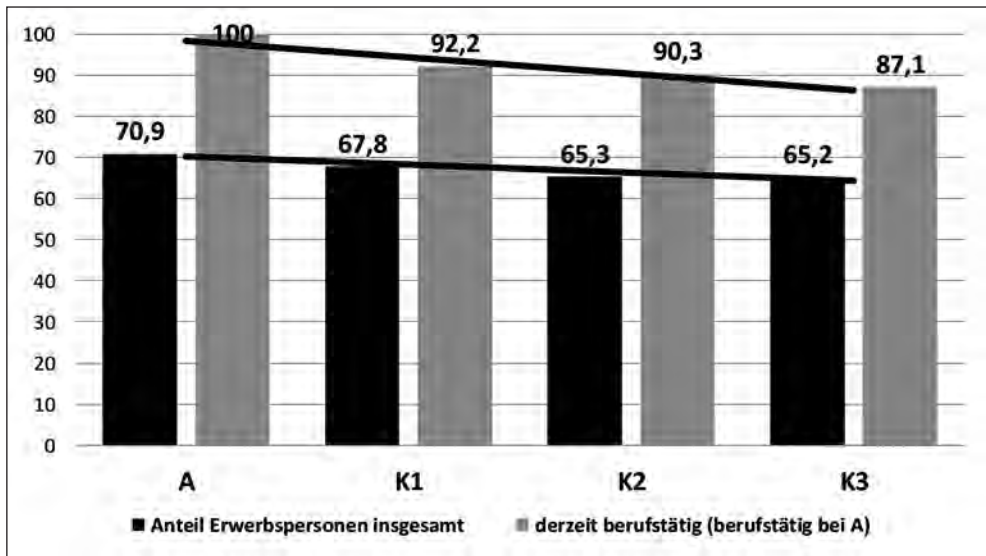


Abb. 1: Anteil von Erwerbspersonen im zeitlichen Verlauf und RTW-Quoten (in %)

Diskussion und Folgerungen

Die Ergebnisse bestätigen eine hohe Wechselwirkung zwischen beruflichen Problemlagen und psychischer Komorbidität. Gleichzeitig wird deutlich, dass durch eine Rehabilitationsmaßnahme auch längerfristig hohe Return-to-Work-Quoten erzielt werden können. Es erscheint zielführend, bereits vor der Klinikaufnahme durch ein kombiniertes Screening das individuelle Ausmaß psychischer Komorbidität und einer beruflichen Problemlage zu identifizieren und entsprechenden individuell abgestuften MBOR-/psychologischen Behandlungspfaden zuzuführen.

Förderung: Europäisches Zentrum für Allergie und Asthma Davos

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.
- Herrmann-Lingen, C., Buss, U., Snaith, R.P. (2011): HADS-D – Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version (HADS-D). 3., aktualisierte und neu normierte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
- Kirsch, F., Teuner, C.M., Menn, P., Leidl, R. (2013): Krankheitskosten für Asthma und COPD bei Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland. *Gesundheitswesen*, Onlinepublikation. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Schmidt, J., Kaiser, U., Kriz, D., Nübling, R. (2014): Die Davoser Outcome-Studie (DOS) – Ergebnisse stationärer pneumologischer und dermatologischer Heilbehandlungen im Spiegel wiederholter Nacherhebungen. *Prävention und Rehabilitation*, 26. 119–140.

Schmidt, J., Kaiser, U., Kriz, D., Nübling, R. (2016): Psychische Komorbidität bei stationären Patienten mit Atemwegs- und Lungenkrankheiten – Korrelate und Verlauf. Prävention und Rehabilitation, 38. 85–101.

Berufliche Orientierung von Medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen aus Rehabilitandensicht – Entwicklung eines Versichertenfragebogens MBOR-P

Bürger, W. (1), Nübling, R. (2), Streibelt, M. (3)

(1) forschung und beratung im gesundheitswesen, Karlsruhe, (2) Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen, Karlsruhe, (3) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Hintergrund

Die Deutsche Rentenversicherung richtet sich mit ihrem Medizinischen Rehabilitationsangebot zunehmend erwerbsbezogen aus, die Bearbeitung beruflicher und entsprechender motivationaler Probleme gelten inzwischen als wichtige Elemente einer Medizinischen Rehabilitation (Röckelein et al., 2011).

Das Stufenmodell der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation unterscheidet diesbezüglich drei Versorgungsstufen (Streibelt, Buschmann-Steinhage 2011; Deutsche Rentenversicherung, 2015). In der Grundstufe A ist flächendeckend in allen Rehabilitationseinrichtungen zumindest ein Basisangebot berufsorientierter Maßnahmen vorgesehen. Zunehmend spezialisierte Rehabilitationseinrichtungen sind in den Stufen B und C für besondere berufliche Problemlagen (BBPL) und spezifischere erwerbsbezogene Problemstellungen zuständig und werden von den Rentenversicherungsträgern überregional gezielt belegt, hierfür stehen auch bereits geeignete Screening-Verfahren zur Verfügung (z. B. Bürger, Deck 2009; Streibelt, Bethge, 2009).

Für Rehabilitationseinrichtungen der verschiedenen Versorgungsstufen werden Struktur- anforderungen im Sinne des Vorhaltens berufsbezogener Behandlungsangebote und Mitarbeiterqualifikationen formuliert. Konzeptbegutachtungen und Klinikbegehungen durch die Träger sollen gewährleisten, dass Einrichtungen der Versorgungsstufen B und C den besonderen Versorgungsanforderungen entsprechen.

Noch fehlen Erhebungsinstrumente, die im Sinne des Stufenmodells erfassen, was vom berufsbezogenen Angebotsspektrum einer Einrichtung beim Versicherten „ankommt“. In den routinemäßig durchgeführte Rehabilitandenbefragungen im Rahmen des Routinequalitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung findet das Stufenmodell und die berufliche Orientierung noch keine ausreichende Berücksichtigung.

Die Deutsche Rentenversicherung Bund fördert daher mit dem vorliegenden Forschungsprojekt die Entwicklung eines Erhebungsinstrumentes, mit dessen Hilfe Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität speziell des berufsbezogenen Angebotes aus Versichertensicht erfasst werden kann.

Methodik

MBOR-P wird in mehreren Entwicklungsschleifen erstellt und optimiert. Hierzu wurden Literaturrecherchen, Sichtungen von bestehenden Instrumenten und Expertengespräche durchgeführt. Verschiedene Fragebogenversionen wurden wiederholt im Rahmen von Rehabilitandenbefragungen nach der „think aloud“-Methode getestet und im Hinblick auf Aspekte wie Verständlichkeit, Bearbeitungszeit und Akzeptanz des Instrumentes optimiert. Expertenbefragungen nach der Methode der Delphi-Technik dienen der weiteren Optimierung des Erhebungsinstrumentes.

MBOR-P wurde zudem in 4 Einrichtungen einer Inanspruchnahmestichprobe kurz vor Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme vorgegeben.

Ergebnisse

Es wurde ein Erhebungsinstrument entwickelt, mithilfe dessen Art, Umfang und Qualität des erwerbsbezogenen Angebotes einer Rehabilitationseinrichtung beurteilt werden kann. Ein zweiter Fokus liegt auf der „Organisation der MBOR-Ausrichtung“ einer Einrichtung aus der Sicht der Patienten. Hierzu gehört neben der Wahrnehmung des Steuerungs- und Therapiemanagements die Zusammenarbeit im MBOR-Team oder auch die aktive Einbindung des Patienten in die relevanten Entscheidungen.

An der Befragung nahmen n=190 Rehabilitanden teil (41,3 % weiblich, Durchschnittsalter 49,2 Jahre, 62 % Angestellte, 32 % Arbeiter, durchschnittliche Behandlungsdauer 29,3 Tage; Indikationsbereiche Orthopädie, Kardiologie, Psychosomatik). MBOR-P wurde überwiegend gut ausgefüllt. Abbildung 1 zeigt, dass die befragten Rehabilitanden den Umfang des beruflichen Bezugs der erfragten Maßnahmen bzw. Rahmenbedingungen differenziert einschätzen. Jeweils etwa 20 % gaben an, dass sie den beruflichen Bezug „ausführlich“ wahrgenommen haben.

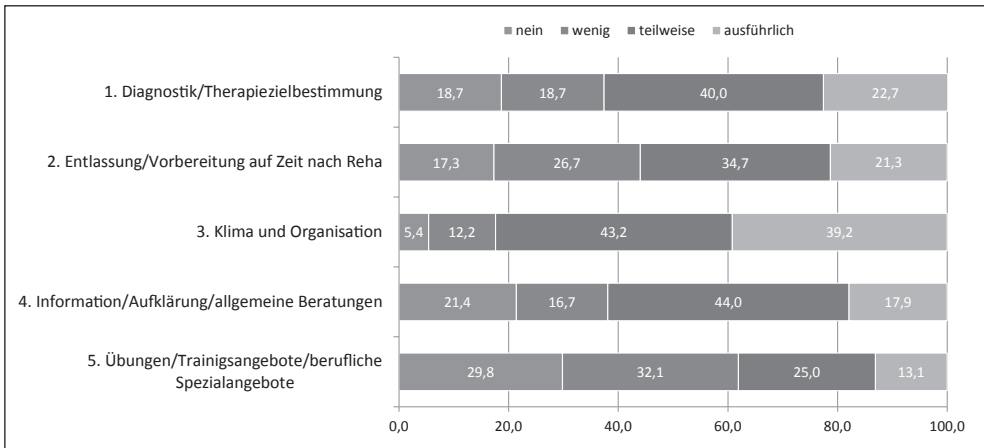


Abb. 1: Beruflicher Bezug bei Maßnahmen und Rahmenbedingungen (in %) – Gesamteinschätzungen Rehabilitanden; nmax=190

Diskussion

MBOR-P wird auf der Grundlage der Expertenratings und der empirischen Ergebnisse kontinuierlich weiter entwickelt. Er soll abschließend in einer großen Rehabilitandenbefragung hinsichtlich seiner Tauglichkeit für eine differenzierende Bewertung von Rehabilitationseinrichtungen mit unterschiedlich ausgebautem erwerbsbezogenen Rehabilitationsangebot getestet werden. Bereits die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass auch die Einrichtungen die Rückmeldungen der Rehabilitanden für eine Weiterentwicklung ihres entsprechenden Angebotes nutzen können.

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.

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

Röcklein; E., Lukaszczik, M., Neuderth, S. (2011): Neue Ansätze zur arbeitsplatzbezogenen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt*, 54. 436–443.

Streibel, M., Bethge, M. (2009). Return to Work? Identifikation besonderer beruflicher Problemlagen in der medizinischen Rehabilitation . Lengerich u. a., Pabst.

Streibel, 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.

Der Einfluss des FCE-Verfahrens ELA auf die Selbsteinschätzung des Patienten in der MBOR

Bühne, D. (1), Alles, T. (1), Froböse, I. (2)

(1) Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln, (2) Institut für Bewegungstherapie, bewegungsorientierte Prävention und Rehabilitation, Deutsche Sporthochschule Köln

Hintergrund

Im „Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung“ (DRV Bund, 2015) sind die Zielgruppen sowie das Leistungsspektrum der MBOR geregelt und beschrieben. Vorgesehen ist demnach unter anderem der Einsatz einer Functional Capacity Evaluation (FCE). Verfahren der FCE (z. B. ELA, EFL) dienen der Einschätzung der arbeitsbezogenen körperlichen Leistungsfähigkeit (King et al., 1998) und sollen im Kontext der MBOR zur Klärung beitragen, „inwieweit das Fähigkeitsprofil dem Anforderungsprofil der Tätigkeit bzw. einem konkret in Aussicht stehenden Arbeitsplatz entspricht“ (DRV Bund, 2015, S.15). Ein Erkenntnisgewinn soll im Verlauf der Reha jedoch auch dem Patienten selbst zugutekommen. Angestrebt werden eine „Neubewertung der eigenen Leistungsfähigkeit“ (ebd., S.20) und eine realistische Einschätzung eigener Kompetenzen. Ziel der vorliegenden Analyse war (1) die Überprüfung einer durch das Verfahren ELA initiierten Neubewertung der individuellen Wiedereingliederungschancen und (2) der Auswirkungen der Testung auf das Ausmaß subjektiver körperlicher Fähigkeiten sowie der subjektiven Arbeitsfähigkeit.

Methodik

Die Datenerhebung erfolgte im Rahmen einer multizentrischen prospektiven Kohortenstudie, an der sich unter anderem drei ambulante MBOR-Einrichtungen beteiligten (medicoreha Welsink Rehabilitation, REGIO-RehaTagesklinik Freiburg, Reha Viersen). In die Untersuchung eingeschlossen wurden Patienten mit Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems. Zu Reha-Beginn erfolgte eine quasi-randomisierte Zuweisung zu zwei Gruppen. Die Aufnahme soziodemographischer und gesundheitsbezogener Daten wurde in beiden Gruppen vor dem Absolvieren des ELA-Tests durchgeführt. Einer Gruppe wurde darüber hinaus der Work Ability Index (WAI; Ilmarinen, 2009) vorgelegt, der anderen Gruppe der PACT (Matheson, Matheson, 1996). Im zweiten Teil der Befragung, unmittelbar nach Beendigung der FCE, wurden die Verfahren entgegengesetzt eingesetzt. Für beide Verfahren ließ sich somit jeweils eine Untersuchungs- und Kontrollgruppe unterscheiden. Nach dem Absolvieren des ELA-Tests wurden die Probanden zudem direkt hinsichtlich des Vorliegens eines wahrgenommenen Erkenntnisgewinns befragt. Die Datenerhebung erfolgte im Zeitraum von September 2013 bis September 2015.

Ergebnisse

Die Patienten (N=238) befanden sich in einem mittleren Alter von 47,3 Jahren (SD=9,8) und waren überwiegend männlich (60,5 %) sowie erwerbstätig (81,9 %). Die quasi-randomisiert gebildeten Gruppen wiesen keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der vorab erhobenen soziodemographischen und gesundheitsbezogenen Variablen auf.

Insgesamt gaben 99 der 238 Probanden (41,6 %) an, ihre Fähigkeit zur Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit nach Absolvieren des ELA-Tests besser einschätzen zu können. 66 weitere (27,7 %) äußerten eine bedingte Zustimmung („teils, teils“). Unter den Personen, die einen eingeschränkten oder deutlichen Informationsgewinn berichteten, gaben 19,4 % an, sich vor Durchführung von ELA unterschätzt zu haben. Die restlichen Probanden wurden dagegen nach eigener Aussage negativ überrascht (40,0 %) oder in ihrer Selbstwahrnehmung bestätigt (39,4 %).

Diese Ergebnisse spiegelten sich auch im Vergleich der unabhängigen Gruppen wider, denen der WAI vor (N=129) bzw. nach Durchführung des ELA-Tests (N=109) vorgelegt wurde: Der mittlere Gesamtscore lag in beiden Gruppen bei etwa 25 Punkten (24,6 vs. 24,9; T=0,340, p=0,734). Im Gegensatz dazu gaben Probanden, bei denen der PACT nach Absolvieren des ELA-Tests eingesetzt wurde, mit 109,5 Punkten (SD=40,0) eine bessere körperliche Leistungsfähigkeit an, als diejenigen, bei denen die Angaben vor und somit ohne Beeinflussung durch die FCE erfolgten (98,4; SD=40,1; T=2,125, p=0,035).

Diskussion

Die Ergebnisse liefern Hinweise darauf, dass ein zu Reha-Beginn erfolgreicher Einsatz von ELA häufig mit einer Neubewertung (arbeitsbezogener) körperlicher Fähigkeiten einhergeht, wobei sich die Testung im Allgemeinen positiv auf die Selbsteinschätzung körperlicher Fähigkeiten (PACT) auswirkt. Hinsichtlich des WAI konnte keine grundsätzliche Tendenz ausgemacht werden. Die direkten Angaben zum Informationsgewinn lassen jedoch vermuten, dass viele intraindividuelle positive und negative Veränderungen initiiert wurden, die sich auf Gruppenebene neutralisierten. Das Ausmaß intraindividuelle Veränderungen sowie auch deren Validität und Nachhaltigkeit kann auf Grundlage dieser Daten nicht beurteilt werden.

Schlussfolgerung

Durch den Einsatz von ELA kann die angestrebte Neubewertung der subjektiven (arbeitsbezogenen) körperlichen Leistungsfähigkeit in vielen Fällen bereits im Rahmen der Eingangsdagnostik initiiert werden.

Literatur

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

Ilmarinen, J. (2009): Work ability – a comprehensive concept for occupational health research and prevention. *Scand J Work Environ Health*, 35. 1–5.

- King, P.M., Tuckwell, N., Barrett, T.E. (1998): A Critical Review of Functional Capacity Evaluations. *Journal of the American Physical Therapy Association*, 78. 852–866.
- Matheson, L.N., Matheson, M.L. (1996): Spinal Function Sort. In: Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation SAR-Arbeitsgruppe „Ergonomie“: Selbsteinschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeiten. Bellikon.

Erwerbsfähigkeit durch Vernetzung fördern: Evaluationsergebnisse und Implikationen aus einer Netzwerkkonferenz

Lippke, S. (1), Hessel, A. (2)

(1) Jacobs University Bremen,

(2) Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen, Oldenburg

Hintergrund

Erwerbsfähigkeit ist nicht nur für Sozialversicherungsträger, Rehabilitation und Rehabilitationswissenschaften ein zentraler Fokus, sondern wird aus ganz unterschiedlichen Perspektiven betrachtet. So sind auch Arbeitgeber, Multiplikatoren im Zusammenhang von Prävention und Gesundheitsförderung, politische Strukturen, Interessensvertretungen der Arbeitnehmer und Arbeitgeber, Bildungsträger u. a. daran interessiert, die Erwerbsfähigkeit von Mitarbeitern, Versicherten und Teilnehmern zu verbessern. Während mittlerweile Konsens besteht, dass sich die Erwerbsfähigkeit in der Gesamtgesellschaft nur durch die Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen, Strukturen und Institutionen nachhaltig fördern lässt, besteht bisher Unklarheit darüber, wie dies konkret ablaufen kann. Aus diesem Grunde wurde (auch zur Implementierung der Ergebnisse der BERATER-Studie) in Bremen eine Netzwerkkonferenz „Erwerbsteilhabe“ initiiert, mit einem Beirat der relevanten Akteure ausgestattet und evaluiert. Forschungsfrage dieser Studie war: Wer nimmt teil? Wie zufrieden sind die Teilnehmer? Was macht die Zufriedenheit aus? Welche Empfehlungen werden gegeben?

Methodik

Querschnittliches Befragungs-Design. Der Fragebogen umfasste offene, qualitative Fragen und Ratingskalen zur psychometrischen Erfassung von Zufriedenheit (in Schulnoten), Erwartungserfüllung und sozio-demografischen Variablen. Die Datenanalyse erfolgte non-parametrisch (Analyse der deskriptiven Daten und offenen Fragen) sowie multivariat (Vorhersage von Zufriedenheit).

Ergebnisse

An der Netzwerkkonferenz nahmen N=240 Experten teil, von diesen füllten n=60 Personen einen Fragebogen aus (25 % Rücklauf). Davon waren 24 männlich (40 %) und 36 weiblich. Die Teilnehmer gaben an, zwischen 1952 und 1991 geboren zu sein. 13 Personen waren Teil der Unternehmensführung, 5 arbeiteten in der Personalabteilung und alle weiteren (70 %) gaben „Sonstiges“ an. Die Institutionen beschäftigten zwischen 1 und 100.000 Arbeitnehmer (M=2.751,4; Median=200). Jeder zweite Teilnehmer hatte selbst Personalverantwortung für 2 bis zu 650 Mitarbeiter (M=59,5; Median=16,5).

Sowohl die Zufriedenheit als auch die Erfüllung der Erwartungen zeigten ein positives Bild: Im Durchschnitt gaben die Teilnehmer an, auf einer Skala von 1 bis 5 mit 3,59 zufrieden zu

sein (s. Abbildung 1 und 2). Mehr als jeder zweite gab an, dass seine Erwartungen „(annähernd) vollkommen“ erfüllt waren.

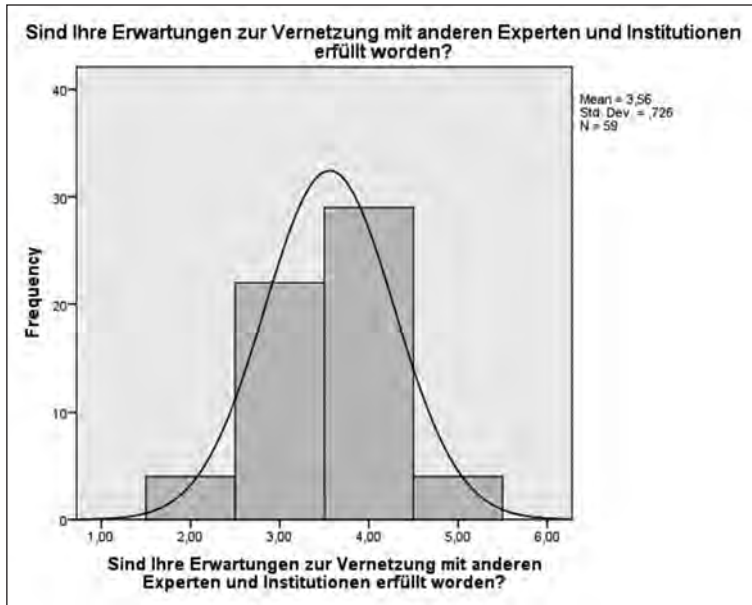


Abb. 1: Erfüllung der Erwartungen

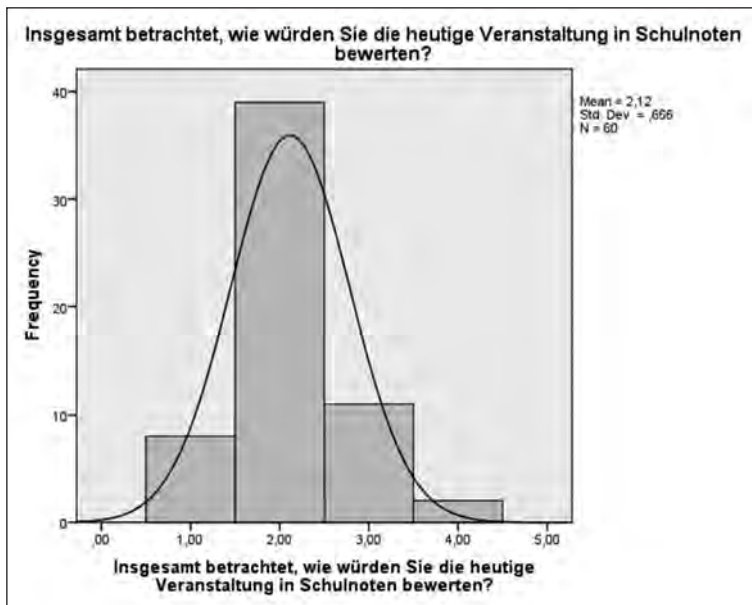


Abb. 2: Veranstaltungsbewertung

Acht Personen schätzen die Veranstaltung mit "sehr gut" ein (13,3 %), 39 mit "gut" (65 %), weitere 11 mit "befriedigend" (18,3 %) und nur 2 Teilnehmer urteilten "ausreichend" (3,3 %; $M=2,12$). Es zeigten sich keine Hinweise auf systematische Unterschiede hinsichtlich dieser Bewertung nach Geschlecht und Managementfunktion ($p's > 1,5$). Nur Alter (ältere Teilnehmer waren zufriedener, $\beta = .31$, $p = .05$) und erfüllte Erwartungen ($\beta = .38$, $p = .01$) klärten einen signifikanten Anteil der Varianz der Zufriedenheit auf. Insgesamt konnten 27 % der Zufriedenheitsvarianz durch Alter und 40 % durch die zusätzliche Berücksichtigung der Erwartungserfüllung aufgeklärt werden.

Von den 51 Personen, die konkrete Vorschläge für eine Gestaltung einer folgenden Veranstaltung machten, wurden die zwei großen Bereiche genannt: Inhaltliche und strukturelle Gestaltung. Nennungen zu inhaltlichen Empfehlungen waren bspw.: „Berichte von Interessenvertretern“, „Management statt nur Maßnahmen“, „Einbindung von Arbeitsmedizinern. Gesundheitsförderliche Betriebsstrukturen“, „Fallbeispiel einer gelungenen Integration bei der RV, KV, ARGE etc.“, „Handlungsalternativen im Krankheits- und Reha-Prozess“, „Mehr interne und externe Akteure (Psychologen, Physiotherapeuten), die am BGM mitarbeiten“, „Prävention/psychische Beeinträchtigung“, „Prozessablauf BEM-Gespräch“, „Teilzeitarbeit, mit begleitender Kinderbetreuung, Vorstellung von Unternehmen, die sich mit Familie und Beruf, sowie Migration-/interkulturelle Kompetenzen auseinander setzen“, „Überblick über Trends der Arbeitsplatzanforderungen“, „Was tun Kassen/Versicherer/RGB wirklich für die Teilhabe? Realitätscheck!“

Strukturelle Vorschläge waren insbesondere „mehr Zeit“ (für Austausch und Diskussionen), „Intensivere Workshops“, „2x jährlich“, „mehr Fragen an das Publikum (Einbeziehung)“, „mehr Praktiker, Betriebe zu Wort kommen lassen“, „mehr praxisrelevante Vorträge“, „Noch mehr Teilnehmer aus Politik und Wirtschaft, Bericht über Erfolge, Vernetzungen“ und „Vernetzung fördern“.

Diskussion

Die Ergebnisse zeigen den Wert solch einer Netzwerkkonferenz, auch wenn nicht alle Teilnehmer vollkommen zufrieden waren. Die Ergebnisse können die Gestaltung von ähnlichen Veranstaltungen leiten und verbessern.

Schlussfolgerungen

Um Erwerbsfähigkeit unter der gesamtgesellschaftlichen Perspektive nachhaltig zu fördern, bedarf es multidisziplinärer, multiinstitutioneller und multistruktureller Zusammenarbeit, des Austauschs sowie der Vernetzung. Solch eine Netzwerkkonferenz bietet dafür eine geeignete Plattform.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Oldenburg Bremen

Voraussetzungen und Barrieren für eine Klinik-Kooperation bei der medizinisch-beruflichen Rehabilitation – Ergebnisse einer Mitarbeiterbefragung im Rahmen des Projektes Pro MBOR

Dibbelt, S. (1), Wulfert, E. (2), Greitemann, B. (1, 2), Bauer, J. (3), Sharief, T. (3), Purucker, H.-C. (4)

(1) Institut für Rehabilitationsforschung Norderney, e.V., (2) Klinik Münsterland, RehaKlinikum Bad Rothenfelde; (3) Median Parkklinik Bad Rothenfelde, (4) Klinik Teutoburger Wald, Bad Rothenfelde

Hintergrund

Die Rehabilitation steht vor Herausforderungen: Diese betreffen die Entwicklung neuer Versorgungs- wie auch Organisationsformen, bspw. etwa die träger- und klinikübergreifende Nutzung von Einrichtungen, die hohe Investitionen erfordern. Eine solche Einrichtung ist das Kompetenzzentrum MBOR, ein Therapie- und Schulungszentrum für die medizinisch-beruflich orientierte und arbeitsplatzbezogene Rehabilitation, die von drei Reha-Einrichtungen mit unterschiedlichen Indikationen und in unterschiedlicher Trägerschaft genutzt wird. Im Rahmen des Projektes wurden im Rahmen von Fokusgruppen auch klinikübergreifende Angebote für Rehabilitanden aller drei Einrichtungen entwickelt, darunter ein Arbeitsplatztraining für LKW-Fahrer, ein Arbeitsplatztraining Büro sowie psychologische und ärztliche Vorträge zu Schmerzen.

Methode

Im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitstudie wurden 79 Mitarbeiter der drei Einrichtungen mit insgesamt 49 Fragen zu ihrer Zufriedenheit mit den Abläufen der MBOR-Kooperation, zur Praxis der Zuweisung zur MBOR und deren Bewertung, zur Organisationskultur (Organizational Culture Assessment Instrument, kurz OCAI; Strack, 2012; Deutsche Version), zur Qualität der Zusammenarbeit im Team (nach FAT; Kauffeld (2001) sowie zu wahrgenommenen Voraussetzungen, Barrieren und Nutzen der Klinikkooperation befragt. Im vorliegenden Beitrag werden die Ergebnisse der ersten Befragung berichtet. Eine zweite Befragung, die zusammen mit der ersten Erhebung die Entwicklung der Kooperation evaluieren soll, wird derzeit durchgeführt

Ergebnisse

Am häufigsten wurden die folgenden Voraussetzungen für ein Gelingen der Kooperation als wichtig genannt (Häufigkeit der gewählten Antwortkategorien: wichtig und sehr wichtig): (1) Schulungen des Personals (z. B. zu Risiken und Einschränkungen bei Rehabilitanden mit unvertrauten Erkrankungen (75 %), (2) ein regelmäßiger Austausch mit den Kollegen der anderen Kliniken (68 %) sowie (3) die wechselseitige Abstimmung über die Behandlungsinhalte (61 %). Am häufigsten wurden die folgenden Barrieren für die Kooperation als zutreffend genannt (Antwortkategorien Stimmt sowie stimmt voll und ganz): (1) der hohe organisatorische Aufwand (61 %), (2) der hohe Abstimmungsaufwand hinsichtlich Therapieplanung, Notfallregelungen und Qualitätsmanagement-Anforderungen (57 %) sowie (3) nicht ausreichende Personalressourcen (44 %). Am häufigsten wurden die folgenden Nut-

zenaspekte als wahrscheinlich angesehen: (1) die Bündelung von Ressourcen (42 %), (2) Entwicklungspotential der Behandlungskonzepte der einzelnen Häuser durch die Kooperation (39 %). Die Einsparung von Ressourcen wurde dagegen als der am wenigsten wahrscheinliche Nutzen (24 %) angesehen. 37 % halten die Überwindung der Probleme, die mit der Kooperation verbunden sind, für lösbar.

Im Hinblick auf die Qualität der Team-Zusammenarbeit (Skalen des FAT) unterschieden sich die Einrichtungen nur geringfügig. Größere Differenzen zwischen zwei Einrichtungen ergaben sich hinsichtlich der Skalen Zusammenhalt und Verantwortungsübernahme.

Alle 4 Einrichtungen bzw. Abteilungen konnten mit Hilfe des Organizational Culture Assessment Instrumentes (OCAI; Strack, 2012) im Wertekreis des Competing-Values-Modells (Cameron, Quinn, 2006) einem Organisationstypus zugeordnet werden, der sich durch einen Fokus auf formale Prozesse und geringe Flexibilität sowie einen Fokus auf interne (und weniger auf externe) Prozesse auszeichnet. Vorherrschende Werte aller vier Reha-Einrichtungen sind demnach Stabilität und Kontinuität. Allerdings variierten die Einrichtungen hinsichtlich der Ausprägung der internalen Orientierung. Die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung wurden in den Fokusgruppen vorgestellt und dienten als Ausgangspunkt für die dortige Arbeit.

Diskussion

Wenngleich die Mitarbeiter Barrieren der Kooperation wahrnehmen, werden diese als überwindbar und die Nutzenaspekte der Kooperation deutlich gesehen. Als die wichtigste Voraussetzung wurde der kontinuierliche Austausch der Klinikmitarbeiter untereinander angesehen.

Die Einrichtungen scheinen eine Werteorientierung aufzuweisen, die eher nicht veränderungsaffin ist und deren internaler Fokus in Richtung einer einrichtungsübergreifenden Perspektive verschoben werden müsste. Mitarbeiterbefragungen und klinikübergreifende Fokusgruppen im Rahmen des Forschungsprojektes Pro MBOR haben diesbezüglich bereits Anstöße geben können.

Schlussfolgerungen, Umsetzung und Ausblick

Insgesamt unterstreichen die Ergebnisse die Bedeutung des Austausches zwischen Angehörigen von Organisationen und die Notwendigkeit der Einbeziehung aller Ebenen der Organisation bei Entwicklungs- und Veränderungsprozessen.

Förderung: Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung Norderney e.V.

Literatur

- Cameron, K.S., Quinn, R.E. (2006): Diagnosing and changing organizational culture: based on the Competing Values Model (2nd ed.). Massachusetts: Addison-Wesley.
- Kauffeld, S. (2004): Der Fragebogen zur Arbeit im Team. Göttingen: Hogrefe.
- Strack, M. (2012): Organisationskultur im Competing Values Model: Messeigenschaften der deutschen Adaption des OCAI. *Journal of Business and Media Psychology*, 3 (1). 30–41.

Medizinisch-berufliche Rehabilitation seelisch beeinträchtigter Menschen in der Novarea RPK – Evaluation eines Modellprojektes

Arling, V., Thielecke, J.

Institut für Psychologie, RWTH Aachen

Hintergrund

Bei Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK) handelt es sich um Einrichtungen, die für die vorab genannte Klientel „Leistungen zur Teilhabe anbieten, für die die Zuständigkeit mehrerer Leistungsträger in Betracht kommt“ (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2005). Während traditionell in RPK-Einrichtungen medizinische und berufliche Rehabilitationsanteile in getrennten und für alle Teilnehmer gleichen Phasen erbracht werden, kennt das Behandlungsverfahren der Novarea RPK keine Behandlungsphasen. Im Modellprojekt werden medizinische und berufliche Rehabilitationsanteile nicht nacheinander, sondern zeitgleich und an den einzelnen Teilnehmer angepasst erbracht. Im Fokus stehen neben der Individualität der einzelnen Maßnahme, die trägerübergreifende Zusammenarbeit und die Arbeit im interdisziplinären Team.

Ziel der wissenschaftlichen Evaluation des Modellprojektes „Medizinisch-berufliche Rehabilitation seelisch beeinträchtigter Menschen in der Novarea RPK“ (Laufzeit Juni 2014 – Juli 2016) war es, das Konzept auf Ebene der Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität im Sinne Donabedians (1966) formativ (während der Projektlaufzeit) und summativ (Prä-Post, Mittag, Hager, 2000) zu bewerten. Es sollte beurteilt werden, ob das Konzept bei angemessener Kosten-Nutzen-Effizienz in die Regelversorgung der Novarea RPK übernommen werden kann. In diesem Beitrag werden ausgewählte Evaluationsergebnisse vorgestellt, die repräsentativ für das Gesamtergebnis des Projektes sind.

Methode

Als Evaluationsgrundlage dienten Daten von 52 Teilnehmern, 15 Mitarbeitern und 40 Praktikumsbetrieben. Neben der Routinedatenauswertung wurden die Teilnehmer ab Beginn ihrer jeweiligen Maßnahme alle drei Monate hinsichtlich ihrer Zufriedenheit befragt. Die Mitarbeiter der Novarea RPK erhielten zu Projektbeginn, nach sechs und zwölf Monaten sowie am Projektende Fragebögen bzgl. ihrer Arbeit und Zufriedenheit. Die Praktikumsbetriebe erhielten einen Fragebogen zum Abschlussgespräch des Praktikanten.

Im Sinne der Wirksamkeitsprüfung wurden sowohl zu Beginn als auch am Ende der Rehabilitationsmaßnahme die Selbsteinschätzung der psychischen Belastung der Teilnehmer mit dem SCL-90 (Franke, 2013) erfasst und eine Einschätzung der Partizipationsfähigkeit durch die Mitarbeiter vorgenommen (Mini-ICF, Linden et al., 2009). Wie die Ergebnisse beider Verfahren wurden auch die Verbleibsdaten der Teilnehmer den Akten der Novarea RPK entnommen.

Ergebnisse

Es lag ein Konzept für die Maßnahme und die trägerübergreifende Zusammenarbeit vor. Die interdisziplinäre Zusammensetzung des Teams unterstützte die Forderung nach bedarfsorientierter Betreuung (Strukturqualität).

Der Kontakt der Mitarbeiter zu den Teilnehmern, Praktikumsbetrieben und Leistungsträger wurde hinsichtlich Quantität und Qualität eingeschätzt. Zusammenfassend sprechen die Beobachtungen für eine ebenso kommunikationsintensive wie effiziente Umsetzung des Konzeptes. Die Individualität der einzelnen Maßnahmen konnte anhand von Analysen der Stundenpläne und Zufriedenheitsbefragungen von sechs exemplarischen Teilnehmern ausführlich dargestellt und nachgewiesen werden (Prozessqualität).

Die Zufriedenheit aller Beteiligten (Ergebnisqualität) war zu allen Erhebungszeitpunkten sehr hoch ausgeprägt (vgl. Tabelle 1).

Stichprobe	Skala	Zeitpunkt	Items	theoretische Spanne	N	Min	Max	MW	SD	χ^2F	df	p
Teilnehmer	Allgemeine Zufriedenheit mit der Novarea RPK	1. ZB	15	[-] 1 – 4 [+]	42	2.27	4.00	3.56	0.42	3.36	3.00	.35
		2. ZB	15		33	2.07	4.00	3.60	0.44			
		3. ZB	15		17	2.07	4.00	3.51	0.58			
		4. ZB	15		8	3.27	4.00	3.67	0.31			
Mitarbeiter	Zufriedenheit mit der Arbeit in der Novarea RPK	Erstbefragung	5	[-] 1 – 4 [+]	15	3.00	4.00	3.75	0.35	4.27	3.00	.24
		ZB nach 6 Monate	6		15	3.00	4.00	3.72	0.35			
		ZB nach 12 Monate	6		15	2.83	4.00	3.64	0.36			
		Abchlussbefragung	7		15	2.50	4.00	3.51	0.48			
Praktikumsbetriebe	Zufriedenheit mit dem Kontakt zur Novarea	nach Praktikumsende	9	[-] 1 – 4 [+]	40	2.60	4.00	3.73	0.31	–	–	–

Anm.: N = Stichprobengröße, ZB = Zufriedenheitsbefragung (bei den Teilnehmern alle drei Monate ab Beginn der Rehamassnahme, bei den Mitarbeitern vier Mal in der Projektlaufzeit), Min = Minimum, Max = Maximum, MW = arithmetisches Mittel, SD = Standardabweichung, α = Cronbachs α , χ^2F = Prüfgröße Friedman ANOVA, df = Freiheitsgrade, p = zweiseitiges Signifikanzniveau.

Tab. 2: Zufriedenheit der Teilnehmer, Mitarbeiter und Praktikumsbetriebe mit der Novarea RPK

Eine Prä-Post-Analyse zeigte signifikante Verbesserungen in neun der 13 Bereiche des Mini-ICF (Effektstärke Wilcoxon-Test r zwischen .25 und .45). Die T-Werte des SCL-90 Globalindicators „Psychische Belastung“ sanken von MW = 64.06 (SD = 13.59) zu Rehabeginn auf MW = 58.52 (SD = 6.18) am Rehaende (Wilcoxon-Test: z = -2.63, p = .001, r = -.31).

34 Teilnehmer beendeten ihre Maßnahme regulär im Projektzeitraum. 29 (85.30 %) Teilnehmer wurden arbeitsfähig entlassen. 61.77 % waren in Anschluss in Arbeit oder in weiterbildenden Qualifikationsmaßnahmen. 20.59 % waren arbeitssuchend. Bei einem weiteren Teilnehmer (2.94 %) fehlten die Verbleibsdaten. Von den arbeitsunfähig Entlassenen,

bezogen drei (8.82 %) im Anschluss Erwerbsminderungsrente. Zwei Teilnehmer (5.88 %) nahmen Leistungen einer Werkstatt für behinderte Menschen bzw. einer Integrationsmaßnahme in Anspruch.

Schlussfolgerung

Die im Modellprojekt festgesetzte Individualität und Bedarfsorientierung der Rehamaßnahme für den einzelnen Teilnehmer konnte ausführlich beobachtet werden. Die Umsetzung des Konzeptes ging trotz des beobachteten Kommunikationsaufwandes mit hoher Zufriedenheit aller Beteiligten einher.

Förderung: refonet

Literatur

- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2005): RPK-Empfehlungsvereinbarung vom 29. September 2005. URL: www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/BARBroRPK_E.pdf, Abruf: 31.10.2016.
- Donabedian, A. (1966): Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44. 167–206.
- Franke, G.H. (2013): SCL-90®-S. Symptom-Checklist-90®-Standard Manual. Göttingen: Hogrefe.
- Linden, M., Baron, S., Muschalla, B. (2009): Mini-ICF-APP. Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen. Ein Kurzinstrument zur Fremdbeurteilung von Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen in Anlehnung an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation. Manual. Bern: Hans Huber.
- Mittag, O., Hager, W. (2000): Ein Rahmenkonzept zur Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen. In: Hager, W., Patry, J.-L. & Brezing, H. (Hrsg.): *Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen. Standards und Kriterien: Ein Handbuch*. Bern: Hans Huber. 102–128.

Betriebsärzte und Rehabilitation – Eine Querschnittsstudie zum betriebsärztlichen Handeln in Schleswig-Holstein und Baden-Württemberg

*Bethge, M. (1), Schwarz, B. (1), Glomm, D. (2), Kallenberg, C. (2),
Völter Mahlknecht, S. (3), Rieger, M. (3), Peters, E. (1)*

(1) Universität zu Lübeck, (2) Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V., Karlsruhe, (3) Universitätsklinikum Tübingen

Hintergrund

Randomisiert kontrollierte Studien zeigen, dass durch Betriebsärzte koordinierte rehabilitative Strategien für langzeitarbeitsunfähige Personen die Dauer bis zur Rückkehr an den Arbeitsplatz und weitere Fehlzeiten deutlich reduzieren können (van Vilsteren et al., 2015).

Die Schnittstelle zwischen betriebsärztlicher und rehabilitativer Versorgung ist in Deutschland allerdings durch unzureichende Kommunikation und Kooperation zwischen Rehabilitations- und Betriebsärzten gekennzeichnet (Völter-Mahlknecht, Rieger, 2014). Die Ursachen für die fehlende Verknüpfung betriebsärztlicher und rehabilitativer Versorgung waren bislang kaum Gegenstand von Versorgungsforschung. Ziel der Studie war es, die betriebsärztliche Einbindung in den Rehabilitationsprozess aus Sicht von Betriebsärzten zu beschreiben. Es wurde zudem geprüft, inwiefern das betriebsärztliche Wirken vor, während und nach einer Rehabilitation durch mit Rehabilitationsleistungen assoziierte Ergebniserwartungen des Betriebsarztes, betriebsärztliches Rollenverständnis, die rehabilitationsbezogene Informiertheit des Betriebsarztes und die Häufigkeit betriebsärztlicher Beteiligung am betrieblichen Eingliederungsmanagement determiniert ist.

Methodik

Im September 2015 wurden durch die Ärztekammer Schleswig-Holstein und im Januar 2016 durch die Ärztekammer Baden-Württemberg im Rahmen einer Querschnittsstudie insgesamt 1.279 Fragebögen an die in diesen Bundesländern jeweils registrierten Fachärzte für Arbeitsmedizin und/oder Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin postalisch versendet. Der Fragebogen thematisierte die Schnittstelle von betriebsärztlicher und rehabilitativer Versorgung. Mittels logistischer Regression wurde der Einfluss verschiedener Determinanten auf das betriebsärztliche Handeln vor, während und nach der Rehabilitation geprüft.

Ergebnisse

In den Analysen wurden 297 Teilnehmende berücksichtigt, die zum Befragungszeitpunkt betriebsärztlich tätig waren. Die Erwartungen an die Effekte der medizinischen Rehabilitation waren hoch: Mehr als 90 % sahen medizinische Rehabilitationsleistungen als ein gutes Mittel an, um Beschäftigte mit gesundheitsbedingt eingeschränkter Erwerbsfähigkeit wieder fit für den Beruf zu machen, und bewerteten medizinische Rehabilitationsleistungen als Maßnahmen von der auch die Arbeitgeber der betroffenen Beschäftigten profitieren. Betriebsärzte sahen unterstützendes Handeln im Rehabilitationsprozess, insbesondere bei der Antragstellung, zudem ganz überwiegend als Teil ihrer beruflichen Aufgabe an. Auch die subjektiv eingeschätzte Informiertheit über Rehabilitation, Rehabilitationsziele und Rehabilitationsbedarf war hoch.

In den letzten 12 Monaten vor der Befragung unterstützten 72,2 % der antwortenden Betriebsärzte mindestens einmal einen Beschäftigten beim Ausfüllen eines Antrags auf medizinische Rehabilitation. Mehr als die Hälfte stand mindestens einmal während der Rehabilitation eines Beschäftigten mit der Rehabilitationseinrichtung in Kontakt und 91,9 % unterstützten mindestens einmal die Rückkehr eines Beschäftigten nach erfolgter Rehabilitation.

Ein rehabilitativ geprägtes Rollenverständnis und Informiertheit waren deutlich mit betriebsärztlicher Unterstützung bei der Rehabilitationsantragstellung assoziiert. Eine erklärende Variable war zudem die Häufigkeit, mit der Betriebsärzte am betrieblichen Eingliederungsmanagement beteiligt waren. Informiertheit und die Häufigkeit, mit der Betriebsärzte

am betrieblichen Eingliederungsmanagement beteiligt waren, waren auch Determinanten für ein mögliches Engagement während der Rehabilitation. Die postrehabilitative Begleitung wurde ausschließlich durch die Häufigkeit der Beteiligung am betrieblichen Eingliederungsmanagement erklärt. Die betriebsärztliche Ergebniserwartung in Bezug auf die medizinische Rehabilitation, Alter, Geschlecht und die Art der Qualifikation waren nicht mit den jeweiligen Zielkriterien assoziiert.

Diskussion

Unterstützendes Handeln von Betriebsärzten im Zusammenhang mit rehabilitativen Leistungen wurde signifikant häufiger angegeben, wenn Betriebsärzte sich mitverantwortlich für Rehabilitationsprozesse sahen, sich gut informiert fühlten und häufig am betrieblichen Eingliederungsmanagement beteiligt waren.

Schlussfolgerungen

Wenn Betriebsärzte Aufgaben im Rehabilitationsprozess und im betrieblichen Eingliederungsmanagement übernehmen, geht dies über die im Arbeitssicherheitsgesetz definierten Vorgaben hinaus. Bislang bleibt es Unternehmen überlassen, Aufgaben, die die betriebsärztliche Grundbetreuung überschreiten, gesondert zu vereinbaren und zu vergüten. Angesichts der vorliegenden Ergebnisse und international verfügbarer Evidenz sollte jedoch ernsthaft erwogen werden, die stärkere Einbindung von Betriebsärzten bei Einwilligung des Beschäftigten und unter Einhaltung von Datenschutzaspekten verpflichtend zu machen.

Literatur

- van Vilsteren, M., van Oostrom, S., de Vet, H., Franche, R., Boot, C., Anema, J.W. (2015): Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. Cochrane Database Syst Rev, 10. CD006955.
- Völter-Mahlknecht, S., Rieger, M.A. (2014): Patientenversorgung an der Schnittstelle von Rehabilitation und Betriebsärzten. Dtsch Med Wochenschr, 139. 1609–1614. Vernetzung in der Rehabilitation

Einbindung des Hausarztes in die Rehabilitationsnachsorge – Effekte auf das subjektive und objektive Behandlungsergebnis

Jankowiak, S., Kaluscha, R., Krischak, G.

Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität, Bad Buchau

Hintergrund

Die Notwendigkeit der Nachsorge als wesentliches Element für den Langzeiterfolg einer Rehabilitation ist unbestritten (Arbeitsgemeinschaft Standortfaktor Gesundheit, o. J.). Für eine adäquate Umsetzung des Nachsorgeplanes müssen eine gute Vorbereitung und eine effektive Nachbetreuung der Rehabilitanden gewährleistet werden. Beim Übergang von der Rehabilitation in das häusliche und berufliche Umfeld scheinen der persönliche Kon-

takt und eine lange Begleitung der Rehabilitanden durch den Hausarzt zur Verstetigung der Verhaltens- und Lebensstiländerungen erfolgsversprechend (Deck et al., 2009; Vogel et al., 2009; Dunkelberg, Van den Bussche, 2004). Im Idealfall begleitet dieser seine Patienten über einige Jahre hinweg, so dass er über spezielle Kenntnisse der Lebensverhältnisse verfügt sowie die individuellen Umsetzungsmöglichkeiten seiner Patienten kennt. Daher wurde zwischen der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg und dem Deutschen Hausärzterverband Baden-Württemberg (HVBW) eine Kooperationsvereinbarung zur intensivierten Einbindung der Hausärzte in die Nachsorge chronisch Kranker getroffen.

In der vorliegenden Studie wurde der Frage nachgegangen, inwiefern sich sowohl subjektive als auch objektive Ergebnisparameter zwischen Teilnehmern am Modellprojekt und Vergleichspersonen unterscheiden.

Methodik

Die Auswertungen erfolgten anhand der Rehabilitationsstatistikdatenbasis (RSD) der Deutschen Rentenversicherung Baden Württemberg sowie auf Basis von Angaben aus einer Befragung ein Jahr nach der Rehabilitation. Eingeschlossen wurden Rehabilitanden im erwerbsfähigen Alter, die im Jahr 2010 bzw. 2011 an einem Heilverfahren für chronisch Kranke teilgenommen hatten (d. h. keine Anschlussheilbehandlung). Dabei standen Daten von 978 Patienten teilnehmender (Interventionsgruppe) sowie von 2.121 Patienten nicht teilnehmender Hausärzte (Vergleichsgruppe) zur Verfügung.

Nach der deskriptiven Analyse zur Beschreibung der Stichprobe und Bestimmung von Gruppenunterschieden (Kruskal-Wallis Test bzw. χ^2 -Test) wurden Regressionsmodelle zur Vorhersage der subjektiven und objektiven Ergebnisparameter berechnet. Zielgrößen waren die subjektiven Einschätzungen der Rehabilitationsergebnisse (Dauer des Behandlungserfolgs, Veränderung der Gesundheit seit Rehabilitationsende, derzeitiger Gesundheitszustand) sowie der Erwerbsstatus im Folgejahr der Rehabilitation (sozialversicherungspflichtiges Entgelt, Beschäftigungstage, Arbeitsunfähigkeitstage, gewichteter Sozialversicherungsbeitrag, Beitragsart).

Ergebnisse

Sowohl in der Interventions- als auch in der Vergleichsgruppe gaben rund die Hälfte der Rehabilitanden an, dass der Behandlungserfolg einige Monate bis zu einem Jahr anhielt ($p=0,3001$). Rehabilitanden der Interventionsgruppe schätzten ihren aktuellen Gesundheitszustand tendenziell etwas schlechter ein ($p<0,0422$). In beiden Gruppen hat sich der Gesundheitszustand seit Rehabilitationsende eher verschlechtert ($p=0,1687$). Im Zuge der multivariaten Analysen konnte kein signifikanter Effekt des Modellprojekts auf die drei subjektiven Ergebnisparameter nachgewiesen werden.

Demgegenüber hatte das Modellprojekt signifikant positive Effekte auf das Entgelt, die Beschäftigungs- und Arbeitsunfähigkeitstage sowie den gewichteten Sozialversicherungsbeitrag im Folgejahr der Rehabilitation (vgl. Tab. 1). So leisteten Rehabilitanden der Interventionsgruppe im Jahr nach der Rehabilitation mehr Sozialversicherungsbeiträge und/oder bezogen weniger Krankengeld bzw. Arbeitslosengeld I/II. Kein signifikanter Effekt des

Modellprojekts zeigte sich bei Betrachtung der Beschäftigungsart (Beschäftigung vs. Leistungsbezug).

Zielgröße		Schätzer	Konfidenzintervall
Entgelt (in EUR)	Vergleichspersonen vs. Projektteilnehmer	-1.141,97	-2.137,94; -146,00
Beschäftigungstage	Vergleichspersonen vs. Projektteilnehmer	-14,85	-25,42; -4,28
Arbeitsunfähigkeitstage	Vergleichspersonen vs. Projektteilnehmer	6,81	0,91; 12,71
Gewichteter Sozialversicherungsbeitrag	Vergleichspersonen vs. Projektteilnehmer	-0,028	-0,520; -0,004

Tab. 1: Schätzer für die objektiven Ergebnisparameter. Ergebnis der multivariaten Analyse zur Bestimmung der Effekte des Modellprojekts auf den Erwerbsstatus.

Diskussion

Während das Modellprojekt gemessen anhand der subjektiven Sicht der Rehabilitanden keinen Effekt zu haben scheint, erscheint die berufliche (Wieder-)Eingliederung in der Interventionsgruppe im Folgejahr der Rehabilitation leicht besser als in der Vergleichsgruppe. Ursache für den schlechteren Erwerbsstatus der Vergleichsgruppe könnte eine ungünstigere sozialmedizinische Ausgangslage sein. Diese äußert sich u.a. in längeren Arbeitsunfähigkeitszeiten vor der Rehabilitation und einem höheren Anteil an § 51-Fällen (Aufforderung zur Reha durch die Krankenkasse wegen langer Arbeitsunfähigkeit) in der Vergleichsgruppe.

Es liegt die Vermutung nahe, dass die teilnehmenden Hausärzte durch das Modellprojekt für einen Rehabilitationsbedarf ihrer Patienten stärker sensibilisiert sind und daher eine Rehabilitationsmaßnahme in einem früheren Erkrankungsstadium einleiten. Damit scheinen eine Reduktion des Behandlungsaufwands und ein besseres Behandlungsergebnis aus Sicht der Solidargemeinschaft verbunden zu sein. Die im Modellprojekt begonnene intensiviertere Einbindung der Hausärzte hat sich insofern bewährt und sollte zur rechtzeitigen Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen weiter vorangetrieben werden.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft Standortfaktor Gesundheit (o. J.): Weiterentwicklung der Rehabilitation und Stärkung der Selbsthilfe. Bericht der Projektgruppe. URL: http://www.liga-bw.de/uploads/media/130129_PG_Weiterentw_Reha_u_Staerkung_der_Selbsthilfe_Abschlussber.pdf. Abruf: 25.10.2016.
- Deck, R., Hüppe, A., Arit, A.C. (2009): Optimierung der Rehabilitationsnachsorge durch eine längerfristige Begleitung der Rehabilitanden – Ergebnisse einer Pilotstudie. Die Rehabilitation 48. 39–46.
- Dunkelberg, S., Van den Bussche, H. (2004): Bedarf und Nutzen von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen aus hausärztlicher Sicht. Die Rehabilitation 43. 33–41.
- Vogel, H., Konrad, S., Holderied, A. (2009): Was wird aus den Nachsorge-Empfehlungen der Reha-Kliniken? DRV-Schriften, Bd 83. 33–34.

Internetbasierte Interventionen bei beruflicher Belastung: Akzeptanz und Barrieren bei Versicherten mit erhöhtem Erwerbsminderungsrisiko

*Hennemann, S. (1), Thukral, J. (1), Witthöft, M. (1), Beutel, M. E. (2),
Bethge, M. (3), Zwerenz, R. (2)*

(1) Universität Mainz, (2) Universitätsmedizin Mainz, (3) Universität zu Lübeck

Hintergrund und Ziele

Die zunehmende Komplexität beruflicher Anforderungen, der fortschreitende demographische Wandel und fluktuierende Erwerbsverläufe wirken sich auf das Erleben beruflicher Belastungen aus. Gerade psychische Störungen werden mit erhöhtem Arbeitsausfall und Erwerbsminderung in Verbindung gebracht (Busch, 2016). Gleichzeitig zeigt sich trotz erhöhtem Erwerbsminderungsrisiko eine zu niedrige Inanspruchnahme von Reha-Leistungen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014). Gerade für „Risikoversicherte“ werden Interventions- und Präventionsformen für psychische Belastungen im Arbeitskontext benötigt. In den vergangenen Jahren wurden erste niedrigschwellige internetbasierte Interventionen unter dem Begriff „occupational e-mental health“ (OEMH) entwickelt und deren Wirksamkeit nachgewiesen (Lehr et al., 2016). Zukünftig könnten solche Angebote auch mit der Rehabilitation verzahnt werden. Wesentlich für die Implementierung sind dabei eine ausreichende Akzeptanz sowie die Berücksichtigung individueller Barrieren und Ressourcen der Nutzung. In der vorliegenden Untersuchung sollte daher im Rahmen des „Dritten Sozialmedizinischen Panels für Erwerbspersonen, SPE“ (Bethge et al., 2015) bei Risikoversicherten die gesundheitsbezogene Internetnutzung sowie die Akzeptanz und Barrieren der Inanspruchnahme von OEMH bei beruflichen Belastungen überprüft werden.

Methoden

Basierend auf der „Unified Theory of Acceptance and Use of Technology“ (UTAUT, Venkatesh et al., 2013) wurde die Akzeptanz von OEMH in zwei Items als Nutzungsbereitschaft operationalisiert (5-stufige Antwortskala) und gemeinsam mit weiteren Prädiktoren in einem Kurzfragebogen in der zweiten Welle des SPE (2015) miterhoben. Hierin wurden Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Bund der Jahrgänge 1959 bis 1974 mit Krankengeldbezug im Jahr 2012 eingeschlossen, die im vorangegangenen 4-Jahres-Zeitraum keine Reha-Leistungen beantragt oder erhalten hatten. Als mögliche Prädiktoren der Akzeptanz wurden mit jeweils zwei Items die Ergebniserwartung, Usability, Einstellung des sozialen Umfelds (Angehörige, Hausarzt), die eHealth Literacy sowie die Nutzung des Internets bei Gesundheitsproblemen und Vorerfahrungen mit eHealth Interventionen erfragt, wobei positive prädiktive Zusammenhänge mit der Akzeptanz postuliert wurden.

Ergebnisse

Die Stichprobe bestand aus N = 2.233 Versicherten mit einem Durchschnittsalter von 50,11 Jahren (SD = 4,03). 55,7 % der Befragten waren weiblich, ein Drittel (29,7%) gab psychi-

sche Beeinträchtigungen an. Obwohl 58 % angaben, das Internet „manchmal“ bis „häufig“ bei Gesundheitsfragen zu nutzen, hatten nur 5,9 % bereits internetbasierte Interventionen genutzt. Die eHealth Literacy war moderat ausgeprägt ($M = 3,46$, $SD = 1,06$, $Min = 1$, $Max = 5$). Insgesamt zeigte sich eine niedrige Akzeptanz von OEMH ($M = 2,15$, $SD = 1,06$, $Min = 1$, $Max = 5$). Nach Einteilung des Summenscores der Akzeptanz-Items (rekodiert: 0–2 = niedrig, 3–5 = moderat, 6–8 = hoch) wies nur jeder Zehnte eine hohe Nutzungsbereitschaft auf. Die Akzeptanz war bei Männern ($t(2184) = 4,12$, $p < .001$, $d = .17$) und Teilnehmern mit höherem Bildungsgrad ($F(2, 2176) = 8,11$, $p < .001$, $\eta^2 = .01$) leicht erhöht. Die Auswertung des UTAUT-Modells (multiple lineare Regression) ergab, dass erwartungskonform der „Erwartete Nutzen“ ($M = 2,24$, $SD = 0,95$, $\beta = .49$, $p < .001$), die „Soziale Unterstützung“ ($M = 2,27$, $SD = 0,91$, $\beta = .26$, $p < .001$) sowie die „Erwartete Einfachheit der Nutzung“ ($M = 2,68$, $SD = 0,94$, $\beta = .20$, $p < .001$) die Akzeptanz vorhersagen ($R^2 = .73$, $F(3,2156) = 1903,71$, $p < .001$).

Diskussion und Ausblick

Bei den befragten „Risikoversicherten“ ist die Bereitschaft, bei beruflichen Belastungen OEMH zu nutzen, eher gering ausgeprägt. Die niedrige Akzeptanz von internetbasierten Interventionen ist mit der aus Untersuchungen bei Patienten oder in der Allgemeinbevölkerung vergleichbar. Erste Analysen deuten darauf hin, dass mangelnde Vorerfahrung, eine geringe Ergebniserwartung, eine niedrige Akzeptanz im sozialen Umfeld sowie organisatorische Schwierigkeiten bei der Einbindung in den Alltag zentrale Barrieren der Nutzung von OEMH darstellen. In weiteren Analysen sollen in einem komplexen Vorhersagemodell zusätzliche Konstrukte aus den beiden Wellen des Panels (z. B. psychische und berufliche Belastung, Selbstwirksamkeit, eHealth Literacy, gesundheitsbezogene Internetnutzung) sowie Subgruppenunterschiede überprüft und diskutiert werden. Die Befunde können zukünftig die Implementierung von OEMH an verschiedenen Stellen des Behandlungspfades verbessern und eine differenzierte Indikationsstellung bei Risikopopulationen ermöglichen.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Bethge, M., Spanier, K., Neugebauer, T., Mohnberg, I., Radoschewski, F.M. (2015): Self-Reported Poor Work Ability – An Indicator of Need for Rehabilitation? A Cross-Sectional Study of a Sample of German Employees. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 94 (11). 958–966.
- Busch, K. (2016): Die Arbeitsunfähigkeit in der Statistik der GKV. In: Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2016. Unternehmenskultur und Gesundheit – Herausforderungen und Chancen*. Berlin, Heidelberg: Springer. 455–466.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2014): *Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung*. Berlin.
- Lehr, D., Geraedts, A., Persson Asplund, R., Khadjesari, Z., Heber, E., Bloom, J., Ebert, D.D., Angerer, P., Funk, B. (2016): Occupational e-Mental Health. Current Approaches and Promising Perspectives for Promoting Mental Health in Workers. In: Wiencke, M.,

- Cacace, M., Fischer, S. (Hrsg.): *Healthy at Work. Interdisciplinary Perspectives*. Cham: Springer International Publishing. 257–281.
- Venkatesh, V., Morris, M.G., Davis, G.B., Davis, F.D. (2003): User acceptance of information technology: Toward a unified view. *MIS quarterly*, 27 (3). 425–478.

Erwerbsstatus ehemaliger Rehabilitanden fünf Jahre nach der medizinisch-beruflichen Rehabilitation (mbR) – Eine Evaluation zur Nachhaltigkeit der mbR

Boltzmann, M., Schmidt, S., Reck, C., Rollnik, J. D.
BDH-Klinik Hessisch Oldendorf

Hintergrund

Die medizinisch-berufliche Rehabilitation (mbR) stellt in Deutschland ein Bindeglied zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation dar und hat die berufliche Teilhabe als primäres Ziel. Die Nachhaltigkeit der mbR für die berufliche Teilhabe wurde bisher in nur wenigen Studien untersucht. Die aktuelle Studie stellt die berufliche Wiedereingliederungsquote fünf Jahre nach der mbR vor und untersucht, welche Faktoren bereits direkt nach der mbR eine langfristige berufliche Wiedereingliederung prognostizieren können.

Methodik

Ehemalige Studienteilnehmer der MEmbeR-Studie (Rollnik et al., 2014) wurden fünf Jahre nach der mbR zu ihrer aktuellen beruflichen Situation befragt. Studienteilnehmer, die einer Arbeit nachgingen, arbeitssuchend waren oder sich in einem Erziehungsurlaub befanden, wurden der Gruppe „1. Arbeitsmarkt“ zugeordnet, da sie dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen. Alle berenteten, arbeitsunfähigen oder an einem geschützten Arbeitsplatz (Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) untergebrachten Rehabilitanden, wurden der Gruppe „nicht erfolgreich integriert“ zugeordnet. In einer weiteren Unterteilung wurden Rehabilitanden, die sich zum Befragungszeitpunkt in einem Arbeitsverhältnis befanden, der RTW (return-to-work)-Gruppe zugeordnet. Alle anderen Rehabilitanden wurden der Nicht-RTW-Gruppe zugeordnet. Mittels Gruppenvergleiche wurden zu mbR-Beginn erhobene Daten (u.a. Fähigkeitsstörungen anhand des Mini-ICF) als Prognosefaktoren einer langfristigen beruflichen Wiedereingliederung untersucht.

Ergebnisse

Im 5-Jahres-Follow-Up konnten 105 (54 %) der insgesamt 196 ehemaligen Studienteilnehmer der MEmbeR Studie befragt werden. Fünf Jahre nach der mbR standen 80 Studienteilnehmer (76 %) dem ersten Arbeitsmarkt zur Verfügung und 60 (57 %) Studienteilnehmer konnten der RTW-Gruppe zugeordnet werden. Faktoren für eine höhere Wahrscheinlichkeit, in den Beruf zurückzukehren, waren ein niedrigerer Grad der Behinderung (GdB), eine bessere Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, ein höheres Maß an außerberuflichen Aktivitäten sowie eine insgesamt weniger starke Eingeschränktheit zu mbR-Beginn. In einer binär logistischen Regression konnte anhand der genannten Faktoren jedoch keine signifikante Langzeitprognose für eine berufliche Integration erstellt werden.

Diskussion

Der Anteil der Studienteilnehmer, die dem ersten Arbeitsmarkt zugeordnet werden konnten, lag fünf Jahre nach der mbR immer noch bei 76% und zeigte kaum Veränderungen zum 2-Jahres-Follow-Up von 78 % (Rollnik et al., 2014). Die RTW-Rate lag zwei Jahre nach mbR bei 69 % und fünf Jahre nach der mbR bei 57 % und decken sich mit Ergebnissen aus internationalen Studien. Signifikante Prognosefaktoren für eine positive Erwerbsprognose müssen aufgrund der bestehenden Studienlimitationen (bspw. der hohen Drop-out Rate der nicht erreichten ehemaligen Studienteilnehmer) jedoch unter Vorbehalt betrachtet werden.

Schlussfolgerungen

Der hohe Anteil an Rehabilitanden, der fünf Jahre nach mbR dem ersten Arbeitsmarkt zur Verfügung steht, sowie der Anteil erwerbstätiger Rehabilitanden spricht für das Konzept der mbR. Zukünftig sind umfangreiche und vor allem qualitative Datenerhebungen nötig, um die Validität dieser Prognosefaktoren zu überprüfen und ggf. zusätzliche Faktoren identifizieren zu können.

Literatur

Rollnik, J.D., Sailer, M., Kiesel, J., Karbe, H., Harms, J., et al. (2014): The MEmbeR Multi-center Study on medical-occupational rehabilitation. *Die Rehabilitation*; 53 (2). 87–93.

Berufliche Wiedereingliederung bei Patienten mit bioptisch gesicherter Myokarditis

*Völler, H. (1), Kühl, U. (2), Rasawieh, M. (3), Salzwedel, A. (1),
Wegscheider, K. (4), Reibis, R. (1)*

(1) Universität Potsdam, (2) Charité – Universitätsmedizin Berlin,
(3) Klinik am See, Rüdersdorf, (4) Universität Hamburg-Eppendorf

Einleitung

Das klinische Bild der systolischen Herzinsuffizienz wird im 3.–5. Lebensjahrzehnt prävalierend durch eine virale Myokarditis verursacht (Caforio et al., 2013). Bislang konnte diesen Patienten keine evidenzbasierte Empfehlung zur Aufnahme körperlicher Aktivität und somit zur beruflichen Wiedereingliederung ausgesprochen werden (Pelliccia et al., 2009). Inzwischen ist aufgrund histologischer, immunhistologischer und molekularbiologischer Diagnostik eine definitive Klassifizierung der Myokarditiden mit konsekutiver Differentialtherapie möglich (Kühl et al., 2012). Ungeklärt ist jedoch, ob diese Erkenntnisse einen Einfluss auf die berufliche Wiedereingliederung (RTW) haben und somit der Myokardbiopsie eine eigenständige prädiktive sozialmedizinische Bedeutung zukommt.

Patienten und Methodik

In den Jahren 2005–2012 wurde monozentrisch bei 1.153 Patienten mit klinischen Zeichen der Herzinsuffizienz eine Myokardbiopsie durchgeführt. Neben soziodemographischen und klinischen Variablen, der Pharmakotherapie sowie der kardialen nichtinvasiven (Ruhe-, Belastungs-EKG, Dopplerechokardiographie) und invasiven (Rechts- und Linksherzkatheter) Funktionsdiagnostik wurde die qualitative Virusdiagnostik und Immunhistologie durchgeführt. Bei vorliegendem Einverständnis wurden die Variablen mit den sozialmedizinischen Daten des zuständigen Rentenversicherungsträgers (Arbeitsschwere, Tage sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung, Berentung) zusammengeführt und mittels Cox-Regression analysiert.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 391 Patienten ($48,9 \pm 12,4$ Jahre, 66,2 % männlich) mit positiver Antwort und vollständigem Datensatz evaluiert. Lediglich das Alter (48,9 vs. 45,7 Jahre), der Diabetes mellitus (13,7 % vs. 9,0 %) und der Anteil der leicht/mittelschweren Arbeit (13,0 % vs. 7,7 %) waren im Vergleich zu Nichtevaluierten ($n = 757$) signifikant different. In 2,6 % lag eine akute Myokarditis, in 23,5 % eine Borderline-Myokarditis und in 26,1 % eine dilatative Kardiomyopathie vor. Bei 47,8 % konnten keine Myokarditis-assoziierten Veränderungen objektiviert werden. Ein Virusnachweis gelang bei drei Viertel der Patienten (Parvovirus 56,7 %, andere oder Mischinfektionen 17,9 %). Die mittleren LVEF betrug bei der 1. Biopsie $44,6 \pm 18,6$ % (LVEF >45 % bei 46,4 % der Patienten). Im follow-up nach 3 und 6 Monaten betrug die LVEF $48,4 \pm 14,9$ % resp. $53,5 \pm 14,1$ %. Im Mittel gelang nach $168,8 \pm 347,7$ Tagen bei 220 Patienten (69,2 %) die RTW (nach 6, 12 und 24 Monaten bei 61,3 %, 72,2 % bzw. 76,4 %). In der multivariaten Regressionsanalyse waren lediglich das Alter (pro Jahr, HR 1,27; 95 % CI 1,10–1,46, $p = 0,001$) sowie die LVEF (pro 5 % Zunahme, HR 1,07; 95 % CI 1,03 – 1,12; $p = 0,002$) mit einer signifikant höheren, die berufliche Arbeitsschwere (schwer vs. leicht, HR 0,58; 95 % CI 0,34–0,99, $p < 0,049$) mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit der RTW assoziiert (s. Abb. 1).

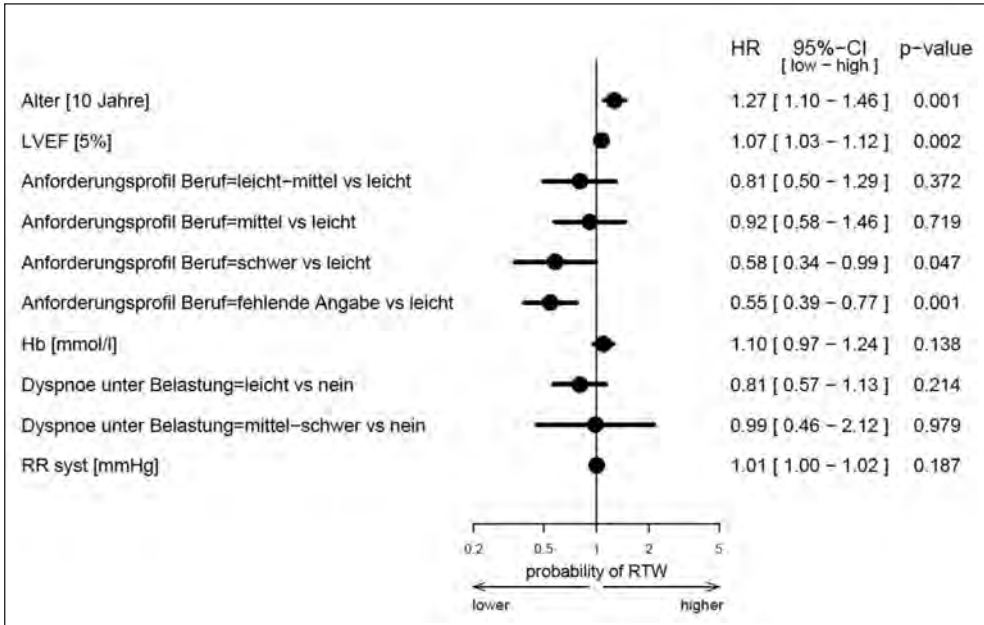


Abb. 1: Prädiktoren der beruflichen Wiedereingliederung. LVEF – linksventrikuläre Ejektionsfraktion.

Diskussion

Im Vergleich zu bekannten Faktoren wie Alter, linksventrikulärer Pumpfunktion sowie Arbeitsschwere leistet bei viraler Myokarditis die Myokardiopsie keinen unabhängigen Beitrag zur Einschätzung einer beruflichen Wiedereingliederung. Obwohl zur Diagnosesicherung und differentialtherapeutischer Entscheidung zweifelsfrei indiziert, ist der Nutzen der Endomyokardiopsie aus sozialmedizinischer Sicht limitiert.

Schlussfolgerung

Bei Patienten mit erfolgter EMB aufgrund einer vermuteten Myokarditis bleibt die Empfehlung zur Aufnahme der beruflichen Tätigkeit von Patienten nach stationärem Aufenthalt aufgrund einer vermuteten Myokarditis eine an klinischen Gesichtspunkten orientierte Einzelfallentscheidung. Diese kann durch invasiv erhobene Daten der Endomyokardiopsie nicht maßgeblich erleichtert werden.

Literatur

Caforio, A.L., Pankuweit, S., Arbustini, E., Basso, C., Gimeno-Blanes, J., Felix, S.B., Fu, M., Heliö, T., Heymans, S., Jahns, R., Klingel, K., Linhart, A., Maisch, B., Thiene, G., Yilmaz, A., Charron, P., Elliott, P.M. (2013): Current state of knowledge on aetiology, diagnosis, management, and therapy of myocarditis: a position statement of the European Society of Cardiology Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases. *Eur Heart J*, 34. 2636–2648.

- Pelliccia, A., Corrado, D., Bjørnstad, H.H., Panhuyzen-Goedkoop, N., Urhausen, A., Carre, F., Anastasakis, A., Vanhees, L., Arbustini, E., Priori, S. (2006): Recommendations for participation in competitive sport and leisure-time physical activity in individuals with cardiomyopathies, myocarditis and pericarditis. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, 13. 876–885.
- Kühl, U., Schultheiss, H.P. (2012): Myocarditis: early biopsy allows for tailored regenerative treatment. *Dtsch Arztebl Int*, 109. 361–368.

Die Passung der beruflichen Interessen mit den Berufsempfehlungen aus dem RehaAssessments® und Zusammenhänge mit der beruflichen Selbstwirksamkeit

Thielecke, J., Knispel, J., Spijkers, W., Arling, V.
Institut für Psychologie, RWTH Aachen

Hintergrund

Im RehaAssesment® können Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen, die beispielsweise eine Umschulung anstreben, verschiedene Berufsbereiche erproben und erhalten zum Abschluss eine Empfehlung vom Berufsförderungswerk (BFW) für den weiteren beruflichen Werdegang. Die beruflichen Interessen der Teilnehmer werden im Sinne der Neigung, die laut SGB IX, § 33 Abs. 4 für Leistungen zur Teilhabe berücksichtigt werden soll, bis dato nicht routinemäßig bzw. standardisiert erfasst und berücksichtigt. Holland (1997) postuliert jedoch mit der Kongruenzhypothese für die Berufswahltheorie, dass eine Passung von persönlichen Interessen zu der beruflichen Umwelt einen positiven Einfluss auf das Erleben und Verhalten (Arbeitszufriedenheit, Leistung, Verbleibsabsicht) im Arbeitskontext hat. Dabei geht Holland von sechs miteinander korrelierenden Interessensdimensionen aus, die in Form eines Hexagons angeordnet sind: handwerklich-technisch (R), untersuchend-forschend (I), künstlerisch-kreativ (A), erziehend-pflegend (S), führend-verkaufend (E) und ordnend-verwaltend (C). Daher sollen im vorliegenden Beitrag die Passung der Interessen mit der Berufsempfehlung sowie die Zusammenhänge der Interessenskongruenz und der beruflichen Selbstwirksamkeit (BSW) betrachtet werden. Einerseits gilt die BSW als wichtiger Prädiktor für den Reintegrationserfolg nach einer Umschulung (Arling et al., 2016), andererseits postuliert Vanotti (2005) Selbstwirksamkeit als wichtigen Faktor für den Umgang mit niedriger Interessenskongruenz im Beruf.

Methode

Die Stichprobe bestand aus 48 (63.2 %) Männer und 28 Frauen (36.8 %), die im Zeitraum von Mai bis August 2016 an einem zweiwöchigen RehaAssesment® im BFW Köln teilgenommen haben. Die Interessen wurden in Anlehnung an den Explorix von Joerin Fux et al. (2012) mit je sechs Items pro Holland-Dimension jeweils am ersten und letzten Tag der Maßnahme erhoben. Die Erhebung der beruflichen Selbstwirksamkeit erfolgte mit der BSW-Skala von Abele et al. (2000). Zur Berechnung der Kongruenz wurde die Empfehlung des BFWs (soweit ein konkreter Berufsbereich vorgesehen wurde) mit Hilfe des Berufsre-

gisters des Explorix in den sog. Holland-Code umgewandelt, der äquivalent dem Ergebnis der Interessenserhebung bei den Teilnehmern ist. Aus diesen Holland-Codes wurde der stichprobenspezifische K-P-Index als Maß für die Passung von Interessen und Empfehlung und Interessen und dem ursprünglich erlernten Beruf berechnet. Der K-P-Index bietet sich für die Berechnung an, da eine deutlich vom Hexagonmodell abweichende Struktur der Interessen beobachtet wurde.

Ergebnisse

Je höher die Kongruenz von Interesse zu Beginn der Maßnahme und dem am Ende der Maßnahme empfohlenen Berufsbereich war, desto höher schätzten die Teilnehmer ihre berufliche Selbstwirksamkeit ein ($r_s = .38$, $p = .004$). Zudem unterschieden sich die Teilnehmer, die mit der Empfehlung einen höheren Kongruenzwert als mit ihrem erlernten Beruf erzielten (Kongruenz [Berufsempfehlung] \geq Kongruenz [erlernter Beruf]): $MW_BSW = 3.68$, $SD = 0.50$, $MD = 4.00$) dahingehend, dass sie eine höhere berufliche Selbstwirksamkeit berichteten als Teilnehmer, die mit der Kongruenz der Empfehlung nicht den Kongruenzwert mit dem erlernten Beruf erreichten (Kongruenz [Berufsempfehlung] $<$ Kongruenz [erlernter Beruf]): $MW_BSW = 3.41$, $SD = 0.34$, $MD = 3.50$; $z = -3.01$, $p < .001$, $r = .40$).

Diskussion

Der Unterschied zwischen Teilnehmern, die mit der Berufsempfehlung einen höheren Kongruenzwert als mit dem erlernten Beruf erzielten und denjenigen Teilnehmern, bei denen dies nicht zutraf, spricht für die Relevanz von Interessenskongruenz in der beruflichen Orientierung. Es konnte gezeigt werden, dass in diesem frühen Stadium des Rehaprozesses ein Zusammenhang zwischen der Interessenskongruenz und der Ausprägung der BSW, als ein für den weiteren Verlauf der Rehabilitation wichtiger Faktor, besteht. Eine Überprüfung der prädiktiven Bedeutung der Interessenskongruenz für den weiteren Rehabilitationsverlauf steht noch aus.

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. 145–151.
- Arling, V., Slavchova, V., Knispel, J., Spijkers, W. (2016): Die Bedeutsamkeit von Persönlichkeitsfaktoren für den beruflichen Rehabilitationserfolg. *Die Rehabilitation*, 55. 6–11.
- Holland, J. L. (1997): *Making vocational choices: A theory of vocational personalities and work environments* (3. Aufl.). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Joerin Fux, S., Stoll, F., Bergmann, C., Eder, F. (2012): *EXPLORIX® – Das Werkzeug zur Berufswahl und Laufbahnplanung. Deutschsprachige Adaption und Weiterentwicklung des Self-Directed Search (SDS) nach John L. Holland*. Bern: Hans Huber.
- Vannotti, M. (2005): *Die Zusammenhänge zwischen Interessenskongruenz, beruflicher Selbstwirksamkeit und verwandten Konstrukten. Empirische Annäherung verschiedener Variablen der Berufswahl- und Laufbahntheorien sowie Überprüfung der Kongruenz-Hypothesen von Holland*. Göttingen: Cuvillier.

RehaFuturReal®: Soziodemografische und psychologische Prädiktoren für die Beratungszufriedenheit aus Sicht der Versicherten

Knispel, J., Spijkers, W., Arling, V.
Institut für Psychologie, RWTH Aachen

Hintergrund

Mit dem Beratungskonzept RehaFuturReal® setzte die Deutsche Rentenversicherung (DRV) Westfalen zentrale Empfehlungen aus dem Entwicklungsprozess RehaFutur um (Riedel et al., 2011). Ziel von RehaFuturReal® war es, die Beratungsleistung der Reha-Fachberater (RFB) als zentrale Akteure im beruflichen Rehabilitationsprozess mittels einer am Case Management (CM) orientierten Arbeitsweise zu optimieren.

Die Beratungszufriedenheit des Versicherten ist im Sinne des CM (Monzer, 2013) ein wichtiges Erfolgskriterium. Für eine subjektzentrierte Beratung gilt es, mögliche soziodemografische und psychologische Einflussvariablen auf die Beratungszufriedenheit zu identifizieren.

Methodik

RehaFuturReal® wurde von der DRV Westfalen im Zeitraum vom 01.04.2013 bis zum 31.12.2014 im Interventionsbezirk Dortmund mit zehn RFB und einer Versicherten-Zielgruppe (N=320) erprobt, die noch über einen Arbeitsplatz im Interventionsbezirk verfügten und zugleich eine aktuelle Eingliederungsproblematik aufwiesen.

Die Versicherten füllten vor der Beratung einen Selbstauskunftsbogen (t0) aus, in dem sie unter anderem zu ihrer Reha-Motivation (PAREMO-20; Kriz et al., 2006) und ihrer beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung (BSW, Abele et al., 2000) befragt wurden. Die RFB erfassten soziodemografische Merkmale in der Erstberatung (t1) mit einem entsprechenden Fragebogen.

Im September 2015 wurde an alle teilnehmenden Versicherten eine Nachbefragung (t2) zu RehaFuturReal® versendet (Rücklauf: N=241, 75,31 %). In Bezug auf die Beratungszufriedenheit (t2) wurde erfasst, ob die Versicherten ihre beruflichen Wünsche berücksichtigt (A) sahen, ob der RFB im Sinne des CM wichtige Entscheidungen in Rücksprache (B) mit ihnen traf und ob das Beratungsergebnis als zufriedenstellend (C) empfunden wurde.

Für die vorliegende Untersuchung wurden nur diejenigen Teilnehmer (N=215) berücksichtigt, für die alle Fragebögen vorlagen (t0, t1 und t2). In der Stichprobe waren 58 Frauen und 157 Männer vertreten (Alter: AM = 48,56 Jahre, SD = 7,83 Jahre). Für 165 Versicherte wurde eine körperliche Diagnose angegeben, während für 48 Personen eine psychische Diagnose bzw. eine komorbide Diagnose vorlag (zwei fehlende Angaben).

Ergebnisse

Mittels Mittelwertunterschieden bzw. univariater linearer Regressionen wurde der Einfluss von soziodemografischen und psychologischen Faktoren untersucht. In Tabelle 1 sind die zentralen Ergebnisse dargestellt.

Aspekt der Beratungszufriedenheit (Kriterien)											
			(A) Berufliche Wünsche berücksichtigt ^a (N= 204) [AM = 2,82, SD = 1,07, Spanne: 1–4]			(B) Reha-Fachberater hält Rücksprache ^a (N= 206) [AM = 3,15, SD = 1,00, Spanne: 1–4]			(C) Zufriedenheit mit Beratungsergebnis ^a (N=210) [AM = 2,97, SD = 1,03, Spanne: 1–4]		
	N	AM (SD)	R ²	β	P ^b	R ²	β	p ^b	R ²	β	p ^b
Soziodemografische Prädiktoren^c (harte Faktoren)											
t1: Alter (Jahre)	204	49,90 (7,67)	0,030	-0,174	0,013	0,003	-0,053	0,449	0,010	-0,102	0,143
t1: Behinderung (Grad %)	114	22,24 (21,61)	0,119	-0,346	< 0,001	0,048	-0,219	0,023	0,028	-0,169	0,078
Psychologische Prädiktoren^d (weiche Faktoren, Selbstauskünfte)											
t0: Seelisches Leiden ^{a,e}	191	2,80 (1,07)	0,031	-0,176	0,015	0,033	-0,181	0,012	0,037	-0,192	0,007
t0: Motivation ^f	169	3,01 (0,66)	0,048	0,218	0,004	0,019	0,138	0,071	0,019	0,137	0,071
t0: Fähigkeit ^f	182	2,86 (0,84)	0,125	0,353	< 0,001	0,073	0,271	< 0,001	0,067	0,258	< 0,001
t2: allgemeiner Gesundheitszustand ^g	204	2,29 (0,94)	0,031	0,176	0,012	0,053	0,231	0,001	0,067	0,259	< 0,001

Anm.: ^a Bewertung von ‚1‘: trifft nicht zu bis ‚4‘: trifft zu; ^b univariater p-Wert; ^c Es ergaben sich keine Mittelwertunterschiede für die soziodemografischen Merkmale „Geschlecht“ und „Erstdiagnose“; ^d Die Höhe des körperlichen Leidens (PAREMO-20) hatte keine prognostische Relevanz für die Beratungszufriedenheit; ^e PAREMO-20 Subskalen; ^f BSW-Subskalen; ^g Bewertung von ‚1‘: schlecht bis ‚5‘: sehr gut; *allgemeine Hinweise:* abweichende Stichprobengrößen (N) in den Berechnungen gehen auf fehlende Werte in den Fragebögen zu t0, t1 und t2 zurück; Signifikanzniveau: p < 0,05.

Tab. 1: Zentrale Ergebnisse der univariaten linearen Regression zur Vorhersage der Beratungszufriedenheit anhand von soziodemografischen und psychologischen Prädiktoren.

Ein hohes Alter (t1) und hoher Behinderungsgrad (t1) erweisen sich als Herausforderungen für die Beschäftigungsfähigkeit und als potenzielle Hürde im Beratungsprozess. Dies spiegelt sich in einer geringeren Beratungszufriedenheit wider. Demgegenüber ließ sich die Beratungszufriedenheit nicht anhand von Merkmalen wie dem Geschlecht und der Behinderungsart (körperlich oder psychisch/komorbid) differenzieren. Dies weist auf die Relevanz subjektiver Einschätzungen hin.

Ein großer seelischer Leidensdruck (t0) und eine als problematisch bewertete motivationale (t0) und fähigkeitsbezogene (t0) Selbstwirksamkeitserwartung sowie eine ungünstige Bewertung des allgemeinen Gesundheitszustandes (t2) sagte eine schlechtere Einschätzung bzgl. aller drei Aspekte der Beratungszufriedenheit vorher.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Die Bewertung der Beratung durch den Versicherten hängt von den individuellen soziodemografischen und psychologischen Einflussgrößen ab und wird von denselben beeinflusst. Entsprechende Beratungshemmnisse bzw. -potenziale sollten infolgedessen standardi-

siert erhoben und explizit vor dem Hintergrund möglicher Beschäftigungsperspektiven reflektiert werden.

Förderung: VFR Norderney

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. 145–151.
- Kriz, D., Herwig, J., Wirtz, M., Töns, N., Nübling, R., Bengel, J. (2006): Entwicklung und Validierung des PAREMO-20. In: J. Bengel, F. Muthny & R. Nübling (Hrsg.): *Reha-Motivation und Behandlungserwartung*. Regensburg: Roderer. 161–178.
- Monzer, M. (2013): *Case Management – Grundlagen*. Heidelberg: medhochzwei.
- Riedel, H.-P., Schmidt, C., Reinsberg, B., Klügel, T. (2011): Ergebnisse und Empfehlungen zur beruflichen Rehabilitation aus dem Entwicklungsprojekt RehaFutur. *Die Rehabilitation*, 51 (3). 189–193.

Zuschreibungen in Bezug auf die Personaleinstellung von behinderten Bewerbern – Körperliche und psychische Erkrankungen im Vergleich

Slavchova, V., Spijkers, W., Arling, V.
Institut für Psychologie, RWTH Aachen,

Hintergrund

Gesellschaftliche Inklusion behinderter Menschen ist 2006 mit der UN-Behindertenrechtskonvention gesetzlich verankert worden (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2016). Dies schließt die gleichberechtigte Teilhabe behinderter Menschen in die Arbeitswelt mit ein und wird bereits mit entsprechenden Initiativen gefördert (REHADAT, 2016). Im Widerspruch zu diesen Forderungen ergab eine Studie mit fingierten Bewerbungssituationen, dass psychisch erkrankte Individuen gegenüber gesunden Bewerbern auch bei besserer Qualifikation benachteiligt wurden; körperlich behinderte Bewerber wurden demgegenüber besonders bei besserer Qualifikation einem gesunden Bewerber vorgezogen (Slavchova et al., 2016).

Um zu verstehen, wie dieser Kontrast zustande kommt, wurde in der vorliegenden Studie überprüft, was Personalentscheider mit einer Einstellung eines körperlich bzw. psychisch behinderten Menschen verbinden. Es sollte gegenübergestellt werden, welche Attribute die Befragten einer körperlichen bzw. psychischen Problemlage zuschreiben und welche unternehmensbezogenen Konsequenzen sie erwarten.

Methodik

Im Rahmen einer Online-Studie nahmen 954 Personen teil (656 ♀, 294 ♂, 4 keine Angabe). Das durchschnittliche Alter betrug 30,21 Jahre (SD = 13,10 Jahre). 892 Teilnehmer (93,5 %) hatten eine deutsche Staatsangehörigkeit (62 sonstige Staatsangehörigkeiten).

Alle Studienteilnehmer wurden randomisiert aufgeteilt und bewerteten entweder körperliche Behinderungen (N = 493) bzw. psychische Behinderungen (N=461).

Anhand von Literatursichtungen und Fokusgruppen mit Experten wurden für die Bewertung der körperlichen bzw. psychischen Behinderung Zuschreibungen für persönliche Attribute und Konsequenzen für das Unternehmen generiert. Entsprechende Zuschreibungen galt es auf einer Skala von „1“: sehr negative Einschätzung bis „7“: sehr positive Einschätzung zu bewerten.

Ergebnisse

Anhand von Mittelwertvergleichen (t-Test für unabhängige Stichproben) wurden die Bewertungen der Behinderungsarten miteinander verglichen (siehe Tabelle 1).

	Körperliche Behinderung		Psychische Behinderung		t-Test	p-Wert	d-Wert
	AM	SD	AM	SD			
Einschätzung der persönlichen Attribute des behinderten Menschen							
Motivation	5,00	1,05	4,36	1,25	t(898,27) = 8,54	<0,001	0,556
Zuverlässigkeit	4,34	0,85	3,92	0,98	t(952) = 7,14	<0,001	0,459
Fehlzeiten	3,69	0,95	3,05	1,29	t(842,25) = 8,76	<0,001	0,568
Belastbarkeit	3,62	0,89	2,97	1,10	t(952) = 10,14	<0,001	0,652
soz. Kompetenz	4,60	1,11	3,99	1,11	t(947,89) = 8,50	<0,001	0,550
Qualifikationen	4,30	0,79	4,19	0,95	t(952) = 1,83	0,067	–
Einschätzung der Konsequenzen für das Unternehmensumfeld							
Missverständnisse auf Arbeit	3,87	0,79	3,71	0,83	t(939,24) = 3,04	0,002	0,198
Arbeitsklima	4,29	0,85	4,02	0,79	t(951,01) = 4,99	<0,001	0,329
Unternehmens-image	5,32	1,25	4,78	1,20	t(952) = 6,77	<0,001	0,440
Arbeitsbelastung der Kollegen	3,83	0,87	3,47	1,02	t(904,79) = 5,75	<0,001	0,381

Anm. 1: Bewertung von „1“: negative Einschätzung bis „7“: positive Einschätzung; t-Test für unabhängige Stichproben (ungerichtet, p<0,05). Einordnung von Cohens d: 0,2–0,4 = kleiner Effekt; 0,5–0,7 = mittlerer Effekt; > 0,8 = großer Effekt.

Tab. 1: Vergleich der Bewertung von körperlich bzw. psychisch erkrankten Menschen in Bezug auf die Konsequenzen einer Personaleinstellung.

Die Auswertung ergab mit überwiegend mittleren Effektstärken, dass die Personaleinstellung eines psychisch behinderten Menschen mit durchweg negativeren persönlichen Attributen und ungünstigeren unternehmensbezogenen Konsequenzen als bei einem körperlich behinderten Menschen assoziiert war.

Es zeigte sich zwar in Bezug auf die Qualifikationsbewertung kein statistisch bedeutsamer Unterschied zwischen körperlichen und psychischen Behinderungen, dafür wurden psychisch erkrankten Individuen ein geringeres Maß an Motivation, mehr Fehlzeiten, eine verringerte Belastbarkeit, weniger soziale Kompetenzen und eine niedrigere Zuverlässigkeit als einem körperlich behinderten Menschen zugeschrieben.

In Bezug auf die Konsequenzen für das Unternehmen werteten die Beurteiler die Einstellung des psychisch erkrankten Menschen als Risikofaktor für Missverständnisse im Team, ein schlechteres Arbeitsklima und einen höheren Unterstützungsbedarf als die bei einem körperlich behinderten Mitarbeiter der Fall war. Die Effekte auf das Unternehmensimage wurden positiver eingeschätzt, wenn eine körperlich behinderte Person eingestellt wurde.

Diskussion und Schlussfolgerungen

In Bezug auf die zugeschriebenen Effekte einer Personaleinstellung eines behinderten Menschen zeigen sich deutliche Nachteile für psychische im Vergleich zu körperlichen Erkrankungen. Dies betrifft sowohl die Bewertung der persönlichen Attribute sowie die Konsequenzen für das Unternehmen. Gerade im Sinne des Return to Work – Gedankens im Anschluss an eine medizinische und ggf. berufliche Rehabilitation sollte diesem Umstand besondere Rechnung getragen werden. Es gilt, Konzepte zur gezielten Aufklärung über psychische Erkrankungen und Behinderungen zu entwickeln, um die nachteilige Bewertung abzuschwächen.

Literatur

- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016): Beschluss zur UN-Behindertenrechtskonvention. URL: http://www.gemeinsam-einfach-machen.de/SharedDocs/Downloads/DE/AS/UN_BRK/un-brk.pdf?__blob=publicationFile&v=3. Abruf: 20.10.2016.
- REHADAT (2016): Das Portal zu Arbeitsleben und Behinderung: talentplus. URL: <http://www.talentplus.de/>. Abruf: 20.10.2016.
- Slavchova, V., Spijkers, W., Arling, V. (2016): Vorurteile gegenüber behinderten Bewerbern im Personalauswahlprozess. 50. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) in Leipzig, Bd 50. 796.

**Teilhabe durch Leistungen zur beruflichen Bildung für
arbeitslose Rehabilitanden**

Bethge, M.

Universität zu Lübeck

Hintergrund

Während sich für arbeitslose Personen ohne gesundheitliche Eingliederungsbarrieren positive Effekte beruflicher Bildungsleistungen im Vergleich zur Nicht-Teilnahme zeigen lassen (Kruppe, Lang, 2014), fehlt ein ähnlich hochwertiger Nachweis für berufliche Bildungsleistungen, die im Anschluss an medizinische Rehabilitationsleistungen durch die Deutsche Rentenversicherung finanziert werden. Die vorliegende Studie analysierte die Beschäftigungseffekte von beruflichen Bildungsleistungen für arbeitslose Personen mit vorangegangener medizinischer Rehabilitation.

Methodik

Die Analysen wurden auf Basis des Scientific Use Files „Abgeschlossene Rehabilitation im Versicherungsverlauf 2006–2013“ des Forschungsdatenzentrums der Rentenversicherung realisiert. Eingeschlossen wurden arbeitslose Personen im Alter von 30 bis 59 Jahren, die 2008 oder 2009 eine medizinische Rehabilitation aufgrund einer Muskel-Skelett-Erkrankung oder einer psychischen Erkrankung erhielten und deren sozialmedizinische Leistungsbeurteilung eingeschränktes Leistungsvermögen für die letzte berufliche Tätigkeit, aber uneingeschränkte Leistungsfähigkeit für den allgemeinen Arbeitsmarkt feststellte.

Die Effekte einer nachfolgenden Teilnahme an Leistungen zur beruflichen Bildung wurden mittels logistischer und linearer Regression geschätzt. Ungleich verteilte Merkmale von Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern wurden vorab mittels logistischer Regression identifiziert und bei den Effektschätzungen als Kovariaten berücksichtigt. Primäre Zielgröße war die Rate mindestens 6-monatiger Beschäftigung im dritten und vierten Jahr nach der medizinischen Rehabilitation. Sekundäre Zielgrößen waren u. a. Erwerbsminderungsrenten, die Dauer versicherungspflichtiger Beschäftigung und das Entgelt aus versicherungspflichtiger Beschäftigung.

Ergebnisse

Die Stichprobe umfasste 1.238 Personen, davon begannen 466 Personen (37,6 %) bis Ende Juni des Folgejahres der medizinischen Rehabilitation eine berufliche Bildungsleistung. Das mittlere Alter betrug 47,3 Jahre (SD = 7,2). 40,5 % der eingeschlossenen Personen waren Frauen. Personen, die berufliche Bildungsleistungen erhielten, waren jünger und häufiger männlich als Personen ohne berufliche Bildungsleistungen. Sie hatten etwas

häufiger psychische Erkrankungen und die medizinische Rehabilitation wurde häufiger nach einer Aufforderung durch die Krankenkasse beantragt. Personen mit beruflichen Bildungsleistungen hatten häufiger lange Fehlzeiten vor der Rehabilitation und das Leistungsvermögen in der letzten beruflichen Tätigkeit wurde häufiger mit unter 3 Stunden bewertet. Eine Empfehlung für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wurde etwa 2,4-mal häufiger ausgesprochen. Teilnehmer beruflicher Bildungsleistungen erzielten in den Vorjahren ein höheres versicherungspflichtiges Entgelt und hatten zugleich mehr Beschäftigungstage. Die Bezugsdauer von Arbeitslosengeld und sonstigen Leistungen war gleichfalls erhöht, die Bezugsdauer von Arbeitslosengeld II reduziert. Das logistische Regressionsmodell, das relevante unabhängige Determinanten der Inanspruchnahme beruflicher Bildungsleistungen identifizierte, hatte mit einem Nagelkerke $R^2 = 0,541$ eine gute Modelanpassung.

Für Personen mit beruflichen Bildungsleistungen erhöhte sich im Vergleich zu Personen ohne berufliche Bildungsleistungen die adjustierte Wahrscheinlichkeit mindestens 6-monatiger Beschäftigung von 24,1 % auf 36 % (adjustiertes RR = 1,49; 95 % KI: 1,18 bis 1,89). Die absolute Risikodifferenz von rund 11,9 Prozentpunkten entsprach einer Number needed to treat von rund 8 Personen. Das Risiko eines erwerbsminderungsbedingten Rentenzugangs war leicht, aber nicht signifikant zugunsten der Teilnehmer beruflicher Bildungsleistungen reduziert (14,4 % vs. 17,3 %; adjustiertes RR = 0,83; 95 % KI: 0,58 bis 1,20). Personen mit beruflichen Bildungsleistungen erzielten drei und vier Jahre nach der medizinischen Rehabilitation ein durchschnittlich um 1298 bzw. 2071 EUR höheres versicherungspflichtiges Jahresentgelt und waren 27,6 bzw. 38,6 Tage länger sozialversicherungspflichtig beschäftigt.

Diskussion: Die dargestellten Ergebnisse sind vor dem Hintergrund der folgenden Begrenzungen zu sehen. Erstens wurden für die Adjustierung der Effektschätzer ausschließlich administrativ generierte Daten genutzt. Zweitens haben die Ergebnisse lediglich das Evidenzniveau von Beobachtungsstudien. Es besteht anders als in randomisiert kontrollierten Studien ein Risiko verzerrter Schätzungen aufgrund nicht erfasster Heterogenität der untersuchten Gruppen.

Schlussfolgerungen

Unter Berücksichtigung der beschriebenen Begrenzungen liefert die Studie die zurzeit beste verfügbare Evidenz zum Nutzen von beruflichen Bildungsleistungen für die untersuchte Zielgruppe.

Literatur

Kruppe, T., Lang, J. (2014): The role of occupations. Labour market effects of retraining for the unemployed. IAB-Discussion Paper, 20. 1–56.

Junge Personen mit Behinderung in Armutslagen – LTA als Weg in den Arbeitsmarkt?

Tophoven, S., Reims, N.

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Nürnberg

Hintergrund

Im Dezember 2014 lebten 1,9 Mio. Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren in Haushalten, die Leistungen nach dem Zweiten Sozialgesetzbuch (SGB-II) beziehen. Die SGB-II-Quote dieser Altersgruppe lag bei 14 Prozent (Statistik der Bundesagentur für Arbeit, 2016). Nachgewiesen ist bereits, dass von Armut betroffene Kinder und Jugendliche häufiger gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, als solche, die nicht in Armut aufwachsen. Auch in Bezug auf Bildungschancen zeigen sich deutliche Benachteiligungen armer Kinder und Jugendlicher. Sie zeigen häufiger Lerndefizite und Verhaltensauffälligkeiten und sind in Förderschulen überrepräsentiert. Dabei ist der Besuch einer Förderschule mit Pfadabhängigkeiten verknüpft, die den Verbleib in Armut und die Reproduktion von Armut begünstigen. So erreichen Förderbeschulte nur selten einen allgemeinbildenden Abschluss und weisen häufig schlechtere Chancen auf dem Ausbildungs- und Arbeitsmarkt auf (Pfahl, Powell, 2010). Viele ehemalige Förderbeschulte nehmen ein Verfahren der beruflichen Rehabilitation auf, das eine erste Etablierung auf dem Arbeitsmarkt für Jugendliche mit Behinderungen ermöglichen soll (Niehaus et al., 2012; Reims, Gruber, 2014). Im Rahmen des Rehabilitationsverfahrens werden zu einem großen Teil berufsvorbereitende Maßnahmen und/oder Ausbildungsmaßnahmen absolviert. Größtenteils finden diese außerbetrieblich statt, seltener betrieblich (Reims et al., 2016). Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, inwiefern die berufliche Rehabilitation jungen Menschen mit Behinderung im SGB-II-Bezug hilft, ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt und ihre Einkommenssituation zu verbessern.

Methodik/Studiendesign

Mit Hilfe administrativer Daten der Bundesagentur für Arbeit wird die aufgeworfene Fragestellung untersucht. Neben einer Deskription der Population und einer Darstellung typischer Verläufe, werden Übergangs- sowie Verbleibsanalysen durchgeführt.

Ergebnisse

Jugendliche mit Behinderung im beruflichen Rehabilitationsprozess kommen überproportional häufig aus Haushalten mit SGB-II-Bezug. Im Jahr 2014 waren dies 33 Prozent der Rehabilitanden und Rehabilitandinnen im Bereich der Ersteingliederung. Die höchsten Anteile aus armen Haushalten sind dabei bei den jungen Personen mit Lernbehinderungen (38 %) und psychischen Behinderungen (35 %) festzustellen. Zudem haben Jugendliche mit SGB-II-Bezug im Haushalt häufiger keinen allgemeinbildenden Schulabschluss. Weiterhin lassen sich typische Verläufe des Übergangs vom Schulsystem über den beruflichen Rehabilitationsprozess in den Arbeitsmarkt in Abhängigkeit vom SGB-II-Bezug, der Behinderungsart und der besuchten Schulform feststellen. Viele Jugendliche sind auch nach Abschluss des Rehabilitationsverfahrens im SGB-II-Bezug zu verorten.

Diskussion: Offen bleibt, wie eine bessere Förderung von Kindern und Jugendlichen im SGB-II-Bezug mit gesundheitlichen Einschränkungen und Behinderungen bereits im Bildungssystem erreicht werden kann, um die Notwendigkeit sozialpolitischer Interventionen zu einem späteren Zeitpunkt zu verringern.

Schlussfolgerungen

Für Jugendliche mit Behinderung lässt sich häufig eine doppelte Benachteiligung feststellen. Zum einen ist ihr Übergang in das berufliche Ausbildungssystem und den Arbeitsmarkt erschwert. Weiterhin befinden sie sich häufiger in Einkommensarmutslagen. Weitere sozial- wie bildungspolitische Ansätze sind nötig, um ihre Situation zu verbessern.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

Literatur

- Niehaus, M., Kaul, T., Friedrich-Gärtner, L., Klinkhammer, D., Menzel, F. (2012): Zugangswege junger Menschen mit Behinderung in Ausbildung und Beruf. Band 14 der Reihe Berufsbildungsforschung. Bonn, Berlin: Bundesministerium für Bildung und Forschung.
- Pfahl, L., Powell, J.W. (2010): Draußen vor der Tür: Die Arbeitsmarktsituation von Menschen mit Behinderung. *aus Politik und Zeitgeschichte*, Jg. 32, H. 23.
- Reims, N., Gruber, S., (2014): Junge Rehabilitanden in der Ausbildung am Übergang in den Arbeitsmarkt. *Rehabilitation*, Jg. 53, H. 6. 376–383.
- Reims, N., Tisch, A., Tophoven, S. (2016): Junge Menschen mit Behinderung: Reha-Verfahren helfen beim Berufseinstieg. IAB-Kurzbericht 07/2016, Nürnberg.
- Statistik der Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) (2016): Statistik der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II, Kinder in Bedarfsgemeinschaften, Dezember 2015, Nürnberg.

Arbeitsmarktübergänge von Jugendlichen mit Behinderung in LTA – Typische Verläufe der Schulabgangskohorte 2008

Reims, N., Schels, B.

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Nürnberg

Hintergrund

Der Erwerb eines beruflichen Bildungsabschlusses ist zentral, um den Zugang zum Arbeitsmarkt zu gewährleisten. Aufgrund fehlender oder niedriger schulischer Zertifikate und gesundheitlicher Benachteiligungen haben Jugendliche mit Behinderung häufig Schwierigkeiten, diesen Zugang zu erhalten. Um den kritischen Übergang von der Schule in den Beruf für junge Menschen mit Behinderungen zu bewältigen, werden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) eingesetzt. Nur wenige Studien beleuchten diesen Übergang (Beyersdorf, Rauch, 2012; Reims, Gruber, 2014; Reims et al., 2016). So bleibt es ungewiss, ob und für wen LTA eine institutionelle Brücke in den Arbeitsmarkt bieten.

Methodik

Die Bundesagentur für Arbeit (BA) finanziert fast vollständig Personen mit Behinderung, die eine Ersteingliederung in den Arbeitsmarkt anstreben. Die administrativen Daten der BA ermöglichen es, den Übergang zwischen Schule, Ausbildung und Beruf vollständig nachzuvollziehen (Reims et al., 2016). Dies gilt für alle Personen in beruflicher Ersteingliederung, die in der Finanzverantwortung der BA liegen. Neben soziodemografischen Informationen und Informationen zur Art der Behinderung, geben die Daten Auskunft über die Art der Schule und die Dauer der Schulzeit, über die Aufnahme beruflicher Rehabilitation und die damit verbundenen Maßnahmenteilnahmen sowie über Erwerbs- und Arbeitslosigkeitszeiten. Im Rahmen der Analyse werden junge Menschen in beruflicher Ersteingliederung betrachtet, die die Schule im Jahr 2008 mit höchstens der mittleren Reife verlassen haben und im gleichen Jahr eine Berufsberatung der BA in Anspruch genommen haben. Vom Ende der Schulzeit werden die Jugendlichen mithilfe von Sequenzmusteranalysen (Abbott, 1995) 66 Monate in ihrer Erwerbsbiografie nachverfolgt.

Ergebnisse

Unter Anwendung eines Optimal-Matching Verfahrens und einer anschließenden Clusteranalyse (Ward Methode) können sechs Cluster erwerbsbiografisch unterschiedlicher Sequenzmuster identifiziert werden. Sie lassen sich in drei Ausbildungscluster und drei nicht-Ausbildungscluster unterteilen. Die drei Ausbildungscluster (60 Prozent) unterscheiden sich in der Art der aufgenommenen Ausbildung. Zu einem großen Teil finden diese Ausbildungen außerbetrieblich statt (45 Prozent); etwa 15 Prozent im betrieblichen Kontext (gefördert und ungefördert). Drei weitere Cluster verweisen auf Personen, die keine berufliche Ausbildung nach Ende der Schule in 2008 aufnehmen. Vielmehr zeigt sich für eine Gruppe der direkte Übergang in eine Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM), die auch im Anschluss an den Berufsbildungsbereich dort fortgesetzt wird. Eine weitere Gruppe findet sich in längeren Arbeitslosigkeitsperioden bzw. in verschiedenen Maßnahmen wieder. Eine letzte Gruppe zeichnet sich durch lange Perioden aus, die keine Aussagen über die jungen Personen zulassen, da keine Sozialversicherungsmeldungen verzeichnet sind.

Diskussion

Die Mitglieder der sechs identifizierten Übergangskluster können mithilfe einer multinomialen logistischen Regression näher beschrieben werden. Im Cluster geförderte betriebliche Ausbildung finden sich häufiger als in den anderen Clustern Personen, die die berufliche Rehabilitation aufgrund einer Beschäftigungsaufnahme beenden. Das Cluster ungeförderte betriebliche Ausbildung umfasst vor allem Personen, die zu Beginn der Betrachtung unter 17 Jahren alt sind und einen allgemein qualifizierenden Schulabschluss aufweisen. Sie haben seltener eine Lernbehinderung bzw. eine geistige oder psychische Behinderung. Im Cluster Berufsvorbereitung plus außerbetriebliche Ausbildung finden sich vergleichsweise häufig Personen mit einer Lernbehinderung. Wohingegen im Cluster WfbM vor allem Personen mit geistiger und psychischer Behinderung identifiziert werden können. Das Cluster Arbeitslosigkeit/Maßnahmekarrieren zeichnet sich vor allem durch Personen aus, die beim Zugang zu LTA einen SGB-II Haushalt bewohnt haben. Schließlich finden sich im Cluster Informationslücken vor allem Frauen, Personen mit geistiger und

psychischer Behinderung, sowie junge Personen, die die LTA aufgrund gesundheitlicher Probleme beenden.

Schlussfolgerungen

Der Übergang von der Schule in den Beruf verläuft für junge Personen mit Behinderungen größtenteils erfolgreich. Allerdings lassen sich mindestens zwei Personengruppen identifizieren, die als problematisch eingestuft werden müssen. Zum einen finden sich Personen, die bereits zu Anfang der LTA aus Armutshaushalten kommen und auch darüber hinaus kontinuierliche Arbeitslosigkeitsperioden zeigen. Zum anderen zeichnet sich eine weitere Personengruppe vor allem durch (erwerbsbezogene) Inaktivität aus, die teilweise durch Krankheit begründet ist.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Literatur

- Abbott, A. (1995): "Sequence Analysis: New Methods for Old Ideas." *Annual Review of Sociology*, 21. 93–113.
- Beyersdorf, J., Rauch, A. (2012): Junge Rehabilitanden zwischen Schule und Erwerbsleben – Maßnahmen der beruflichen Ersteingliederung anhand empirischer Befunde aus der IAB-Panelbefragung der Rehabilitanden 2007 und 2008. IAB-Forschungsbericht. IAB. Nürnberg, IAB. 14/2012.
- Reims, N., Gruber, S. (2014): „Junge Rehabilitanden in der Ausbildung am Übergang in den Arbeitsmarkt.“ *Die Rehabilitation* 53 (6). 376–383.
- Reims, N., Tisch, A., Tophoven, S. (2016): Junge Menschen mit Behinderung: Reha-Verfahren helfen beim Berufseinstieg. IAB-Kurzbericht 07/2016. Nürnberg.

„Arbeit auf Probe?“ – Bedingungskonstellationen für die Verstetigung von Beschäftigungsverhältnissen aus Sicht von Rehabilitand_innen und Arbeitgeber_innen

Feist, M., Ohlbrecht, H.

Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Hintergrund

Die berufliche Integration von Menschen mit Behinderung, z. B. aus einer Situation der Erwerbslosigkeit heraus oder nach Ausbildungs- und Umschulungsabschluss, stellt sich häufig schwierig dar und erweist sich für eine Gruppe von Rehabilitand_innen als besondere Herausforderung. Sie führt nicht selten zur vorzeitigen Beendigung des Arbeitsverhältnisses (v. Kardorff, Ohlbrecht, 2014).

Die von der Universität Magdeburg durchgeführte explorative Kurzstudie untersuchte den Berufseinstieg von Absolvent_innen eines Berufsförderungswerks (BFW). Vor dem Hintergrund unterschiedlicher Verläufe des Übergangs von der Umschulung im BFW in ein Beschäftigungsverhältnis nach der Probezeit, war es Ziel dieser Studie, die Perspektiven von

Rehabilitand_innen und ihren Arbeitgeber_innen zu untersuchen. Dabei waren die strukturellen, ausbildungsbedingten und individuellen Bedingungen für die Verstetigung von Beschäftigungsverhältnissen zu analysieren.

Methode

Die sechsmonatige Studie erfasste zwei Vergleichsgruppen: kaufmännische und handwerkliche Berufe. Im Unterschied zu den kaufmännischen Berufen fanden die Absolvent_innen einer handwerklichen Umschulung erfolgreicher beruflichen Anschluss. Für die Erhebung der Daten wurden 14 episodische Interviews mit Rehabilitand_innen des BFW und Arbeitgeber_innen aus den beiden Vergleichsgruppen geführt. Diese wurden themenzentriert inhaltsanalytisch und fallbezogen ausgewertet (Mayring, 2015). Es konnten vier „matched pairs“, bestehend aus je einer/m Rehabilitand_in und „seiner/m“ Arbeitgeber_in, gebildet werden.

Ergebnisse

Insbesondere die Analyse der „matched pairs“ verweist darauf, dass die unterschiedlichen Passungsverhältnisse zwischen den strukturellen Bedingungen des regionalen Arbeitsmarktes, den betrieblichen Rahmenbedingungen und den Arbeitskulturen in Unternehmen einerseits sowie den Ausbildungskulturen und den individuell erworbenen (berufs)biographischen Kompetenzen über den Erfolg im Übergangsprozess entscheiden.

Aus den Fallanalysen lassen sich folgende Bedingungen für eine gelingende berufliche Integration ableiten:

- Eine berufsbiografisch orientierte Zuweisungspraxis ist Ausgangsbedingung für den Erfolg in der Umschulung und im Beruf.
- Ein hoher fachlicher Spezialisierungsgrad führt zu einer höheren Identifikation mit dem Berufsfeld und zu einer höheren Motivation, sich im Beschäftigungsverhältnis durchzusetzen.
- Die Nutzung sowohl privater als auch institutioneller Beratungs- und Betreuungsangebote ist eine zentrale Voraussetzung, um schwierige Übergangsphasen bewältigen zu können.

Problemkonstellationen, die eine berufliche Eingliederung erschweren sind folgende:

- Prekäre Lebenssituationen, fehlende soziale- und familiäre Unterstützung destabilisieren den Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt.
- Sowohl psychische Belastungen/Erkrankungen als auch akute körperliche Beeinträchtigungen erschweren den Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt.
- Ein ungenügender Theorie-Praxis-Transfer erweist sich als Risikofaktor hinsichtlich der beruflichen Integration.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Bei den Rehabilitand_innen zeigt sich, dass der Übergang in eine Beschäftigung nach der Qualifizierung ein voraussetzungsvoller und eigenständiger Prozess ist, bei dem sie auf

Erfahrungen ihrer beruflichen Biografie, auf neu erworbene Kompetenzen sowie Unterstützungsleistungen zurückgreifen. Die befragten Arbeitgeber_innen waren offen für die Einstellung von Menschen mit Behinderungen. Sie erwarten neben einer fachlichen Qualifikation vor allem Kompetenzen wie Teamfähigkeit und Soft-Skills.

Demnach zielt eine stärkere Berücksichtigung der individuellen Erwerbsbiografie im Prozess der Zuweisung, Ausbildung und im Übergangmanagement auf verbesserte Anschlussmöglichkeiten und -fähigkeiten. Dies gilt gleichermaßen für die Empfehlung Aspekten wie Teamfähigkeit, Soft-Skills, Konflikt- und Problembearbeitungskapazitäten in der Ausbildung einen größeren Stellenwert einzuräumen. Zudem weisen die Ergebnisse darauf hin, die betrieblichen Kooperationen zu intensivieren und die spezifischen Leistungen des BFW herauszustellen.

Darüber hinaus ist dem Wunsch der befragten Absolvent_innen des BFWs sowie der Arbeitgeber_innen nach einem Unterstützungs- und Beratungsangebot durch das BFW auch nach Abschluss der Reha-Maßnahme Rechnung zu tragen.

Förderung: Berufsförderungswerk Hamm

Literatur

Kardorff, E. v., Ohlbrecht, H. (2014): Zugang zum Allgemeinen Arbeitsmarkt für Menschen mit Behinderungen – Bestandsaufnahme und Ergebnisse einer Expertise im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes. *Berufliche Rehabilitation*, 28. 267–287.

Mayring, P. (2015): *Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken* (12. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Fortschreibung von Desintegrationskarrieren statt Förderung beruflicher Wiedereingliederung

Schwarz, B. (1), Specht, T. (2), Bethge, M. (1)

(1) Universität zu Lübeck,

(2) Fachklinik Aukrug der Deutschen Rentenversicherung Nord, Aukrug

Hintergrund

Zur Förderung der beruflichen Wiedereingliederung von Personen mit erhöhtem Frühberentungsrisiko haben sich unter der Bezeichnung ‚Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation‘ (kurz: MBOR) Reha-Programme mit verstärktem Erwerbsbezug etabliert (Streibelt, Buschmann-Steinhage, 2011). Während die im Anforderungsprofil der Deutschen Rentenversicherung (DRV) beschriebenen MBOR-Kernangebote (DRV Bund, 2012) bereits gut umgesetzt werden (Bethge et al., 2014; Bethge et al., 2016), besteht weiterhin Optimierungspotential hinsichtlich einer verstärkten Vernetzung mit Arbeitgebern und deren gezielter Einbindung in den Reha-Prozess. Ziel unserer Studie war die Exploration der Betroffenenperspektive auf eine solche Arbeitgebereinbindung. Es sollte untersucht werden, welche Erfahrungen Personen mit zurückliegender orthopädischer MBOR bezüglich

der Arbeitgebereinbindung gemacht haben, wie sie diese Erfahrungen bewerten und wie sie sich die Arbeitgebereinbindung idealerweise vorgestellt hätten.

Methodik

Es wurden acht Teilnehmende einer orthopädischen MBOR mit bestehendem Beschäftigungsverhältnis ca. vier Wochen nach Reha-Ende telefonisch interviewt. Die leitfadengestützten Interviews wurden aufgezeichnet und anschließend verschriftlicht. Der Leitfaden beinhaltete drei Frageblöcke: 1. Erkrankungsgeschichte und Reha-Zugang, 2. Berufliche Situation vor und nach der Reha, 3. Arbeitgebereinbindung in den Reha-Prozess. Die Auswertung der Interviews erfolgte computergestützt (MAXQDA) mittels inhaltlich-strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse (Schreier, 2015). Dabei wurden zunächst die acht Einzelfälle rekonstruiert und Fallvignetten erstellt, anschließend übergreifende Themen mittels kontrastiver Fallvergleiche identifiziert.

Ergebnisse

Sechs der acht Teilnehmenden waren männlich; das Durchschnittsalter betrug 51 Jahre. Alle Betroffenen hatten unbefristete Beschäftigungsverhältnisse, arbeiteten bis auf eine Ausnahme zuletzt in Vollzeit und übten überwiegend körperliche Tätigkeiten aus. Zu Reha-Beginn waren sie zwischen vier und 16 Monaten arbeitsunfähig. Alle acht Betroffenen wurden arbeitsunfähig aus der Reha entlassen. Sieben von ihnen wurde eine 6-monatige Reha-Nachsorge verordnet. Zum Interviewzeitpunkt waren zwei Betroffene an ihren alten Arbeitsplatz zurückgekehrt, einer nach stufenweiser Wiedereingliederung. Zwei Betroffene hatten Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gestellt. Von den restlichen fünf noch nicht zurückgekehrten Betroffenen hoffte eine Teilnehmende, irgendwann wieder an ihren alten Arbeitsplatz zurückkehren zu können, drei Betroffene wollten sich einen neuen Job suchen und eine Person plante, vorzeitig in Altersrente zu gehen. Eine Arbeitgebereinbindung zur Unterstützung der beruflichen Wiedereingliederung fand bei den interviewten Betroffenen kaum statt. Sie wurde weder von ihnen und ihren Arbeitgebern noch von beteiligten AkteurInnen des Gesundheits- und Sozialsystems gezielt gesucht. So kennzeichneten sich Kontakte zwischen Arbeitnehmern und -gebern größtenteils durch das Überbringen und Entgegennehmen von Krankmeldungen sowie das beiderseitige Abwarten auf die Wiederaufnahme bzw. Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses. Einer gezielten Unterstützung erkrankter Mitarbeiter durch Arbeitgeber scheinen mangelnde betriebliche Möglichkeiten sowie fehlende ökonomische, rechtliche und ethische Anreize entgegenzustehen. Neben der mangelnden Arbeitgebereinbindung, kristallisierten sich zwei weitere Themen heraus: Schnittstellenprobleme im segregierten Gesundheits- und Sozialsystem sowie ungenutzte Möglichkeiten zur Unterstützung beruflicher Wiedereingliederung in der Reha. Da sich auch von den hier beteiligten AkteurInnen wieder Strategien des Abwartens zeigten, wurde eine allseitige Strategie des Abwartens als viertes, querliegendes Thema identifiziert. Fallanalysen und -vergleiche verdeutlichen, wie die benannten Themen Desintegrationskarrieren anstoßen bzw. fortschreiben und Teilhabe in verschiedenen Lebensbereichen gefährden können.

Schlussfolgerung

Um die berufliche Wiedereingliederung von Personen mit erhöhtem Frühberentungsrisiko zu fördern, bedarf es nicht nur einer verbesserten Einbindung von Arbeitgebern, sondern auch der Überbrückung von Schnittstellen im segregierten Gesundheits- und Sozialsystem sowie der bedarfsorientierten und flexiblen Ausschöpfung aller vorhandenen Möglichkeiten zur Unterstützung der Rückkehr. Zielführend könnte hier ein proaktives Wiedereingliederungsmanagement sein, welches sowohl Elemente des Case- als auch des Care-Managements umfasst und dessen Weichen spätestens in der Reha gestellt werden. Für Arbeitgeber sollten weitere Anreize zur Unterstützung erkrankter Mitarbeiter, für die Überbrückung von Schnittstellen verbindliche Regelungen geschaffen werden.

Literatur

- Bethge, M., Löffler, S., Schwarz, B., Vogel, H., Schwarze, M., Neuderth, S. (2014): Gelingt die Umsetzung des Anforderungsprofils zur Durchführung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation? *Die Rehabilitation*, 53. 184–190.
- Bethge, M., Vogel, M., Specht, T., von Bodman, J., Glaser-Möller, N. (2016): Implementierung medizinisch-beruflich orientierter Rehabilitation: Ein Propensity Score gematchter Vergleich zweier Kohorten aus 2012 und 2014. *Die Rehabilitation*, 55. 48–53.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2012): Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung (3. Aufl.) Berlin.
- Schreier, M. (2014): Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. URL: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/rt/printer-Friendly/2043/3635>. Abruf: 01.10.2016.
- 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.

Ressourcenentwicklung in der beruflichen Rehabilitation

Eichert, H.-C.

TERTIA Berufsförderung GmbH, Bonn

Hintergrund

Für die Bewältigung beruflicher Anforderungen sind wahrgenommene Ressourcen von großer Bedeutung. Ihre Verbesserung ist daher ein wichtiges Ziel beruflicher Rehabilitation. Vor dem Hintergrund eines stress- und ressourcentheoretischen Modells wurde untersucht, ob sich im Verlauf beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen wahrgenommene personale, soziale und professionelle Ressourcen, Selbstwirksamkeit und Gesundheitszustand je nach Inhaltlichem Schwerpunkt der Maßnahme (INS) und Zeitpunkt der betrieblichen Integration während der Maßnahme (ZBI) verändern. Befragt wurden RehabilitandenInnen aus Berufsförderungswerken (BfW: Umschulung, späte Integration), betrieblichen Einzelumschulungen (BBU: Umschulung, frühe Integration), Beruflichen Trainingszentren

(BTZ: Training, späte Integration), und ambulanten Integrationsmaßnahmen (ABI: Training frühe Integration). Folgende Fragestellungen standen im Vordergrund:

1. Zeigen sich die theoretisch angenommenen positiven Zusammenhänge zwischen Ressourcen, Kontrolle/Selbstwirksamkeit und Gesundheitsindikatoren an beiden Messzeitpunkten?
2. Zeigen sich (maßnahmespezifische) Veränderungen in der Einschätzung von Ressourcen, Selbstwirksamkeit und Gesundheit?

Methodik

Der Fragebogen für die Untersuchung wurde auf der Basis vorhandener Instrumente (u. a. Abele et al., 2000; Frese, 1989) und einer Expertenbefragung entwickelt und in einer Vorstudie an RehabilitandenInnen und ArbeitnehmernInnen getestet (Eichert, 2014). Er enthält Items zu wahrgenommenen personalen, professionellen und sozialen Ressourcen, Kontrolle/Selbstwirksamkeit und Gesundheitsindikatoren. Zwischen Januar 2014 und Juli 2016 wurden die RehabilitandenInnen mit dem Fragebogen zu Beginn (97 BfW, 17 BBU, 109 BTZ, 48 ABI) und am Ende (53 BfW, 11 BBU, 62 BTZ, 33 ABU) ihrer Maßnahme in online-Befragungen befragt. Die Modellannahmen wurden mit Strukturgleichungsmodellen (lavaan) überprüft. Varianzanalytisch wurden Gruppen- und Messzeitpunktunterschiede untersucht.

Ergebnisse

Modellzusammenhänge

Beide Strukturgleichungsmodelle erfüllten die Kriterien für die globalen Fit-Indices (RMSA 0,046, SRMR 0,034, CFI 0,978; RMSEA 0,078, SRMR 0,039, CFI 0,968). Die Zusammenhänge zwischen Ressourcen (GR), Kontrolle/Selbstwirksamkeit (KSW) und Gesundheit (GSN) entsprachen an beiden Messzeitpunkten den theoretischen Annahmen:

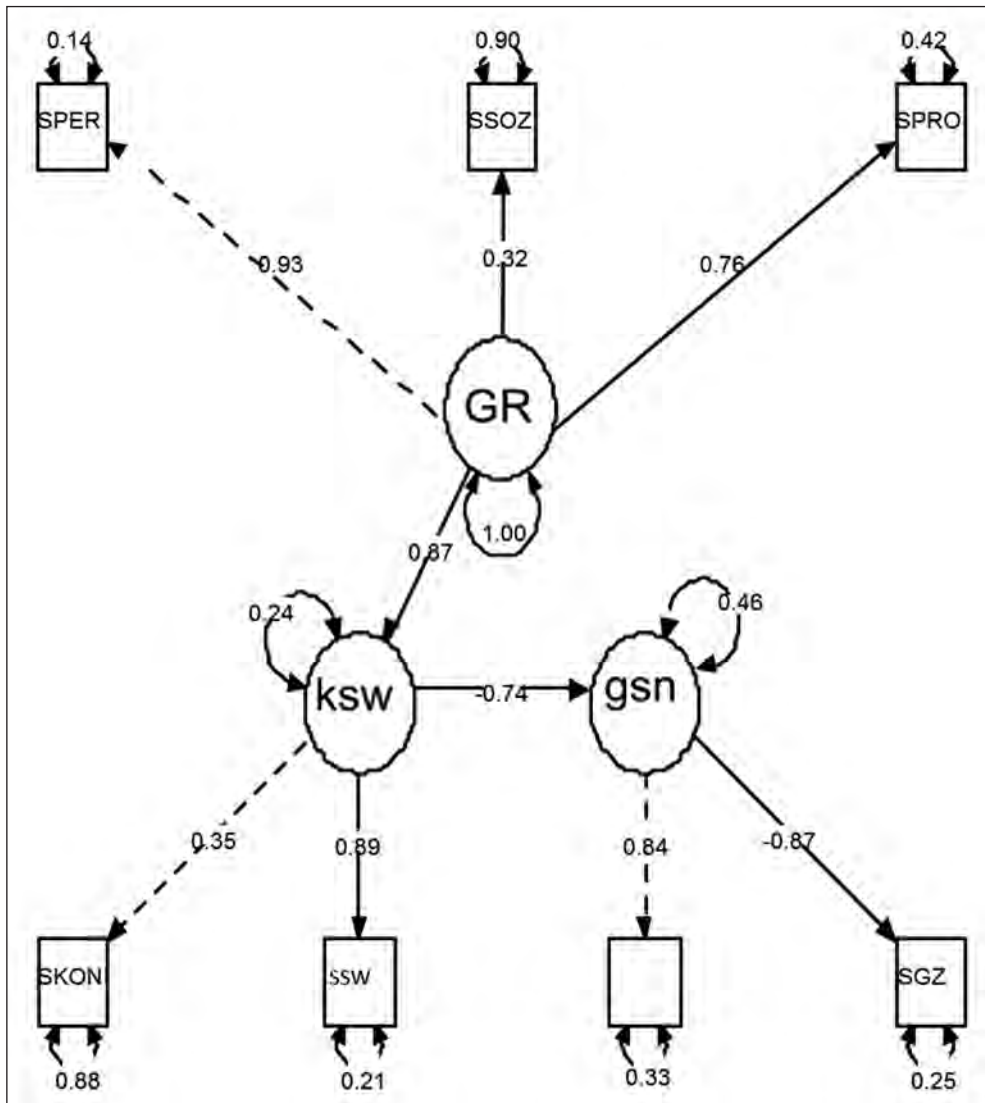


Abb. 1: Strukturgleichungsmodell MZP2

Messzeitpunkt- und Gruppenunterschiede

Die Varianzanalyse wurde mit den Faktoren INS, ZBI und dem Messwiederholungsfaktor durchgeführt. Für diese Analyse lagen 135 vollständige Datensätze von RehabilitandenInnen, deren Berufsziel im Bürobereich lag, vor (50 BfW, 10 BBU, 47 BTZ, 28 ABI). Es zeigten sich signifikante Effekte für den Messwiederholungsfaktor bei Personalen Ressourcen ($f=29,48$, $p<0,001$, $\eta^2=0,184$) (vgl. Abb. 2), Professionellen Ressourcen ($f=19,32$, $p<0,001$, $\eta^2=0,129$) (vgl. Abb. 3), Selbstwirksamkeit ($f=9,43$, $p=0,003$, $\eta^2=0,067$), Belastetheit

($f=23,25$ $p<0,001$, $\eta^2=0,151$) und Allgemeinem Gesundheitszustand ($f=9,28$, $p=0,003$, $\eta^2=0,066$). Die Werte verbesserten sich in der Schlussbefragung.

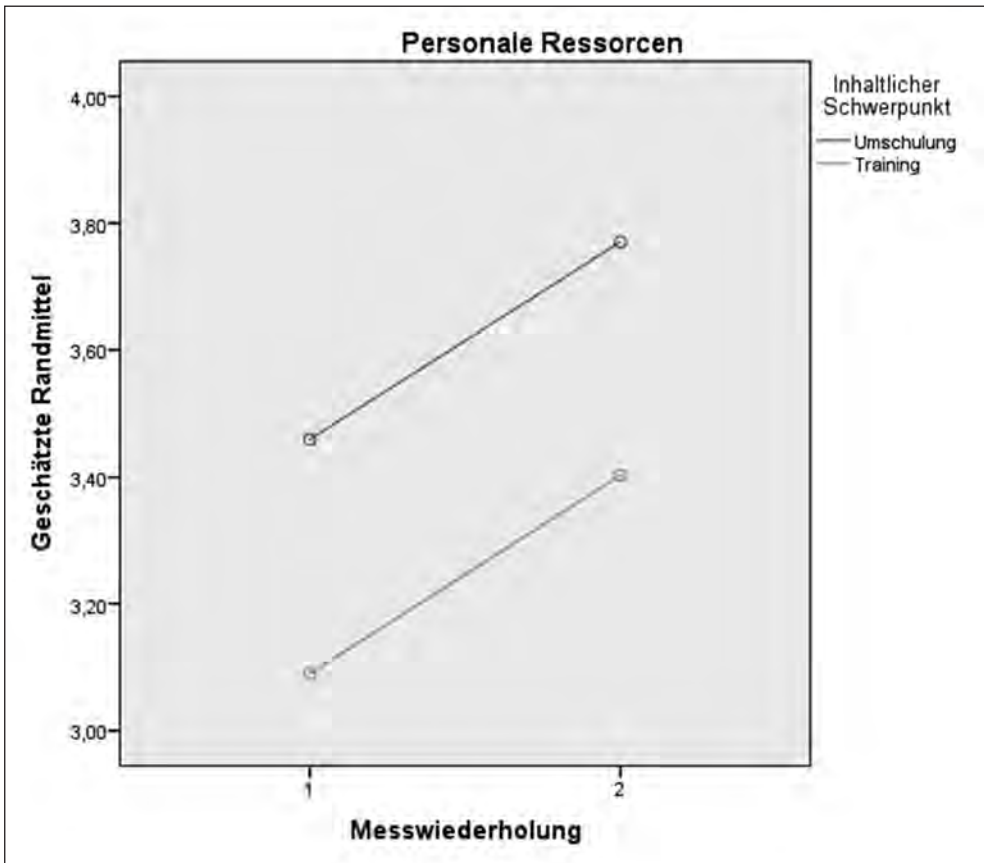


Abb. 2: Personale Ressourcen

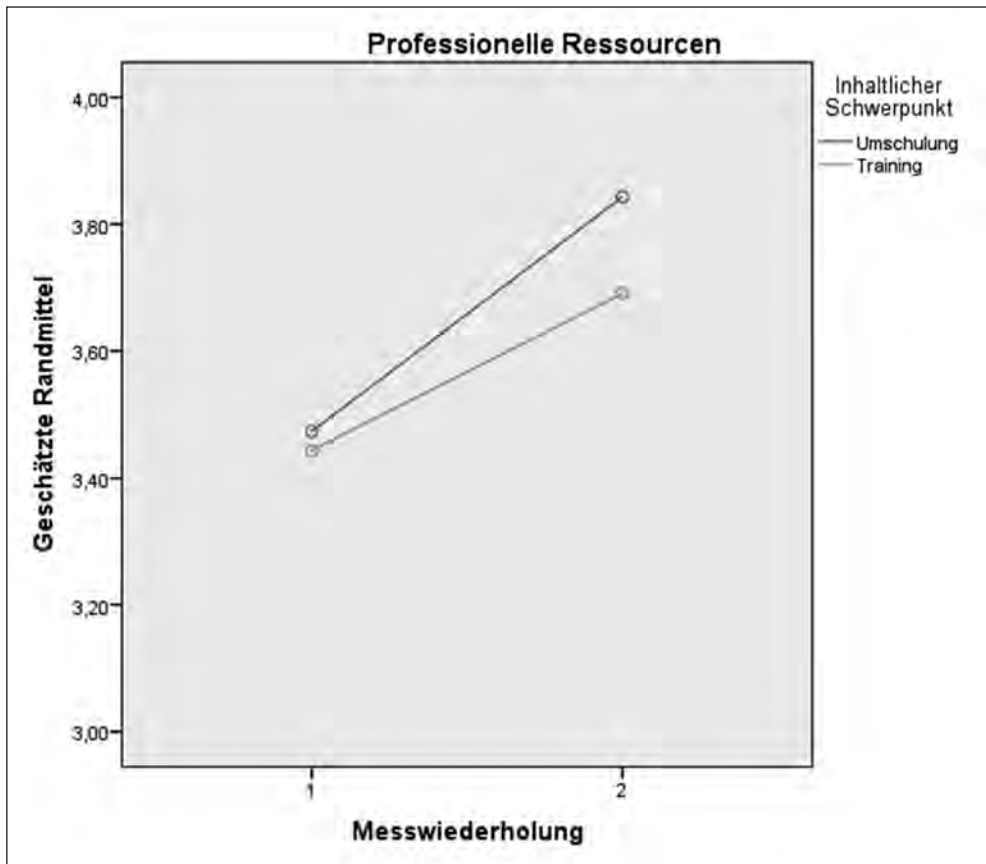


Abb. 3: Professionelle Ressourcen

Bei dem Zwischensubjektfaktor INS zeigten sich signifikante Effekte bei Personalen Ressourcen ($f=13,68$, $p<0,001$, $\eta^2=0,095$), Selbstwirksamkeit ($f=7,47$, $p=0,007$, $\eta^2=0,054$), Belastetheit ($f=5,18$, $p=0,24$, $\eta^2=0,038$) und Gesundheit ($f=5,72$, $p=0,006$, $\eta^2=0,056$). UmschulungsteilnehmerInnen schätzten sich besser ein als Trainingsteilnehmer.

Die Effektstärken waren beim Messwiederholungsfaktor größer als beim Faktor INS. Keine Effekte zeigten der Faktor ZBI und die Interaktionsfaktoren.

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

1. Die Strukturgleichungsmodelle zeigten modellgerechte Zusammenhänge.
2. Zwischen den Messzeitpunkten verbesserten sich Personale und Professionelle Ressourcen, Selbstwirksamkeit, Belastetheit und Gesundheitszustand signifikant über alle Gruppen.
3. Maßnahmespezifische Veränderungen zeigten sich nicht.
4. UmschulungsteilnehmerInnen schätzten sich bei Personalen Ressourcen, Selbstwirksamkeit, Belastetheit und Gesundheit besser ein als TrainingsteilnehmerInnen.

5. Die Messwiederholungseffekte waren stärker als die Zwischengruppeneffekte. Die Ergebnisse legen nahe, dass die Teilnahme an beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen maßnahmeunabhängig mit Verbesserungen bei den wg. Personalen und Professionellen Ressourcen, Selbstwirksamkeit, Gesundheit und Belastetheit verbunden ist.

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.

Eichert, H.-C. (2014): Ressourcenwahrnehmung bei RehabilitandenInnen und ArbeitnehmernInnen – Ergebnisse einer Vorstudie zum Projekt Ressourcenentwicklung in der beruflichen Rehabilitation. DRV-Schriften, 85–87.

Frese, M. (1989): SzSU – Skala zur sozialen Unterstützung am Arbeitsplatz. Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 43 (2). 112–121.

Einflussfaktoren für die Inanspruchnahme unterschiedlicher beruflicher Bildungsleistungen

Schmid, L. (1), Kaluscha, R. (1), Krebs, K. (2), Krischak, G. (1)

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

(2) Berufsförderungswerk Schömburg

Hintergrund

Aufgrund des demografischen Wandels wird es zukünftig immer wichtiger werden, ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) können hierzu einen wichtigen Beitrag leisten. Zu den häufigsten LTAs gehören berufliche Bildungsleistungen, wie Integrationsmaßnahmen, Teilqualifizierungen und Vollausbildungen. Diese unterscheiden sich in Inhalt, Struktur, Dauer, Betreuungsinintensität sowie Kosten deutlich. Eine bedarfsgerechte Zuweisung ist daher zentral. Auf Basis der vorliegenden Untersuchung sollen vor diesem Hintergrund Faktoren identifiziert werden, die für die Inanspruchnahme der unterschiedlichen beruflichen Bildungsmaßnahmen relevant sind.

Methodik

Datengrundlage der Studie bilden Routinedaten (Rehabilitations-Statistik-Datenbasis – RSD 2014) der Rentenversicherung Baden-Württemberg (DRV BW) sowie eines kooperierenden Berufsförderungswerks (BFW), die mittels Pseudonymen datenschutzgerecht verknüpft wurden. In den Analysen wurden ausschließlich Rehabilitanden der DRV BW aus dem kooperierenden BFW, zu denen aus beiden Datenquellen Informationen vorlagen, eingeschlossen. Bei den Analysen wurde jeweils nur die chronologisch erste Bildungsmaßnahme im Untersuchungszeitraum (2008–2013) berücksichtigt. Um Hinweise auf die Bedeutung von Rehabilitandenmerkmalen für die Inanspruchnahme der Bildungsmaßnahmen zu erhalten, wurde eine multinomiale logistische Regression mit der Zielgröße Maßnahmentyp (Integrationsmaßnahme, Teilqualifizierung oder Vollausbildung) durchgeführt.

Ergebnisse

In die Analysen konnten die Daten von 733 Rehabilitanden einbezogen werden. Die meisten Rehabilitanden hatten eine Integrationsmaßnahme (40,3 %) am BFW angetreten. Etwas mehr als ein Drittel der Rehabilitanden durchlief eine Teilqualifizierung (35,7 %), etwas weniger als ein Viertel eine Vollausbildung (24,0 %). Das Durchschnittsalter der Rehabilitanden lag bei 41,7 Jahren, 84,0 % der Teilnehmer waren männlich.

In den Analysen zeigte sich unter anderem ein signifikanter Einfluss des Alters als auch des Geschlechts auf die Inanspruchnahme der verschiedenen Bildungsmaßnahmen. Ältere Rehabilitanden im Vergleich zu jüngeren als auch Frauen im Vergleich zu Männern

nahmen seltener an einer Vollausbildung teil. Neben diesen soziodemografischen Merkmalen erwiesen sich auch „weiche“ Faktoren, wie beispielsweise die gesundheitliche Situation als relevante Einflussfaktoren. Teilnehmer, die ihre gesundheitliche Situation als belastend wahrnahmen, durchliefen seltener eine Vollausbildung als Rehabilitanden, die ihre gesundheitliche Situation als förderlich einschätzten.

Diskussion

Wie diese Analysen zeigen, erweisen sich neben „harten“ soziodemografischen Merkmalen auch „weiche“ Faktoren als zentral für die Inanspruchnahme beruflicher Bildungsleistungen. Im Weiteren ist zu vermuten, dass bei der Inanspruchnahme von LTA-Maßnahmen vielfältigen Wechselwirkungen zwischen unterschiedlichen Faktoren von Bedeutung sind, die das hier dargestellte Modell nur teilweise abzubilden vermag.

Schlussfolgerung und Ausblick

Über die Prozesse der Inanspruchnahme von unterschiedlichen beruflichen Bildungsmaßnahmen liegen bisher nur sehr wenige Informationen vor. Diese Analysen geben einen ersten Einblick welche Rehabilitandenmerkmale auch außerhalb von soziodemografischen Eigenschaften einen Einfluss haben könnten. In weiteren Analysen gilt es nun zu prüfen, welche Teilnehmereigenschaften sich für das Ergebnis von LTA-Maßnahmen als relevant erweisen und inwieweit diese mit den hier identifizierten Merkmalen übereinstimmen. Möglicherweise ergeben sich hieraus Hinweise für die Optimierung von Zuweisungsprozessen in der beruflichen Rehabilitation.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Instrumente für die Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation: Vertiefte Analyse und Zuordnung zum bio-psycho-sozialen Modell der WHO

Wenzel, T.-R. (1), Morfeld, M. (1), Ommert, J. (2), Schubert, M. (3)

(1) Hochschule Magdeburg-Stenda, (2) Hochschule Fulda,

(3) Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V., Frankfurt

Hintergrund

Der Gesetzgeber fordert in § 10 Abs. 1 SGB IX eine funktionsbezogene Feststellung des individuellen Bedarfs voraussichtlich erforderlicher Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Der Begriff „Funktionsbezogen“ verweist auf das Konzept der Funktionsfähigkeit, welches Bestandteil der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) ist. Vorhandene Instrumentarien zur Erkennung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe sind unter Nutzung der Möglichkeiten des bio-psycho-sozialen Modells der ICF weiterzuentwickeln und, wo möglich, trägerübergreifend zu vereinheitlichen (BAR, 2014). Aktuell werden in der beruflichen Rehabilitation über 429 unterschiedliche Instrumente im Kontext der Ermittlung von Teilhabebedarf eingesetzt (Schubert et al., 2014), deren Bezug zum der ICF zugrundeliegenden bio-psycho-sozialen Modell der WHO

weitestgehend ungeklärt ist. Es liegen zwar teilweise Arbeiten vor, in denen eine Zuordnung von z.B. Assessmentinstrumenten zum bio-psycho-sozialen Modell erfolgte (Tate et al., 2013) bzw. aufgezeigt wurde (Buchholz et al., 2015), doch für die Gesamtheit der in Deutschland verwendeten Instrumente zur Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation sind diese nicht ausreichend. In einem Teilbereich des Projekts „b3- Basiskonzept für die Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation“ werden diese Instrumente aktuell u. a. hinsichtlich ihrer Bezüge zum bio-psycho-sozialen Modell untersucht.

Methodik

Es wurde eine Kategorisierung der zur Bedarfsermittlung eingesetzten Instrumente entwickelt, die die Spezifika dieser Instrumente hinsichtlich ihrer Funktion an verschiedenen Stellen des Bedarfsermittlungsprozesses berücksichtigt. Auf der Grundlage dieser Kategorisierung erfolgt anhand jeweils unterschiedlicher methodischer Zugänge aktuell eine vertiefte Analyse der Instrumente hinsichtlich ihrer Spezifika, ihrer Nutzung in der Praxis und der Passung der erfassten Parameter zum bio-psycho-sozialen Modell der WHO. Dazu werden in einem ersten Schritt anhand eines eigens dafür entwickelten Onlinefragebogens u. a. Experten von Leistungserbringern aus allen relevanten Bereichen der beruflichen Rehabilitation befragt. Darauf aufbauend werden die Ergebnisse im Rahmen von Arbeitsgruppen validiert.

Ergebnisse

Die vertiefte Analyse der o. g. 429 Instrumente/Verfahren ergibt wesentliche Differenzierungserfordernisse. So finden sich einerseits eng abgegrenzte Instrumente mit engem Zielfokus und dabei oft psychometrischer Ausrichtung (z. B. Intelligenz- und Aufmerksamkeitstests) andererseits sind z. B. Instrumente mit „bündelndem Charakter“ zu differenzieren, deren Inhalte sich aus verschiedenen Quellen speisen. Entsprechend bilden sich die Instrumente unterschiedlich in den Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells ab. Im Rahmen eines Expertenkonsensverfahrens konnten aber auch einige aus der Praxis heraus benannte Instrumente ausgeschlossen werden.

Bei den psychometrischen Instrumenten konnten bislang ca. 90 Instrumente anhand ihres Zielparameters bzw. des gemessenen Konstruktes den Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells zugeordnet werden. Die meisten der analysierten Instrumente erheben ein homogenes Konstrukt (z. B. Aufmerksamkeit), andere beinhalten verschiedene Konstrukte im Rahmen einer „Testbatterie“, z. B. Berufseignung. Arbeitsmethodisch erfolgt die Test-Analyse anhand des dem Test zugrundeliegenden Konstruktes (vgl. Tate et al., 2013) welches den Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells unter Berücksichtigung der Kapitelgliederung der ICF zugeordnet wird. Zielstellung des Ansatzes ist es, eine Instrumentendatenbank aufzubauen, die neben systematisierten Informationen zum Instrument (z. B. Entwickler, Zielgruppe, Durchführungsinformationen) eine Zuordnung der Testergebnisse zum bio-psycho-sozialen Modell unterstützt. Die Analyse zeigt, dass der Aufbau einer solchen Datenbank mit psychometrischen Instrumenten besser gelingt, als bei nicht-psychometrischen Instrumenten.

Fazit

Soll in Bezug auf die Bedarfsermittlung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben die strukturierte Nutzung der Potenziale des bio-psycho-sozialen Modells in den Handlungsprozessen bei Leistungsträgern und -erbringern ermöglicht werden (Konzeptebene), ist dies nicht ohne Einbezug eingesetzter Mittel der Bedarfsermittlung, sprich Instrumente und Verfahren, denkbar (Instrumentenebene). Die hier dargestellte Analyse und Zuordnung der in der Bedarfsermittlung eingesetzten Instrumente zum bio-psycho-sozialen Modell soll zukünftig eine systematische Auswahl von Instrumenten für eine umfassende und funktionsbezogene Bedarfsermittlung nach Maßgabe des SGB IX ermöglichen.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

Literatur

- Buchholz, A., Spies, M., Brütt, A. (2015): ICF-basierte Messinstrumente zur Bedarfserfassung und Evaluation in der Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen—ein systematisches Review. *Die Rehabilitation*, 54 (03). 153–159.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2014): Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess. Frankfurt am Main.
- Schubert, M., Penstorf, C., Seel, H., Morfeld, M., Bade, S., Jonßon, L., . . . Robinson, K. (2014): Prüfung von aktuellem Stand und Potential der Bedarfsermittlung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unter Berücksichtigung der ICF. Abschlussbericht. Frankfurt. Verfügbar unter: http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/Startseite/Abschlussbericht_end_x.pdf.
- Tate, R.L., Godbee, K., Sigmundsdottir, L. (2013): A systematic review of assessment tools for adults used in traumatic brain injury research and their relationship to the ICF. *NeuroRehabilitation*, 32 (4), 729–750. doi: 10.3233/nre-130898.
- Bedarfsermittlung und Teilhabeprognose in beruflicher Rehabilitation und vernetzten Rehabilitationsstrategien

ICF-orientierte Fragebögen zur Erfassung erwerbsbezogener Funktionsfähigkeit – Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche

Sternberg, A., Bethge, M.

Universität Lübeck

Hintergrund

Die Erhebung erwerbsbezogener Funktionsfähigkeit dient im Rahmen der beruflichen Rehabilitation der Identifizierung von Bedarfslagen. Ein an der „International Classification of Disability, Functioning and Health“ (ICF) orientiertes Rahmenkonzept zur Beschreibung erwerbsbezogener Funktionseinschränkungen wurde von AlHeresh und Keysor vorgestellt (AlHeresh, Keysor, 2015). Das „Work Activity and Participation Outcome Framework“ beschreibt zwei Komponenten erwerbsbezogener Funktionseinschränkungen: Einschränkungen in der Durchführung konkreter erwerbsbezogener Aufgaben („work activity limitations“) und erlebte Folgen eingeschränkter erwerbsbezogener Aufgabenerfüllung („work

participation restrictions“). Ziel der systematischen Literaturrecherche war es, ICF-orientierte Fragebögen zur Erhebung erwerbsbezogener Funktionsfähigkeit zu identifizieren, den von AlHeresh und Keysor benannten Komponenten des „Work Activity and Participation Outcome Framework“ („work activity limitations“ und „work participation restrictions“) zuzuordnen und näher zu beschreiben.

Methodik

In den Datenbanken PubMed und Web of Science wurde eine systematische Literaturrecherche mit den Hauptsuchbegriffen „International Classification of Functioning, Disability and Health“, „Questionnaire“ und „Work Functioning“ bzw. „Work Disability“ und entsprechenden Synonymen durchgeführt. Die Suche wurde auf deutsch- und englischsprachige Volltexte beschränkt, die im Zeitraum von 2001 bis einschließlich Oktober 2015 veröffentlicht wurden. Eingeschlossen wurden Fragebögen für Personen im erwerbsfähigen Alter. Eingeschlossene Fragebögen wurden bei Personen mit Muskel-Skelett-Erkrankungen eingesetzt, da diese Personengruppe die mit Abstand größte Teilgruppe im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe darstellt, oder waren krankheitsübergreifend. Ausgeschlossen wurden ICF Core Sets oder ICF Checklisten. Eingeschlossen wurden ausschließlich Fragebögen, die sowohl einen klaren Bezug zur ICF als auch einen Erwerbsbezug aufwiesen. Ein Erwerbsbezug des Fragebogens wurde festgestellt, wenn wenigstens einer der beiden Komponenten „work activity limitations“ oder „work participation restrictions“ des „Work Activity and Participation Outcome Framework“ abgedeckt wurde. Die identifizierten erwerbsbezogenen Fragebögen wurden hinsichtlich ihres inhaltlichen Fokus drei Gruppen zugeordnet: Fragebögen zur Erfassung von Einschränkungen in der Durchführung konkreter erwerbsbezogener Aufgaben („work activity limitations“), Fragebögen zur Erfassung erlebter Folgen eingeschränkter erwerbsbezogener Aufgabenerfüllung („work participation restrictions“) und Fragebögen mit der Berücksichtigung beider Aspekte. Alle identifizierten erwerbsbezogenen Fragebögen wurden anhand einer Matrix bestehend aus den Komponenten Zielkriterium, Itemanzahl, Dimensionen, ICF-Orientierung und Sprache bzw. Übersetzungen beschrieben.

Ergebnisse

Die Suchstrategie führte zu 1.288 Treffern. Es wurden 16 Fragebögen zur Erfassung erwerbsbezogener Funktionsfähigkeit identifiziert und beschrieben. Auf Grundlage der Zuordnung zu den Komponenten des „Work Activity and Participation Frameworks“ ergaben sich folgende Gruppen: vier Instrumente konnten dem Erfassen konkreter erwerbsbezogener Aufgaben zugeordnet werden (u. a. Work Role Functioning, Work Rehabilitation Questionnaire), sieben Instrumente befanden sich in der Gruppe zur Erfassung erlebter Folgen eingeschränkter erwerbsbezogener Aufgabenerfüllung (u. a. Stanford Presentism Scale, Health Work Questionnaire) und fünf Instrumente berücksichtigten beide Komponenten (u. a. Work Limitation Questionnaire, Skalen zur Erfassung der Funktionsfähigkeit im Beruf). Die größte Gruppe der identifizierten Fragebögen erfasste erlebte Folgen eingeschränkter erwerbsbezogener Aufgabenerfüllung insbesondere in Form von Präsentismus bzw. Absentismus. Die zahlenmäßig kleinste Gruppe beinhaltete Fragebögen, die sowohl Ein-

schränkungen in der Durchführung konkreter erwerbsbezogener Aufgaben als auch erlebte Folgen dieser Einschränkungen erfassten.

Diskussion

Es ist zu berücksichtigen, dass sich die Ergebnisse auf Fragebögen beschränken, die sich auf Grundlage des „Work Activity and Participation Outcome Framework“ mindestens einer der benannten Komponenten erwerbsbezogener Funktionsfähigkeit („work activity limitations“ und „work participation restrictions“) zuordnen ließen. Die Bedeutung der beschriebenen Komponenten „work activity limitations“ und „work participation restrictions“ für die Bedarfsermittlung von erwerbsbezogener Funktionsfähigkeit im Kontext der beruflichen Rehabilitation ist näher zu untersuchen.

Schlussfolgerungen

Mittlerweile existiert eine Vielzahl von Instrumenten, die eine ICF-orientierte Erfassung erwerbsbezogener Funktionsfähigkeit erlaubt. Vor einer Neu- und Eigenentwicklung von Instrumenten sollte die Übersetzung bestehender Instrumente geprüft werden, um dem mit der Implementierung der ICF einhergehendem Ziel international vergleichbarer Datenerfassung näher zu kommen.

Literatur

AlHeresh, R.A., Keysor, J.J. (2015): The Work Activity and Participation Outcomes Framework: a new look at work disability outcomes through the lens of the ICF. *International Journal of Rehabilitation Research*, 38 (2). 107–112.

Was sagt das Return to Work ein Jahr nach Ende einer beruflichen Bildungsleistung über die längerfristige berufliche Teilhabe aus?

Hetzel, C. (1), Streibelt, M. (2)

(1) Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH,
Deutsche Sporthochschule Köln, (2) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Hintergrund

Das Return to Work (RTW) ist das zentrale Erfolgskriterium von beruflichen Bildungsleistungen (Streibelt, Egner, 2012). Es ist meist darüber operationalisiert, ob eine Person versicherungspflichtig arbeitet. Es ist bis auf wenige Ausnahmen (Kaluscha et al., 2015; Bethge, Streibelt, 2015; Schellberg et al., 2013) aber kaum untersucht, wie hoch die erzielten Einkommen sind. Fraglich ist darüber hinaus, wie diese Einkommen mit dem gewählten RTW-Kriterium assoziiert sind. Als relativ vorteilhaft hat sich das RTW zum Zeitpunkt nach 12 Monaten erwiesen: es ist insbesondere einfach zu erheben und ein guter Prädiktor für das 24- bzw. 36-monatige RTW (eigene Berechnungen). Anhand des Scientific Use File (SUF) „Abgeschlossene Rehabilitation im Versicherungsverlauf 2002 2009“ (Quelle: FDZ-RV, SUFRSDLV09B) soll beantwortet werden, wie hoch das Jahreseinkommen aus versicherungspflichtiger Beschäftigung im ersten, zweiten und dritten Jahr nach Abschluss der

Maßnahme ist. Dabei soll nach Maßnahmeart (Integrationsleistungen (IN), Teilqualifizierungen (TQ), Vollqualifizierungen (VQ)) und nach dem genannten RTW-Kriterium differenziert werden.

Methodik

Aus dem SUF wurden die Personen eingeschlossen, die von 2002 bis 2006 eine berufliche Bildungsleistung von mindestens 43 Tagen Dauer absolviert haben und deren Jahreseinkommen aus versicherungspflichtiger Beschäftigung sowie der Wohnort bekannt war (n=36.745). Sämtliche Jahreseinkommen wurden mit einem jährlichen Zins von 2 % auf das Jahr 2009 linear aufgezinst, um Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Der Anteil der Personen mit 0,- EUR Jahreseinkommen war in allen Jahren so deutlich (>37 %), dass jeweils eine mehrgipflige Verteilung vorlag. Daher wurden im ersten Schritt die Einkommen >0,- EUR kovarianzanalytisch unter Kontrolle zentraler Prädiktoren der Individual- und Kontextebene (Hetzl, Streibelt, 2016) geschätzt. Im zweiten Schritt wurde der Anteil der Personen mit 0,- EUR Jahreseinkommen mittels logistischer Regression für dieselben Prädiktoren adjustiert. Im dritten Schritt wurden diese Zwischenergebnisse multiplikativ verbunden (siehe Abbildung 1).

Ergebnisse

Im ersten Jahr waren die Einkommensunterschiede zwischen den verschiedenen Bildungsleistungen relativ gering, dann zunehmend deutlicher. Dabei waren VQ den TQ und letztere den IN überlegen. Bei Personen, die das RTW-Kriterium erfüllten, waren die Einkommen nach VQ am höchsten und im Verlauf recht stabil. Die Einkommen nach TQ und IN sanken dagegen über die Jahre. Bei Personen, die das RTW-Kriterium nicht erfüllten, wuchsen die Einkommen über die Jahre deutlich und erreichten im dritten Jahr bei VQ etwa 40 % und bei den anderen Maßnahmearten etwa 30 % der Einkommen, die Personen mit erfolgreichem RTW erzielten.

Diskussion

Die Einkommensbetrachtung deutet auf eine höhere Nachhaltigkeit der VQ gegenüber IN hin. Demgegenüber ist der Unterschied von VQ zu TQ angesichts der teils überlappenden Konfidenzintervalle geringer bis nicht vorhanden. Letzteres deckt sich mit der Untersuchung von Bethge und Streibelt (2015). Darüber hinaus ist die Analyse ein überzeugender Beleg für die Validität der zeitpunktbezogenen RTW-Messung nach 12 Monaten. Die Einkommen unterscheiden sich auch nach drei Jahren noch erheblich.

Aus sozialpolitischer Sicht könnte eine Gegenüberstellung der Einkommen bzw. der damit verbundenen Steuerrückflüsse und den eingesetzten Kosten für die Maßnahmen interessant sein. Kostenabschätzungen für berufliche Bildungsleistungen liegen teilweise vor (z. B. Schellberg et al., 2013), so dass die Effizienz beurteilt werden könnte.

Schlussfolgerungen

Die Analysen zeigen, dass (1) das RTW zum Zeitpunkt nach 12 Monaten auch längerfristig den Erfolg differenziert, dass (2) die Jahreseinkommen eine sinnvolle qualitative Erweiterung

nung des RTW sind und dass (3) dabei insbesondere nach Maßnahmeart unterschieden werden sollte.

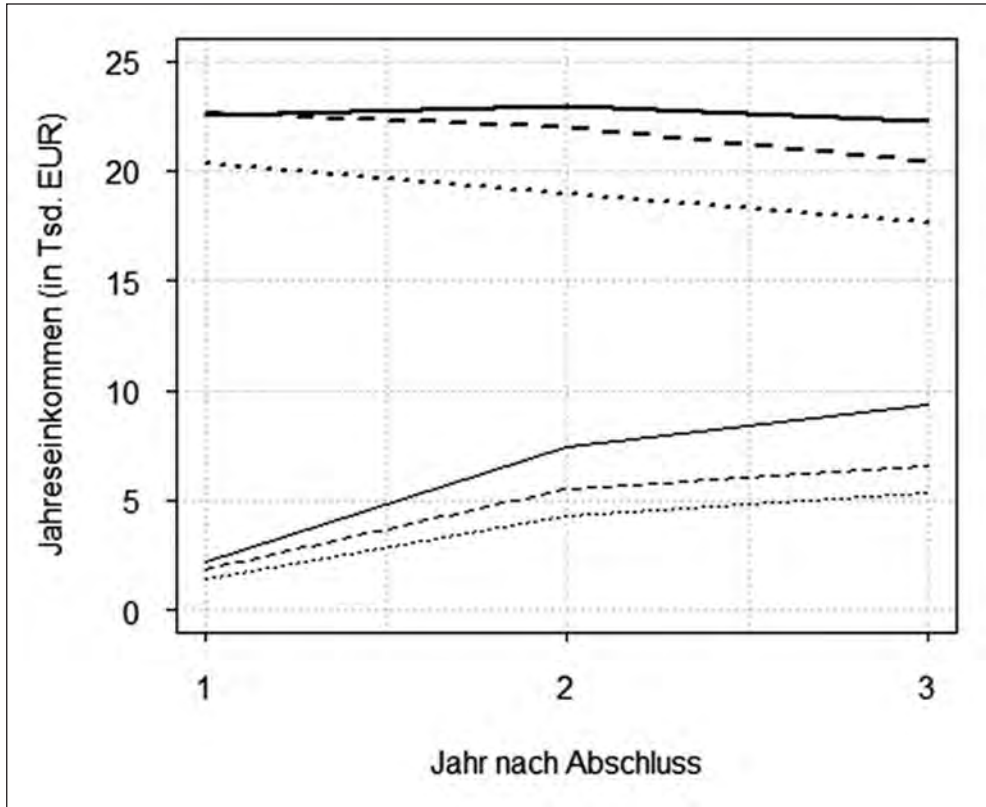


Abb. 1: Entwicklung des Jahreseinkommens nach Maßnahmeart (VQ = durchgezogen, TQ = gestrichelt, IN = gepunktet) und RTW zum Zeitpunkt nach 12 Monaten (ja = dick, nein = dünn); Datengrundlage FDZ-RV – SUFRSDLV09B; Methodik siehe Text.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Bethge, M., Streibelt, M. (2015): Sind Vollqualifizierungen wirklich besser als Teilqualifizierungen? Ergebnisse einer Propensity-Score-gematchten Analyse. DRV-Schriften, Bd 107. 64–66.
- Hetzel, C., Streibelt, M. (2016): Hängt die berufliche Wiedereingliederung nach beruflichen Bildungsleistungen vom Arbeitsmarkt ab? Ergebnisse von Mehrebenen-Analysen auf Basis von Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung. Die Rehabilitation, 55. 290–298.
- Kaluscha, R., Schmid, L., Krischak, G. (2015): Vergleich der Teilnehmer unterschiedlicher Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. DRV-Schriften, Bd 107. 72–73.

- Schellberg, K., Wagner, B., Gebauer, S., Hörnlein, E. (2013): Berufliche Reha lohnt sich. Messung der gesellschaftlichen Wirkung von Reha-Maßnahmen mit dem Social Return on Investment. DRV-Schriften, Bd 101. 127–128.
- Streibelt, M., Egner, U. (2012): Eine Meta-Analyse zum Einfluss von Stichprobe, Messmethode und Messzeitpunkt auf die berufliche Wiedereingliederung nach beruflichen Bildungsleistungen. Die Rehabilitation, 51. 398–404.

Zum Einfluss des Arbeitsmarktes bei beruflichen Bildungsleistungen auf die wissenschaftliche Evidenz und Qualitätssicherung

Streibelt, M. (1), Hetzel, C. (2)

(1) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin, (2) Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH, Deutsche Sporthochschule Köln

Hintergrund

Der Einfluss des regionalen Arbeitsmarktes auf das Return to Work (RTW) nach beruflichen Bildungsleistungen galt als widersprüchlich (Streibelt, Egner, 2013). Jüngere Arbeiten wiesen auf einen solchen Einfluss hin (z. B. Hetzel, 2015; Kaluscha et al., 2013), waren aber regional, zeitlich oder in Bezug auf die Maßnahmeart begrenzt. Diese Limitationen wurden mit Analysen auf Basis des Scientific Use File (SUF) „Abgeschlossene Rehabilitation im Versicherungsverlauf 2002 2009“ (Quelle: FDZ-RV, SUFRSDLV09B) überwunden. Es konnte gezeigt werden, dass der regionale Arbeitsmarkt ein erheblicher Einflussfaktor auf das RTW ist und dass die Wirkung von Personenmerkmalen bei schlechten Arbeitsmarktbedingungen größer ist (Streibelt, Hetzel, 2016). Die hier vorliegende Arbeit thematisiert die Auswirkungen dieser Effekte auf die wissenschaftliche Evidenz sowie die externe Qualitätssicherung.

Methodik

Aus dem SUF wurden Personen eingeschlossen, die von 2002 bis 2008 eine berufliche Bildungsleistung von mindestens 43 Tagen Dauer absolviert haben und deren Wohnort bekannt ist (n=51.626 in n=7 Jahrgangskohorten). Auf Ebene der Personen wurden u.a. die als evident identifizierten Merkmale (Streibelt, Egner, 2013) verwendet. Auf Ebene der kreisfreien Städte und Landkreise (n=412) wurden Daten zur Arbeitslosigkeit und zur Wirtschaftsstruktur operationalisiert. Zielkriterium war das zeitpunktbezogene RTW nach 12 Monaten. Es wurde ein logistisches Regressionsmodell mit drei Ebenen geschätzt (Hetzel, Streibelt, 2016).

Zur Simulation unterschiedlich adjustierter RTW-Quoten wurde ein Ein-Ebenen-Modell ohne Arbeitsmarkteinfluss geschätzt. Um die Auswirkungen des Arbeitsmarktes deutlich zu machen, wurden in beiden Modellen exemplarisch für den Abschlussjahrgang 2005 die Erwartungswerte der regionalen RTW-Quoten ermittelt und verglichen. Um Ausreißer zu minimieren, wurden nur kreisfreie Städte und Landkreise mit mindestens 40 Beobachtungen betrachtet.

Ergebnisse

49 % der Personen nahmen an einer Vollqualifizierung (VQ), 39 % an einer Integrationsleistung (IN) und 12 % an einer Teilqualifizierung (TQ) teil. Das mittlere RTW über alle Kohorten lag bei 47 %, variierte aber zwischen den Leistungsarten (VQ 53 %, TQ 47 %, IN 39 %) und den Abschlussjahrgängen (41–54 %). Auf der Kontextebene war die logarithmierte Arbeitslosenquote am bedeutsamsten (OR=0,62, für weitere Ergebnisse des „Arbeitsmarktmodells“ siehe Hetzel und Streibelt (2016)).

In die Modellsimulation flossen Angaben von 45 Landkreisen ein. Es zeigte sich, dass die geschätzten regionalen RTW-Quoten inklusive der Arbeitsmarktadjustierung von den real beobachteten um bis zu 10 % Punkte (–8 bis +10 %-Punkte) abweichen. Das Modell ohne Arbeitsmarktadjustierung führt zu Abweichungen von bis zu 18% Punkten (–18 bis +15). Vergleicht man die Erwartungswerte der beiden Modelle untereinander, so werden Differenzen von bis zu 10 %-Punkte (–5 bis +10 %-Punkte) beobachtet, wobei das nur an Personenmerkmalen adjustierte Modell eher zu einer Überschätzung der RTW-Quoten führt.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse verweisen auf die Arbeitsmarktsensibilität des Erfolges beruflicher Bildungsleistungen. Die Modellrechnungen stellen dabei die Konsequenzen für Forschung und Qualitätssicherung heraus. Folgende Annahmen werden formuliert:

1. In Übersichtsarbeiten zu den Einflussfaktoren auf den Erfolg beruflicher Reha-Leistungen könnte die Evidenzbewertung durch die in den integrierten Studien unterschiedlichen Arbeitsmarktbedingungen verzerrt werden.
2. In Wirksamkeitsstudien könnten bestimmte günstige oder ungünstige Arbeitsmarktsituationen die Effekte von Rehabilitationsleistungen maskieren.
3. Benchmarks zwischen Einrichtungen ohne Berücksichtigung des Arbeitsmarktes könnten zu verzerrten Ergebnissen und damit unfairen Vergleichen führen.

Die Annahmen sollten sowohl forschungsmethodisch als auch in der Qualitätssicherung eine weitere intensive Auseinandersetzung finden. Aus unseren Erkenntnissen lässt sich ableiten, dass eine statistische Auswertung von Erfolgsquoten im Anschluss an Rehabilitationsleistungen ohne eine Kontrolle der Arbeitsmarktsituation grundsätzlich zu hinterfragen ist.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

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

Literatur

- Hetzel, C., Streibelt, M. (2016). Hängt die berufliche Wiedereingliederung nach beruflichen Bildungsleistungen vom Arbeitsmarkt ab? Ergebnisse von Mehrebenen-Analysen auf Basis von Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung. *Die Rehabilitation*, 55. 290–298.
- Hetzel, C. (2015): Mehrebenenanalysen zu Arbeitsmarkt und Wiedereingliederung nach beruflichen Bildungsleistungen. *Die Rehabilitation*, 54. 16–21.

- 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.
- Streibelt, M., Egner, U. (2013): Eine systematische Übersichtsarbeit zu den Einflussfaktoren auf die berufliche Wiedereingliederung nach beruflichen Bildungsleistungen. Die Rehabilitation, 52. 111–118.
- Streibelt, M., Hetzel, C. (2016): Einflussfaktoren auf die Wiedereingliederung nach beruflichen Bildungsleistungen – Stärkung der Evidenz. DRV-Schriften, Bd 109. 287–290.

Welche Anforderungen haben verschiedene Stakeholder an einen Präventionsmanager? – Eine qualitative Analyse

Dejonghe, L., Biallas, B., Froböse, I., Schaller, A.

Deutsche Sporthochschule Köln

Hintergrund

Durch das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (PrävG) wird die Bedeutung von Prävention betont und die Notwendigkeit trägerübergreifender Präventionskonzepte gesetzlich verankert. Neben den Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKVen) bieten auch die Rentenversicherungsträger vermehrt Präventionsmaßnahmen an.

Der Leitfaden „Präventionsleistungen der Rentenversicherungsträger im Rheinland“ (DRV Rheinland, 2013) bietet die konzeptionelle Grundlage für ein trägerübergreifendes Präventionskonzept. Die multimodale Maßnahme richtet sich an Arbeitnehmer/innen mit Risikofaktoren und hat die Förderung eines gesundheitsorientierten Lebensstils zum Ziel. Die Durchführung erfolgt in Kooperation zwischen den Rentenversicherungsträgern sowie kooperierenden Betrieben und GKVen. Dabei finanziert der Rentenversicherungsträger eine ambulante Leistung, welche in zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen stattfindet. Diese Leistung besteht aus einer dreitägigen Initialphase, einer 16-wöchigen Trainingsphase und einem „Refreshertag“ nach zehn Monaten. Kooperierende GKVen finanzieren ergänzend den Einsatz eines/einer Präventionsmanagers/in, welcher/e die Teilnehmer/innen während der gesamten Maßnahme begleitet (DRV Rheinland, 2013).

Da die Rolle des/der Präventionsmanagers/in im Rahmen der Intervention von großer Bedeutung ist und es bisher keine einheitlichen Standards für die Arbeit eines/einer Präventionsmanagers/in gibt, ist das Ziel der vorliegenden Studie, die Anforderungen an einen/e Präventionsmanager/in aus Perspektive verschiedener Stakeholder zu untersuchen.

Methodik

Mit 14 Vertretern/innen verschiedener Interessensgruppen der Präventionsleistung wurden semi-strukturierte Leitfadeninterviews geführt. Beteiligte Interessensgruppen sind Präventionsmanager/innen, Teilnehmer/innen, Therapeuten/innen und Geschäftsführer/innen der Rehabilitationseinrichtungen, Mitarbeiter/innen der Personalabteilung der Betriebe sowie Betriebsärzte und Vertreter/innen der Sozialversicherungsträger. Die Fragen des leitfadengestützten Interviews konzentrierten sich auf die Ziele und Aufgaben, Themenschwerpunkte, Kenntnisse und Kompetenzen, Qualifikation und Ausbildung sowie die Arbeitsweise des/der Präventionsmanagers/in. Die Interviews wurden aufgezeichnet (n=11), transkribiert und strukturiert inhaltsanalytisch mithilfe der Software MAXQDA 12 ausgewertet (Kuckartz, 2014).

Ergebnisse

Die am häufigsten genannten Ziele und Aufgaben eines/einer Präventionsmanager/in waren die Motivation der Teilnehmer/innen zu einer nachhaltigen Lebensstiländerung sowie die Bindung an das Programm. Er/sie sollte als Interessensvertretung der Teilnehmer/innen und Bindeglied zwischen den Interessengruppen fungieren. Weiterhin gehört es zu seinen/ihren Aufgaben die Gruppendynamik zu fördern. Er/sie sollte die Themenschwerpunkte Bewegung, Ernährung, Entspannung/Stress und Sucht behandeln. Bezüglich der Kenntnisse und Kompetenzen wurden vor allem Soft-Skills, d. h. persönliche, methodische und soziale Kompetenzen, wie Authentizität, Problemlösekompetenz und Empathie, aufgeführt. Als mögliche Qualifikationen wurden Ausbildungen aus den Bereichen Bewegung, Ernährung, und Psychologie oder eine pädagogische Ausbildung genannt. Nicht für alle Interviewpartner/innen sollte der/die Präventionsmanager/in eine bestimmte berufliche Profession vorweisen. Es wurde der Bedarf an einer speziellen (Zusatz-) Ausbildung bzw. einem Anforderungsprofil formuliert. Die gewünschte Arbeitsweise sollte sich durch Einzel- und Gruppentermine sowie durch Coaching via Telefon und Mail auszeichnen. Zudem wurde häufig erwähnt, dass er/sie individuell auf die Teilnehmer/innen eingehen sollte.

Diskussion

Der Einsatz eines/einer Präventionsmanager/in hat das Potential, gesundheitsförderndes Verhalten zu verbessern. Allerdings zeichnet sich das Forschungsfeld, insbesondere hinsichtlich der Definition und Arbeitsweise, durch eine große Heterogenität aus (Wolever et al., 2013).

Aufgrund der vielseitigen Antworten bezüglich der Ziele und Aufgaben, wird deutlich, wie komplex die Rolle eines/einer Präventionsmanager/in ist. Die genannten Themenschwerpunkte entsprechen den Handlungsfeldern der Prävention (GKV-Spitzenverband, 2014). Bezüglich der Arbeitsweise kann zusammengefasst werden, dass ein individualisierter Einsatz von unterschiedlichen Zugangswegen gewünscht wird. Um eine Maßnahme individualisiert anbieten zu können, bedarf es an sozialen, methodischen und persönlichen Kompetenzen. Dies ist eine potentielle Erklärung dafür, weshalb auffallend häufiger Soft-Skills genannt wurden. Hinsichtlich der Qualifikation wurden unterschiedliche Ausbildungen aus den Bereichen der präventiven Handlungsfelder genannt, wobei diese selten präzise formuliert wurden. Eine gesundheitsorientierte Grundqualifikation scheint wünschenswert aber nicht für alle Interviewpartner/innen von primärer Relevanz zu sein.

Ausblick

Diese Ergebnisse dienen als erste Grundlage für die Entwicklung eines Curriculums für einen/eine Präventionsmanager/in und darüber hinaus langfristig für die Qualitätssicherung auf diesem Gebiet.

Förderung: BMBF

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Rheinland (DRV Rheinland) (2013): Präventionsleistungen der Rentenversicherungsträger im Rheinland – Ein konzeptioneller Leitfaden. URL:

- <http://www.plangesundheit.de/Download/2013-03%20Leitfaden%20Pr%E4vention%20DRV%20Rheinland.pdf>. Abruf: 26.09.2016.
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2014): Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Praevention-2014_barrierefrei.pdf. Abruf: 22.09.2016.
- Kuckartz, U. (2014): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. (2. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Juventa Wolever, R.Q., Simmons, L.A., Sforzo, G.A., Dill, D., Kaye, M., Bechard, E.M., Yang, N. (2013): A Systematic Review of the Literature on Health and Wellness Coaching: Defining a Key Behavioral intervention in Healthcare. *Global advances in health and medicine: improving healthcare outcomes worldwide*, 2 (4). 38–57. doi:10.7453/gahmj.2013.042.

Arbeitsfähigkeitserleben nach Arbeitsplatzveränderungen bei Menschen mit und ohne psychische Probleme – Eine experimentelle Vignettenstudie

Muschalla, B. (1), Mau, M. (2)

(1) Freie Universität Berlin, (2) SRH Hochschule Berlin

Hintergrund

Psychische Erkrankungen sind einer der häufigsten Gründe für Arbeitsunfähigkeit und Frühberentungen (DRV, 2015; Vaez et al., 2007). Die subjektive Wahrnehmung der eigenen Arbeitsfähigkeit ist ein wichtiger Prädiktor für folgende tatsächliche Arbeitsunfähigkeit (Sampere et al., 2012).

Es ist bislang unklar, unter welchen Arbeitsbedingungen Menschen mit psychischen Erkrankungen Schwierigkeiten haben.

Arbeitsplatzveränderungen mit ihren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Berufstätigen sind eine besondere Herausforderung auch für eine arbeitsbezogene sektorenübergreifende Prävention. Der individuelle Umgang mit Arbeitsplatzveränderungen stellt auch für die arbeitsorientierte Rehabilitation ein praxisrelevantes Forschungsgebiet dar: Hier werden Erkenntnisse gewonnen, wie Arbeitsplätze künftig gesundheitsgerechter gestaltet werden können und wie gefährdete Menschen (mit chronischen psychischen Erkrankungen) bei Arbeitsplatzveränderungen geschützt und gecoacht werden können.

Diese erste Untersuchung zu diesem Themenfeld beschäftigt sich mit Reaktionen auf Arbeitsplatzveränderungen. Es wird zunächst untersucht, ob eine Arbeitsplatzveränderung im Vergleich zu einer gleichbleibenden Arbeitssituation überhaupt zu verändertem Arbeitsfähigkeitserleben führt. Es wird zweitens untersucht, ob Menschen mit chronischen psychischen Problemen dabei anders reagieren als Gesunde. Eine dritte Frage ist, ob Eigeninitiative (Fay, Sonnentag, 2002) bei Arbeitsplatzveränderungsprozessen eine Ressource zur besseren Bewältigung ist.

Methode

Es wurde eine experimentelle Untersuchung mit 138 Berufstätigen verschiedener Tätigkeitsfelder durchgeführt (47,8% Frauen, Alter $M = 35,96$ Jahre ($SD = 11,0$), 35,5% von psychischen Problemen betroffen, vergleichbar mit der Bevölkerungsepidemiologie (Wittchen et al., 2011)). 72 Teilnehmer wurden mit einer in Vignettenform beschriebenen Arbeitsplatzveränderung konfrontiert (Interventionsgruppe, IG); 66 Teilnehmern wurde eine unveränderte Arbeitsplatzsituation beschrieben (Kontrollgruppe, KG). Untersucht wurden die Reaktion der Berufstätigen, insbesondere die selbsteingeschätzte Überforderung und Arbeitsunfähigkeitserleben.

Ergebnisse

Die Arbeitsplatzveränderung führte im Vergleich zu einer gleichbleibenden Arbeitsplatzsituation zunächst zu einem stärkeren subjektiven (Über)forderungserleben. Gleichzeitig gaben die Probanden der Arbeitsplatzveränderungs-Situation (IG) jedoch eine verbesserte Arbeitsfähigkeit an, im Gegensatz zu Probanden der KG (Tab. 1).

Menschen mit chronischen psychischen Problemen reagierten sowohl bei einer Arbeitsplatzveränderung (IG), als auch bei einer gleichbleibenden Arbeitsplatzsituation (KG) mit einem zunehmenden Erleben von Arbeitsunfähigkeit (Tab. 1).

		Mitarbeiter mit psychischen Problemen ($n = 49$) ²	Mitarbeiter ohne psychische Probleme ($n = 89$) ²
Arbeitsfähigkeitserleben bei Arbeitsplatzveränderung ^{1,2}	vorher	2,36 (1,31)	2,52 (1,61)
	nachher	2,68 (1,16)	1,91 (0,88)
Arbeitsfähigkeitserleben bei gleichbleibendem Arbeitsplatz ^{1,2}	vorher	2,43 (1,21)	2,73 (1,48)
	nachher	3,05 (1,66)	3,04 (1,55)
		Mitarbeiter mit psychischen Problemen mit hoher Eigeninitiative ($n = 21$) ³	Mitarbeiter mit psychischen Problemen mit geringer Eigeninitiative ($n = 28$) ³
Arbeitsfähigkeitserleben bei Arbeitsplatz-veränderung ³	vorher	2,82 (1,53)	2,06 (1,09)
	nachher	2,45 (1,29)	2,82 (1,07)
Arbeitsfähigkeitserleben bei gleichbleibendem Arbeitsplatz ³	vorher	2,56 (1,24)	2,33 (1,23)
	nachher	3,89 (1,83)	2,42 (1,24)

¹ Statistisch bedeutsamer Effekt der Interaktion Messwiederholung*Arbeitsplatzsituation $p = .029^{**}$. ² Interaktion Messwiederholung*Arbeitsplatzsituation*Psychische Probleme $p = .260$. ³ Statistisch bedeutsamer Effekt der Interaktion Messwiederholung*Arbeitsplatzsituation*Eigeninitiative $p = .016^{**}$

Tab. 1: Veränderungen des Arbeitsfähigkeitserlebens in Abhängigkeit von Arbeitsplatzsituation, psychischen Problemen und Eigeninitiative ($N = 138$). Skalierung Arbeitsfähigkeitserleben: 0=voll arbeitsfähig, 6 = komplett arbeitsunfähig. Skalierung Eigeninitiative: 1 = geringe Eigeninitiative, 5 = hohe Eigeninitiative.

Sofern sie jedoch ein hohes Maß an Eigeninitiative besaßen, erlebten Menschen mit chronischen psychischen Problemen bei Arbeitsplatzveränderungen (IG) einen Zuwachs an Arbeitsfähigkeitserleben, bei unveränderter Arbeitssituation (KG) eher einen Arbeitsfähigkeitsverlust. Betroffene mit geringer Eigeninitiative hingegen erlebten bei gleichbleibender Arbeitssituation (KG) stabile Arbeitsfähigkeit, und bei Arbeitsplatzveränderung (IG) einen Arbeitsfähigkeitsverlust.

Schlussfolgerungen

Experimentelle Untersuchungen zur Wirkung von Arbeitsbedingungen sind im Arbeitsalltag schwierig umsetzbar. In dieser Untersuchung wurde sich einer experimentellen Prüfung mittels einer in sensu Exposition mit Arbeitsplatzsituationen angenähert.

Arbeitsplatzveränderungen können zunächst zu Irritation und Überforderung führen, gleichzeitig jedoch auch in positivem Sinne herausfordern. Dies ist im Sinne der Subjektivität von Stresserleben verstehbar (Lazarus, Folkman, 1987).

Für Menschen mit chronischen psychischen Problemen scheint es generell schwieriger, mit Arbeitsplatzsituationen zurecht zu kommen, unabhängig davon, ob sie von Veränderungen selbst betroffen sind oder nicht. Auf sie ist bei entsprechenden Veränderungsmaßnahmen und generell am Arbeitsplatz zu achten.

Eigeninitiative erscheint möglicherweise für Menschen mit chronischen psychischen Problemen eine Ressource bei der Bewältigung von Arbeitsveränderungen. Sie kann somit ein Trainingsziel in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, Nachsorge und bei arbeitsplatzorientierter Prävention sein. Klinische Erfahrungen zeigen jedoch, dass nicht von jedem eine Trainierbarkeit bis zum Idealzustand erwartet werden darf. In solchen Fällen sind Rehamaßnahmen im Sinne von leidensgerechten Arbeitsplätzen vonnöten.

Interessenskonflikte: Die Autorin B. Muschalla ist Mitarbeiterin der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Literatur

- Deutsche Rentenversicherung (2015): Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Rentenversicherung in Zahlen 2015.
- Fay, D., Sonnentag, S. (2002): Rethinking the Effects of Stressors: A Longitudinal Study on Personal Initiative. *J Occup Health Psychol*, 7. 221–234.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1987): Transactional theory and research on emotions and coping. *Eur J Personality*, 1. 141–169.
- Sampere, M., Gimeno, D., Serra, C., Plana, M., López, J.C., Martinez, J.M., Delclos, G.L., Benavides, F.G. (2012): Return to work expectations of workers on long-term non-work-related sick leave. *J Occup Rehabil*, 22. 15–26.
- Vaez, M., Rylander, G., Nygren, A., Asberg, M., Alexanderson, K. (2007): Sickness absence and disability pension in a cohort of employees initially on long-term sick leave due to psychiatric disorders in Sweden. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 42. 381–388.
- Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Steinhausen, H.-C. (2011): The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*, 21. 655–679.

Berufliche Gratifikationskrisen und Veränderungen beruflicher Gratifikationskrisen und ihr Einfluss auf Arbeitsfähigkeit, Vitalität und psychisches Wohlbefinden

Spanier, K. (1), Peters, E. (1), Michel, E. (2), Radoschewski, F. M. (2), Bethge, M. (1)
(1) Universität zu Lübeck, (2) Charité – Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund

Eine große Anzahl prospektiver Kohortenstudien konnte den Einfluss beruflicher Gratifikationskrisen auf gesundheits- und erwerbsbezogene Zielgrößen nachweisen. Kohortenstudien bieten darüber hinaus den Vorteil, dass mit diesem Design nicht nur die durch eine Exposition verursachte Veränderung einer Zielgröße geprüft werden kann. Es ist auch möglich, den Einfluss einer sich verändernden Exposition auf abhängige Variablen zu untersuchen,

Zwei Fragen sollten mit der vorliegenden Studie beantwortet werden. Frage 1: Welchen Effekt hat das Vorliegen einer beruflichen Gratifikationskrise (Siegrist et al., 2009) auf Arbeitsfähigkeit, Vitalität und psychisches Wohlbefinden nach 2 Jahren? Frage 2: Welche Veränderungen der abhängigen Variablen sind beobachtbar, wenn sich die Exposition gegenüber einer beruflichen Gratifikationskrise während eines 2-jährigen Nachbeobachtungszeitraumes verändert?

Methodik

Die Daten wurden im Rahmen des „Dritten Sozialmedizinischen Panels für Erwerbspersonen“ erhoben (Bruttostichprobe: 10.000 Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Bund mit vorangegangenem Krankengeldbezug). Einschlusskriterien für die Analysen waren Teilnahme und Erwerbstätigkeit zu beiden Messzeitpunkten (Bethge et al., 2015). Als abhängige Variablen wurden subjektive Arbeitsfähigkeit (0–10, Work Ability Score (WAS)), Vitalität (1–100, Short-Form 36 Health Survey) und psychisches Wohlbefinden (1–100, Short-Form 36 Health Survey) berücksichtigt.

Eine berufliche Gratifikationskrise wurde festgestellt, wenn das Verhältnis aus beruflicher Verausgabung und Belohnung zuungunsten der Belohnung verschoben war (Effort-Reward Imbalance, ERI liegt nicht vor vs. ERI liegt vor). Für die erste Fragestellung wurde der Einfluss von ERI im 2-Jahres-Verlauf auf die abhängigen Variablen getestet; dabei wurden die Effektschätzer für die Ausgangswerte der abhängigen Variablen adjustiert. In Bezug auf die zweite Fragestellung zur Bedeutung von Veränderungen der Exposition wurden zwei Fälle berücksichtigt (Tabelle 1): Eine Person erfährt ERI erst zu T2 (Inzidenz) bzw. eine Person berichtet ERI ausschließlich zu T1, aber nicht zu T2 (Erholung). Anschließend wurden Veränderungen der ERI (Inzidenz vs. Referenzgruppe 1; Erholung vs. Referenzgruppe 2) mit den abhängigen Variablen assoziiert (Leijten et al., 2014; Twisk, 2003). Alle Effektschätzer wurden nach soziodemografischen Variablen, gesundheitsbezogenen Verhaltensrisiken und Neurotizismus adjustiert. Eine Imputation fehlender Werte erfolgte modellweise.

	ERI liegt nicht vor (T2)	ERI liegt vor (T2)
ERI liegt nicht vor (T1)	Referenzgruppe 1	Inzidenz
ERI liegt vor (T1)	Erholung	Referenzgruppe 2

Tab. 1: Kreuztabelle für mögliche Veränderungen beruflicher Gratifikationskrisen

Ergebnisse

1.886 Personen wurden in die Analysen eingeschlossen. 56 % der Teilnehmenden waren weiblich. Das Durchschnittsalter lag bei 48 Jahren (SD = 4,0). Bei 67 % der Personen (n = 1.239) lag ERI zu T1 vor. Dieser Anteil blieb zu T2 mit 64 % (n = 1.169) relativ konstant. 225 Personen (12 %) berichteten ERI nur zu T2 (Inzidenz), 282 Personen (16 %) nur zu T1 (Erholung). 376 Personen (21 %) wurden der Referenzgruppe 1, 928 Personen (51 %) der Referenzgruppe 2 zugeordnet Personen, bei denen bei der Ersterhebung eine ERI vorlag, zeigten im Vergleich zu Personen ohne ERI nach 2 Jahren eine signifikante Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit um $b = -0,19$. Eine neu aufgetretene ERI zu T2 verschlechterte die subjektive Arbeitsfähigkeit signifikant um 0,6 Punkte. Eine Erholung zu T2 war mit günstigeren Werten des WAS assoziiert ($b = 0,91$). Das Vorliegen einer Gratifikationskrise reduzierte Vitalität nach 2 Jahren um 2,4 Skalenpunkte. Veränderungen der ERI im 2-Jahres-Verlauf waren mit $b = -6,3$ (Inzidenz) bzw. $b = 8,2$ (Erholung) assoziiert. In Bezug auf das psychische Wohlbefinden ließ sich kein Effekt von ERI nachweisen. Veränderungen waren hingegen mit $b = -6,4$ (Inzidenz) bzw. $b = 8,0$ (Erholung) assoziiert. In allen Modellen waren die Effektschätzer der Verbesserung größer als die Effektschätzer der Inzidenz.

Diskussion

Berufliche Gratifikationskrisen stellen ein Risiko für Arbeitsfähigkeit, Vitalität und psychisches Wohlbefinden dar. Durch die Modellierung von Veränderungen der Gratifikationskrisen konnten darüber hinaus Verschlechterungen und Verbesserungen in den abhängigen Variablen sehr deutlich herausgearbeitet werden. Eine Überwindung der Gratifikationskrise war dabei deutlicher mit den Zielgrößen assoziiert als das Auftreten einer Krise.

Schlussfolgerung

Psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz sind veränderliche und beeinflussbare Risiken (Bourbonnais et al., 2011), deren Überwindung und Bewältigung zu verbesserter Arbeitsfähigkeit und Lebensqualität führen.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Bethge, M., Spanier, K., Neugebauer, T., Mohnberg, I., Radoschewski, F.M. (2015): Self-reported poor work ability – an indicator of need for rehabilitation? A cross-sectional study of a sample of German employees. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 94. 958–966.
- Bourbonnais, R., Brisson, C., Vézina, M. (2011): Long-term effects of an intervention on psychosocial work factors among healthcare professionals in a hospital setting. *Occupational and Environmental Medicine*, 68. 479–486.

- Leijten, F.R.M., van der Heuvel, S.G., Ybema, J.F., van der Beek A.J., Robroek, S.J.W., Burdorf, A. (2014): The influence of chronic health problems on work ability and productivity at work: a longitudinal study among older employees. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 40. 473–82.
- Siegrist, J., Wege, N., Pühlhöfer F., Wahrendorf, M. (2009): A short generic measure of work stress in the era of globalization: effort-reward imbalance. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 82. 1005.
- Twisk, J.W.R. (2003): *Applied longitudinal data analysis for epidemiology: a practical guide*. Cambridge.

Klimawandel erwünscht – Unter welchen Bedingungen offenbaren chronisch erkrankte Arbeitnehmer ihre Erkrankung am Arbeitsplatz?

Niehaus, M., Bauer, J., Jakob, L., Stump, R.

Universität zu Köln

Hintergrund und Zielsetzungen

Arbeiten mit chronischer Erkrankung ist nicht nur im Lichte von demographischem Wandel und Fachkräftemangel eine gesellschaftliche Notwendigkeit, sondern auch auf persönlicher Ebene relevant. Erwerbsarbeit erfüllt neben der Sicherung des Lebensunterhaltes auch für gesundheitlich beeinträchtigte Personen noch weitere wichtige Funktionen (Saunders, Nedelec, 2014), die einen gesundheitlichen Schutzfaktor darstellen können.

Gleichzeitig birgt die Vereinbarkeit von gesundheitlichen Anforderungen und Anforderungen des Berufs große Herausforderungen für Arbeitnehmer mit chronischer Erkrankung (BIH, 2013). Für die meisten Arbeitgeber ist das Thema jedoch trotz der gesellschaftlichen Dringlichkeit noch keine Selbstverständlichkeit, obwohl sie zu den Hauptgewinnern einer gelungenen Inklusion chronisch erkrankter Arbeitnehmer zählen (Behner et al., 2012).

Die meisten Arbeitnehmer stehen daher mit der Entscheidung, wie sie auf der Arbeit mit einer chronischen Erkrankung umgehen sollen noch alleine da (Klein, Haslbeck, 2015) und erleben ein Etikettierungs-Ressourcen-Dilemma: Nur wenn sie ihre Erkrankung bzw. die damit verbundenen Bedarfe ansprechen, kann der Arbeitsplatz den gesundheitlichen Anforderungen gemäß gestaltet werden. Gleichzeitig fürchten viele Betroffene Stigmatisierungen und Vorurteile von Vorgesetzten und Kollegen. Berufliche und gesundheitliche Situation sind in diesem Entscheidungskonflikt also auf enge und komplexe Weise verbunden und können sowohl durch das Ansprechen als auch durch das Verschweigen der chronischen Erkrankung im Arbeitsleben beeinträchtigt werden. Trotz der hohen Relevanz der Entscheidung hinsichtlich der Offenbarung einer chronischen Erkrankung im Arbeitsleben, wurde bisher jedoch noch nicht untersucht, wie Arbeitnehmer mit chronischer Erkrankung diese Entscheidung treffen und welche persönlichen sowie arbeitsplatzseitigen Faktoren hierbei eine Rolle spielen. Hier setzt die vorliegende Studie an.

Methodik

In einer explorativen Onlinebefragung wurden N = 274 Arbeitnehmer mit chronischer Erkrankung befragt, die sich bereits mit der Offenbarung ihrer chronischen Erkrankung im Arbeitsleben auseinandergesetzt hatten. Neben der Frage, ob sie auf der Arbeit über ihre chronische Erkrankung gesprochen haben, wurden Charakteristika der Erkrankung und des Arbeitsplatzes, Anlässe sich mit einer Offenbarung im Arbeitsleben auseinanderzusetzen, Hoffnungen und Befürchtungen und die Zufriedenheit mit der jeweils getroffenen Entscheidung erhoben. Um eine möglichst breite Stichprobe zu rekrutieren, wurde auf verschiedenen Wegen zur Teilnahme aufgerufen: Per Email an Reha-Kliniken, Schwerbehindertenvertretungen und Betriebsräte, in Online-Foren für chronische Erkrankungen, über REHADAT und über Flyer in Arztpraxen.

Ergebnisse

Die Befragten sind im Durchschnitt 46 Jahre alt, 71 % sind weiblich, 63 % berichten primär eine physische, 37 % eine psychische chronische Erkrankung. Der häufigste Anlass sich mit der Frage einer Offenbarung auseinander zu setzen sind längere krankheitsbedingte Abwesenheiten. Die mit einer Offenbarung verbundenen Hoffnungen und Befürchtungen sind sehr heterogen. Die Hoffnungen untergliedern sich in die zwei Faktoren „offener Umgang mit der eigenen gesundheitsbezogenen Identität“ sowie „soziale und organisationale Unterstützung“. Die Befürchtungen gruppieren sich zu einem Faktor, der Aspekte von Diskriminierung und Sonderbehandlung durch Kollegen und Vorgesetzte umfasst. Rund neun Prozent der Befragten haben entschieden ihre Erkrankung nicht zu offenbaren, die anderen haben den Entscheidungsprozess entweder noch nicht abgeschlossen (3 %) oder haben ihre Erkrankung teilweise (29 %) oder ganz (60 %) offenbart. Die Zufriedenheit mit der Entscheidung ist unabhängig davon in welche Richtung die Entscheidung ausgefallen ist. Die Offenbarung einer chronischen Erkrankung und die Zufriedenheit mit der Offenbarungsentscheidung stehen jedoch in einem signifikanten positiven Zusammenhang mit positivem Teamklima sowie einer inklusiven Unternehmenskultur.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Es ist der Thematik inhärent, dass mit der Befragung vor allem Personen erreicht werden, die über ihre Erkrankung sprechen. Dennoch konnte auch eine kleine Teilgruppe erreicht werden, die sich gegen eine Offenbarung im Arbeitsleben entschieden hat. Die Heterogenität der mit der Entscheidung verbundenen Hoffnungen und Befürchtungen verdeutlicht die Individualität der Entscheidung. Die Daten zur Zufriedenheit zeigen, dass sowohl das Ansprechen als auch das Verschweigen der Erkrankung individuell gute Entscheidungen sein können. Jedoch setzen sich Arbeitnehmer häufig erst recht spät (nach längeren AU-Zeiten) damit auseinander. Unternehmenskultur und Teamklima scheinen wichtige Ansatzpunkte zu sein.

Literatur

Behner, P., Klink, A., Visser, S., Böcken, J., Etgeton, S. (2012): Effekte einer gesteigerten Therapietreue: Bessere Gesundheit und höhere Arbeitsproduktivität durch nachhaltige Änderung des Patientenverhaltens. Booz&Co, Bertelsmannstiftung. URL: <http://www.>

bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Presse/imported/downloads/xcms_bst_dms_36214_36215_2.pdf, Abruf: 31.10.2016.

BIH, Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (2013): Chronisch kranke Beschäftigte: möglich machen was geht. ZB Zeitschrift Behinderte Menschen im Beruf, 3. 10–13.

Klein, M., Haslbeck, J. (2015): Mit chronischer Krankheit arbeiten – (k)ein Problem?. Arbeitsmedizin Sozialmedizin Unfallmedizin, 50/11. 788–793.

Saunders, S.L., Nedelec, B. (2014): What Work Means to People with Work Disability: A Scoping Review. Journal of Occupational Rehabilitation, 24, 1. 100–110.

VorteilJena – Gesund mit Erfahrung – Ein Mentorenprogramm für Beschäftigte 55+ zur Mitarbeitergesundheit

Derlien, S., Gladow, T., Willgosch, A., Scharschmidt, R.

Universitätsklinikum Jena

Hintergrund

Soziale Teilhabe beginnt beim „...informellen und persönlichen Einbezogensein in primären Netzwerken und setzt sich über den Nahraum der Beziehungen, die sich im Familien- und Freundeskreis ergeben, hinaus in sozialer Aktivität im gesellschaftlichen Umfeld fort.“ (Wendt, 2008).

Der Schlüssel zur sozialen Teilhabe ist die berufliche Teilhabe (Schott, 2012). Aus diesem Grund forschen wir im Verbundprojekt „VorteilJena“ mit älteren Beschäftigten im Bereich individuelle Gesundheitsförderung. Der demografische Wandel und die Tatsache, dass die Erwerbstätigkeit nach Vollendung des 60. Lebensjahr drastisch sinkt (Statistisches Bundesamt, 2014), machen Maßnahmen notwendig, Fachkräfte frühzeitig im Bereich Gesundheit, Lebensstil und Work-Life-Balance zu schulen. Diese Intervention muss die Phase der Intensionsbildung wie -umsetzung umfassen (Göhner, 2007). Kurzfristige Effekte der BGF Maßnahmen in Betrieben sind zahlreich beschrieben. Unklar bleibt, wie eine Konsolidierung der Effekte im Betrieb stattfinden kann.

Methodik

Über ein neu konzipiertes Mentorenprogramm werden ältere Arbeitnehmer in Bezug auf Gesundheitsverhalten geschult. Im Fokus dieser Intervention sind Beschäftigte über dem 55. Lebensjahr mit einem Bildschirmarbeitsplatz. Dazu wurden 25 Mentoren aus unterschiedlichen Einrichtungen und Behörden über 3 Monate mit Workshops geschult und individuell in der Umsetzung des Gelehrten unterstützt. Die Workshops hatten drei Themenschwerpunkte: Weg zur Arbeit, Arbeitsplatz und Work-Life-Balance. Neu entwickelte Praxishilfen und Handbücher wurden zur Verstärkung der Maßnahmen in den Unternehmen eingesetzt und evaluiert. Gemessen wurde die Veränderung in den Zielvariablenvariablen Selbstwirksamkeit (Health49), allgemeine Gesundheitswahrnehmung (SF12) Arbeitszufriedenheit (HHS) und zahlreiche Nebenzielparameter. Die Messzeitpunkte zu

Beginn am Ende der Intervention und 3 Monate nach Beendigung der Intervention für die Mentoren werden in Bezug zur Entwicklung des Gesamtbetriebs nach Schulung der Mentoren gesetzt

Die Beschäftigten in den Modellbetrieben dienen zu dem Zeitpunkt „Mentoren T1“ als Kontrollgruppe (n=60) und werden im Verlauf genutzt, um die gewünschten Abstrahleffekt des Gesundheitsverhaltens der Mentoren zu prüfen..

Ergebnisse

Die Akzeptanz der Schulungen, gemessen an der Teilnahme, war sehr hoch. In der Pilotphase konnten drei Workshops konzipiert werden, die in der vorliegenden Wirkungsphase zum Einsatz kamen. Die Effekte in Bezug auf die Zielparameter konnten in T0 (vor Mentorenschulung) und T1 (nach Mentorenschulung) gemessen werden. Messzeitpunkt T2 (drei Monate nach Schulungsende) wird zurzeit erhoben.

Exemplarisch können an den Parametern des Health 49, des SF-12 und des HHS (Gesamt und Subdimensionen) positive Entwicklungen in den Zielparametern Selbstwirksamkeit, Gesundheitswahrnehmung und Arbeitszufriedenheit gezeigt werden. Alle Ergebnisse zeigen positive Tendenzen von T0 zu T1. Die statistischen Kennzahlen hierzu werden dargestellt.

Diskussion

Die vorliegende Studie kann den Wert betrieblicher Gesundheitsschulungen in Bezug auf die individuelle Gesundheitsressourcen darlegen. Dass Gesundheitsschulungen im Sinne einer BGF kurzfristig Bewusstseinsänderungen hervorrufen, konnten verschiedene Autoren zeigen. Eine längerfristige Lebensstiländerungen und ein Abstrahlen auf andere Beschäftigte im Arbeitssetting ist Anliegen dieser Studie. Es kann gezeigt werden, dass ältere Beschäftigte von strukturierten Maßnahmen zur Gesundheitsmodifikation profitieren. Erste Hinweise auf Abstrahleffekte können aufgedeckt werden.

Ausblick

Unklar bleiben zum jetzigen Zeitpunkt die Qualität und die Quantität der Abstrahleffekte der Mentoren auf das Kollegium. Im Verlauf der Studie werden diese Effekte erhoben und diskutiert. Des Weiteren werden Maßnahmen zur Vernetzung von Arbeitnehmern/-innen innerhalb und außerhalb von Betrieben erprobt.

Förderung: BMBF

Literatur

Göhner, W., Fuchs, R. (2007): Änderung des Gesundheitsverhaltens. Göttingen: Hogrefe.
Schott, M. (2012): Rede zur Umsetzung zur UN-Behindertenrechtskonvention. Online unter: <http://linksfraktion-hessen.de/cms/abgeordnete/die-abgeordneten/marjana-schott/reden/3666-schlüssel-zur-sozialen-teilhabe-ist-die-berufliche-teilhabe.html>. Zugriff: 03.12.2014.

Statistisches Bundesamt – Pressemitteilung Nr. 060 vom 21.02.2014; online unter: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesamtwirtschaftUmwelt/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/AktuellErwerbsbeteiligungAeltere.html>. Zugriff: 10.12.2014.

Wendt, W.R. (2008): Teilhabe. In: Maelicke, B. (Hg.): Lexikon der Sozialwirtschaft. Baden-Baden: Nomos. 1006.

Beratung im Rehabilitationsrecht

Welti, F., Ramm, D.

Universität Kassel

Hintergrund

Beratung, teils als Verwaltungstätigkeit, teils von freien Beratungsstellen oder von Leistungserbringern ist relevant für die Realisierung des Rehabilitationsrechts und für die bedarfsgerechte Versorgung mit Leistungen zur Teilhabe.

Diskussion

In §§ 14 und 15 Sozialgesetzbuch (SGB) I zeigt sich das Verwaltungs- und Sozialrechtsverhältnis als eine bereits vor einem formellen Antrag bestehende, auf Kommunikation begründete Beziehung, in der die an Wissen und Routine überlegene Behörde Beratung als Nebenpflicht schuldet. Im Sozialrecht ist dieser Gedanke durch den von den Sozialgerichten entwickelten sozialrechtlichen Herstellungsanspruch stark gemacht worden, dessen Grundgedanke ist, Personen so zu stellen, als wären sie richtig beraten worden. Für Rehabilitationsträger konkretisiert bislang insbesondere § 22 SGB IX (Gemeinsame Servicestellen) die Beratungspflicht. Rehabilitationsträger sind auch unabhängig von den Servicestellen verpflichtet, über die Rechte und Pflichten nach dem SGB IX und über alle Leistungen zur Teilhabe aller Rehabilitationsträger umfassend zu beraten.

Menschen mit einem Rehabilitationsbedarf haben oftmals ungewöhnliche und komplexe Bedarfslagen und dass sie betreffende Recht ist stark gegliedert. Daran wird auch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) nichts ändern. Der Beratungsbedarf vor einer Rehabilitation hat daher eine erhebliche rechtliche Komponente.

Mit den §§ 22 bis 25 SGB IX hatte der Gesetzgeber die Rehabilitationsträger 2001 verpflichtet, Gemeinsame Servicestellen einzurichten, die umfassende Beratung zu den Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation bis zur Entscheidungsreife der Anträge anbieten. Es sollte ein zwischen Behörden und Menschen mit Rehabilitationsbedarf kommunikatives Verwaltungsverfahren organisiert werden. Ausdrücklich wurde geregelt, dass die Servicestellen mit besonders qualifiziertem Personal mit breiten Fachkenntnissen insbesondere des Rehabilitationsrechts ausgestattet sein sollen. In der Beratung sollte das gegliederte System als Einheit erscheinen. Evaluationen und Praxisberichte haben ein ernüchterndes Bild über die Arbeit der Servicestellen gezeichnet (vgl. u. a. Pfeuffer, 2004; Shafaei, 2008). Informations- und Kommunikationsbrüche zwischen den Leistungsträgern konnten nicht aufgehoben werden.

Im Entwurf des Bundesteilhabegesetzes ist die Streichung von § 22 SGB IX vorgesehen. Die dort geregelte erweiterte Beratungspflicht wird somit aufgehoben (vgl. Gesetzentwurf der Bundesregierung zum BTHG, BT-Drs. 18/9522, Punkt II.1.9). Für die übergreifende Beratung von Verwaltungsseite sieht der Entwurf nun Ansprechstellen der Träger für die

frühzeitige Bedarfserkennung sowie die Möglichkeit einer Vereinbarung gemeinsamer Beratungsstandards vor (§ 12 SGB IX-E). Ein erheblicher Teil der bisher bei den Servicestellen verorteten Beratungsaufgaben soll nun im neuen besonderen Teil der Eingliederungshilfe verortet werden (§ 106 SGB IX-E). Im Weiteren ist die Förderung einer ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung durch den Bund (§ 32 SGB IX-E) geplant, um den vermuteten erhöhten Bedarf an Beratung Rechnung zu tragen.

Bisherige Forschungen z. B. ratung von Leistungsträgern und leistungsunabhängigen Beratern in der Rehabilitation zeigen, dass eine unterstützende Beratung vor allem auf Seiten der Leistungsträger fehlt, vielmehr sind eigene und fremde Vorerfahrungen der Beratungssuchenden von Relevanz (vgl. Meyer, Raspe, 2010; Ramm et al., 2011). Das Konzept der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung greift dies auf (Welti, 2016).

Die gesetzliche Neuregelung bietet die Möglichkeit, die Beratung durch Rehabilitationsträger und die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung rechtswissenschaftlich und empirisch zu vergleichen.

Ausblick

Der Beitrag bewertet die Neuregelung der Beratungspflichten und Beratungsinfrastruktur durch das Bundesteilhabegesetz kritisch im Kontext der gesetzgeberischen Ziele und der Systematik des Gesetzes. Es wird weitere Forschung vorgeschlagen, um die Implementation des neuen Rechts zu begleiten.

Literatur

- Meyer, T., Raspe, H. (2010): Die Bedeutung des Wunsch- und Wahlrechts des SGB IX, § 9 für die medizinische Rehabilitation – Eine empirische Analyse, Lübeck: vffr.
- Pfeuffer, F., Engel, H., Engels, D. (2004): Einrichtung und Arbeitsweise gemeinsamer Servicestellen, Köln: Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik.
- Ramm, D., Bendig, S., Welti, F. (2011): Das Wunsch- und Wahlrecht (§ 9 SGB IX) in der medizinischen Rehabilitation – Ergebnisse von Experteninterviews. URL: http://www.reha-recht.de/fileadmin/download/foren/a/2011/A7-2011_Wunsch-_und_Wahlrecht.pdf. Beitrag Nr. A-7-2011, Abruf: 23.10.2016.
- Shafaei, R. (2008): Die gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation. Beratung und Unterstützung behinderter Menschen nach dem SGB IX, Baden-Baden: Nomos.
- Welti, F. (2016): Beratung im Recht – Am Beispiel der Beratung für und durch behinderte Menschen. URL: <http://www.reha-recht.de/fachbeitraege/beitrag/artikel/beitrag-d41-2016/>, Beitrag Nr. D-41-2016, Abruf: 23.10.2016.

Konsequenzen der Globalisierung: Die Auflockerung des Territorialitätsprinzips im Schwerbehindertenrecht

Kohte, W.

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

Das deutsche Sozialrecht ist, soweit es sich um beitragsunabhängige Sozialleistungen handelt, durch das Territorialitätsprinzip gekennzeichnet; nach § 30 Abs. 1 SGB I gelten die Vorschriften dieses Gesetzbuches für Menschen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in seinem Geltungsbereich haben. Nach § 37 SGB I sind jedoch Sonderregelungen in den einzelnen Sozialgesetzbüchern möglich. Maßgeblich für das Schwerbehindertenrecht ist § 2 Abs. 2 SGB IX, danach wird für schwerbehinderte Menschen verlangt, dass sie ihren Wohnsitz beziehungsweise ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben. Ein Wohnsitz außerhalb dieses Territoriums steht damit bei inländischer Arbeit, z.B. als Grenzgänger, einer Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft entgegen. 2007 modifizierte das BSG diese Aussage. Der Kläger lebte ursprünglich im Freistaat Sachsen, ihm war ein GdB von 50 und damit auch die Schwerbehinderteneigenschaft zuerkannt worden. Nachdem er auf Dauer in die Schweiz gezogen war, hob die Versorgungsbehörde in strenger Anwendung des Territorialitätsprinzips diesen Bescheid auf, da die Schwerbehinderteneigenschaft erloschen sei. Das BSG lockerte das Territorialitätsprinzip auf. Auch der auf Dauer im Ausland lebende Kläger könne ein rechtlich geschütztes Interesse an der Beibehaltung der Schwerbehinderteneigenschaft haben, wenn er zum Beispiel – was auch mit Wohnsitz in der Schweiz möglich sei – eine vorgezogene Rente nach § 37 SGB VI beantragen wolle. Dazu benötige er den Nachweis der Schwerbehinderteneigenschaft. Maßgeblich ist somit, dass der im Ausland lebende Mensch konkret erreichbare Vergünstigungen durch die Schwerbehinderteneigenschaft erlangen könne. Diese Auflockerung entspricht der neueren Rechtsprechung des EuGH (Davy, 2010).

Eine weitere Auflockerung hat sich in den letzten Jahren durch die zunehmende Migration entwickelt. Hier ist der gewöhnliche Aufenthalt in Deutschland in der Regel unproblematisch, denn dazu reicht der tatsächliche Aufenthalt. Verlangt wird im Gesetz weiter die Rechtmäßigkeit des Aufenthalts. Dies erweckt den Eindruck, dass die Schwerbehinderteneigenschaft eine rechtsgültige Aufenthaltserlaubnis voraussetzt. Das BSG lehnte 2010 eine solche Restriktion ab, sie widerspreche dem menschenrechtlichen Gehalt der UN-BRK. Im Übrigen zeige die Rechtswirklichkeit, dass auch ohne Aufenthaltserlaubnis, jedoch mit aufenthaltsrechtlicher Duldung, eine wachsende Zahl von Menschen am Arbeitsmarkt und am alltäglichen Leben in Deutschland teilnehme. Zumindest bei einer Duldung, die voraussichtlich mehr als 6 Monate dauere, könne die Schwerbehinderteneigenschaft anerkannt werden. Diese Aussage fand Zustimmung (Gagel, 2010), denn auch Menschen mit einer Duldung nehmen am Arbeitsmarkt teil (Schubert, 2015) und sind natürlich auch auf Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft angewiesen. Diese 6-Monats-Frist soll zusätzlich zur gesundheitsbezogenen 6-Monats-Frist in § 2 Abs. 1 SGB IX beachtet werden.

In den letzten Jahren haben sich die tatsächlichen Verhältnisse und die rechtlichen Rahmenbedingungen geändert. Während vor wenigen Jahren die Mehrzahl der Geduldeten erst nach längerer Wartezeit Zugang zum Arbeitsmarkt finden konnte, ist dieses System in den letzten zwei Jahren umgebaut worden. Die Duldung soll sich nunmehr als „Brücke“ zum Arbeitsmarkt erweisen (Harbou 2016). Wartezeiten sind für Arbeitnehmer in der Regel auf 3 Monate verkürzt worden. Wer an einer Berufsausbildung teilnimmt, erlangt ohne jegliche Wartezeit nach § 60a Abs. 2 Aufenthaltsgesetz eine „Qualifizierungsduldung“ und kann nach dem Integrationsgesetz bereits im Vorfeld Leistungen nach dem SGB III in Anspruch nehmen (Welte, 2016). Dieses geänderte rechtliche Umfeld verlangt auch im Schwerbehindertenrecht eine weitere Auflockerung des Territorialitätsprinzips und den Abschied vom Prognosezeitraum einer Duldung von wenigstens sechs Monaten.

Literatur

Davy, European social citizenship: Ein Zwischenstand, ZESAR 2010, 307 ff..

Gagel, Umsetzung der UN-Behindertenkonvention: Schwerbehindertenstatus für lediglich geduldete Ausländer, Reharecht A 13/2010 Harbou, Der Zugang Asylsuchender und Geduldeter zu Erwerbstätigkeit und Bildung, NVwZ 2016, 421ff.

Schubert, Flüchtlinge und Arbeitsrecht, AuR 2015, 430 ff Welte, Das Integrationsgesetz – Änderungen im SGB III und AsylbLG, ZAR 2016, 269ff.

Medizinische Rehabilitation und zivilrechtlicher Verbraucherschutz

Nebe, K.

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

Einleitung

Wird medizinische Rehabilitation als Sozialleistung erbracht, führt der Rehabilitationsträger die Leistung regelmäßig nicht selbst aus. Vielmehr werden Dienste und Einrichtungen in Anspruch genommen, vgl. § 17 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB IX. Es entsteht das sogenannte sozialrechtliche Leistungsdreieck zwischen Leistungsträger, Leistungserbringer und Leistungsberechtigtem. Insbesondere die rechtliche Einordnung der Beziehung im Leistungsausführungsverhältnis, d.h. im Verhältnis zwischen Reha-Einrichtung und Rehabilitandin/Rehabilitand ist klärungsbedürftig. Diskutiert wird die Zuordnung zum öffentlichen Recht oder zum Privatrecht. Im Zuge der Kodifizierung des Patientenrechtegesetzes im Jahr 2013 wurde im Bürgerlichen Gesetzbuch der Behandlungsvertrag geregelt, vgl. §§ 630a BGB ff. Der Gesetzgeber wollte die Rechte der Patientinnen und Patienten stärken (Deutscher Bundesrat, 2012).

Infolge der Kodifikation ist zu fragen, ob die §§ 630a BGB ff. auch für Rehabilitationsleistungen gelten, die vom Sozialleistungsträger im Wege der Sachleistung erbracht werden. Über die Antwort auf diese Frage hinaus zeichnet sich die Perspektive eines privatrechtlichen Verbraucherschutzes in der medizinischen Rehabilitation ab. Es ist zu erwarten, dass

die Mobilisierung von Patientenrechten die Versorgungsqualität auch in der medizinischen Rehabilitation verbessern kann.

Gegenwärtiger Diskussionsstand

Die Beziehung zwischen RehabilitandInnen und den Akteuren der Rehabilitation ist rechtswissenschaftlich wenig untersucht. Andere Bereiche der Gesundheitsversorgung sind rechtssystematisch stärker strukturiert bzw. erforscht (Igl, 2011). Wie z. B. im Krankenhaus, beim niedergelassenen Arzt oder in der Pflegeeinrichtung können sich in der medizinischen Rehabilitation Rechtsfragen stellen, z. B. zur Qualität der Rehabilitationsleistung bzw. zur Haftung bei mangelhafter Ausführung. Es kann um die Verbindlichkeit einer Hausordnung einer Rehabilitationseinrichtung ebenso wie um die Unterlassung der unzulässigen Weitergabe von Daten der RehabilitandInnen durch den Leistungserbringer gehen. Wird der Bereich der rehabilitativen Versorgung als Gegenstand des Verbraucherschutzes erkannt, können – wie schon heute im Bereich der Pflege – die Verbraucherschutzverbände ihren Einfluss auf eine verbraucherschutzgerechte Vertragsgestaltung ausüben.

In der Gesamtschau des aktuellen Diskussionsstandes in Literatur und Rechtsprechung kann heute als weit überwiegende Meinung diejenige ausgemacht werden, die zwar die Verträge gem. § 21 SGB IX zwischen Rehabilitationsträger und Reha-Dienst/Reha-Einrichtung als öffentlich-rechtliche Verträge behandelt, die aber das Leistungsausführungsverhältnis dem Privatrecht zuordnet (daz. B.nafsche, 2014).

Impulse für die Praxis

Aus der Erkenntnis, dass das Privatrecht einschließlich dem Verbraucherschutzrecht auf den medizinischen Rehabilitationsvertrag anzuwenden ist, folgt bspw. die Kontrolle von Allgemeinen Geschäftsbedingungen am Maßstab der §§ 305 bis 310 BGB. Damit ist auch der kollektive Verbraucherschutz gegen unzulässige Allgemeine Geschäftsbedingungen im Wege des Unterlassungsklagengesetzes eröffnet. Auch für die Eröffnung vertraglicher Haftungsgrundlagen, wie § 280 BGB mit seiner Beweislastumkehr, oder besonderer Zurechnungsnormen für pflichtwidriges Verhaltens, wie in § 278 BGB für solches von Erfüllungsgehilfen geregelt, ist die grundlegende Annahme eines privatrechtlichen Vertrages zwischen Leistungsberechtigtem und Leistungserbringer essentiell.

Dass wiederum die Rechtsposition von RehabilitandInnen nicht anders bewertet werden kann, als diejenige sonstiger PatientInnen, ergibt sich sowohl aus der Gesetzesbegründung zum Behandlungsvertrag als auch aus den grundlegenden Prinzipien des Teilhaberechts. Der Gesetzgeber versteht den normierten Behandlungsvertrag in seiner Anwendung als sehr weit (Deutscher Bundesrat, 2012). Zudem ist das Selbstbestimmungsrecht in keinem Rechtsgebiet so zentral verankert wie im Teilhaberecht. Die Position der RehabilitandInnen kann daher nicht hinter derjenigen von Pflegebedürftigen oder KrankenhauspatientInnen zurückbleiben (Nebe, 2016).

Die grundsätzliche Befürwortung der Geltung des privatrechtlichen Verbraucherschutzes in der medizinischen Rehabilitation hat wiederum Rückwirkungen auf das öffentliche Recht. Mit der Anerkennung letztentscheidender RehabilitandInnen über die Auswahl der Rehabilitationsleistung unter den geeigneten Leistungserbringern entfällt die Selektion

durch die Leistungsträger und damit eine wesentliche Voraussetzung für die Ausschreibungspflicht von Rehabilitationsleistungen (Welti, 2009).

Literatur

- Banafsche (2014), in: Deinert/Welti (Hrsg.), Stichwortkommentar, § 96 Rn. 23.
Deutscher Bundesrat (2012), Begründung des Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten, 25.5.2012, BR-Drs. 312/12, S. 12.
Igl (Hrsg.) (2011), Verbraucherschutz im Sozialrecht. Nebe, K. (2016), Verbraucherschutz in der medizinischen Rehabilitation – der Behandlungsvertrag nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch, RP-Reha, 2016, Heft 1, S. 43.
Welti (2009), Leistung und Leistungserbringung in der Rehabilitation: Wettbewerbsordnung im Interesse der Selbstbestimmung, SGB 2009, 330.

Qualität von Prävention und Rehabilitation durch die Gefährdungsbeurteilung nach § 5 ArbSchG

Nebe, K.

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

Einleitung

Demografischer Wandel und zunehmende chronische Erkrankungen erfordern eine effektivere Gesundheitsförderung und Prävention. Hierbei macht die Lebenswelt Arbeit ein wichtiges Handlungsfeld aus. Durch die Neuregelungen im Zuge des Präventionsgesetzes sollen die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderungen (BGF) noch enger mit den Maßnahmen des Arbeitsschutzes verknüpft und der bestehende Leistungsspielraum der Rentenversicherungsträger für Präventionsleistungen noch stärker ausgeschöpft werden (Deutscher Bundestag, 2015, S. 1, 22, 46). Die seit Juli 2015 geltenden Neuregelungen in §§ 20b und c SGB V erstrecken die Maßnahmen zur BGF auch auf spezifische arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken.

Gegenwärtiger Forschungsstand – Nahtstellen zwischen BGF, Arbeitsschutz, Prävention und Rehabilitation

1. Die Dualität von Arbeitsschutz und BGF am Beispiel der Gefährdungsbeurteilung

Der Gesetzgeber schließt damit an gesundheitswissenschaftliche Erkenntnisse an, wonach sich Präventionspflichten der Arbeitgeber aus dem staatlichen Arbeitsschutz und Präventionspflichten der Gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen der BGF wechselseitig verstärken. Der Arbeitgeber muss die beschäftigungsbedingten Gesundheitsgefährdungen beurteilen und hieran orientiert Arbeitsschutzmaßnahmen ergreifen, § 5 ArbSchG (Blume/Faber, 2014, S. 201). Die Gefährdungsbeurteilung steht in doppelter Wechselwirkung mit der BGF. So können einerseits gezielt Instrumente der BGF genutzt werden, um Gefährdungsbeurteilungen im einzelnen Betrieb überhaupt zu initialisieren bzw. zu verbessern (z. B. durch Mitarbeiterbefragungen, Gesundheitszirkel). Umgekehrt können sich aus

Gefährdungsbeurteilungen Hinweise für gezielte Maßnahmen der BGF (z. B. Verhältnisprävention) ergeben (Blume/Faber, 2014, S. 201).

2. BEM – Prävention durch nachgeholt/nachgebesserte Gefährdungsbeurteilung

Die herausragende Rolle der Gefährdungsbeurteilung zeigt sich gleichermaßen für das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM). Erneuter Arbeitsfähigkeit kann wirksam nur vorgebeugt werden, wenn entweder eine bislang unterbliebene Gefährdungsbeurteilung nachgeholt oder die vorhandene Gefährdungsbeurteilung aktualisiert wird. Über den individuellen BEM-Prozess hinaus sind verallgemeinerungsfähige Rückschlüsse für den betrieblichen Arbeitsschutz zu nutzen (Nebe, 2016).

3. Prävention bzw. Rehabilitation und Arbeitsschutz – Schnittstellenkommunikation über die Gefährdungsbeurteilung

Die Gefährdungsbeurteilung hat darüber hinaus einen beachtlichen Stellenwert für Präventions- bzw. Rehabilitationsprozesse. Sie dient dazu, gesundheitlich bedeutsame Einflussfaktoren aus dem Arbeitsumfeld sowie mögliche Teilhabebedarfe zu erkennen und Teilhabepläne individuell zu strukturieren (BAR, 2014, §§ 13c III, 19 III). Präventions- und Rehabilitationsprozesse müssen sich stärker an den im Einzelfall konkreten beruflichen Arbeitsanforderungen orientieren und zwar in allen vier Phasen (Screening, Diagnostik, Therapie, Nachsorge). Zugleich werden insoweit deutliche Reserven für eine systematische Fokussierung auf berufliche Problemlagen aufgezeigt; zwar nimmt die MBOR Arbeitsplatzanforderungen wahr und berücksichtigt diese; allerdings fehlt es – abgesehen von Ausnahmen – an einer tatsächlichen und systematischen Einbeziehung der beschäftigten Unternehmen und Dienststellen und der dortigen Akteure (Bethge u.a., 2015, S. 404 ff.).

Impulse für die Praxis

Dieser Befund veranlasst zur interdisziplinären Reflexion über Reserven. Wie für die Schnittstellen BGF-Arbeitsschutz sowie BEM-Arbeitsschutz (s. o.) muss die Gefährdungsbeurteilung ebenso als Instrument zur Steuerung von Präventions- bzw. Reha-Prozessen und zur Kommunikation zwischen Betrieb, niedergelassenem Arzt, Rehabilitationsträger und Rehabilitationseinrichtung bzw. Rehabilitationsdienstleister ihre Wirkung entfalten. Alle Beteiligten müssen die über eine – ggf. aktualisierte – Gefährdungsbeurteilung vermittelten Informationen in ihre Entscheidungen einfließen lassen und zugleich ihre fachlichen Hinweise für eine befähigungsgerechte Beschäftigung bei Wiedereingliederung geben (so der niedergelassene Arzt im Rahmen des Stufenplanes für eine Stufenweise Wiedereingliederung oder die Klinik im Entlassungsbericht). Die Beschäftigten müssen über ihr Recht auf Überlassung der dokumentierten Gefährdungsbeurteilung beraten werden.

Literatur

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR, Hrsg.) (2014), Gemeinsame Empfehlung zur Erkennung und Feststellung des Teilhabebedarfs, zur Teilhabeplanung und zu Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe, „Reha-Prozess“.

- Bethge, M./Schwarz, B./Neuderth, S. (2015), Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation, in: Weber, A./Peschkes, L./de Boer W.E.L. (Hrsg.), Return to Work – Arbeit für alle, S. 403 ff.
- Blume, A./Faber, U. (2014), § 5 ArbSchG, in: Kohte, W./Faber, U./Feldhoff, K. (Hrsg.), Gesamtes Arbeitsschutzrecht, Handkommentar, 1. Aufl., S. 196 ff.
- Deutscher Bundestag (2015), Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention, BT-Drs. 18/4282.
- Nebe, K. (2016), Arbeitsschutz und Betriebliches Eingliederungsmanagement, in: Feldes, W./Niehaus, M./Faber, U. (Hrsg.), Werkbuch BEM, S. 189 ff. (im Erscheinen).

Partizipative Entwicklung von Kriterien für barrierefreie Internetseiten mit Menschen mit Lernschwierigkeiten

Brinkmann, E., Heide, M., Bergs, L., Niehaus, M.

Universität zu Köln

Hintergrund

Das Internet als zentrales Informations- und Kommunikationsmedium ist heutzutage eine Voraussetzung für die gesellschaftliche und berufliche Teilhabe. Allerdings ist die Zugänglichkeit zum Internet für einige Personenkreise eingeschränkt. Insbesondere Menschen mit Lernschwierigkeiten können das Internet ohne fremde Hilfe wenig nutzen (Berger et al., 2010). Viele Menschen mit Lernschwierigkeiten erleben an dieser Stelle technische, materielle und inhaltliche Barrieren (Bernasconi, 2007).

Im Hinblick auf Kriterien für Zugänglichkeit gibt es Richtlinien, wie im internationalen Raum die Web Content Accessibility Guideline (WCAG) 2.0 und in Deutschland die Barrierefreie-Informationstechnik-Verordnung (BITV) 2.0. Die Richtlinien werden allerdings ebenso wie die Forschungsdesigns, auf denen diese Richtlinien beruhen, teils auch kritisiert, da in diesen die nötige Nutzerorientierung zu wenig Berücksichtigung erhält. Vielmehr ist die Einbeziehung der Menschen, um die es in der jeweiligen Forschungsfrage geht, entscheidend. Bergold und Thomas (2010) fordern die Anwendung partizipativer Forschungsansätze, um so mit Menschen mit Behinderung forschen zu können. Partizipative Forschungsansätze kennzeichnen sich durch eine stärkere Orientierung an der Lebenswelt und der Lebenswirklichkeit von Menschen mit Behinderung.

Das Projekt „Online Dabei“ hat sich vor diesem Hintergrund zum Ziel gesetzt neben der Einhaltung wissenschaftlicher Standards im Besonderen partizipative Aspekte bei der Umsetzung zu berücksichtigen. Es ergeben sich folgende Fragestellungen:

- Was sind mögliche Kriterien für die Gestaltung von barrierefreien Internetangeboten?
- Wie können Wissenschaftler_innen und Menschen mit Lernschwierigkeiten diese Kriterien gemeinsam erarbeiten?

Methodik

Im ersten Schritt wurden Expert_innen-Interviews durchgeführt. Menschen mit Lernschwierigkeiten (N=22) haben als Expert_innen in eigener Sache an den Interviews teilgenommen. Grundlage für die Entwicklung der teilstandardisierten Interviewleitfäden war eine Vorstudie sowie die BITV 2.0 und die WCAG 2.0. Die Durchführung der Interviews erfolgte im persönlichen Kontakt und wurde am Beispiel einer Internetseite in Leichter Sprache durchgeführt. Folgend wurde eine Referenzgruppe implementiert, an der ca. zehn junge Erwachsene im Alter von 18–25 Jahren teilgenommen haben. Referenzgruppen können als ein Modell der Zusammenarbeit von Wissenschaftler_innen und Menschen mit Behinderung in einem hierarchiefreien Raum angesehen werden. An insgesamt vier Terminen wurden unter Berücksichtigung der Kommunikations- und Informationsbedarfe der Teilnehmenden über mögliche Barrieren im Internet diskutiert und Lösungsmöglichkeiten erarbeitet.

Aus den Expert_innen-Interviews liegen quantitative und qualitative Daten vor. Die Daten aus den Referenzgruppen wurden qualitativ ausgewertet.

Ergebnisse

Alle Teilnehmenden geben in den Expert_innen-Interviews an, dass Barrieren auf der betrachteten Internetseite vorhanden sind. Die Mehrheit benennt schwierige Wörter und fehlende Erklärungen als hinderlich. Weiterhin werden strukturelle Barrieren, wie eine zu tiefe Menüstruktur und die Menge bzw. das Verhältnis von Text und Bildern, genannt. Unter Berücksichtigung der genannten Ergebnisse wurden in den Referenzgruppen mögliche Lösungen und Ideen erarbeitet, wie z. B. die Entwicklung eines leicht zu bedienenden Navigationsmenüs. Weiterhin konnte in der Arbeit innerhalb der Referenzgruppe unter Berücksichtigung von Kriterien für eine gelungene Partizipation festgestellt werden, dass die Teilnehmenden sich aktiv beteiligen und Partizipation in vielen Teilen gelingt.

Diskussion

Die vorliegende Studie deckt Barrieren auf, die es gemeinsam mit Menschen mit Lernschwierigkeiten aufzulösen gilt. Die Arbeit in den Referenzgruppen ermöglicht neben der inhaltlichen Erarbeitung von ersten möglichen Lösungen für ein barrierefreies Internet einen Einbezug der Menschen mit Lernschwierigkeiten. Es steht somit die Subjektperspektive von Menschen mit Lernschwierigkeiten im Vordergrund des Forschungsprozesses (Schuppener, 2009). Es findet ein Perspektivwechsel statt und der eigene Ansatz wird durch neue Aspekte hinterfragt und ergänzt. Ebenso kann partizipative Forschung eine positive Erweiterung der Rollen von Menschen mit Behinderung ermöglichen und so auch Teilhabe positiv beeinflussen (Gebert, 2014).

Schlussfolgerungen und Ausblick

Die Ergebnisse des Projektes werden in einem Workshop in Form einer Zukunftswerkstatt von verschiedenen Expert_innen diskutiert. Im Anschluss wird ein Leitfaden veröffentlicht, um die Ergebnisse und Erfahrungen begründet darzustellen. Der Einbezug von Personengruppen, die von der jeweiligen Forschungsfrage betroffen sind, muss in folgenden Studien weiter fokussiert werden.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Literatur

- Berger, A., Caspers, T., Croll, J., Hofmann, J., Kubicek, H., Peter, U., Ruth-Janneck, D. Trump, T. (2010): Web 2.0/barrierefrei: Eine Studie zur Nutzung von Web 2.0 Anwendungen durch Menschen mit Behinderung. Bonn.
- Bergold, J., Thomas, S. (2010): Partizipative Forschung. In: G. Mey, K. Mruck (Eds.): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden.333–344.
- Bernasconi, T. (2007): Barrierefreies Internet für Menschen mit geistiger Behinderung: Eine experimentelle Pilotstudie zu technischen Voraussetzungen und partizipativen Auswirkungen. Univ., Diss.-Oldenburg, 2007. Oldenburg: BIS-Verl. der Carl-von-Ossietzky-Univ.
- Gebert, T. (2014): Partizipative Forschung mit Menschen, die als geistig behindert werden. – Im Spannungsfeld von Teilhaberecht und Wissenschaftlichkeit. Behindertenpädagogik, 53 (3). 251–271.
- Schuppener, S. (2009): Identität von Menschen mit geistiger Behinderung – Untersuchungs- und Unterstützungsmöglichkeiten im Kontext partizipativer Forschung. In: F. Janz (Ed.): Empirische Forschung im Kontext geistiger Behinderung. Heidelberg: Winter. 305–319.

**Effectiveness and cost-effectiveness of a web-based guided self-help
intervention for prevention of major depression in adults with subthreshold
depression: A pragmatic randomised controlled trial**

*Buntrock, C. (1), Berking, M. (1), Smit, F. (2), Lehr, D. (3), Nobis, S. (3), Riper, H. (2),
Cuijpers, P. (3), Baumeister, H. (4)*

(1) Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, (2) VU University, Amsterdam,
(3) Leuphana University Lueneburg, (4) Universität Ulm

Background

Evidence-based treatments for Major Depressive Disorder (MDD) are not very successful in improving functional and health outcomes (Andrews et al., 2004). Attention has increasingly been focused on the prevention of MDD (van Zoonen et al., 2014). Psychological interventions for the prevention of depression might also be a cost-effective way to reduce the burden associated with depressive disorders (Mihalopoulos et al., 2013). The aim of the study was to evaluate the (cost-) effectiveness of a web-based guided self-help intervention to prevent MDD in people with subthreshold depression.

Methods

We conducted a pragmatic randomised controlled trial with follow-up at 12 months. Participants were recruited from the general population via a large statutory health insurance company and an open access website. All participants had unrestricted access to care-as-usual (i.e. visits to the GP) and were randomized to either a web-based guided self-help intervention (i.e. cognitive-behavioural and problem-solving therapy supported by an on-line trainer; n = 202) or web-based psycho-education (n = 204). The primary outcome was time to onset of MDD in the intervention relative to the control group over the 12-month follow-up period as assessed by blind diagnostic raters using the telephone-administered structured clinical interview for DSM-IV Axis Disorders (SCID) at 6- and 12-month follow-up covering the period to the previous assessment. Depression-free years (DFYs) were assessed based on the SCID interviews. Costs were self-assessed through a questionnaire and were related to DFYs and quality-adjusted life years (QALYs) from a public health care and societal perspective.

Results

Among 406 randomized participants (mean age, 45 years; 73.9%women), 335 (82 %) completed the telephone follow-up at 12 months. Fifty-five participants (27 %) in the intervention group experienced MDD compared with 84 participants (41 %) in the control group. Cox regression analyses controlling for baseline depressive symptom severity revealed a hazard ratio of 0.59 (95 %CI, 0.42–0.82; P = .002) at 12-month follow-up. The number needed to treat to avoid 1 new case of MDD was 5.9 (95 %CI, 3.9–14.6) (Buntrock et al., 2016).

Significantly more DFYs were gained in the intervention group (0.82 vs 0.70). Likewise, QALY health gains were in favour of the intervention. Assuming a willingness-to-pay of €20,000, the intervention's likelihood of being cost-effective was 99 % from both perspectives for gaining a DFY and 60 % (health care perspective) and 64 % (societal perspective) for gaining a QALY.

Conclusions

Our study underlines the potential of web-based treatments for subthreshold depression and adds that this may not only restore health in people with subthreshold depression, but in addition reduces the risk of developing a MDD. Offering the intervention has an acceptable likelihood of being more cost-effective than enhanced usual care and could therefore reach community members on a wider scale.

Förderung: Europäische Union und BARMER GEK

Literatur

- Andrews, G., Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J., Lapsley, H. (2004): Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *Br J Psychiatry*, 184. 526–533.
- Buntrock, C., Ebert, D.D., Lehr, D., Smit, F., Riper, H., Berking, M., Cuijpers, P. (2016): Effect of a web-based guided self-help intervention for prevention of major depression in adults with subthreshold depression: A randomized clinical trial. *JAMA*, 315 (17). 1854–1863.
- Mihalopoulos, C., Vos, T. (2013): Cost-effectiveness of preventive interventions for depressive disorders: an overview. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*, 13 (2). 237–242.
- van Zoonen, K., Buntrock, C., Ebert, D.D., Smit, F., Reynolds, C.F., 3rd, Beekman, A.T., Cuijpers, P. (2014): Preventing the onset of major depressive disorder: a meta-analytic review of psychological interventions. *Int J Epidemiol*, 43 (2). 318–329.

Internet-basierte psychologische Interventionen zur Prävention von psychischen Störungen. Ergebnisse einer Meta-Analyse und Perspektiven für die medizinische Rehabilitation

Sander, L. (1), Rausch, L. (1), Baumeister, H. (2)

(1) Universität Freiburg, (2) Universität Ulm

Hintergrund

Die Förderung psychischer Gesundheit gewinnt zunehmend an Bedeutung. Dennoch verbleiben die Prävalenzraten psychischer Störungen auf unverändert hohem Niveau. Angesichts der hohen Krankheitslast für die Betroffenen und die Gesellschaft, stellt die Prävention psychischer Störungen eine zentrale Herausforderung für unser Gesundheitssystem dar (Walker et al., 2015). Internet und Mobile-basierte Interventionen (IMIs) erscheinen hier als eine vielversprechende Möglichkeit um präventive Interventionen einer breiten Bevöl-

kerungsschicht kostengünstig zur Verfügung zu stellen (Sander et al., 2016). Mit der vorliegenden Studie erfolgte eine systematische Übersicht und Meta-Analyse zur Wirksamkeit von IMIs in Bezug auf die Prävention psychischer Störungen (Sander et al., 2016a).

Methode

Systematische Literatursuche in den Datenbanken CENTRAL, Medline und PsycInfo. Eingeschlossen wurden a) RCTs die b) in einer erwachsenen Population (≥ 18 Jahre) c) initial ohne psychische Störung d) eine IMI zur Prävention einer psychischen Störung gegen eine Kontrollgruppe verglichen haben. Studienauswahl, Qualitätsrating der eingeschlossenen Studien und Datenextraktion erfolgte durch zwei Wissenschaftler (LS, LR) unabhängig voneinander. Primäres Erfolgsmaß war die Zeit bis zum Auftreten der jeweilig untersuchten psychischen Störung und sekundäres Erfolgsmaß deren Schweregrad. Die Studienqualität wurde mittels des Cochrane Risk of Bias Tools erhoben. Meta-Analysen (random-effect) erfolgten im Fall ausreichend klinisch und statistisch homogener Daten auf Störungsebene.

Ergebnisse

Nach dem Ausschluss von Duplikaten wurden 1169 Studien systematisch durchsucht von denen 17 Studien die Einschlusskriterien erfüllten. Der Großteil der eingeschlossenen Studien untersuchte die Prävention von Essstörungen und/oder Depression und/oder Angststörungen. Es wurden zwei Studien zur Prävention von PTSD gefunden. Die ermittelte Studienqualität war sehr heterogen. Nur fünf Studien berichten durch standardisierte Interviews (z. B. SKID) erhobene Inzidenzraten. Vier dieser Studien fanden signifikante Ergebnisse mit einer number-needed-to-treat (NNT) von 9,33 bis 41,31. Eine meta-analytische Datenaggregation erfolgte für IMIs zur Prävention depressiver Störungen in Bezug auf den Depressionsschweregrad mit einer standardisierten Mittelwertdifferenz von $g = -0,29$ (KI $[-0,43; -0,15]$) zugunsten von IMIs im Vergleich zur Kontrollgruppe (Standardbehandlung oder Warteliste) (Sander et al., 2016b).

Diskussion

Internet- und Mobile-basierte Interventionen haben das Potenzial psychische Störungen präventiv zu begegnen. Während die Wirksamkeit für Depressionen und Essstörungen gut belegt ist, ist die Studienlage für andere Erkrankungen noch unterrepräsentiert. Es werden Perspektiven und Grenzen für IMIs in der medizinischen Rehabilitation in Deutschland aufgezeigt und anhand eines aktuell laufenden Präventionsprojekts für Menschen mit chronischem Rückenschmerz (Prevention of Depression in Back Pain Patients, PROD-BP) diskutiert (Sander et al., 2016).

Ausblick

Sollte sich PROD-BP als erfolgreich in der Prävention von Depression in der Reha-Nachsorge erweisen, könnte die Intervention als kostengünstige Maßnahme in die Routineversorgung implementiert werden und auf andere Schmerzerkrankungen übertragen werden. Damit würde die medizinische Rehabilitation zu einem wichtigen Ort für die Implementierung von Präventionsmaßnahmen gegen Depression werden.

Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung

Literatur

- Sander, L., Ebert, D.D., Baumeister, H. (2016): Internet- und Mobilebasierte Psychotherapie der Depression. *PSYCH up2date*, 10 (6). in press.
- Sander, L., Paganini, S., Lin, J., Schlicker, S., Ebert, D.D., Buntrock, C. et al. (2016): Effectiveness and cost-effectiveness of a guided Internet- and mobile-based intervention for the indicated prevention of major depression in patients with chronic back pain – study protocol of the PROD-BP multicenter pragmatic RCT. *BMC psychiatry*, in press.
- Sander, L., Rausch, L., Baumeister, H. (2016a): Effectiveness of internet-based interventions for the prevention of mental disorders: a systematic review and meta-analysis protocol. *Systematic Reviews*, 5 (30). *Systematic Reviews*. doi:10.1186/s13643-016-0209-5.
- Sander, L., Rausch, L., Baumeister, H. (2016b): Effectiveness of internet-based interventions for the prevention of mental disorders: a systematic review. *JMIR Mental Health*, 3 (3). e38. *JMIR Mental Health*. doi:10.1186/s13643-016-0209-5.
- Walker, E.R., McGee, R.E., Druss, B.G. (2015): Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications. *JAMA Psychiatry*, 30322 (4). 334–341. doi:10.1001/jama-psychiatry.2014.2502.

Reha:Info – Evaluation eines Online-Portals zur Vorbereitung auf die stationäre psycho-somatische Rehabilitation

Zwerenz, R. (1), Schury, S. (1), Becker, J. (1), Siepmann, M. (2), Franke, W. (3), Schmädeke, S. (4), Beutel, M. E. (1)

- (1) Universitätsmedizin Mainz, (2) Psychosomatische Klinik Campus Bad Neustadt, (3) Rehabilitationszentrum Bad Kissingen, Deutsche Rentenversicherung Bund, (4) AHG Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim

Hintergrund und Ziele

Die Vorbereitung auf die stationäre psychosomatische Rehabilitation erfolgt i. d. R. durch schriftliche, meist sehr umfangreiche Informationsmaterialien von Seiten der Kliniken und des Kostenträgers. Eine qualitative Bedarfserhebung mit Rehabilitanden und Experten mittels Fokusgruppen und Einzelinterviews zeigte jedoch, dass sich Rehabilitanden mehrheitlich über die Klinikwebsite informieren. Die dortigen Informationen wurden vielfach als zu textlastig und unübersichtlich wahrgenommen (Gerzymisch et al., 2015). Eine unzureichende Behandlungsvorbereitung ist jedoch ein Risikofaktor für die Entwicklung einer realistischen Behandlungserwartung und Therapiemotivation, die wiederum wesentlich zum Erfolg der Behandlung beitragen können (Constantino et al., 2011). Daher wurde auf der Basis dieser Erkenntnisse das Online-Portal Reha:Info mit semi-dokumentarischen Patienten- und Expertenvideos zur Vorbereitung auf die stationäre psychosomatische Rehabilitation entwickelt. In einer randomisiert kontrollierten Studie (Becker et al., 2016) wurde

geprüft, ob Reha:Info eine patientengerechte Vorbereitung darstellt und eine Förderung realistischer Behandlungserwartung zur Folge hat.

Methodik

Von N = 2.937 zukünftigen Rehabilitanden aus drei psychosomatischen Rehabilitationskliniken, die per verschicktem Flyer von der Rehaklinik über das Online-Portal Reha:Info informiert wurden, loggten sich N = 963 (32 %) mit einem persönlichen Login-Code bei Reha:Info ein. Von diesen willigten N = 492 (51 %) zur Studienteilnahme ein. Neun Personen wurden nachträglich ausgeschlossen, da sie das Einschlusskriterium (Alter ≥ 18) nicht erfüllten oder ihre bewilligte Rehamaßnahme abgesagt hatten. Alle Teilnehmer wurden in eine Kontroll- (KG: treatment as usual [TAU]) und eine Interventionsgruppe (IG: TAU + Zugang zu Reha:Info) randomisiert. Erhoben wurden u.a. das Vertrauen in und die Erwartung bzgl. der stationären psychosomatischen Rehabilitation (CEQ; Devilly et al., 2000) sowie die berufsbezogene Therapiemotivation (FBTM; Zwerenz et al., 2005) sowohl zum Zeitpunkt der Randomisierung (T0) als auch kurz vor Beginn der stationären psychosomatischen Rehabilitation (T1). In der Zwischenzeit (M = 25,5 Tage; Range = 1 bis 81]) konnten Teilnehmer der IG selbständig die Videos auf dem Online-Portal nutzen. Von den N = 483 Teilnehmern (KG = 248, IG = 235) liegen N = 331 (KG = 165; IG = 166) vollständige Datensätze (T0, T1) vor, die mittels Kovarianzanalyse mit Kontrolle der entsprechenden zu T0 erhobenen Baseline-Werte untersucht wurden.

Ergebnisse

Die 483 Studienteilnehmer waren zwischen 18 und 75 Jahre alt und zu ca. 2/3 weiblich. Teilnehmer der IG waren zum Großteil (88 %) mit dem Online-Portal sehr zufrieden bzw. zufrieden und gaben an, dass die Inhalte sie zum Nachdenken angeregt haben (69 %). Insgesamt 86 % würden es weiterempfehlen. Die Kovarianzanalysen der Hauptzielgröße (CEQ) ergaben, dass sich IG und KG zu T1 nicht signifikant in den Subskalen „Vertrauen“ ($F(1, 328) = 0,92$; $p = 0,34$) und „Erwartung“ ($F(1, 328) = 0,004$; $p = 0,95$) hinsichtlich der bevorstehenden stationären psychosomatischen Rehabilitation unterscheiden. Des Weiteren ergaben sich auch keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG zu T1 bezüglich ihrer berufsbezogenen Therapiemotivation (FBTM).

Diskussion und Ausblick

Die neuartige Form der Vorbereitung auf die stationäre psychosomatische Rehabilitation mit Hilfe von Reha:Info wurde von den Nutzern sehr positiv bewertet und hat diese zum Nachdenken, und damit vermutlich einer aktiven Auseinandersetzung mit den vermittelten Inhalten, angeregt. Die erwartete Verbesserung der Behandlungserwartung ist jedoch ausgeblieben. Allerdings hat sich auch nur ein Drittel der angeschriebenen Rehabilitanden überhaupt bei Reha:Info eingeloggt, was sich vermutlich durch den z.T. sehr frühen Zeitpunkt, zu dem die Rehabilitanden durch die Kliniken angeschrieben wurden, erklären lässt. Unerwartet war jedoch, dass nur ca. die Hälfte derjenigen, die sich bereits bei Reha:Info eingeloggt haben, einer Studienteilnahme zustimmten. Um zu prüfen ob die umfangreichen Anforderungen einer Studienteilnahme (Einverständnis, Fragebögen) zu dieser geringen Akzeptanz geführt haben könnten, wird Reha:Info aktuell in einer anderen Stichpro-

be zukünftigen Rehabilitanden unter naturalistischen Bedingungen angeboten. Weitere Analysen müssen darüber hinaus zeigen, ob sich bestimmte Nutzergruppen (z. B. high user versus low user) klassifizieren lassen, die stärker als andere von Reha:Info profitieren.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Becker, J., Beutel, M.E., Gerzymisch, K., Schulz, D., Siepman, M., Knickenberg, R.J., Schmädeke, S., Ferdinand, P., Zwerenz, R. (2016): Evaluation of a video-based Internet intervention as preparation for inpatient psychosomatic rehabilitation: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17(1). 287.
- Constantino, M.J., Glass, C.R., Arnkoff, D.B., Ametrano, R.M., Smith, J.Z. (2011): Expectations. In: Norcross, J.C. (Ed.): *Psychotherapy relationships that work: Evidencebased responsiveness*. New York: Oxford University Press. Inc. 354–376.
- Devilly, G.J., Borkovec, T.D. (2000): Psychometric properties of the credibility/expectancy questionnaire. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 31 (2). 73–86.
- Gerzymisch, K., Beutel, M.E., Schmädeke, S., Bischoff, C., Hagen, K., Knickenberg, R.J., Zwerenz, R. (2015): Wie sieht eine patientengerechte Vorbereitung auf die stationäre Rehabilitation aus? – Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung. *DRV-Schriften*, Bd. 307–308.
- Zwerenz, R., Knickenberg, R.J., Schattenburg, L., Beutel, M.E. (2005): Motivation zur psychosomatisch-psychotherapeutischen Bearbeitung von beruflichen Belastungen – Entwicklung und Validierung eines Fragebogens. *Die Rehabilitation*, 44 (1). 14–23.

Kosten-Wirksamkeits-Analysen und Kosten-Nutzenwert-Analyse internetbasierter, geleiteter Selbsthilfeintervention zur Reduktion arbeitsbezogenen Stresses

Kählke, F. (1), Lehr, D. (2), Berking, M. (1), Buntrock, C. (1), Heber, E. (2), Smit, F. (3), Baumeister, H. (4)

(1) Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, (2) Leuphana Universität Lüneburg, (3) VU University Amsterdam, (4) Universität Ulm

Hintergrund

Berufsbedingter Stress kann zu einer Vielzahl unterschiedlicher psychischer und physischer Erkrankungen wie Burnout (Leiter, 1997) oder einem erhöhten Risiko an Depression oder Angststörungen (Melchior et al., 2007) führen und hat somit eine starke Auswirkung auf die Gesundheit der gesamten Bevölkerung. Personen mit erhöhtem Stresslevel weisen bei ihrer Arbeit hohe Fehlzeiten (Absentismus) und eingeschränkte Leistungsfähigkeit bei der Bewältigung von Arbeiten (Präsentismus) auf. Dieses führt zu hohen gesellschaftlichen Kosten aufgrund von Produktionsausfällen und hoher Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistern (Kalia, 2002). Internet-basierte Stressmanagement Interventionen sind nachweislich effektiv (Heber et al., 2016; Ebert et al., 2016) Bislang gibt es allerdings nur

begrenzte Evidenz zur Kosteneffektivität von Stressmanagement Interventionen bei beanspruchten Arbeitnehmern und keinerlei Evidenz von internetbasierter Gesundheitsinterventionen (IGI) in diesem Anwendungsfall. Das Ziel der Studie war daher eine Kosten-Wirksamkeits-Analyse bei einer web-basierten geleiteten Selbsthilfeintervention durchzuführen.

Methodik

In einer randomisierten kontrollierten Studie wurden die Teilnehmer (N=264, PSS-10 \geq 22) entweder der Interventionsgruppe (IG) oder der 6-monatigen Wartelistenkontrollgruppe (WLK) zugeteilt (Heber et al., 2013). Erstere erhielt ein 7-wöchiges, stressspezifisches internetbasiertes Training zur Stressbewältigung. Die Wirksamkeit wurde zum Prä- und Post-Zeitpunkt der Intervention, nach 6 Monaten, sowie in einem verlängerten Follow-up für die IG nach 12 Monaten überprüft. Primäres Outcome war wahrgenommener Stress. Die Kosten für die Gesundheitsökonomische Evaluation wurden mittels des TiC-P Selbsteinschätzungsfragebogen erhoben. Sie wurden in eine Kosten-Wirksamkeits-Analyse mit der Anzahl der symptomfreien Teilnehmer und in einer Kosten-Nutzwert Analyse mit qualitätskorrigierter Lebensjahre (QALYs) in Relation gesetzt. Die Analysen wurden aus gesellschaftlicher Perspektive unter Berücksichtigung aller direkten medizinischen Kosten (Medikament, Ärzte), direkten nicht medizinischen Kosten (Fahrtkosten, Haushaltshilfen) und indirekten Kosten (Präsentismus, Absentismus) durchgeführt.

Ergebnisse

Die Kovarianzanalyse ergab einen signifikanten Effekt zugunsten der Interventionsgruppe zum Post-Zeitpunkt (F1,261=58.08, P<.001; Cohen's d=0.83) und nach 6 Monaten (F1,261=80.17, P<.001; Cohen's d=1.02). Im verlängerten Follow-up nach 12 Monaten konnte dieser Effekt auch beibehalten werden. (Elena et al. 2016). Im Vergleich zur Interventionsgruppe (5.243 €) waren die Kosten der Kontrollgruppe (5.630 €) geringfügig (+387 €) höher.

Die Kosten-Wirksamkeits-Analyse ergab ein inkrementelles Kosten-Effektivitäts-Verhältnis (incremental cost-effectiveness ratio, ICER) von -1.064 € pro symptomfreiem Teilnehmer.

Bootstrapping-Analysen (2.500) ergeben, dass eine 66,5 % Wahrscheinlichkeit besteht, dass die Intervention im Vergleich zur Kontrollgruppe kosteneffektiver ist und es innerhalb von 6 Monaten zu einer Kostenersparnis kommt. Analysen zur Kosteneffektivität in Abhängigkeit der gesamtgesellschaftlichen Zahlungsbereitschaft (willingness to pay, WTP) zeigen ebenfalls, dass bei einer WTP von 0 € eine 67,3 % und bei 4.000 € eine 96 % Wahrscheinlichkeit besteht, dass die Intervention kosteneffektiv ist.

Diskussion

Die gesundheitsökonomische Evaluation hat gezeigt, dass die internetbasierte Gesundheitsintervention GET.ON Stress eine hohe Wahrscheinlichkeit hat, kosteneffektiv im Vergleich zur Kontrollgruppe nach 6 Monaten zu sein. Die Studie stellt eine der ersten gesundheitsökonomischen Analysen einer Stressintervention dar und bekräftigt auch aus

ökonomischer Sicht die Anwendung psychologischer (internet-basierter) Interventionen zur Förderung von Stressmanagementkompetenzen von beanspruchten Berufstätigen.

Förderung: Europäische Union und BARMER GEK

Literatur

- Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., Hedman, E. (2014): Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 13 (3). 288–295.
- Ebert, D.D., Heber, E., Berking, M., Riper, H., Cuijpers, P., Funk, B., Lehr, D. (2016): Self-guided internet-based and mobile-based stress management for employees: results of a randomised controlled trial. *Occupational and environmental medicine*, 73 (5). 315–323.
- Heber, E., Ebert, D.D., Lehr, D., Nobis, S., Berking, M., Riper, H. (2013): Efficacy and cost-effectiveness of a web-based and mobile stress-management intervention for employees: design of a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 13. 655. doi:10.1186/1471-2458-13-655.
- Heber, E., Lehr, D., Ebert, D. D., Berking, M., Riper, H. (2016): Web-Based and Mobile Stress Management Intervention for Employees: A Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*, 18 (1).
- Kalia, M. (2002): Assessing the economic impact of stress – the modern day hidden epidemic. *Metabolism*, 51. doi:10.1053/meta.2002.33193.
- Leiter, M.P. (1997): *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*: Wiley.
- Melchior, M., Caspi, A., Milne, B.J., Danese, A., Poulton, R., Moffitt, T.E. (2007): Work stress precipitates depression and anxiety in young, working women and men. *Psychological medicine*, 37 (08). 1119–1129.

Gesundheitsökonomische Evaluation einer begleiteten und unbegleiteten online-basierten Akzeptanz und Commitment Therapie für chronische Schmerzen

Paganini, S. (1), Lin, J. (1), Sander, L. (1), Kählke, F. (2), Baumeister, H. (3)

(1) Albert-Ludwigs-Universität Freiburg,

(2) Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, (3) Universität Ulm

Hintergrund

Chronische Schmerzen haben eine hohe Prävalenz (Breivik et al., 2006) und sind mit hohen direkten und indirekten Kosten bei gleichzeitig bestehender Ressourcenknappheit verbunden (Baumeister et al., 2012; Breivik et al., 2006). Die Akzeptanz- und Commitment Therapie (ACT) erwies sich für Patienten mit chronischen Schmerzen als eine wirksame Alternative zu etablierten Interventionen (z. B. Veehof et al., 2014). Internet- und mobile-basierte Interventionen (IMIs) werden häufig aufgrund ihres Potentials Therapeutenzeit und somit Personalkosten einzuschränken als kosteneffektive Alternative zu etablierten

Behandlungsmethoden zitiert (Eells et al., 2014). Für Patienten mit chronischen Schmerzen erwiesen sich IMIs als effektiv (Ecclestone et al., 2013). Das Ziel dieser Studie ist, die Kosteneffektivität einer online-basierten begleiteten und unbegleiteten Akzeptanz- und Commitment Therapie für Personen mit chronischen Schmerzen zu untersuchen (ACTonPain) (Lin et al., 2015).

Methodik

Es wurde eine Kosten-Effektivitäts- Analyse mit Schmerzbeeinträchtigung (Interferenzskala des MPI-D) als Outcome sowie eine Kosten-Nutzen-Analyse mit Qualitätsadjustierten Lebensjahren (QALY) als Outcome durchgeführt. Die Analysen erfolgten aus gesellschaftlicher Perspektive auf Grundlage der dreiarmligen pragmatischen, randomisiert-kontrollierten Studie ACTonPain mit 302 Probanden mit chronischen Schmerzen. Direkte und indirekte Kosten wurden über einen Zeitraum von sechs Monaten erhoben. Verglichen wurden ACTonPain begleitet, unbegleitet und eine Wartelistenkontrollgruppe (WLC). Die Datenerhebung ist abgeschlossen, die Datenauswertung erfolgt derzeit. Beschrieben werden erste Ergebnisse.

Ergebnisse

ACTonPain begleitet, aber nicht ACTonPain unbegleitet zeigte sich gegenüber der WLC als signifikant überlegen die Schmerzbeeinträchtigung zum Postmesszeitpunkt neun Wochen nach Randomisierung zu senken ($d=0.68$, 95 %-CI:0.40–0.97). Guidance-Kosten für die begleitete und unbegleitete Gruppe betragen 369 € bzw. 280 €. Die höchsten durchschnittlichen Kosten innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten zeigten sich in der begleiteten ACTonPain-Gruppe, gefolgt von ACTonPain unbegleitet und WLC. Sowohl die begleitete als auch die unbegleitete Intervention können kosteneffektiv sein, wenn eine entsprechende Zahlungsbereitschaft der Gesellschaft für einen klinisch signifikanten Effekt bzw. ein gewonnenes qualitätsadjustiertes Lebensjahr (QALY) vorhanden ist.

Diskussion

Sowohl ACTonPain begleitet als auch unbegleitet zeigen das Potential kosteneffektiv zu sein. Die klinisch signifikante Reduktion der Schmerzbeeinträchtigung durch ACTonPain begleitet im Gegensatz zu ACTonPain unbegleitet legen eine Präferenzierung der begleiteten Version nahe.

Ausblick

Neben der Wirksamkeit und potentiellen Kosteneffektivität stellen IMIs im Hinblick auf die vorhandene Ressourcenknappheit und durch die Überwindung von Mobilitätseinschränkungen eine vielversprechende Versorgungsmöglichkeit für Patienten mit chronischen Schmerzen dar. Einmal entwickelt und unter Berücksichtigung von Kosten für die Begleitung der Intervention sowie Erhaltungskosten, können IMIs helfen bestehende Versorgungslücken zu schließen.

Literatur

- Baumeister, H., Knecht, A., Hutter, N. (2012): Direct and indirect costs in persons with chronic back pain and comorbid mental disorders – a systematic review. *J Psychosom Res*, 73. 79–85.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., Gallacher, D. (2006): Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*, 10. 287–333.
- Eccleston, C., Morley, S.J., Williams, A.C. de C. (2013): Psychological approaches to chronic pain management (2013): evidence and challenges. *British journal of anaesthesia*, 111. 59–63.
- Eells, T.D., Barrett, M.S., Wright, J.H., Thase, M., (2014): Computer-assisted cognitive – behavior therapy for depression. *Psychotherapy* 51. 191.
- Lin, J., Lüking, M., Ebert, D.D., Buhrman, M., Andersson, A., Baumeister, H. (2015): Effectiveness and cost-effectiveness of a guided and unguided internet-based acceptance and commitment therapy for chronic pain: Study protocol for a three-armed randomised controlled trial. *Internet Interventions* 2. 7–16.
- Veehof, M.M., Oskam, M.J., Schreurs, K.M.G., Bohlmeijer, E.T. (2011): Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and metaanalysis. *Pain*, 152 (3). 533–542. <http://doi.org/10.1016/j.pain.2010.11.002>.

Effektivität einer Internet-basierten und maßgeschneiderten Intervention für ehemalige Teilnehmer*Innen an einer medizinischen Rehabilitation

Lippke, S. (1), Storm, V. (2), Reinwand, D. (3), Wienert, J. (4)

(1) Jacobs University Bremen, (2) MediClin Hedon Klinik Lingen,
(3) Universität zu Köln, (4) Universität zu Lübeck

Hintergrund und Stand der Literatur, Zweck der Untersuchung

Viele Rehabilitanden haben Schwierigkeiten, dauerhaft einen aktiven Lebensstil bestehend aus regelmäßiger körperlicher Bewegung und gesunder Ernährung aufzubauen. Internet-basierte Interventionen bieten eine Möglichkeit, ehemalige Rehabilitanden zu unterstützen, diese Empfehlungen im Alltag umzusetzen. Insbesondere wenn Menschen ihr kardiovaskuläres Risiko eines Reinfalles oder Folgeschäden reduzieren wollen, ist diese Motivation eine gute Voraussetzung dafür, dass die Intervention erfolgreich verläuft. Jedoch haben bisher wenige Studien dies systematisch untersucht. Das Ziel dieser Studie war deswegen, die Effektivität einer personalisierten Internet-basierten Intervention mit einem randomisierten Kontrollgruppenversuch im Feld (RCT) zu testen. Dabei sollte neben Verhaltensänderungen auch die sozial-kognitiven Determinanten von Verhaltensänderung sowie Stadienwechsel (Readiness to Change) hinsichtlich des Lebensstils betrachtet werden.

Methodik

Diese Studie hatte ein RCT-Design und umfasste neben der Interventionsgruppe (n=403) eine Warteliste-Kontroll-Gruppe (n=387). Die Intervention und die Analysen hatten als the-

oretische Grundlage das Sozialkognitive Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens (Schwarzer, et al., 2011) und das Compensatory Carry-Over Action Model (Lippke, 2016). Die Interventionsinhalte waren zugeschnitten auf die Teilnehmer*Innen und darauf ausgerichtet, einen aktiven Lebensstil bestehend aus regelmäßiger körperlicher Bewegung und gesunder Ernährung aufzubauen (Fleig et al., 2013; Reinwand et al., 2013). Zur Eingangsmessung konnten N=790 Teilnehmer*Innen gewonnen werden. An der Katamnese nach 8 Wochen nahmen n=206 Teilnehmer*Innen teil. Weitere Teilnehmer*Innen fielen zum anschließenden 3 Monats-Katamnesezeitpunkt aus, so dass nur noch n=121 teilnahmen. Die Datenanalyse erfolgte non-parametrisch (Analyse der deskriptiven Daten und der Stadienwechsel) sowie multivariat (Verhalten, sozial-kognitive Parameter).

Ergebnisse

Die Effektivität der personalisierten Intervention zeigte sich insbesondere hinsichtlich der Gewohnheitsstärke (mittlere Effekte hinsichtlich beider Verhaltensweisen). Auch zeigten sich erwartungskonforme Unterschiede im Verhalten und Lebensstil sowie Stadienwechsel. Bei der Analyse der Prozesse, die die Effektivität der Intervention erklären, ließen sich vorherige Befunde (z. B. Storm et al., 2016) replizieren: Es kommt vor allem darauf an, dass die Intervention erfolgreich die Planung und die Selbstwirksamkeitserwartung fördert. Dies zeigt sich bei denjenigen, die bis zum Schluss an der Intervention teilnehmen. Personen, die von der Eingangsmessung zu den Katamnesezeitpunkten hin ausschieden, waren eher weiblich und älter, übten weniger gewohnheitsmäßig einen gesunden Lebensstil aus und hatten einen geringeren Bildungsgrad ($p < .05$).

Diskussion

Die Befunde weisen zwar klar die Effektivität der personalisierten Intervention nach, jedoch ist der Study-Dropout ebenfalls zu berücksichtigen. Gerade bei Internet-basierten Maßnahmen besteht die Schwierigkeit, Teilnehmer*Innen für die längerfristige Teilnahme an der Intervention und der Beantwortung von Fragebögen zu den Katamnese-Messungen zu motivieren. Dies ist ein generelles Problem von Internet-basierten Interventionen. Entsprechend helfen die Befunde dieser Studie, Personen, die ein erhöhtes Risiko für einen Interventions-Abbruch tragen, frühzeitig zu identifizieren und möglicherweise in folgenden Projekten gezielt anzusprechen, so dass der Abbruch weniger wahrscheinlich wird.

Ausblick

Gesundheitsbezogene Online-Maßnahmen gewinnen zunehmend an Bedeutung. Der Nachweis der Effektivität unserer Studie gibt damit die generelle Unterstützung, diese Programme auch ehemaligen Rehabilitanden anzubieten. Die Identifizierung von Personen, die Gefahr laufen aus der Intervention oder der ganzen Studie auszusteigen, ist dabei ein wichtiger Schritt, damit die Effektivität auch für diejenigen, die nicht sowieso schon internet- und untersuchungsaffin sind, ihre Bedeutung entfalten kann. In zukünftigen Projekten sollte eine entsprechende Personalisierung der Inhalte erfolgen, die Teilnehmer*innen mit einem höheren Risiko eines Dropouts ansprechen, so dass soziale Ungleichheiten abgebaut und somit auch die soziale Teilhabe und die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit gefördert werden kann.

Förderung: Wilhelm-Stiftung für Rehabilitationsforschung im Deutschen Stiftungszentrum im Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft

Literatur

- Fleig, L., Pomp, S., Schwarzer, R., Lippke, S. (2013): Promoting exercise maintenance: How interventions with booster sessions improve long-term rehabilitation outcomes. *Rehabilitation Psychology*, 58 (4). 323–333.
- Lippke, S. (2016): Compensatory Carry-Over Action Model. In: M.A. Wirtz (Hrsg.): *Dorsch – Lexikon der Psychologie*. Abgerufen am 15.09.2016, von <https://portal.hogrefe.com/dorsch/compensatory-carry-over-action-model/>.
- Reinwand, D., Kuhlmann, T., Wienert, J., de Vries, H., Lippke, S. (2013): Designing a theory- and evidence-based tailored eHealth rehabilitation aftercare program in Germany and the Netherlands: study protocol. *BMC Public Health*, 13 (1). 1081.
- Schwarzer, R., Lippke, S., Luszczynska, A. (2011): Mechanisms of health behavior change in persons with chronic illness or disability: The Health Action Process Approach (HAPA). *Rehabilitation Psychology*, 56 (3). 161–170.
- Storm, V., Dörenkämper, J., Reinwand, D.A., Wienert, J., De Vries, H., Lippke, S. (2016): Effectiveness of a web-based computer-tailored multiple-lifestyle intervention for people interested in reducing their cardiovascular risk: A randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 18 (4). e78.

Standardisiertes Assessment in der Bewegungstherapie – Status quo innerhalb der medizinischen Rehabilitation in Deutschland

Geidl, W. (1), Portenlänger, F. (1), Streber, R. (1), Deprins, J. (2), Rohrbach, N. (1), Sudeck, G. (2), Pfeifer, K. (1)

(1) Institut für Sportwissenschaft und Sport, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, (2) Institut für Sportwissenschaft, Eberhard Karls Universität Tübingen,

Hintergrund

Standardisierte Testverfahren und Messinstrumente sind integraler Bestandteil einer evidenzbasierten Bewegungstherapie (Jette et al., 2009). Sie ermöglichen u.a. eine gezielte Therapieplanung und -steuerung sowie eine valide Ergebnisevaluation. Ganzheitliche, biopsychosoziale Bewegungstherapiekonzepte berücksichtigen beim Assessment im Sinne der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) neben Aspekten der Funktionsfähigkeit auch personbezogene Kontextfaktoren. Der folgende Beitrag analysiert den Einsatz standardisierten Assessments in der medizinischen Rehabilitation in Deutschland.

Methodik

Fragebogenbasierte bundesweite Querschnittserhebung auf Ebene von 1.558 Fachabteilungen aus insgesamt 1.146 Rehabilitationseinrichtungen im Rahmen des Projektes „Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation: eine Bestandsaufnahme auf Einrichtungs- und Akteursebene“. Berücksichtigt werden sechs der insgesamt 38 übergeordneten Fragen zu bewegungstherapeutischen Konzepten und Prozessmerkmalen.

Auf Basis der Definition von Jette et al. (2009) und unter Rückgriff auf Testdatenbanken und handbücher sowie Literaturdatenbanken (MEDLINE, SCOPUS, Google Scholar) wurden die Antworten zu den offenen Fragen von einer Person zuerst in standardisierte und nicht-standardisierte Erhebungsverfahren klassifiziert. Nachfolgend wurden die Verfahren hinsichtlich bedeutsamer inhaltlicher Konzepte auf Itemebene analysiert. Im Anschluss wurden den bedeutsamen Konzepten deduktiv unter Nutzung der „ICF-Linking-Rules“ (Cieza et al., 2005) sowie mittels des nationalen Entwurfs zur Klassifizierung personbezogener Kontextfaktoren (Grotkamp et al., 2012) ICF-Kategorien zugewiesen.

Ergebnisse

Von 734 bewegungstherapeutischen Abteilungen liegen auswertbare Fragebögen vor. 65 % (n = 464) der Einrichtungen setzen mindestens ein Assessmentverfahren ein. 1.008 der 1.856 (54 %) identifizierten Assessments werden als standardisierte Verfahren klassifiziert. Mindestens ein bzw. mindestens drei standardisierte Assessments werden von 53 % bzw. 22 % der Einrichtungen eingesetzt. 7.039 von 9.007 (78 %) bedeutsamen Konzepten werden dem Bereich Funktionsfähigkeit und Behinderung, 1.471 (16 %) den perso-

nalen und 110 (1 %) den umweltbezogenen Kontextfaktoren zugeordnet, 387 (4 %) sind nicht eindeutig codierbar. 53 % der klassifizierten personalen Kontextfaktoren fallen in das Kapitel „Einstellungen, Grundkompetenzen und Verhaltensgewohnheiten“. 17 % der 734 Bewegungstherapieabteilungen erheben mindestens einen, 6 % mindestens drei personbezogene Kontextfaktoren. Indikationsspezifische Unterschiede zwischen den Erkrankungsbereichen Herz-Kreislauf, Orthopädie, Onkologie, Neurologie, Psychosomatik, Endokrinologie und Sucht werden präsentiert.

Diskussion

Innerhalb der Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation ist der Einsatz standardisierter Messinstrumente und Testverfahren weit verbreitet aber nicht obligat. Funktionsorientierte Assessmentverfahren stehen dabei klar im Mittelpunkt, demgegenüber werden personbezogene Faktoren eher selten erhoben. Die systematische Berücksichtigung psycho-sozialer Faktoren bei der Steuerung, Planung und Evaluation von Bewegungstherapie scheint damit eher die Ausnahme als die Regel darzustellen. Als Limitation muss die Bewertung und Codierung durch nur eine Person genannt werden.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Cieza, A., Geyh, S., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Ustün, B., Stucki, G. (2005): ICF linking rules: an update based on lessons learned. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 37. 212–218.
- Grotkamp, S., Cibis W., Nüchtern, E., Mittelstaedt, G. von, Seger, W. (2012): Personal factors in the International Classification of Functioning, Disability and Health: prospective evidence. *The Australian Journal of Rehabilitation Counselling*, 18. 1–24.
- Jette, D., Halbert, J., Iverson, C., Miceli, E., Shah, P. (2009): Use of standardized outcome measures in physical therapist practice: perceptions and applications. *Physical Therapy*, 89. 25–135.

Vergleich zwischen fahrradergometrischem Intervall- und Dauertraining bei Patienten nach aortokoronarer Bypassoperation in der kardiologischen Anschlussheilbehandlung (VID-ACB)

Reer, M. (1), Schlitt, A. (1), Heinze, V. (1), Huta, D. (1), Hottenrott, K. (2)

(1) Paracelsus-Harz-Klinik Bad Suderode,

(2) Institut für Sportwissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle/Saale

Einleitung

Das EKG-gestützte Fahrradergometertraining ist ein obligatorisch eingesetztes Therapiemittel in der kardiologischen Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit (KHK) (Bjarnason-Wehrens, 2009).

Grundsätzlich werden beim Fahrradergometertraining die Trainingsmethoden Dauertraining und Intervalltraining unterschieden, wobei die Dauermethode, aufgrund des großen Erfahrungsschatzes, die bevorzugte Methode in der kardiologischen Rehabilitation darstellt.

Das Intervalltraining hingegen ist eine ergänzende Methode, die auf Grund der in Studien nachgewiesenen Überlegenheit gegenüber der Ausdauermethode im Bereich der Herzinsuffizienz seine Anwendung findet (Kindermann et al., 2003). Untersuchungen zum koronar herzkranken Patienten in der Anschlussrehabilitation (AHB), nach aortokoronarer Bypassoperation (ACB-OP), liegen hingegen nur in geringer Anzahl vor (Meyer et al. (1990).

Methoden

Für den Methodenvergleich wurden zwischen Juli 2013 und April 2016 Patienten rekrutiert, die in der Paracelsus-Harz-Klinik Bad Suderode nach ACB-OP zur AHB stationär rehabilitiert wurden.

Nach schriftlicher Einverständniserklärung wurden per Randomisierung 120 Patienten zu gleichen Anteilen der Intervall- und Dauertrainingsgruppe zugeordnet. Während des Aufenthalts wurden Daten zur Leistungsfähigkeit sowie kardiale und biometrische Messparameter erhoben, dokumentiert und verglichen. Beide Trainingsregime setzten sich aus 20 Minuten Belastungszeit pro Trainingseinheit zusammen, wovon je drei Minuten Warm-up und eine Minute Cool-down entsprachen. Während bei dem Dauertraining eine pulsgesteuerte Dauerbelastung absolviert wurde, kam beim Intervalltraining ein Intervallstufenverhältnis von 80 % in der Belastungsphase (20sek) und 30 % in der Erholungsphase (40sek) zur Anwendung. Die Intensitätssteuerung orientierte sich an der im Erst-Belastungs EKG ermittelten Herzfrequenzreserve und an der subjektiven Belastungseinschätzung der Probanden, während der Trainingsinterventionen unter Anwendung der Borg-Skala.

Die Trainingsinterventionen wurden parallel zum übrigen leitlinienkonformen Therapieprogramm durchgeführt.

Ergebnisse

Eine Übersicht über die Patientencharakteristika ist Tabelle 1 zu entnehmen.

	Gesamt	Intervallgruppe	Dauergruppe	p-Wert
	n = 120	n = 60	n = 60	
Alter (in Jahren)	61,2 ± 9,2	60,5 ± 9,4	61,9 ± 9,0	0,388
weibl. Geschlecht, (in %)	16 (13,3)	6 (10,0)	10 (16,7)	0,283
BMI (in kg/m²)	28,7 ± 4,9	29,1 ± 5,8	29,0 ± 4,1	0,920
Solltrittleistung, (in %)	49,5 ± 11,6	51,5 ± 11,6	47,4 ± 11,4	0,058
Postoperativer Status, (in Tagen)	17,4 ± 10,0	17,00 ± 6,9	17,8 ± 12,4	0,729

Tab. 1: Patientencharakteristika

Insgesamt zeigten sich eine Verbesserung der maximalen Trittleistung in beiden Trainingsgruppen. Die Intervallgruppe verbesserte sich um 25,6 Watt (von 86,6±16,6 auf 112,2±27,5 Watt), die Dauergruppe um 24,1 Watt (von 83,9±12,9 auf 108,0±21,6 Watt) (beide Gruppen: p < 0,001, Intergruppenvergleich p = 0,699).

Die Ruheherzfrequenz sank in der Intervallgruppe um 8,6 S/min (von 86,0±12,7 auf 77,4±13,1 S/min), die Dauergruppe um 6,7 S/min (von 86,4±13,8 auf 79,7±12,3 S/min) (beide Gruppen p < 0,001, Intergruppenvergleich p=0,467). Tabelle 2 zeigt weitere Leistungs- und kardiale Parameter.

		Intervall- gruppe	Dauer- gruppe	Zeiteffekt (p-Wert)	Interaktion (p-Wert)
Trittleistung max, (in Watt)	MZP 1	86,6 ± 16,6	83,89 ± 12,9	< 0,001	0,699
	MZP 2	112,2 ± 27,5	108,0 ± 21,6		
Solltrittleistung, (in %)	MZP 1	51,0 ± 10,0	49,0 ± 13,0	< 0,001	0,483
	MZP 2	38,0 ± 2,0	34,0 ± 13,0		
HF Ruhe, (in S/min)	MZP 1	86,0 ± 12,7	86,4 ± 13,8	< 0,001	0,467
	MZP 2	77,4 ± 13,1	79,7 ± 12,3		
HF auf 75Watt (in S/min)	MZP 1	107,7 ± 13,7	112,2 ± 15,8	< 0,001	0,625
	MZP 2	101,6 ± 13,4	104,5 ± 14,4		

Tab. 2: Ausgewählte Endpunkte

Diskussion

Die Verbesserung der Leistungsfähigkeit in beiden Trainingsgruppen, trotz des kurzen Untersuchungszeitraumes, bestätigte die Erkenntnisse aus vorangegangenen Interventionsstudien in der kardiologischen Rehabilitation wie der von Bjarnason-Wehrens (1999) und Floimayr (2003). Jedoch konnte bei Patienten mit KHK nach ACB-OP keine Überlegenheit des Intervall- gegenüber dem Ausdauertraining gezeigt werden. Für den fehlenden Gruppenunterschied kann die erbrachte physikalische Leistung in beiden Trainingsregimen verantwortlich gemacht werden, die in beiden Gruppen nicht unterschiedlich war (Intergruppenvergleich: p < 0,325) .

Als weiteres, wichtiges Ergebnis zeigte sich das Intervalltraining der kardiologischen Rehabilitation als sicheres Verfahren, da in beiden Interventionsgruppen keine trainingsbezogenen Komplikationen auftraten.

Somit kann das Intervalltraining als potentiell anwendbare Methode für ausgewählte Patienten mit eingeschränkter linksventrikulärer Funktion nach ACB-Operation angesehen werden.

Literatur

- Bjarnason-Wehrens, B. (2009): Leitlinie körperliche Aktivität zur Sekundärprävention und Therapie kardiovaskulärer Erkrankungen. Clinical Research in Cardiology Supplements, 4.
- Bjarnason-Wehrens, B., Predel, H.G., Graf, C., Günther, D., Rost, R. (1999): Änderung der körperlichen Leistungsfähigkeit durch ein vierwöchiges kardiales Rehabilitationsprogramm der Phase II. Zeitschrift für Kardiologie, 2. 113–122.
- Floimayr, I.M. (2003): Intervalltraining versus Dauertherapie in der kardiologischen Rehabilitation. Universität Wien, Wien.

- Kindermann, M., Meyer T., Kindermann, Nickenig, G. (2003): Körperliches Training bei Herzinsuffizienz. *Herz*, 55. 153–165.
- Meyer, K., Lehmann M., Sünder G., Keul, J., Weidemann, H. (1990): Interval versus continuous exercise training after coronary bypass surgery: a comparison of training-induced acute re-actions with respect to the effectiveness of the exercise methods. *Clinical Cardiology*, 13. 851–861.

Aspekte der Teamarbeit in der Bewegungstherapie: Ergebnisse einer bundesweiten Bestandaufnahme

*Deprins, J. (1), Geidl, W. (2), Rohrbach, N. (2), Streber, R. (2),
Sudeck, G. (1), Pfeifer, K. (2)*

(1) Institut für Sportwissenschaft, Eberhard Karls Universität Tübingen, (2) Institut für Sportwissenschaft und Sport, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Hintergrund

Bewegungstherapeutische Leistungen machen den Großteil aller therapeutischen Leistungen in der medizinischen Rehabilitation aus. Dabei wird eine Weiterentwicklung hin zu elaborierten biopsychosozialen Therapiekonzepten auch international breit diskutiert (z. B. Shepard, 2007). Eine wesentliche Voraussetzung für die Umsetzung solcher mehrdimensionalen Konzepte stellt die Zusammenarbeit im Team dar (z. B. Müller et al., 2015). Dieser Beitrag geht auf Basis einer bundesweiten Bestandaufnahme zur Bewegungstherapie ausgewählten Aspekten der Teamarbeit nach. Analysiert wird, in welchem Maße Zusammenhänge zwischen teambezogenen Prozessmerkmalen (Häufigkeit von Teambesprechungen, bewegungstherapeutische Zielfestlegung im interdisziplinären Austausch, berufsgruppenübergreifende Informationsweitergabe im Team) und strukturellen Merkmalen der Reha-Einrichtungen (Indikationsbereich, Anzahl versorgter Rehabilitandinnen und Rehabilitanden) sowie der wahrgenommenen Zusammenarbeit im Team andererseits bestehen.

Methodik

Im Rahmen einer fragebogenbasierten bundesweiten Querschnitterhebung wurden Leitungspersonen der Bewegungstherapie von insgesamt 1.558 Fachabteilungen aus 1.146 Rehabilitationseinrichtungen angeschrieben. Der Rückversand erfolgte pseudonymisiert und erbrachte Rückmeldungen aus 685 Einrichtungen. Relevante Informationen liegen von 541 Einrichtungen über insgesamt 734 bewegungstherapeutische Abteilungen vor. Die hier relevanten Fragebogenabschnitte lehnen sich an die Erfassung von Struktur- und Prozessmerkmalen in der ambulanten Neurorehabilitation an (Pöpl et al., 2014). Die Zusammenarbeit im gesamten Reha-Team wurde über die ‚Internal Participation Scale‘ erfasst (IPS; Körner, Wirtz, 2013). Für die Auswertungen erfolgte eine dichotome Einteilung der teambezogenen Prozessmerkmale (Teambesprechungen: wöchentlich vs. nicht wöchentlich; interdisziplinäre Zielfestlegung: (sehr) häufig vs. manchmal/selten; berufsgruppenübergreifende Informationsweitergabe: findet standardmäßig statt vs. findet nicht statt) und

Strukturmerkmale (Indikationsbereiche: eher somatisch (z. B. Orthopädie, Kardiologie, Neurologie) vs. eher psychisch (Psychosomatik, Sucht); Anzahl versorgter Rehabilitandinnen und Rehabilitanden: kleinere vs. größere Abteilungen). Der IPS-Gesamtscore wurde in drei Kategorien aufgeteilt (sehr positive, positive und mittlere Bewertung der Zusammenarbeit im Team). Für die Auswertungen wurden jene Abteilungen herangezogen, die in Summe über mindestens zwei volle Personalstellen verfügen ($n = 581$). Neben deskriptiven Kennwerten wurden für Zusammenhangsanalysen Chi-Quadrat-Tests und Kontingenzkoeffizienten C berechnet.

Ergebnisse

Deskriptiv lässt sich festhalten, dass regelmäßige Teambesprechungen sowohl innerhalb der bewegungstherapeutischen Abteilung als auch berufsgruppenübergreifend im gesamten Reha-Team in 83,4 % bzw. 85,9 % der Einrichtungen wöchentlich stattfinden. Knapp zwei Drittel der Akteure in bewegungstherapeutischen Abteilungen (65,4 %) erhalten zu Beginn der Rehabilitation standardmäßig Informationen über die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden von anderen Berufsgruppen; eine interdisziplinäre Festlegung der bewegungstherapeutischen Ziele findet in ca. 60 % der Abteilungen statt.

Die Häufigkeit sowohl von internen als auch von berufsgruppenübergreifenden Teambesprechungen steht weder im Zusammenhang mit den Strukturmerkmalen noch mit der wahrgenommenen Zusammenarbeit im Reha-Team. Demgegenüber zeigen sich kleine Zusammenhänge (je $p < .05$) für den berufsgruppenübergreifenden Informationsaustausch und der Größe der Abteilung ($C = .20$), dem Indikationsbereich ($C = .09$) und der wahrgenommenen Zusammenarbeit im Team ($C = .11$). Ein standardmäßiger Informationsaustausch ist assoziiert mit kleineren Abteilungen, eher psychischen Indikationsbereichen und einer sehr positiven Bewertung der Team-Zusammenarbeit. Eine interdisziplinäre Zielfestlegung findet ebenfalls häufiger in kleinen Abteilungen statt ($C = .19$) und ist mit positiveren Einschätzungen der Team-Zusammenarbeit verbunden ($C = .24$).

Diskussion

Regelmäßige Teambesprechungen scheinen einen hohen Stellenwert einzunehmen und fest etabliert zu sein. Die Häufigkeit allein steht dabei allerdings in keinem Zusammenhang mit anderen Merkmalen. Weitere Analysen werden Aufschluss darüber geben können, inwieweit die besprochenen Themen möglicherweise mit anderen teamrelevanten Merkmalen in Verbindung stehen. In eher psychischen Indikationsbereichen erhalten die bewegungstherapeutischen Akteure mehr Informationen von anderen Berufsgruppen, so dass einem größeren interdisziplinären Abstimmungsbedarf begegnet wird. Die Größe einer Abteilung ist eher negativ assoziiert mit teambezogenen Prozessmerkmalen, was den größeren organisatorischen Aufwand bekräftigt. Für die Qualitätsentwicklung der Bewegungstherapie wird zu diskutieren sein, wie unter den Bedingungen verschiedener Einrichtungen optimale Möglichkeiten für die Team-Zusammenarbeit realisiert werden können, um den biopsychosozialen Therapiekonzepten gerecht(er) werden zu können.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Körner, M., Wirtz, M.A. (2013): Development and psychometric properties of a scale for measuring internal participation from a patient and health care professional perspective. *BMC Health Services Research*, 13. 374–384.
- Müller, C., Rundel, M., Zimmermann, L., Körner, M. (2015): Verankerung interprofessioneller Teamarbeit in den Qualitätsmanagement-Systemen der medizinischen Rehabilitation – Eine Bestandsaufnahme. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 25. 36–43.
- Pöpl, D., Deck, R., Kringler, W., Reuther, P. (2014): Strukturen und Prozesse in der ambulanten Neurorehabilitation. *Die Rehabilitation*, 53. 168–175.
- Shepard, K.F. (2007): Are you waving or drowning? *Physical Therapy*, 87. 1543–1554.

Bewegungstherapeutische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung – Ein Update auf Basis quantitativer Routinedaten

Brüggemann, S., Sewöster, D., Kranzmann, A.
Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Hintergrund

Bewegungstherapie, d. h. Verfahren, die körperliche Bewegung als therapeutisches Mittel einsetzen, haben nachweislich positive Effekte auf die Funktionsfähigkeit und zwar über alle ICF-Komponenten hinweg. Neben der positiven Beeinflussung geschädigter Körperstrukturen und -funktionen werden auch – weitgehend indikationsunabhängig – Aktivitäten, Teilhabe und psychosoziale Ressourcen gefördert. Die entsprechend große Bedeutung für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung widerspiegelt sich in der Menge und durchschnittlichen Dauer bewegungstherapeutischer Leistungen (Brüggemann, Sewöster, 2010; 2014). In der hier vorgestellten Studie werden aktuelle Zahlen aus 2014 präsentiert. Erstmals wurden auch Subgruppen (Geschlecht, Alter, Setting) analysiert.

Methodik

Routinemäßig werden in den Reha-Entlassungsberichten alle Behandlungen während einer medizinischen Rehabilitation dokumentiert. Hierzu wird die Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL, DRV, 2007) eingesetzt. Nach KTL können bewegungstherapeutische Leistungen dokumentiert werden als Sport- und Bewegungstherapie (Kapitel A), Physiotherapie (Kapitel B) und Rekreationstherapie (Kapitel L, ohne Kommunikation/Interaktion).

Für die zentralen Indikationen der Rehabilitation wurden KTL-Daten aus dem Jahr 2014 deskriptiv analysiert. Erfasst wurden Anteil und Dauer von Sport- und Bewegungstherapie, Physiotherapie und Rekreationstherapie sowie deren Verteilung. Ferner wurden Auswirkungen durch Geschlecht, Reha-Setting und Alter der Rehabilitanden untersucht.

Ergebnisse

Datengrundlage waren 83.677.802 therapeutische Leistungen aus 710.012 Reha-Entlassungsberichten in acht Indikationen.

Über alle Indikationen konnten 35,4 % der Leistungen der Bewegungstherapie zugeordnet werden. Die durchschnittliche Dauer der Bewegungstherapie lag bei 11,8 Stunden pro Woche und Rehabilitand mit bewegungstherapeutischen Leistungen. Gesamtdauer, relative Dauer im Verhältnis zu anderen Therapiearten, Anteil von Einzeltherapie und Art der Bewegungstherapie variierten weiterhin deutlich zwischen den Indikationen.

Im Geschlechtervergleich zeigten sich geringfügige Unterschiede. So erhielten Männer etwas mehr Leistungen mit insgesamt ebenfalls geringfügig längerer Leistungsdauer bei Sporttherapie in der Gruppe als Frauen. Bei der physiotherapeutischen Behandlung zeigten sich keine wesentlichen Geschlechtsunterschiede, während bei der Rekreationstherapie Männer wieder etwas mehr und etwas längere Leistungen erhielten.

Bezogen auf die Altersgruppen war zu erkennen, dass Rehabilitanden mit zunehmendem Alter weniger und kürzer Sporttherapie in der Gruppe, aber mehr und länger Physiotherapie in der Gruppe und Rekreationstherapie erhielten. Bei den Einzeltherapien zeigten sich keine offensichtlichen Unterschiede.

Im Settingvergleich war auffällig, dass Sporttherapie in der Gruppe im ambulanten Setting länger und häufiger durchgeführt wird als stationär. Dies gilt insbesondere für die Indikationen, in denen die ambulante Rehabilitation schon lange etabliert und dementsprechend häufig ist. Bei der Physiotherapie zeigen sich nur marginale Settingunterschiede.

Diskussion

Die Bedeutung der Bewegungstherapie in der Rehabilitation der Rentenversicherung bleibt hoch. Anzahl und Dauer der Leistungen sind Hinweis auf den hohen Stellenwert dieser Therapieverfahren. Die Ergebnisse sprechen weiterhin für eine sinnhafte, indikations- und krankheitsspezifisch ausgestaltete Zusammenstellung der Inhalte der Bewegungstherapie. Betrachtet man die Bewegungstherapie im Zeitverlauf, so ist der Anteil entsprechender Leistungen von einem bereits hohen Anfangsniveau noch angestiegen. Die dargestellten Geschlechts- und Altersunterschiede sind möglicherweise ein Ergebnis (selbst wahrgenommener) individueller Belastbarkeit, während sich Settingunterschiede vermutlich auf die unterschiedlichen Therapiemöglichkeiten aufgrund unterschiedlicher lokaler Gegebenheiten zurückführen lassen.

Interessenskonflikte: Die Autorinnen sind Mitarbeiterinnen der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Literatur

Brüggemann, S., Sewöster, D. (2010): Bewegungstherapeutische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung. *Bewegungstherapie & Gesundheits-sport*, 26 (6). 266–269.

Brüggemann, S., Sewöster, D. (2014): Bewegungstherapeutische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung – Ein Sechs-Jahres-Vergleich. DRV-Schriften, Bd 107. 231–234.

Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) (2007): KTL Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. 5. Auflage, Berlin.

Bewegungsempfehlungen für Erwachsene mit einer chronischen Erkrankung

Geidl, W., Pfeifer, K.

Institut für Sportwissenschaft und Sport,
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Hintergrund

Ein körperlich aktiver Lebensstil verbessert die Gesundheit von Erwachsenen mit chronischen Erkrankungen. Gleichzeitig ist die Prävalenz körperlicher Inaktivität bei Menschen chronischen Krankheiten hoch bzw. noch höher als bei gesunden Erwachsenen. Empfehlungen für Bewegung sind gemeinsam mit Empfehlungen für Bewegungsförderung bedeutsame Bestandteile einer umfassenden Strategie zur Steigerung der körperlichen Aktivität und zur Sicherung der damit erzielbaren Gesundheitsgewinne.

Der vorliegende Beitrag stellt generische Bewegungsempfehlungen für Erwachsene (18–65 Jährige) mit chronischen Erkrankungen vor, welche im Rahmen des Projekts „Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung“ (Rütten, Pfeifer, 2016) entwickelt wurden.

Methodik

Dreiphasiges Vorgehen unter Rückgriff auf international bereits vorliegende und qualitativ hochwertige Empfehlungen. Phase 1: Systematische Literaturrecherche nach aktuellen Bewegungsempfehlungen für sieben national bedeutsame Erkrankungen (klinisch stabile ischämische Herzerkrankung, chronischer nichtspezifischer Rückenschmerz, klinische Depression, Typ 2-Diabetes mellitus, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Schlaganfall, Arthrose) (1A). Entwicklung und Durchführung einer Expertinnen und Expertenbefragung zur Erstellung der Liste relevanter Qualitätskriterien (1B). Phase 2: Bewertung recherchierter Bewegungsempfehlungen mittels der Liste der Qualitätskriterien (2A). Auswahl (2B) und systematische Inhaltsanalyse (2C) qualitativ hochwertiger Bewegungsempfehlungen. Phase 3: Entwicklung von sieben unabhängigen, erkrankungsspezifischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung auf Basis zusammenfassender Inhaltsanalysen (3A). Analyse krankheitsübergreifender Gemeinsamkeiten der erkrankungsspezifischen Bewegungsempfehlungen (in Bezug auf empfohlene Bewegungsformen, Gesundheitseffekte, optimale Dosis, sowie Risiken und Nebenwirkungen körperlicher Aktivität) und Synthese zu generischen Bewegungsempfehlungen für Erwachsene mit einer chronischen Erkrankung (3B).

Ergebnisse

Folgende zentralen generischen Bewegungsempfehlungen wurden formuliert: 1. Um die Gesundheit zu erhalten und umfassend zu fördern, sollten Erwachsene mit einer chronischen Erkrankung sich an den Bewegungsempfehlungen für Erwachsene ohne chronische Krankheiten orientieren. Die meisten Erwachsenen mit einer chronischen Erkrankung können und sollten a) möglichst mindestens 150 Minuten/Woche aerobe körperliche Aktivität mit moderater Intensität durchführen oder b) mindestens 75 Minuten/Woche aerobe körperliche Aktivität mit höherer Intensität durchführen oder c) aerobe körperliche Aktivität in entsprechenden Kombinationen beider Intensitäten durchführen. Zusätzlich sollten sie zweimal wöchentlich muskelkräftigende Übungen durchführen. Weitere Empfehlungen konnten für die Themenbereiche „Sicherheit und Effektivität“, „Einstieg in einen aktiven Lebensstil“, „Individualisierung der Dosis an körperlicher Aktivität“, „Minimaldosis“ und „Umgang mit Krankheitsprogression und eingeschränkter Funktionsfähigkeit“ erarbeitet werden.

Diskussion

Die entwickelten Bewegungsempfehlungen beinhalten wissenschaftlich abgesicherte Zielvorgaben zur Dosis an körperlicher Aktivität, mittels derer Menschen mit unterschiedlichen chronischen Krankheiten bedeutsame Gesundheitswirkungen erzielen können.

Ausblick

Details zum methodischen Vorgehen bei der Entwicklung der nationalen Bewegungsempfehlungen (Geidl, Pfeifer, im Review) sowie die wissenschaftliche Begründung für die generischen Bewegungsempfehlungen (Pfeifer, Geidl, im Review) sollen in einem projektbezogenen Themenheft erscheinen.

Aktuell werden im Folgeprojekt zielgruppen- und lebensweltspezifischen Materialien zur Disseminierung der Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung entwickelt.

Förderung: Bundesministerium für Gesundheit

Literatur

Geidl, W., Pfeifer, K. (im Review): Hintergrund und methodisches Vorgehen bei der Entwicklung von nationalen Empfehlungen für Bewegung. Das Gesundheitswesen.

Pfeifer, K., Geidl, W. (im Review): Bewegungsempfehlungen für Erwachsene mit einer chronischen Erkrankung – Methodisches Vorgehen, Datenbasis und wissenschaftliche Begründung. Das Gesundheitswesen.

Rütten, A., Pfeifer, K. (Hrsg.) (2016): Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. Download unter: <https://www.sport.fau.de/bewegungsempfehlungen/>. Letzter Zugriff am 27.10.2016.

Nationale Bewegungsempfehlungen für ältere Erwachsene

Füzéki, E., Vogt, L., Banzer, W.

Goethe Universität Frankfurt am Main

In Deutschland sind große Teile der Bevölkerung körperlich nicht ausreichend aktiv. Ca. dreiviertel der Männer und knapp 85 % der Frauen erfüllen die Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation, mindesten 150 Minuten pro Woche körperlich aktiv zu sein, nicht (Krug et al., 2013). Bei den Männern zeigen sich auch signifikante Altersgruppenunterschiede. Somit bleibt Bewegungsförderung in Deutschland eine dringende Public-Health-Aufgabe. Nationalen Bewegungsempfehlungen als Teil einer umfassenden Bewegungsförderungsstrategie wird große Bedeutung beigemessen. Deutschland verfügt aktuell über keine Nationalen Bewegungsempfehlungen. Im vorliegenden Beitrag werden, basierend auf einer synthetisierenden Darstellung der wissenschaftlichen Literatur z. B. Bewegung und gesundheitlichen Endpunkten bei älteren Erwachsenen Bewegungsempfehlungen für diese Zielgruppe formuliert. Weiterhin werden das methodische Vorgehen, die Datenbasis und sowie die Begründung beschrieben.

Methode

Die Empfehlungen wurden auf Basis bereits bestehender, qualitativ hochwertiger Empfehlungen in einem drei-phasigen Vorgehen (Systematische Literaturrecherche, Entwicklung und Anwendung von Qualitätskriterien, Synthese der Inhaltsanalysen) entwickelt.

Ergebnisse und Schlussfolgerung

Basierend auf der Analyse eingeschlossener Dokumente können folgende Empfehlungen ausgesprochen werden: Um ihre Gesundheit zu erhalten und umfassend zu fördern sollten ältere Erwachsene regelmäßig körperlich aktiv sein und Inaktivität meiden. Ältere Erwachsene sollten möglichst mindestens 150 Minuten / Woche aerobe körperliche Aktivität mit moderater Intensität oder 75 Minuten / Woche mit hoher Intensität durchführen. Eine entsprechende Kombination aus beiden Intensitätsbereichen ist auch möglich. Die Mindestdauer einer Bewegungseinheit sollte 10 Minuten sein. Zu empfehlen ist, die Aktivitätseinheiten über die Woche verteilt auszuführen. Ein Bewegungsumfang von mehr als 150 Minuten / Woche geht mit weiterem gesundheitlichem Nutzen einher. Gleichzeitig bringt körperliche Aktivität bereits unterhalb den Empfehlungen sinnvolle gesundheitswirksame Effekte mit sich. Ältere Erwachsene sollten angeregt werden, jede Möglichkeit zur Bewegung auch im Alltag wahrzunehmen. Ältere Erwachsene sollten zusätzlich mindestens zweimal in der Woche muskelkräftigende Aktivitäten durchführen. Ihr Sturzrisiko können ältere Erwachsene durch Gleichgewichtsübungen (3 x / Woche) mindern. Lange, ununterbrochene Sitzphasen sollten gemieden und nach Möglichkeit regelmäßig mit körperlicher Aktivität unterbrochen werden. Etwaigen unerwünschten Ereignissen, wie z. B. Verletzungen des Bewegungsapparates, die bei körperlicher Aktivität entstehen können, lässt sich zumindest zum Teil durch Vorsichtsmaßnahmen entgegenwirken. Alles in allem überwiegt der gesundheitlichen Nutzen regelmäßiger körperlicher Aktivität bei älteren Erwachsenen den etwaigen Risiken bei weitem.

Förderung: Bundesministerium für Gesundheit

Literatur

Krug, S., Jordan, S., Mensink, G.B.M. et al. (2013): Körperliche Aktivität. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 56. 765–771.

Rheuma und Sport – Wie geht das? Die „transtheoretische“ Bewegungsmotivation von Betroffenen mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen

Mattukat, K., Mau, W.

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

Hintergrund und Ziel der Untersuchung

Personen mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen wird ein aktiver Lebensstil empfohlen, um von den positiven Effekten regelmäßiger körperlicher Aktivität auf die körperliche und psychische Gesundheit zu profitieren (Cooney et al., 2011). Da sich die Betroffenen dennoch viel zu wenig bewegen (Sokka et al., 2008), wird nach geeigneten Mitteln der Motivierung zu mehr Sport und Bewegung gesucht (Mattukat et al., 2015). Die Identifizierung relevanter Einflussfaktoren unter Berücksichtigung gesundheitspsychologischen Wissens bildet die Grundlage für die Gestaltung von wirksamen Interventionen zur Bewegungsförderung (Brand, Schlicht, 2009). Im vorliegenden Beitrag werden deshalb die Annahmen des Transtheoretischen Modells der Verhaltensänderung (TTM; siehe Abbildung 1) (Prochaska, DiClemente, 1983) für das Zielverhalten der sportlichen Aktivität an Betroffenen mit chronischen Polyarthritiden (cP) oder Spondyloarthritiden (SpA) überprüft und aus den Ergebnissen Empfehlungen zur zukünftigen Bewegungsförderung dieser Zielgruppe abgeleitet.

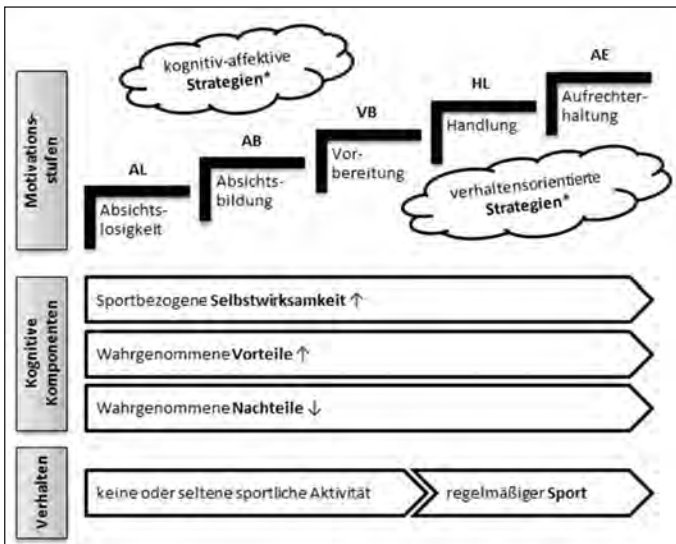


Abb. 1: Transtheoretisches Modell der Verhaltensänderung

Methode

Über Sekundärdatenanalysen von 294 Teilnehmern an einer Studie zur Förderung körperlicher Aktivität während und nach stationärer medizinischer Rehabilitation wurden die Annahmen des TTM sowohl querschnittlich (t1; sechs Monate nach Reha-Ende) als auch längsschnittlich (t1 bis t2; 12 Monate nach Reha-Ende) geprüft. Ein besonderer Fokus lag auf der Analyse von Diskontinuitätsmustern der untersuchten Modellkomponenten (Selbstwirksamkeit, wahrgenommene Vor- und Nachteile, Sportaktivität) über die fünf Motivationsstufen hinweg (Absichtslosigkeit [AL], Absichtsbildung [AB], Vorbereitung [VB], Handlung [HL] und Aufrechterhaltung [AE]). Unter den wahrgenommenen Nachteilen wurden „Organisatorische Hindernisse“ und die „Angst vor Schädigung“ separat betrachtet. Betroffene mit unveränderter Motivationsstufe, Stufenverbesserung oder -verschlechterung zwischen beiden Messzeitpunkten sollten entsprechende Veränderungen der Modellkomponenten im Zeitverlauf berichten. Zur Hypothesenprüfung dienten Varianzanalysen mit polynomialen Kontrasten zur Identifikation nicht-linearer Trends der Modellkomponenten über die Stufen hinweg und geplanten Kontrasten (Mittelwertdifferenzen) an den Stufenübergängen sowie Varianzanalysen mit Messwiederholung.

Ergebnisse

Trotz der ungewöhnlichen Stufenverteilung der Probanden zu t1 (7 % AL, 9 % AB, 8 % VB, 21 % HL und 55 % AE) fanden sich die erwarteten linearen Zusammenhänge: Auf höheren Motivationsstufen nahmen die Selbstwirksamkeit ($p < 0,001$) und die wahrgenommenen Vorteile ($p = 0,001$) zu, während die wahrgenommenen Nachteile ($p = 0,002$) abnahmen. Das Verhältnis zwischen den wahrgenommenen Vor- und Nachteilen regelmäßiger körperlicher Aktivität kehrte sich hypothesenkonform zwischen der untersten und der obersten Motivationsstufe um. Auf der Stufe der AE war die Selbstwirksamkeit am stärksten ausgeprägt. Organisatorische Hindernisse wurden auf der Stufe VB am stärksten wahrgenommen, die Angst vor Schädigung durch körperliche Aktivität fiel auf allen Stufen gering aus. Sportaktivitäten wurden auf den oberen beiden Stufen theoriekonform häufiger berichtet als auf den unteren drei Stufen. Diskontinuitätsmuster zeigten sich für Selbstwirksamkeit, organisatorische Hindernisse und Sportaktivitäten und deuteten damit auf ein zugrundeliegendes Stufenmodell.

Personen, die zu t1 und t2 unverändert auf einer aktiven Stufe standen (HL oder AE), berichteten zeitübergreifend günstigere motivationale und Aktivitätswerte (Selbstwirksamkeit, Vor- und Nachteile, Sport) als Personen, welche zu t1 und t2 unverändert auf einer inaktiven Stufe standen (AL, AB oder VB). Ein Fortschritt oder Rückfall auf den Motivationsstufen ging mit unterschiedlichen Verläufen der organisatorischen Hindernisse ($p < 0,05$) und der berichteten Sportaktivitäten ($p < 0,10$) einher.

Schlussfolgerung und Ausblick

Die Ergebnisse weisen auf eine gute Passung der Annahmen des TTM zu den erhobenen Daten. Aufgrund der hohen Selektivität der Stichprobe sollte das Modell in einem nächsten Schritt an einer größeren und repräsentativeren Gruppe von Betroffenen mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen validiert werden. Insbesondere bedarf es einer ausgewogeneren Verteilung der Personen auf den Motivationsstufen zu Beginn der Beobachtungen,

um stufenspezifische Prädiktoren eines Stufenfortschritts oder -rückfalls identifizieren zu können. Weiterhin sollten die Strategien der Verhaltensänderung in zukünftigen Arbeiten berücksichtigt werden. Mit diesen Erkenntnissen können perspektivisch ressourcensparende und wirksame Maßnahmen zur Bewegungsförderung der intendierten Zielgruppe gestaltet werden.

Förderung: Sekundärdatenanalyse von Daten der KAKo-Studie mit Förderung durch die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Literatur

- Brand, R., Schlicht, W. (2009): Körperliche Aktivität. In: Bengel, J., Jerusalem, M. (Hrsg.): Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie. Göttingen: Hogrefe. 196–203.
- 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.
- Mattukat, K., Golla, A., Mau, W. (2015): Physical Activity in Chronic Rheumatic Diseases – Recommendations, Realisation, and Practical Support. *Aktuelle Rheumatologie*, 40. 467–474.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C.C. (1983): Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51. 390–395.
- 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. 42–50.

Aquacycling eine innovative Therapie für adipöse Patienten?!

Foth, C. (1), Maurer, L. (2), Purucker, H.-C. (3)

- (1) Georg-August-Universität Göttingen, (2) Justus-Liebig-Universität Gießen, (3) Klinik Teutoburger Wald, Bad Rothenfelde

Hintergrund

Aquacycling ist eine moderne Therapieform in der heutigen Rehabilitation. Es wurden bereits Studien im Bereich der orthopädischen Rehabilitation veröffentlicht, wobei der Benefit für adipöse Patienten bisher nicht evaluiert wurde. Insbesondere für diese Patientengruppe wäre das Aquacycling eine gelenkschonende Alternative oder Ergänzung zum herkömmlichen Therapieprogramm. Aus diesem Grund wurde untersucht, ob das Aquacycling

gegenüber einem Fitnesstraining an Geräten an Land einen Vorteil für adipöse Patienten bietet. Bei zusätzlichen Effekten des Aquacyclings, wäre eine vermehrte Integration dieser Intervention in die Adipositas-Bewegungstherapie denkbar.

Methodik

Diese Evaluationsstudie wurde in einem Prä-Post-Design mit 3-wöchiger Interventionsphase und 3 Gruppen durchgeführt:

- Kontrollgruppe (Adipositas-Basisprogramm; n=14)
- AC-Gruppe (Basisprogramm+ Aquacycling; n=12)
- Fitness-Gruppe (Basisprogramm+ Fitnesstraining an Geräten; n=14)

Insgesamt nahmen 40 Rehabilitand(inn)en an dieser Studie teil, die im Mittel 136,79 kg ($\pm 24,23$ kg) wogen und im Durchschnitt einen Body-Maß-Index (BMI) von 42 kg/m^2 aufwiesen, welches nach Wirth (2008) einem Adipositas Grad 3 entspricht. Zwischen den drei Gruppen konnten keine signifikanten Unterschiede bezüglich Alter, Gewicht, Größe, BMI, Anzahl Raucher und Rehabilitationsmotivation, gemessen am PAREMO-20, gefunden werden.

Ergebnisse

Bei Betrachtung der Gewichtsabnahme und der damit verbundenen Senkung des BMIs ist zu beobachten, dass es in allen drei Gruppen zu einer hochsignifikanten Verbesserung vom Prä- zum Post-Test gekommen ist und sich zusätzlich ein hochsignifikanter Unterschied zugunsten der AC-Gruppe gegenüber der Kontrollgruppe hinsichtlich der Verbesserung zeigte ($p=.001$).

Zudem wurde mit Hilfe des SF-36 die Lebensqualität erfasst. Auf der körperlichen Summenskala hebt sich die AC-Gruppe hochsignifikant von der Kontrollgruppe ab ($p=.012$), wobei sich alle drei Gruppen hochsignifikant im Reha-Verlauf verbesserten. Auf der psychischen Summenskala wiesen beide Interventionsgruppen signifikante Verbesserungen auf.

Bei der Befragung zur Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit und Koordination (FFB-Mot-Fragebogen) und der dazugehörigen Summenskala zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen der AC-Gruppe und den anderen beiden Gruppen. Die Fitnessgruppe hebt sich auf keiner der genannten Subskalen von der Kontrollgruppe ab im Gegensatz zur AC-Gruppe, die sich bezüglich der Kraft ($p=.014$), Ausdauer ($p=.001$) und Beweglichkeit ($p=.044$) signifikant von der Kontrollgruppe abgrenzen lässt. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt man bei der Auswertung der Ergometer-Dauerbelastung. Auch hier verbesserten sich alle drei Gruppen hochsignifikant innerhalb der 3 Wochen, wobei sich wieder die AC-Gruppe statistisch relevant von den anderen beiden Gruppen unterscheidet.

Diskussion

In einer Rehabilitationsklinik gibt es Störvariablen, die beachtet oder miterhoben werden sollten. Die Anthropometrie, die Rehabilitations-Motivation und die zusätzliche Aktivität, die mittels Bewegungstagebuch und dem metabolischen Äquivalent nach Ainsworth (2000)

ermittelt wurde, waren nicht signifikant unterschiedlich. Allerdings war das Essverhalten schwer zu kontrollieren, welches sicherlich auch einen Einfluss auf die erhobenen Parameter hat.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Insgesamt kam es in allen drei Gruppen zu signifikanten Verbesserungen vom Prä- zum Post-Test, wobei sich die AC-Gruppe im Gegensatz zur Fitnessgruppe häufig von der Kontrollgruppe signifikant abgrenzt. Somit lässt sich sagen, dass das Aquacycling in gewissem Maße zusätzliche Effekte vor allem auf der Ebene der körperlichen Leistungsfähigkeit gegenüber dem zusätzlich verordneten Fitnessstraining aufweist. Aufgrund dieser Ergebnisse wäre es denkbar die Anzahl der Wasseranwendungen in der Adipositas-Therapie zu erhöhen oder das Aquacycling vermehrt zu integrieren.

Literatur

- Ainsworth, B.E., Haskell, W.L., Whitt, M.C., Irwin, M.L., Swartz, A.M., Strath, S.J., O'Brien, W.L., Bassett, D.R., Schmitz, K.H., Emplaincourt, P.O. (2000): Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. *Medicine and science in sports and exercise*, 32 (9; SUPP/1). 498–504.
- Bös, K., Abel, T., Woll, A., Niemann, S., Tittlbach, S., Schott, N. (2002): Der Fragebogen zur Erfassung des motorischen Funktionsstatus (FFB-Mot). *Diagnostica*, 48 (2). 101–111.
- Bullinger, M.K.I. (1998): SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Wirth, A. (2008): Adipositas. Ätiologie, Folgekrankheiten, Diagnostik, Therapie; mit 60 Tabellen (3. Aufl.). Heidelberg: Springer.

Evidenzbasiert und praxistauglich: Welche Techniken der Verhaltensänderung unterstützen den Alltagstransfer körperlicher Aktivität bei Rehabilitand(inn)en?

Schagg, D. (1), Göhner, W. (1), Küffner, R. (2), Reusch, A. (2)
(1) Katholische Hochschule Freiburg, (2) Universität Würzburg

Hintergrund

Körperliche Aktivität hat bei vielen chronischen Erkrankungen einen positiven Einfluss auf den Erkrankungsverlauf und die Symptome (Pedersen, Saltin, 2006). Daher hat die Bewegungstherapie in der orthopädischen Rehabilitation einen hohen Stellenwert. Häufig fällt es Rehabilitand(inn)en jedoch schwer, nach einer stationären Rehabilitation Bewegungsaktivitäten dauerhaft in den Alltag zu übertragen. Um die Selbstmanagementkompetenzen von Rehabilitand(inn)en zu fördern, ist der Einsatz von spezifischen kognitiv-behavioralen Techniken zur Verhaltensänderung indiziert (z. B. Selbstbeobachtung, Verhaltensziele setzen; Geidl et al., 2012). Bislang ist jedoch noch nicht bekannt, welche Techniken bei dieser Zielgruppe tatsächlich eine langfristige Aufrechterhaltung körperlicher Aktivität unterstüt-

zen. Ziel unseres, von der Deutschen Rentenversicherung Bund geförderten, Projektes ist es deshalb, evidenzbasierte und praxistaugliche Techniken der Verhaltensänderung in der Bewegungstherapie zu implementieren. In diesem Beitrag wird berichtet, welche wirksamen Techniken zur Verhaltensänderung identifiziert werden konnten und für den Einsatz in der stationären Rehabilitation sinnvoll genutzt werden können.

Methodik

Die Identifikation wirksamer psychologischer Techniken erfolgte durch eine systematische Literaturrecherche. Aufgenommen wurden quasi-randomisierte und randomisiert-kontrollierte Studien aus den Jahren 2010–2016, die die Wirksamkeit von kognitiv-behavioralen Interventionen zur Steigerung der körperlichen Aktivität bei Patient(inn)en mit einer orthopädischen Erkrankung untersuchten. Die wirksamen Techniken der Interventionsstudien wurden einem internationalen Kategoriensystem (Michie et al., 2011) zugeordnet. In einem zweiten Schritt wurden diese Techniken mittels Fokusgruppen in vier Rehabilitationseinrichtungen (N = 45) auf ihre Praxistauglichkeit hin diskutiert. Dabei wurden die Teams der Bewegungstherapie danach befragt, welche der ausgewählten Techniken sie bereits einsetzen, welche Techniken sie sinnvoll einsetzen könnten und welche Barrieren es gibt bzw. geben könnte. Zusätzlich wurden kurze schriftliche Befragungen durchgeführt.

Ergebnisse

Die Literaturrecherche führte zur Auswahl von 19 randomisiert-kontrollierten Studien und einer quasi-randomisierten Studie, wobei 15 Studien positive Effekte der Interventionen auf die körperliche Aktivität aufwiesen. Die Zuordnung der Interventionsinhalte zum Kategoriensystem (Michie et al., 2011) ergab zwölf wirksame Techniken der Verhaltensänderung. Die Überprüfung dieser Techniken auf ihre Praxistauglichkeit führte zum Ausschluss von fünf Techniken, sodass die folgenden evidenzbasierten und praxistauglichen Techniken resultierten: Informationen über gesundheitliche Folgen, Verhaltensziel setzen, Handlungsplanung, Problemlösen, Selbstbeobachtung, Selbstverpflichtung und Selbstbelohnung.

Diskussion und Ausblick

Die Bestimmung von evidenzbasierten und praxistauglichen Techniken zur Verhaltensänderung bietet eine Wissensgrundlage für Interventionen zur Unterstützung des Alltagstransfers von körperlicher Aktivität in der orthopädischen Rehabilitation. Dieses Wissen wird im Projekt genutzt, um Bewegungstherapeut(inn)en fortzubilden. Dabei sollen das spezifische Wissen um wirksame Techniken und Handlungskompetenzen vermittelt werden. Ziel ist es, den Einsatz von kognitiv-behavioralen Techniken in der orthopädischen Rehabilitation zu erhöhen und Rehabilitand(inn)en dabei zu unterstützen, ihre körperliche Aktivität auch nach der Rehabilitation im Alltag beizubehalten.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

Pedersen, B.K., Saltin, B. (2006): Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 16 Suppl 1, 3–63.

- Geidl, W., Hofmann, J., Göhner, W., Sudeck, G., Pfeifer, K. (2012): Empfehlungen der AG Bewegungstherapie der DGRW: Verhaltensbezogene Bewegungstherapie: Bindung an einen körperlich aktiven Lebensstil. *Die Rehabilitation*, 51. 259–268.
- Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardemann, W., Eccles, M.P., Cane, J., Wood, C.E. (2013): The behavior change technique taxonomie (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Annals of behavioral medicine*, 46. 81–95.

Entwicklung einer telemedizinisch assistierten Bewegungstherapie für die postrehabilitative Versorgung von Patienten mit Knie- oder Hüft-Totalendoprothese

Rabe, S. (1), Eichler, S. (1), Salzwedel, A. (1), John, M. (2), Tilgner, N. (1), Wochatz, M. (1), Völler, H. (1)

(1) Universität Potsdam,

(2) Fraunhofer-Institut für Offene Kommunikationssysteme FOKUS, Berlin

Hintergrund

Die häufigste Rehabilitationsindikation in Deutschland ist die Implantation von Hüft- und Knie-Totalendoprothesen (TEP) (Statistisches Bundesamt, 2016). Zur Sicherung des Rehabilitationserfolges benötigen betroffene Patienten eine langfristige Bewegungstherapie. Entsprechende Angebote werden jedoch in strukturschwachen Regionen in nur unzureichender Dichte vorgehalten. Telemedizinische Ansätze könnten das bestehende Angebot erweitern und damit die Versorgungssituation der Patienten verbessern. Daher war es das Ziel des interdisziplinären Forschungsprojektes, eine in der häuslichen Umgebung durchführbare, telemedizinisch gestützte Bewegungstherapie für die postrehabilitative Versorgung von Patienten mit Knie- oder Hüft-TEP zu entwickeln.

Methode

Die Entwicklung der Bewegungstherapie erfolgte zwischen Januar 2015 und Juni 2016 auf der Grundlage des Systems MeineReha®. Dafür wurden zunächst von Sportwissenschaftlern und Physiotherapeuten geeignete Übungen für das postrehabilitative Training nach Einsatz einer Knie- oder Hüft-TEP ausgewählt und in das System implementiert. Zusätzlich wurden für jede Übung eine Sollbewegung und verschiedene Fehlerbilder definiert, um die Bewegungsqualität der durchgeführten Übungen über ein Echtzeit-Feedback an den Patienten spiegeln zu können. Die korrekte Ausführung der Übungen durch einen Physiotherapeuten wurde dabei als Referenz für die Sollbewegung genutzt, währenddessen die vom System zu erkennenden Fehlerbilder im Konsens zwischen Physiotherapeuten und Sportwissenschaftlern definiert wurden. Des Weiteren wurden spezifische Anforderungen an die graphische Umsetzung, die auditiven und visuellen Übungsbeschreibungen, die Trainingsplanerstellung und die Kommunikationsmöglichkeiten zwischen Therapeut und Patient identifiziert. Um die Bedienbarkeit des Systems sicherzustellen, wurden Schulungsmaterialien für Therapeuten und Patienten entwickelt.

Ergebnisse

Ein Katalog mit 38 Übungsvariationen, bestehend aus sitzenden, stehenden und liegenden Übungen, die vorrangig der Kräftigung der Muskulatur der unteren Extremität sowie der Verbesserung der posturalen Kontrolle dienen, wurde in das System integriert (Abb.1). Darüber hinaus ermöglichen die gewählten Übungen eine progressive Gestaltung des Trainingsplans, wobei der betreuende Therapeut Übungen auswählen sowie die Anzahl der durchzuführenden Sätze, Wiederholungen und die Dauer der Pausenzeiten über das System festlegen kann. Die derart ausgewählten Übungen werden dem Patienten während des Trainings zunächst durch einen animierten Trainer demonstriert. Zusätzlich wird die korrekte Ausführung sowohl auditiv als auch in Textform beschrieben. Weicht der Patient während der Übungsausführung von der Sollbewegung ab, werden die entsprechenden Körpersegmente rot eingefärbt. Für ausgewählte Hauptfehlerbilder wie z. B. eine verstärkte Varus/Valgusposition des Kniegelenkes werden zusätzliche optische Hinweise ausgegeben. Nach jeder Übung erhält der Patient eine Benotung zur Ausführungsqualität, die sich aus einem Bewertungsalgorithmus, der die Bewegungsamplitude, die Ausführungszeit und die Anzahl der Wiederholungen berücksichtigt, errechnet. Anschließend werden die Daten zur Ausführungsqualität und -quantität an den Therapeuten gesendet. Über die integrierten Kommunikationsoptionen (Textnachrichten, Audionachrichten, Videokommunikation) hat der Therapeut jederzeit die Möglichkeit, mit dem Patienten Kontakt aufzunehmen.



Abb. 1: Übungskatalog mit 38 Übungsvariationen

Diskussion

Das System ermöglicht dem Patienten die zeitlich flexible Durchführung des postrehabilitativen Trainings im häuslichen Umfeld. Der betreuende Therapeut in der versorgenden Rehabilitationsklinik erhält dabei einen Überblick über die Quantität und Qualität der durchgeführten Übungen und kann den Therapieplan an die Bedürfnisse des Patienten anpassen sowie den Patienten zur regelmäßigen Durchführung des Trainings motivieren.

Ausblick

Die telemedizinisch assistierte Bewegungstherapie wird derzeit in einer multizentrischen randomisierten Studie auf Wirksamkeit hinsichtlich der körperlichen Leistungsfähigkeit, der Funktion der unteren Extremität, der Lebensqualität und der beruflichen Wiedereingliederung untersucht. Im Falle eines positiven Wirksamkeitsnachweises könnte die Trainingsintervention in die Regelversorgung übernommen werden, um auch in strukturschwachen Regionen die Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolges zu sichern.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg

Literatur

Statistisches Bundesamt Deutschland (2016): 20 häufigsten Hauptdiagnosen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen; Online: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/VorsorgeRehabilitationseinrichtungen/Tabellen/DiagnosenVorsorgeReha.html>, Abruf: 15.10.2016.

Was leistet die stationäre Rehabilitation im Hinblick auf das Rehaziel Schmerzbewältigung bei Patienten nach Knie- oder Hüftendoprothesenimplantation?

Linck-Eleftheriadis, S., Röhrig, B., Freidel, K.

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Rheinland-Pfalz, Alzey

Hintergrund

Mit eindimensionalen Schmerzintensitätsskalen lässt sich das Schmerzempfinden valide erfassen (Schmitter et al., 2013). Patienten, die nach Hüft- oder Knieendoprothesenimplantation in die stationäre Rehabilitation aufgenommen werden, stehen häufig noch unter analgetischer Medikation und leiden unter Schmerzen. Medizinische Rehabilitation kann helfen, diese Schmerzen zu reduzieren (Michalski et al., 2009, Heisel, 2008). Der vorliegende Beitrag untersucht für Rehabilitanden mit Knie- oder Hüftendoprothetik, in welchem Ausmaß in der Rehabilitation Schmerzen reduziert werden und inwieweit dies auf einen verstärkten Einsatz von Analgetika zurück zu führen ist.

Methodik

Die Schmerzstärke wurde per Patientenselbstauskunft zu Rehabeginn und zum Ende der Reha mit einer vertikalen numerischen Ratingskala (NRS) von 0 bis 10 erfasst (Operationalisierung: 0–1 kein Schmerz, 2–3 leichte, 4–6 mäßige, 7–8 starke, 9–10 unerträgliche Schmerzen). Die analgetische Medikation wurde zu Rehabeginn und zu Rehaende nach dem Stufenschema der WHO von den Ärzten dokumentiert. Die Daten wurden im Rahmen eines EVA-Reha® Projekts erhoben, Leistungsträger war die Techniker Krankenkasse.

Ergebnisse

Insgesamt wurden die Daten von 4.369 im Jahr 2013 rehabilitierten Patienten nach Hüft- oder Kniegelenkersatz aus 44 stationären Rehabilitationseinrichtungen bundesweit berücksichtigt. Bei 56,5 % handelte es sich um Rehabilitanden nach Hüftgelenkersatz. 58,9 % der Rehabilitanden waren weiblich. Das Alter betrug im arithmetischen Mittel 72,9 Jahre (SD=6,5 Jahre) und die Rehadauer 20,5 Tage (SD=6,1 Tage).

Bei 87,6 % der Rehabilitanden war die Reduzierung der „Schmerzhäufigkeit und -intensität“ und bei 86,6 % die Verbesserung in Bezug auf „Beeinträchtigung der Alltagsaktivität durch Schmerzen“ ein relevantes Rehaziel. Zu Rehabeginn hatten die meisten Patienten mäßige (Hüfte: 55,0 %, Knie: 65,0 %) bzw. starke bis unerträgliche Schmerzen (Hüfte: 9,0 %, Knie: 15,9 %). Bei Rehaende waren 48,3 % der Hüftpatienten schmerzfrei, 42,3 % hatten noch leichte Schmerzen. Von den Kniepatienten waren lediglich 28,2 % schmerzfrei, 53,1 % hatten noch leichte Schmerzen. Gleichzeitig konnte bei vielen Patienten die Medikation während der Rehabilitation reduziert werden. Zu Rehabeginn standen 92,5 % der Knie- und 88,6 % der Hüftpatienten unter einer Dauermedikation. Der größte Anteil der

Patienten mit Dauermedikation war in beiden Gruppen zu Rehabeginn mit Analgetika der Stufe WHO I versorgt (Hüfte: 71,0 %, Knie: 55,3 %). Am Ende der Rehabilitation benötigten nur noch 40,0 % der Hüft- sowie 60,5 % der Kniepatienten eine Dauermedikation nach WHO Stufe I und darüber. Unterschiede zwischen den Einrichtungen konnten aufgezeigt werden.

Diskussion

Bei Patienten nach endoprothetischem Gelenkersatz (Knie und Hüfte) besteht in hohem Umfang ein interventionsbedürftiger Schmerz, in über 80 % ist als Rehaziel 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 (Heisel et al., 2011; Müller et al., 2015). Die Ergebnisse zeigen, dass die Patienten nach Knie- und Hüftendoprothesenimplantation häufig mit einer analgetischen Dauermedikation aus der stationären Krankenhausbehandlung entlassen wurden. Während der Rehabilitation wurden in hohem Umfang sowohl Medikamente reduziert, als auch eine Minderung der Schmerzsymptomatik erreicht. 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, und dies 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 der Schmerzreduktion.

Förderung: Techniker Krankenkasse

Literatur

- Michalski, D., Zweynert, U., Kittel, J., Hinz, A. (2009): Schmerzempfinden und -verhalten während der orthopädischen Rehabilitation. *Der Schmerz*, 23. 360–369.
- Heisel, J. (2008): Rehabilitation nach endoprothetischem Ersatz von Hüfte und Knie, *Orthopäde*, 37. 1217–1232.
- Bensch, T., Haase, I., Hoffmann, J., Drabiniok, T., Heisel, J. (2011): Ergebnisqualität einer orthopädischen stationären Rehabilitation nach den Kriterien des EV-Reha® Qualitätsprojektes, *Orthopädische Praxis*, 47. 382–387.
- Müller, M., Toussaint, R., Kohlmann, T. (2015): Hüft- und Knieendoprothesenversorgung: Ergebnisse ambulanter orthopädischer Rehabilitation, *Orthopäde*, 44. 203–211.
- 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.

Weiterbehandlung nach Implantation einer Hüft- oder Knie-Totalendoprothese – Welche Ergebnisse erzielen Rehabilitanden und Nicht-Rehabilitanden?

Ritter, S., Dannenmaier, J., Jankowiak, S., Kaluscha, R., Krischak, G.

Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm, Bad Buchau

Hintergrund

Für Patienten bestehen nach einer Implantation einer Hüft- oder Knie-Totalendoprothese (TEP) verschiedene Möglichkeiten der Weiterbehandlung im Anschluss an den akutstationären Aufenthalt: zum einen kann eine Anschlussrehabilitation (AR) entweder direkt nach dem Akutaufenthalt bzw. mit vorangegangener häuslicher Übergangszeit erfolgen, zum anderen ist die ausschließliche Inanspruchnahme ambulanter Leistungen (keine medizinische Rehabilitation) möglich. Für die Weiterbehandlung spielen unter anderem soziodemografische Merkmale, Komorbiditäten, die Medikation im Vorfeld der OP sowie Merkmale der präoperativen und akutstationären Behandlung eine Rolle (Ritter et al., 2016).

In vorliegender Analyse sollen die Behandlungsergebnisse hinsichtlich beruflicher Teilhabe zwischen Patienten der drei Behandlungspfade (Direktverlegung, AR mit Übergang und keine AR) verglichen werden.

Methodik

Dieser Sekundärdatenanalyse liegen Routinedaten der AOK Baden-Württemberg sowie der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg und der Deutschen Rentenversicherung Bund aus den Jahren 2004 bis 2011 zu Grunde. Die Identifikation der Patienten mit einer TEP der Hüft- oder Kniegelenke erfolgte anhand der Operationen- und Prozedurenschlüssel sowie der entsprechenden Diagnose. Nach der deskriptiven Analyse zur Beschreibung der Stichprobe und Bestimmung von Gruppenunterschieden (Kruskal-Wallis Test bzw. χ^2 -Test) erfolgte eine multivariate Analyse anhand von verallgemeinerten linearen Modellen (GLM). Zielgrößen waren die Arbeitsunfähigkeitszeit (AU-Dauer in Tagen), der Erwerbsstatus (Beschäftigung vs. Arbeitslosigkeit) und der Bezug einer Erwerbsminderungs-/Berufsunfähigkeitsrente (EM-/BU-Rente). Dabei wurden neben dem Behandlungspfad auch soziodemografische Angaben sowie Behandlungsmerkmale vor und während des Akutaufenthaltes bezüglich ihrer prognostischen Relevanz für die Behandlungsergebnisse geprüft.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 9.232 Hüft-TEP- und 7.656 Knie-TEP-Patienten für die Analysen herangezogen. Nach dem Akutaufenthalt nahmen 58,7 % der Hüft-TEP-Patienten direkt eine Rehabilitation in Anspruch, 23,9 % gingen vor der AR für eine kurze Zeit nach Hause und 17,4 % führten keine AR durch. Unter den Knie-TEP-Patienten lag der Anteil der Direktverlegten bei 59,7 %, der Anteil AR nach häuslicher Übergangszeit bei 24,2 % und der ohne Rehabilitation bei 16,1 %.

Direkt verletzte Hüft- und Knie-TEP-Patienten wiesen im Quartal vor der Operation mit 12,7 bzw. 15,1 Tagen die geringste mittlere AU-Dauer auf. Im weiteren Verlauf nach der Hüft- und Knieoperation wiesen Patienten in den Behandlungspfaden „Direktverlegung“ und „AR mit Übergang“ eine signifikant höhere AU-Dauer auf, als Patienten, die keine Rehabilitation in Anspruch nahmen (vgl. Tab.1).

		Hüft-TEP-Patienten		Knie-TEP-Patienten	
Zielgröße	Behandlungspfad	Schätzer	KI	Schätzer	KI
Arbeitsunfähigkeitsdauer	Direktverlegung	2,67**	1,69; 3,66	2,75**	1,60; 3,90
	Referenz: keine AHB AHB mit Übergang	3,13**	2,03; 4,22	3,64**	2,35; 4,92
Zielgröße	Behandlungspfad	OR	KI	OR	KI
Arbeitslosigkeit	Direktverlegung	0,53**	0,34; 0,81	0,42**	0,26; 0,67
	Referenz: keine AHB AHB mit Übergang	0,73	0,45; 1,18	0,35**	0,21; 0,61
EM-/BU-Rente	Direktverlegung	1,21	0,77; 1,92	2,80**	1,71; 4,57
	Referenz: keine AHB AHB mit Übergang	1,00	0,61; 1,62	2,97**	1,79; 4,92

Tab. 1: Parameterschätzung für die Zielgrößen Arbeitsunfähigkeitsdauer, Arbeitslosigkeit und EM-/BU-Rente getrennt nach Indikationen

Bei beiden Indikationen war der Anteil an Beschäftigten im Behandlungspfad „AR mit Übergang“ im Vorjahr der OP am höchsten. Das Risiko, im Jahr nach der Operation arbeitslos zu sein, war bei Rehabilitanden beider Indikationen geringer als bei Nicht-Rehabilitanden. Hüft- und Knie-TEP-Patienten, die direkt eine AR durchführten, hatten eine um etwa die Hälfte reduzierte Wahrscheinlichkeit im ersten Quartal arbeitslos zu sein, als Patienten, die keine AR in Anspruch nahmen.

Unter den Knie-TEP-Patienten hatten Rehabilitanden im Folgejahr des operativen Eingriffs eine bis zu 3-fach höhere Wahrscheinlichkeit für eine EM/BU-Rente als Nicht-Rehabilitanden. Für Hüft-TEP-Patienten ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Patienten der drei Behandlungspfade.

Diskussion

Die höhere Arbeitsunfähigkeitsdauer von Rehabilitanden im ersten Quartal nach der Operation kann ein Hinweis auf eine höhere Fallschwere sein. Das erhöhte Risiko für eine EM/BU-Rente bei Knie-TEP-Rehabilitanden ist möglicherweise durch stärkere gesundheitsbedingte berufliche Belastungen und einer höheren Fallschwere begründet. Die Erwerbssituation im Zeitraum nach der Rehabilitation kann auch von individuellen Kontextfaktoren und dem Arbeitsmarkt beeinflusst werden. Deren Relevanz für die Behandlungsergebnisse sollte in künftigen Studien ebenso geprüft werden.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

Ritter, S., Dannenmaier, J., Jankowiak, S., Kaluscha, R., Krischak, G. (2016): Welche Patienten nehmen nach Implantation einer Hüft- oder Knie-TEP eine Anschlussrehabilitation in Anspruch? German Medical Science GMS Publishing House 2016; DocFV26.

Berufliche Wiedereingliederung nach Bandscheibenoperation – Was leistet die Anschlussrehabilitation dabei?

Dannenmaier, J., Ritter, S., Jankowiak, S., Kaluscha, R., Krischak, G.

Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm, Bad Buchau

Einleitung

Nach einer Bandscheibenoperation haben Patienten verschiedene Weiterbehandlungsoptionen. Sie können im Anschluss an den Akutaufenthalt direkt oder nach einer häuslichen Übergangszeit eine Anschlussrehabilitation (AR) durchführen, oder ohne Reha-Maßnahme eine ambulante Versorgung in Anspruch nehmen.

Ziel der Studie ist der Vergleich der Behandlungsergebnisse von Patienten mit Anschlussrehabilitation (AR) direkt im Anschluss an den Akutaufenthalt bzw. nach einer häuslichen Übergangszeit und keiner AR.

Methodik

Grundlage für die Analysen waren Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung Bund und Baden-Württemberg sowie der AOK Baden-Württemberg. Die Datenquellen wurden über ein Pseudonym datenschutzgerecht verknüpft.

Für die Auswertungen wurden AOK-Versicherte im erwerbsfähigen Alter ausgewählt, bei denen in den Jahren 2005 bis 2010 eine Bandscheibenoperation durchgeführt wurde. Ausschlusskriterien waren Frakturen und Krebserkrankungen sowie schwere Wirbelsäulenverletzungen, d. h. geschlossene Repositionen der Wirbelsäule mit externer Fixation und offene Repositionen der Wirbelsäule mit Osteosynthese.

Die Patienten wurden anhand der Weiterbehandlung nach dem Akutaufenthalt zu den Behandlungspfaden „AR nach Direktverlegung“, „AR nach häuslicher Übergangszeit“ bzw. „keine AR“ zugeordnet.

Sämtliche Merkmale wurden zunächst deskriptiv beschrieben und Gruppenunterschiede mit dem Kruskal-Wallis Test bzw. Chi²-Test untersucht. Die Zielgrößen Arbeitsunfähigkeitsdauer (AU-Dauer), Arbeitslosigkeit, Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) und Frühberentungen im Folgejahr der Operation wurden mit verallgemeinerten linearen Modellen und Cox-Regression analysiert. Dabei wurden soziodemografische Angaben und Behandlungsmerkmale berücksichtigt.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 20.824 AOK-Versicherte ausgewählt. Nach dem Akutaufenthalt wurden 7 % der Patienten direkt in die Rehabilitationseinrichtung verlegt, 38 % der Patienten nahmen eine AR nach häuslichen Übergangszeit in Anspruch und 55 % der Patienten führten keine AR durch.

Im Quartal vor der Operation hatten die direktverlegten Rehabilitanden die geringste AU-Dauer. Beide AR-Pfade wiesen im Quartal nach der Operation deutlich höhere AU-Dauern auf als die Nicht-Rehabilitanden. Die Patienten, die eine AR nach häuslicher Über-

gangszeit durchführten, verbesserten sich im weiteren Verlauf am stärksten. Dieser Unterschied war jedoch nicht signifikant (vgl. Abb.1).

Das Arbeitslosigkeitsrisiko in den Folgequartalen der OP war bei Patienten, die eine AR nach häuslicher Übergangszeit durchliefen, geringer als bei Nicht-Rehabilitanden. Die Direktverlegten hatten ebenfalls ein geringes Risiko für Arbeitslosigkeit als Nicht-Rehabilitanden. Jedoch waren die Unterschiede zwischen diesen Behandlungspfaden nicht signifikant (vgl. Abb.1).

Im Jahr nach der OP wurden 4,3 % der direktverlegten Rehabilitanden, 2,7 % der Rehabilitanden mit häuslicher Übergangszeit und 2,2% der Nicht-Rehabilitanden frühberentet (p-Wert <0,0001). Im multivariaten Modell gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen den Behandlungspfaden. LTA wurde deutlich häufiger von Rehabilitanden in Anspruch genommen (Odds Ratio: Direktverlegung: 2,8, Übergangszeit: 2,2; p-Werte <0,0001).

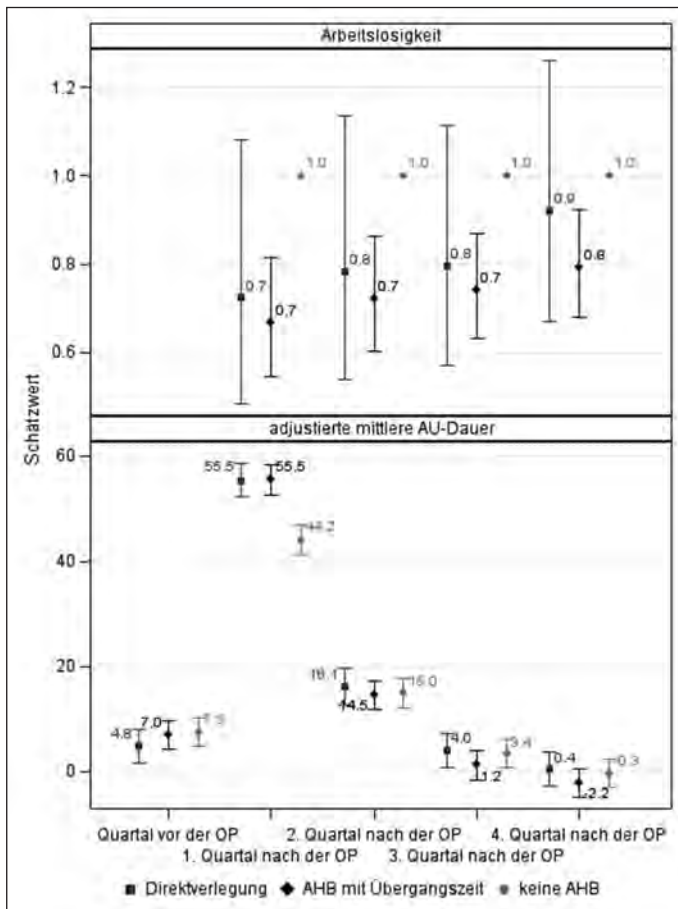


Abb. 1: Odds-Ratio-Schätzer für Arbeitslosigkeit und adjustierte Mittelwerte der AU-Dauer mit 95%- Konfidenzintervall im zeitlichen Verlauf

Diskussion

Patienten, die im Anschluss an den Akutaufenthalt eine AR durchführten, wiesen im Quartal nach der Operation etwas höhere Arbeitsunfähigkeitszeiten auf als Patienten, die keine AR in Anspruch nahmen. Zum einen dürfte dies an einer höheren Fallschwere der Rehabilitanden liegen. Zum anderen sind die Rehabilitanden während der AR in der Regel arbeitsunfähig geschrieben. Allerdings war die Differenz der AU-Dauer geringer als die Dauer der Maßnahme. Rehabilitanden mit häuslicher Übergangszeit verbesserten sich in den folgenden Quartalen stärker als die anderen Gruppen.

Rehabilitanden haben im Jahr nach der Operation ein geringeres Risiko für Arbeitslosigkeit als Nicht-Rehabilitanden. Der Unterschied zwischen den direktverlegten Rehabilitanden und den Nicht-Rehabilitanden war statistisch nicht signifikant, was durch die geringere Fallzahl in diesem Behandlungspfad begründet sein wird. Der univariate signifikante Unterschied des Frühberentungsrisikos ließ sich im multivariaten Modell nicht bestätigen. Dies könnte der geringen Anzahl Rentenzugänge und der geringeren Fallzahl der direktverlegten Rehabilitanden geschuldet sein.

Rehabilitanden nahmen häufiger LTA in Anspruch. Dies kann darauf zurückzuführen sein, dass während der Rehabilitationsmaßnahme Defizite der beruflichen Leistungsfähigkeit verstärkt aufgedeckt werden und die Rehabilitationseinrichtungen den LTA-Bedarf feststellen. Unklar ist, ob weniger stark Betroffene auf eine Rehabilitation verzichten, sodass bei Nicht-Rehabilitanden der LTA-Bedarf geringer sein könnte.

Schlussfolgerung

Rehabilitanden werden erfolgreicher ins Erwerbsleben integriert und berufliche Problemlagen werden vermehrt angegangen.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Erste klinische Ergebnisse bezüglich der Anwendung eines Prothesenpassteils zur Rehabilitation transfemoral Amputierter mit niedrigem Mobilitätsgrad

Hahn, A.

Otto Bock HealthCare Products, Wien

Hintergrund

Mikroprozessorgesteuerte Exoprothesen-Kniepassteile (MPKs) werden häufig mit aktiveren transfemoral (TF) Amputierten assoziiert. Sie entfalten aber auch in der Versorgung niedriger Mobilitätsgrade hohe Wirkung (Burnfield et al., 2012; Hafner et al., 2009; Hahn et al., 2015; Kahle et al., 2008; Kannenberg et al., 2014). Neben Verbesserungen der Sicherheit und der Sturzhäufigkeit (um bis zu 80 %) werden Funktionalität als auch der Mobilitätsgrad selbst verbessert. Eine innovative Komponente (Kenevo, Ottobock) adressiert die spezifischen Anforderungen niedriger Mobilitätsgrade, deren Ätiologie sich häufig aus vas-

kulären Erkrankungen ergibt und die spezifische Anforderungen an die Rehabilitation stellen. Neben Unterstützung des Hinsetzens und Aufstehens ist die Wahl der sich an den Rehabilitationsfortschritt spezifisch anpassbaren Funktionen besonders hervorzuheben. Diese stellen die zuverlässige Funktion des Passteils unabhängig von den verwendeten Gehhilfen sicher.

Ziel

Die klinische Beurteilung der Wirksamkeit dieser Komponente ergibt sich aus ersten Anwendungsbeobachtungen sowie den Ergebnissen einer internationalen multizentrischen, randomisiert kontrollierten Studie (RCT) im cross-over Design. Letztere erfüllt die Qualitätskriterien des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).

Methode

Erste Routineanwendungen wurden zwischen Februar und Mai 2015 dokumentiert. Ein in 16 Zentren und drei Ländern durchgeführter RCT schloß im Nov. 2015 die Datenaufnahme.

Daten der Routineanwendungen wurden vor Umstellung der prothetischen Versorgung und nach 2 Monaten erhoben. Daten des RCT wurden vor Umstellung, nach 3 Monaten und nach Rückversorgung (cross-over) erhoben. In der Datenerhebung wurden validierte Instrumente zur Beurteilung des Rehabilitationsfortschritts verwendet (LCI, PLUS-M, Houghton Scale, TUG, QUEST, SF-36, # Stürze).

Ergebnisse

In den ersten Routineversorgungen wurden 29 primär unilateral TF Amputierte dokumentiert (Alter 63.2+9.5y; amputiert seit 6.3+8.9y; verschiedene Ätiologien). 83 % waren Mobilitätsgrad 2 und verwendeten eine Vielzahl unterschiedlicher Passteile (Polyzentrik 36 %, Bremsknie 27 %, Sperrknie 18 %, Mechatronik 18 %). Nach 2 monatiger Anwendung zeigten sich eine Reduktion der Rollstuhlabhängigkeit sowie positive Trends der ADLs in PLUS-M und Houghton Scale. Auch die Anzahl der Probanden mit reduzierter Sturz- und Stolperhäufigkeit stieg deutlich (Fig. 1).

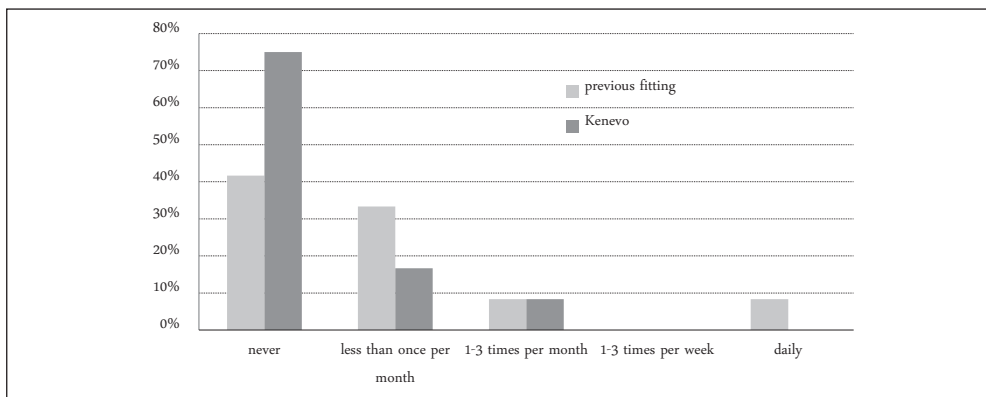


Fig. 1: Anteil der Probanden der Anwendungsbeobachtungen und die berichtete Sturz- und Stolperhäufigkeit.

35 Probanden wurden in den RCT eingeschlossen (Alter 65,1 y, seit durchschnittlich 5,3 Jahren amputiert, 77 %m, 89 % MG2) Die TUG Zeiten reduzierten sich von $23.1 \pm 5.4s$ zu $19.4 \pm 5.1s$, $p = 0.001$. Neben signifikanten Verbesserungen des LCI (8 %, $p=0,006$) und QUEST 2.0 (19 %, $p=0,002$) waren auch deutliche Verbesserungen in den SF-36 mental und physical scores erkennbar (8 %, $p=0.03$).

Diskussion & Schlussfolgerungen

Die Anwendungsbeobachtungen als auch die Untersuchung im RCT bestätigen eindrucksvoll die Reduktion des Sturzrisikos sowie die Erhöhung von Mobilität und Lebensqualität durch den Einsatz dieses Prothesenpassteils. Aufgrund der multizentrischen Durchführung als auch der unerwartet hohen Effektgrößen erreicht das Evidenzniveau des RCT den den Autoren höchsten derzeit bekannten Grad bzgl. der Nachweisführung von Exo-Prothesenpassteilen. Diese Beobachtungen bestätigen die bis dato gewonnenen Erkenntnisse (Burnfield et al., 2012; Hafner et al., 2009; Hahn et al., 2015; Kahle et al., 2008; Kannenberg et al., 2014) und erweitern die zur Verfügung stehende Evidenz zur Rehabilitation TF Amputierter niedriger Mobilitätsgrade in Fallzahl als auch in Qualität signifikant. Bei der Rehabilitation TF Amputierter ist die Auswahl an zur Verfügung stehenden Prothesenpassteilen erweitert und spezifische mikroprozessorgesteuerte Passteile stellen eine als klinisch wirksam nachgewiesene Option dar.

Interessenkonflikte: Der Autor A. Hahn ist Angestellter innerhalb der wissenschaftlichen Abteilung des Herstellers der zu besprechenden Prothesenkomponente sind.

Literatur

- Burnfield, J.M. et al (2012): Prosthet Orthot Int.
Hafner, B.J. et al (2009): J Rehabil Res Dev.
Hahn, A. et al (2015): J Prosthet Orthot.
Kahle, J.T. et al (2008): J Rehabil Res Dev.
Kannenberg, A. et al (2014): J Rehabil Res Dev.

Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bei Patienten mit chronischem Rückenschmerz vor und nach einer Rehabilitation

Ziehm, J., Göрге, M., Farin-Glattacker, E.
Universitätsklinikum Freiburg

Chronischer Rückenschmerz ist eine der häufigsten Erkrankungen in Deutschland und führt z. B. einträchtigungen der Lebensqualität, Funktions- und Arbeitsfähigkeit und dadurch zu einer erhöhten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Auch Faktoren wie Gesundheitsstatus, Geschlecht, Alter, und sozioökonomischer Status wurden mit der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in Verbindung gebracht. Ebenso zeigten sich Chronifizierungsgrad, Einschränkung und Depressivität als signifikante Prädiktoren für eine erhöhte Inanspruchnahme.

Chronischer Rückenschmerz ist eine der häufigsten Indikationen im deutschen Rehabilitationssystem. Generell zeigten sich durch eine Rehabilitationsmaßnahme bei Patienten mit chronischem Rückenschmerz kleine bis moderate Verbesserungen hinsichtlich Einschränkung, Schmerzintensität, Arbeitsfähigkeit, Depressivität und Krankheitsverarbeitung. Studien im skandinavischen Raum zeigten nach einer Rehabilitation eine signifikante Reduktion bzgl. der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bei Patienten mit chronischem Rückenschmerz. Da diesbezüglich für das deutsche Gesundheitssystem nach Kenntnisstand der Autoren keine Studiendaten mit größerer Fallzahl vorliegen, ist das Ziel dieser Arbeit, zu untersuchen, inwieweit sich die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen von Patienten mit chronischem Rückenschmerz vor und nach einer Rehabilitationsmaßnahme ändert und welche Faktoren diese Veränderungen bedingen.

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde eine Sekundäranalyse der Daten aus dem Projekt „Die Patient-Behandler-Kommunikation bei chronisch Kranken (PaBeKo)“ (Förderung durch das BMBF) vorgenommen. Insgesamt wurden Daten von 688 Patienten im Alter von 51 Jahren (SD = 11.2) analysiert. 57.2 % der Patienten waren weiblich und 72.3 % gingen einer Beschäftigung nach. Erhoben wurden zu drei Messzeitpunkten (Beginn, Ende, sechs Monate nach Rehabilitation): Komorbiditäten, Behandlungsmotivation, Krankheitsdauer (Fremdeinschätzungen) sowie soziodemographische Angaben, Schmerzintensität (VAS), Einschränkungen aufgrund von Rückenschmerz (ODI), krankheitsbedingte Einschränkung und Krankheitsbewältigung (FESV; Skalen: schmerzbezogene Hilflosigkeit und Depression, schmerzbezogener Ärger, schmerzbezogene Ängstlichkeit, körperliche Bewältigung, psychische Bewältigung, Handlungsplanung), gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-12-MC; Skalen: körperlich, mental) Angstvermeidung (FABQ; Skalen: physische Aktivität, arbeitsbezogene Überzeugungen), Kontrollüberzeugungen (KKG; Skalen: intern, extern, extern fatalistisch) und Krankheitskohärenz (IPQ-R) (Selbsteinschätzung). Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (Hausarzt, Fachärzte, Krankenhaus, Physiotherapie, Psychotherapie, Heilpraktiker, Massage) wurde zu Beginn und sechs Monate nach der Rehabilitation gemessen, für die Gesamtinanspruchnahme wurde ein Index gebildet.

Die Vorher-Nachher-Vergleiche wurden mittels t-Tests berechnet. Für die Berechnung des Einflusses der einzelnen Prädiktoren wurden hierarchische Regressionsanalysen angewandt. Als Prädiktoren wurden im 1. Schritt die Inanspruchnahme vor Rehabilitation, im 2. Schritt die Variablen am Ende der Rehabilitation und im 3. Schritt die Differenzwerte vor und nach der Rehabilitation der Variablen ODI, VAS, FESV und SF-12 herangezogen.

Die Inanspruchnahme war nach der Rehabilitation für alle Gesundheitsleistungen, bis auf Physio- und Psychotherapie, signifikant geringer als vorher. Alle vor der Reha in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen, außer Krankenhausaufenthalt, zeigten einen signifikanten Einfluss auf die Inanspruchnahme nach der Rehabilitation. Männliches Geschlecht, geringere Anzahl an Arbeitsstunden, höhere Werte bzgl. schmerzbezogener Ängstlichkeit und Depressivität, geringere wahrgenommene Aktivität sowie geringe fatalistische externe Kontrollüberzeugungen führten zu einer höheren Gesamtinanspruchnahme. Patienten mit einer geringeren Anzahl an Arbeitsstunden, schlechtem Gesundheitszustand sowie mehr schmerzbezogenem Ärger kontaktierten nach der Rehabilitation häufiger

einen Hausarzt. Bezüglich des Einflusses der Differenzwerte zeigte sich, dass eine hohe Reduktion der Krankheitstage mit geringerer Gesamtinanspruchnahme sowie geringeren Haus- und Facharztkonsultationen in Verbindung stand. Patienten mit einer geringeren Reduktion von Hilflosigkeit und Depressivität kontaktierten häufiger Fachärzte. Eine höhere Reduktion von schmerzbezogenem Ärger führte zu häufigeren Konsultationen von Fach- und Hausärzten.

Die Studie zeigt eine geringere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen von Patienten mit chronischem Rückenschmerz nach einer Rehabilitation, was auf eine geringere Kostenbelastung des Gesundheitswesens hinweist. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass der Fokus während einer Rehabilitation auf der Verbesserung der Arbeitsfähigkeit, Reduktion der Krankheitstage und psychologischen Interventionen liegen sollte, um die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nach der Rehabilitation zu reduzieren.

Gesundheitsökonomische Bewertung der medizinischen Rehabilitation bei Rückenschmerzen

Tepohl, L., Dannenmaier, J., Kaluscha, R., Krischak, G.

Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm, Bad Buchau

Hintergrund

Muskuloskelettale Erkrankungen stellen eine der Hauptursachen für Arbeitsunfähigkeitstage dar. Die medizinische Rehabilitation hat die Aufgabe drohenden Behinderungen abzuwenden und ein frühzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern. Gleichzeitig steigt die Bedeutung der Rationalisierung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, wodurch die Nachfrage nach Kosten-Nutzen-Nachweisen in diesem Bereich zunimmt.

Methodik

Basierend auf Daten der DRV Baden-Württemberg, DRV Bund sowie der AOK Baden-Württemberg erfolgte eine Kosten-Nutzen-Bewertung für die drei häufigsten Diagnosen der orthopädischen Rehabilitation (M51, M53 und M54). Die Zielgröße dieser Berechnungen stellt die Veränderung der Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) ein bzw. zwei Jahre nach der Rehabilitation dar. Die Mittelwerte der AU-Tage werden zwischen einer Gruppe von Rehabilitanden und einer Kontrollgruppe verglichen. Diese Kontrollgruppe wurde mittels eines Vorhersagemodells aus Versicherten der AOK Baden-Württemberg identifiziert, die eine hohe Wahrscheinlichkeit auf eine Rehabilitation gehabt hätten, wenn ein Antrag gestellt worden wäre. Um den Nutzen der Rehabilitation (Veränderung der AU-Tage) monetär bewerten zu können, wurde jeder AU-Tag mit den durchschnittlichen Kosten für berufliche Ausfallzeiten in Höhe von 285,- € pro Tag (BAuA, 2013) berechnet.

Ergebnisse

Sowohl ein als auch zwei Jahre nach einer Rehabilitation sind die direkten und die indirekten Kosten der Rehabilitanden geringer als die Kosten der Kontrollgruppe. Im ersten Jahr

nach der Rehabilitation hatten die Rehabilitanden 32 AU-Tage weniger als im Reha-Jahr, im zweiten Jahr reduzierte sich die AU-Tage um weitere sieben Tage. Werden die gesparten AU-Tage mit den durchschnittlichen Kosten für berufliche Ausfallzeiten multipliziert, so liegt der volkswirtschaftliche Nutzen zwei Jahre nach der Rehabilitation bei 11.115 € pro Rehabilitand. In der Vergleichsgruppe reduzierten sich die indirekten Kosten nach zwei Jahren um 8.835 € pro Person. Berechnet man die Differenz-der-Differenzen zwischen den AU-Tagen der beiden Gruppen, so liegt der Delta-Nutzen sowohl im ersten als auch im zweiten Jahr nach der Rehabilitation bei acht gewonnenen AU-Tagen zugunsten der Rehabilitandengruppe. Die geschlechtsspezifischen Analysen zeigen, dass Männer im Jahr der Rehabilitation mehr AU-Tage aufweisen, als Frauen, und dass Männer durch die Rehabilitation stärker profitieren. In der Altersgruppe der 35–39-Jährigen und der 60–63-Jährigen ist die Anzahl der AU-Tage am höchsten. In der Altersgruppe 45–49 Jahre erreichen die AU-Tage ein Minimum. Hinsichtlich der Veränderung der AU-Tage ist zu erkennen, dass in der Gruppe der älteren Rehabilitanden (55–59 Jahre und 60–63 Jahre) sowie die sehr jungen Rehabilitanden (30–34 Jahre und 35–39 Jahre) die deutlichste Reduktion der AU-Tage vorliegt. Der Delta-Nutzen ist jedoch am größten in den Altersgruppen 30–34 Jahre und 35–39 Jahre.

Diskussion

Die Ergebnisse belegen eindrücklich den Nutzen der Rehabilitation bei Rückenschmerzen gegenüber einer Therapie ohne Rehabilitation. Besonders der hohe Delta-Nutzen in der Gruppe der jüngeren Rehabilitanden verdeutlicht den Vorteil einer frühzeitigen Rehabilitation. Diese ist sowohl hinsichtlich des Risikos der Chronifizierung von Rückenschmerzen, als auch der Anzahl der Frühberentungen aufgrund von Rückenschmerzen relevant. Der Quotient der Kosten-Nutzen-Analysen ist in der Gruppe der Rehabilitanden immer kleiner als der der Vergleichsgruppe, wodurch der positive Effekt der Rehabilitation deutlich wird. Da in dem hier vorgestellten Modell lediglich auf den Vorteil der Rehabilitation bzgl. der Vermeidung von AU-Tagen abgestellt wurde, ist zu betonen, dass der tatsächliche Effekt inklusive v. a. der Vermeidung von Berentung, noch größer ist. Weitere Studien hierzu sind in Vorbereitung.

Schlussfolgerung

Die Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen reduziert deutlich die AU-Zeiten über einen Zeitraum von zwei Jahren nach der Maßnahme und hat daher eine hohe Wirksamkeit.

Literatur

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2013): Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeitstage. Online verfügbar unter: http://www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Statistiken/Arbeitsunfaehigkeit/pdf/Kosten-2013.pdf;jsessionid=AC138402491DFCC607AD6209774277FD.1_cid353?__blob=publicationFile&v=3.

Welche Differenzkriterien können die Zuweisung orthopädischer Rehabilitanden zu einem Behandlungszweig vorhersagen?

Markus, M., Schwarz, B., Bethge, M.
Universität Lübeck

Hintergrund

Innerhalb der orthopädischen Rehabilitation gibt es drei Behandlungsformen: medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR, bei besonderen beruflichen Problemlagen), verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (VOR, bei psychischer Komorbidität und Problemen bei der Krankheitsbewältigung) und medizinische Rehabilitation (MR, bei Funktionsbeeinträchtigungen ohne deutlich erhöhtes Teilhaberrisiko oder zusätzliche Komorbidität). Schwarz (2015a, b) unterschied bei chronischen Rückenschmerzpatienten anhand der Differenzkriterien psychische Komorbidität, private und berufliche Belastungen, subjektive Schmerzstärke und Schmerzbeeinträchtigung, Beschwerde- und Schmerzgeneralisierung und Vorliegen einer besonderen beruflichen Problemlage verschiedene Subgruppen innerhalb dieser Behandlungszweige. Geprüft wurde, wie sich zu den drei Behandlungszweigen zugewiesene Personen vor der Rehabilitation unterscheiden und inwieweit die von Schwarz identifizierten Differenzkriterien die Zuweisung zu den Behandlungsformen vorhersagen.

Methodik

Eingeschlossen wurden 18- bis 65-jährige Personen mit Muskel-Skelett-Erkrankungen und bewilligtem Rehabilitationsantrag. Die Zuweisung zu einer der Behandlungsformen erfolgte durch den sozialmedizinischen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Bund. Die Datenerhebung wurde vor Rehabilitationsbeginn mittels Fragebogen durchgeführt.

Erfasst wurden psychische Komorbidität (PHQ-4), private und berufliche Belastungen (Ultra-Kurz-Screening), Schmerzstärke und Schmerzbeeinträchtigung (Items des Chronic Pain Grade Questionnaire), Beschwerdegeneralisierung (Somatisierungsskala des SCL-90-R), Schmerzgeneralisierung (Eigenkonstruktion) sowie besondere berufliche Problemlagen (SIMBO). Neben der Analyse von Mittelwertunterschieden in den Skalen wurde mittels logistischer Regressionen überprüft, ob und wie gut sich die Zuweisung der Personen durch die benannten Merkmale vorhersagen lässt.

Ergebnisse

9.757 Rehabilitanden wurden eingeschlossen (mittleres Alter: 52,9 Jahre, SD = 8,2; 74,8 % Frauen). Für Analysen mit listenweisem Ausschluss standen 8.682 Datensätze zur Verfügung. Die Gruppe der VOR unterschied sich von der Gruppe der MR insbesondere hinsichtlich der psychischen Komorbidität, privater und beruflicher Belastungen und der Beschwerdegeneralisierung ($d = 0,29$ bis $0,39$). MBOR und MR unterschieden sich am

deutlichsten im SIMBO ($d = 0,38$). Obwohl sich die Behandlungszweige hinsichtlich der Werte im SIMBO signifikant unterschieden, erreichte auch in der MR und VOR bis zu ein Drittel den empfohlenen Trennwert von 23 Punkten (Streibelt, Bethge, 2015) (MR: 36,1 %; VOR: 27,7 %; MBOR: 51,5 %).

Auf dem PHQ-4 erreichten in der VOR 51,1 % (MR: 33,7 %; MBOR: 40,6 %) den in der Literatur als „yellow flag“ für eine ängstliche oder depressive Komorbidität beschriebenen Trennwert von 6 Punkten (Löwe et al., 2010). Mittels logistischer Regression ließen sich berufliche Belastungen ($OR = 1,1$), Schmerzstärke ($OR = 1,1$), Schmerzbeeinträchtigung ($OR = 0,9$) und der SIMBO ($OR = 1,4$) als signifikante unabhängige Prädiktoren für die Zuweisung zur MBOR identifizieren. Für die VOR konnten der PHQ-4 ($OR = 1,3$), private ($OR = 1,2$) und berufliche Belastungen ($OR = 1,4$), Schmerzbeeinträchtigung ($OR = 0,8$), Beschwerdegeneralisierung ($OR = 1,1$) und der SIMBO ($OR = 0,9$) als signifikante unabhängige Prädiktoren identifiziert werden. Die Anpassung der Modelle war gering.

Abbildung 1 zeigt die Profile der drei Behandlungsformen.

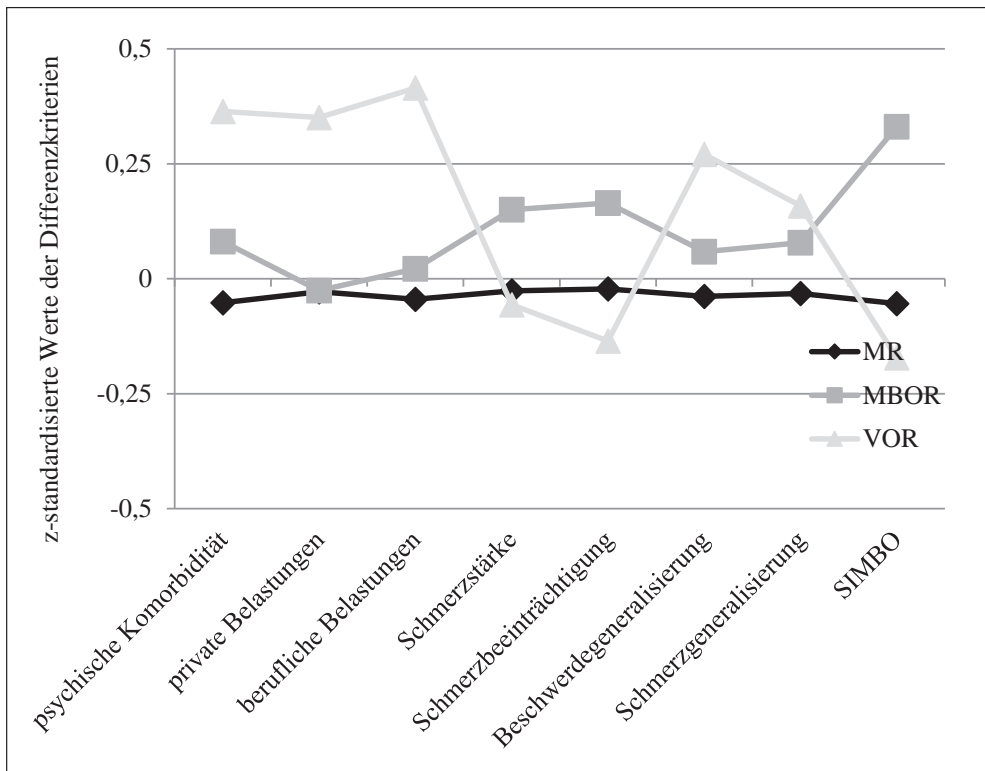


Abb. 1: Ausprägungen der drei Behandlungsgruppen in den Differenzkriterien vor Antritt der Rehabilitationsmaßnahme

Diskussion

Hohe Werte im SIMBO kennzeichneten insbesondere die Gruppe der MBOR, während sich die VOR-Gruppe vor allem durch eine starke psychische Komorbidität, manifeste psy-

chosoziale Belastungen und eine deutliche Beschwerde- und Schmerzgeneralisierung auszeichnete. Unerwartet waren die niedrigen Werte für Schmerzbeeinträchtigungen und den SIMBO für Patienten in der VOR. Diese lagen unterhalb der entsprechenden Werte der Teilnehmer der MR.

Schlussfolgerung

Sowohl für die Zuweisung in die MBOR als auch die VOR sind Steuerungseffekte erkennbar. Die Zuweisung zur VOR lässt sich anhand der antizipierten Differenzkriterien besser erklären als die zur MBOR. Die MBOR-Gruppe ist vor allem durch hohe Werte im SIMBO charakterisiert. Allerdings erreichte die Hälfte der zugewiesenen Rehabilitanden den Trennwert von 23 Punkten nicht. Zudem hat rund ein Drittel der Rehabilitanden in der MR Werte auf dem SIMBO, die auch eine Zuweisung in die MBOR gerechtfertigt hätten. Die Teilnehmer der VOR sind vor allem durch psychische Komorbidität und hohe psychische private und berufliche Beanspruchung charakterisiert.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- 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. 86–95.
- Schwarz, B. (2015a): Exploration von Problemlagen in der orthopädischen Rehabilitation der Gesetzlichen Rentenversicherung zur Optimierung der Zuweisungs- und Behandlungsadäquanz. *Die Rehabilitation*, 54. 190–197.
- Schwarz, B. (2015b): Prototypische Fallbeispiele zur Darstellung heterogener Problemlagen von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen in der stationären medizinischen Rehabilitation. *Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin*, 25. 203–209.
- Streibelt, M., Bethge, M. (2015): Prospective cohort analysis of the predictive validity of a screening instrument for severe restrictions of work ability in patients with musculoskeletal disorders. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 94 (8). 617–626.

Mittelfristige Bedürfnisse und Barrieren von Rehabilitanden mit chronischem Rückenschmerz in der verhaltensmedizinisch orthopädischen Rehabilitation

Köpnick, A. (1), Herbold, D. (2), Roßband, H. (3), Geigner, B. (4), Beddies, A. (5), Worringer, U. (6), Hampel, P. (1)

(1) Europa-Universität Flensburg, (2) Paracelsus-Klinik an der Gande, (3) Reha-Zentrum Bad Sooden-Allendorf, (4) Rehabilitationsklinik Auental, (5) Rehabilitationsklinik Göhren, (6) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Hintergrund

Der Chronifizierungsverlauf von Rückenschmerzen wird entscheidend von psychosozialen Faktoren beeinflusst (Schmidt et al., 2014). Dementsprechend ist eine zunehmende Integration psychologischer Interventionen in das multimodale Rehabilitationsangebot der verhaltensmedizinisch orthopädischen Rehabilitationskliniken (VMO) bedeutend (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2013). Darüber hinaus spielen psychosoziale Faktoren, insbesondere gestärkte personale Ressourcen (v. a. Motivation, Volition, Selbstwirksamkeit) und die soziale Unterstützung, eine zentrale Rolle bei der Aufrechterhaltung des gesundheitsförderlichen Verhaltens im post-rehabilitativen Lebensalltag sowie für einen langfristigen Behandlungserfolg.

Ziel der vorliegenden Studie war es daher, sowohl effektive Hilfeangebote und erlernte Handlungsweisen als auch auftretende Barrieren und individuelle Möglichkeiten zum Barrierenmanagement bei der Umsetzung gesundheitsförderlichen Verhaltens von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen 6 Monate nach ihrem Aufenthalt in einer stationären VMO zu erfassen.

Methodik

Insgesamt nahmen N=1306 Rehabilitanden im Rahmen ihrer Rehabilitation an einem Schmerzkompetenztraining in der VMO teil. Darüber hinaus erhielt die Hälfte der Rehabilitanden ein zusätzliches Depressionspräventionstraining (Debora). Der Depressivitätsgrad wurde mittels der Allgemeinen Depressionsskala (ADS, Hautzinger et al., 2012) gemessen, sodass sich folgende vier Subgruppen ergaben: Interventions- (IG) und Kontrollgruppe (KG) sowie Rehabilitanden mit einem erhöhten Depressivitätsgrad aus der IG (IGdepr) und der KG (KGdepr). Insgesamt wurden N=56 Datensätze (n=50 Frauen; Alter M=50,8 Jahre, SD=8,6; ADS M=23,2, SD=10,3) aus vier VMO-Kliniken ausgewählt, die substantielle Antworten auf drei schriftliche offene Befragungen sechs Monate nach der Rehabilitation gaben. Die qualitative Datenauswertung erfolgte anhand der Frequenzanalyse basierend auf der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Zudem wurde die Einschätzung zum Erfolg der Rehabilitation quantitativ erfragt und die vier Gruppen in einer Varianzanalyse verglichen.

Ergebnisse

Die Rehabilitanden profitierten generell von der individuellen Beratung in der Rehabilitation sowie von den bewegungsbezogenen Inhalten bzw. sportlichen Übungen zur besseren Umsetzung ihrer erlernten gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen. Zudem berichteten Rehabilitanden aus der KG und der IG von gestärkten personalen Ressourcen (v. a. Selbstwirksamkeitserwartungen, Selbstmotivation).

Alltägliche Belastungen aus dem beruflichen und familiären Lebensbereich verbunden mit einem resultierenden Zeitmangel kristallisierten sich als mittelfristige Hauptbarrieren heraus, die die Umsetzung von Gesundheitsverhalten beeinträchtigten. Während die KG sechs Monate nach der Rehabilitation mehr Belastungen und mangelnde personale Ressourcen benannte, profitierte die IG mehr vom Therapieangebot bezüglich der Ressourcenförderung und alltagskonformen Bewegungs- und Sportübungen, die zunehmend in belasteten Phasen systematisch angewendet wurden.

Im Hinblick auf die Depressivität zogen Rehabilitanden der IGdepr verglichen mit der IG einen höheren Nutzen aus erlernten bewegungs-, entspannungs- und achtsamkeitsbezogenen Trainingsinhalten und eigneten sich eher Strategien zum Aufbau personaler Ressourcen an. Außerdem stellte die soziale Unterstützung einen zentralen Förderfaktor dar, der von Rehabilitanden mit erhöhter Depressivität etwas häufiger berichtet wurde als von Rehabilitanden ohne depressive Symptome.

Im Rahmen der quantitativen Erhebung beurteilten die Rehabilitanden aus allen Bedingungen die erhaltene Rehabilitation sechs Monate danach als befriedigend (3) bis gut (2; MIG=2,46; MIGdepr=2,43; MKG=2,14; MKGdepr=2,14; $F(3,51)=0,27$; $p=0,84$) und bezogen auf ihre Schmerzen als befriedigend (MIG=2,77; MIGdepr=2,93; MKG=2,71; MKGdepr=2,93; $F(3,51)=0,08$; $p=0,97$).

Diskussion und Schlussfolgerung

Die Zufriedenheit mit dem Rehabilitationserfolg hat einen entscheidenden Einfluss auf die Selbstmotivation des Rehabilitanden, die erlernten gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen zukünftig im Lebensalltag umzusetzen. Daher ist bereits eine prä-rehabilitative Erfassung der indikationsspezifischen Rehabilitandenbedürfnisse bedeutend (Buchholz, Kohlmann, 2014), um eine geringere Selbstmotivation im Rahmen der Einzelberatungen verbessern zu können. Weiterhin ist die Vermittlung von Stressbewältigungsstrategien für einen angemessenen Umgang mit arbeitsbezogenen Belastungen sowie eine zunehmende Stärkung des Selbstmanagements und der Achtsamkeit erforderlich. Aufgrund der niedrigeren Selbstwirksamkeitserwartungen von Rehabilitanden mit komorbider Depressivität sollten demzufolge insbesondere ihre personalen Ressourcen gefördert und soziale Unterstützungsangebote zur Überwindung der psychosozialen Belastungen aufgebaut werden.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Buchholz, I., Kohlmann, T. (2014): Deskriptoren und Prädiktoren von Reha-Zielen von Patienten in der medizinischen Rehabilitation. PPMp – Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 64. 364–372.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2013): Anforderungsprofil für die verhaltensmedizinisch orthopädische Rehabilitation (VMO), Berlin.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Hofmeister D., Keller, F. (2012): Allgemeine Depressionsskala (ADS) (2., überarbeitete und neu normierte Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Mayring, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (12., überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Schmidt, C., Bernert, S., Spyra, K. (2014): Zur Relevanz psychischer Komorbiditäten bei chronischem Rückenschmerz: Häufigkeitsbild, Erwerbsminderungsrenten und Reha-Nachsorge im Zeitverlauf der Reha-Kohorten 2002–2009. Die Rehabilitation, 53. 384–389.

Einfluss der Arbeitsfähigkeit auf die Veränderung der isokinetischen Maximalkraft bei Rehabilitanden mit degenerativen Kniegelenkserkrankungen

*Lohss, R. (1), Geissler, N. (2), Thiel, M. (3), Göhle, M. (3),
Egen, C. (1), Gutenbrunner, C. (1)*

(1) Medizinische Hochschule Hannover,

(2) Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, Hannover,

(3) Reha-Zentrum Bad Pyrmont, Deutsche Rentenversicherung Bund, Bad Pyrmont

Hintergrund

Isokinetische Messsysteme ermöglichen im Rahmen der Rehabilitation eine objektive Beurteilung der isokinetischen Maximalkraft im Bewegungsverlauf des zu untersuchenden Gelenks (Schreiber et al., 1999). Sozioökonomische Kontextfaktoren der Patienten können bei der Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit eine Rolle spielen, darunter der Erwerbsstatus bei Rentenantragstellern (Geissler et al., 2016). Dadurch sind Differenzen zwischen dem erfassten Testergebnis und den tatsächlichen körperlichen Fähigkeiten möglich. Ziel der Studie ist zu untersuchen, ob es einen Einfluss der Arbeitsfähigkeit männlicher Rehabilitanden mit degenerativen Kniegelenkserkrankungen auf die Veränderung der isokinetischen Maximalkraft am betroffenen Kniegelenk gibt.

Methodik

Eingeschlossen wurden männliche, stationär behandelte Rehabilitanden zwischen 18 und 65 Jahre mit chronisch degenerativen Kniegelenkserkrankungen. Die Rekrutierung erfolgte von August 2015 bis September 2016 in einem orthopädischen Reha-Zentrum. Angaben zur Arbeitsfähigkeit der Rehabilitanden wurden den Reha-Berichten entnommen. Die Messung der isokinetischen Maximalkraft erfolgte zu Beginn und Ende der Rehabilitation anhand des Geräts Biodex (Drouin et al., 2004) bei Winkelgeschwindigkeiten von 90°/s und

150°/s in Flexion und Extension im betroffenen Kniegelenk. Die maximalen Drehmomentwerte wurden in Relation zum Körpergewicht gesetzt. Mittels linearer Regression wurde der Einfluss der Arbeitsfähigkeit auf die Kraftveränderung analysiert.

Ergebnisse

In die Studie wurden 60 Rehabilitanden eingeschlossen. Das durchschnittliche Alter lag bei 49,6 Jahren (SD=9,0). Mehrheitlich war die Gonarthrose Grund für die Aufnahme der orthopädischen Rehabilitation. 56,7% der Rehabilitanden waren bei Reha-Aufnahme arbeitsfähig. Der durchschnittliche Zeitraum zwischen erster und zweiter Messung betrug 13,7 Tage (SD=2,3). Durchschnittlich war eine statistisch signifikante Verbesserung der isokinetischen Maximalkraft feststellbar, sowohl bei 90°/s in Flexion ($p<0,001$) und Extension ($p=0,002$) als auch bei 150°/s in Flexion ($p<0,001$) und Extension ($p=0,014$). Die Arbeitsfähigkeit der Rehabilitanden hatte keinen signifikanten Einfluss auf die Kraftveränderung zwischen erster und zweiter Messung.

Diskussion

Orthopädische Rehabilitationsmaßnahmen bei unterschiedlichen chronischen degenerativen Kniegelenkserkrankungen können eine Verbesserung der isokinetischen Maximalkraft am betroffenen Kniegelenk bewirken. Die Kraftveränderung scheint jedoch unabhängig von der Arbeitsfähigkeit der Rehabilitanden und damit einhergehenden möglichen motivationalen Faktoren zu sein.

Schlussfolgerung

Isokinetische Messsysteme können den Erfolg einer Rehabilitation hinsichtlich Veränderungen der Maximalkraft am betroffenen Gelenk objektivieren. Ob die Kraftveränderungen auf die durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen zurückzuführen sind oder durch andere sozioökonomische Faktoren noch deutlicher beeinflusst werden, sollte weiter analysiert werden.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Literatur

- Drouin, J.M., Valovich-mcLeod, T.C., Shultz, S.J., Gansneder, B.M., Perrin, D.H. (2004): Reliability and validity of the Biodex system 3 pro isokinetic dynamometer velocity, torque and position measurements. *European Journal of Applied Physiology*, 91. 22–29.
- Geissler, N., Andreeva, E., Moesch, W., Kasproski, D., Schnalke, G., Jakobs, A., Vinagre, N., Niklas, A. (2016): Inkonsistenz und Selbstlimitierung bei der EFL-Leistungsdagnostik nach Isernhagen unter Berücksichtigung sozioökonomischer Kontextfaktoren. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 26. 9–16.
- Schreiber, T.U., Bak, P., Müller, W.-D., Ziegenthaler, H., Smolenski, U. (1999): Funktionelles Assessment am Bewegungssystem. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 9. 110–121.

Flexibilisierung von Patientenschulungen – Beispiel eines Curriculums nach dem neuen Rahmenkonzept der Rheumatologie

Reusch, A. (1), Küffner, R. (2), Braun, J. (3), Rautenstrauch, J. (4), Lind-Albrecht, G. (4), Lakomek, H.-J. (5), Lakomek, M. (5), Jäniche, H. (6), Ehlebracht-König, I. (6)

(1) Zentrum Patientenschulung, Universität Würzburg, (2) Universität Würzburg, (3) Rheumazentrum Ruhrgebiet, Herne, (4) Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie, Berlin, (5) Klinik für Rheumatologie/Geriatrie, Johannes Wesling Klinikum, Minden, (6) Deutsche Rheuma Liga, Hannover

Hintergrund

Leitlinien, Fachgesellschaften und Kostenträger fordern zu Recht standardisierte und evidenzbasierte Patientenschulungen, die chronisch erkrankte Menschen beim Selbstmanagement unterstützen (z. B. Paternmann et al., 2016). Die Standardisierung einer Schulung ist für ihre Evaluation unerlässlich und die Qualitätssicherung bedeutsam. Deshalb wurden bisher für viele Indikationen in der Rehabilitation umfangreiche Manuale ausgearbeitet und evaluiert (z. B. Meng et al., 2011). Neben dem Vorteil der Standardisierung und der hohen Anschaulichkeit für neue Dozenten haben Manuale auch einige Nachteile: für den Einsatz in unterschiedlichen Anwendungsfeldern sind sie häufig nicht flexibel genug und nach einigen Jahren überarbeitungsbedürftig. Zudem werden problemorientierte Module für jede Schulung neu entwickelt, obwohl sie in verschiedenen Indikationen vergleichbar sind (z. B. Schmerz- und Stressbewältigung oder gesundheitsförderlicher Lebensstil).

Deshalb wurden an der Universität Würzburg gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh), der Deutschen Rheuma-Liga (DRL) und dem Verband Rheumatologischer Akutkliniken (VRA) ein neues Rahmenkonzept für die häufigsten rheumatologischen Krankheitsbilder entwickelt (Reusch et al., in Druck) aus dem rheumatologische Curricula und Arbeitsmaterialien abgeleitet werden. Ein zentrales Ziel war die Flexibilität der neuen Schulungen, um unterschiedlichen Patientenbedürfnissen und Versorgungsstrukturen gerecht zu werden.

Methode

Basierend auf Literatur und bisherigen Schulungen wurde ein vorläufiges Rahmenkonzept mit 4–5 erkrankungsübergreifenden Lehrzielen je Modul formuliert. Dieses wurde in einer standardisierten Online-Befragung 36 Experten (25 Rheumatologen, 6 Psychologen und 5 Vertretern der Selbsthilfe) vorgelegt. Der Fragebogen umfasste 63 Items, teilweise mit 4-stufigen Likert-Antwortformaten, teilweise mit Freitextfeldern. Die Expertenurteile wurden in der Lenkungsgruppe diskutiert und zur Überarbeitung genutzt. Auf Basis dieses übergeordneten Rahmenkonzepts wurde in einem zweiten Projektschritt ein Curriculum für „Rheumatoide Arthritis“ mit ausgewählten Experten ausgearbeitet.

Ergebnisse

18 Experten (Rücklauf 50 %) bewerteten das Rahmenkonzept für verschiedene rheumatische Erkrankungen und eine Aufteilung in krankheitsspezifische und problemorientierte

Module positiv. Eine ursprünglich anvisierte Kurz-Version mit vier Modulen á 30 Minuten wurde als zu kurz erachtet, um auch Selbstmanagementkompetenzen zu vermitteln. Das endgültige Rahmenkonzept sieht krankheitsspezifische Module („Krankheitsbild und Diagnose“, „Behandlung“ und „Krankheitsmanagement“), problemorientierte Module („Bewegung und Sport“ „Alltagsbewältigung und Gelenkschutz“, „Schmerzbewältigung und Krankheitsakzeptanz“ sowie „Lebensstil“) und ein Modul zum „Alltagstransfer“ vor, die bedarfsorientiert gewählt werden können. Jedes Modul kann in einer Kurz-, Standard- oder Intensiv-Version (á 30, 60 bzw. 90 Minuten) konzipiert werden. Für die kürzeren Versionen wurden wissensbezogene Lehrziele, für die längeren Versionen zusätzlich auch motivationale und handlungsbezogene Lehrziele formuliert. Auf Basis dieses Lehrzielkatalogs wurden Inhalte und didaktische Methoden für das spezifische Curriculum „Rheumatoide Arthritis“ zusammengestellt und über Rückmeldeschleifen mit Experten überarbeitet. Hierbei wurden für einige Bausteine die benötigten Zeiteinheiten kritisch beurteilt und erneut Anpassungen vorgenommen. Darauf aufbauend wurden Materialsammlungen erstellt. Diese enthalten die ausgearbeiteten Inhalt-Didaktik-Verknüpfungen für jedes Lehrziel im Baukastenprinzip.

Ausblick

In den nächsten Projektphasen werden weitere Curricula abgeleitet, Train-the-Trainer-Fortbildungen entwickelt und angeboten und letztlich die Anwendung in unterschiedlichen Settings evaluiert.

Fazit

Das Rahmenkonzept ermöglicht eine flexible Zusammensetzung von Modulen, Inhalten, Didaktik und Umfang anhand definierter Lehrziele, was am Curriculum der „Rheumatoiden Arthritis“ aufgezeigt werden kann. Aufgrund der Systematik können die Forderung von Standardisierung und damit methodische Kriterien für Evaluationsstudien erfüllt werden. Eine Übertragung der Systematik in andere Fachbereiche ist denkbar.

Förderung: Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie, Verband Rheumatologischer Akutkliniken, Deutsche Rheuma Liga

Literatur

- 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. *The Clinical Journal of Pain*, 27. 248–257.
- Patermann, J., Ehlebracht-König, I., Lind-Albrecht, G., Genth, E., Reusch, A., Küffner, R., Müller-Ladner, U., Braun, J. (2016): EULAR-Empfehlungen für die Schulung von Patienten mit entzündlich-rheumatischen Gelenkerkrankungen: Übersetzung und Bewertung für Deutschland. *Z Rheumatol*. DOI: 10.1007/s00393–015-0020-z.
- Reusch, A., Braun, J., Ehlebracht-König, I., Lind-Albrecht, G., Jäniche, H., Lakomek, H.-J., Lakomek, M., Rautenstrauch, J., Küffner, R. (in Druck): Rahmenkonzept für rheumatologische Patientenschulungen. *Hot Topic. Z Rheumatol*. DOI: 10.1007/s00393–016-0220–1.

Schwangerschaftsassozierte Osteoporose – Rehabilitation in einer spezialisierten Fachklinik

Gehlen, M., Lazarescu, A.-D., Hinz, C., Boncu, B., Walz, W., Schwarz-Eywill, M.
Klinik „der FÜRSTENHOF“, Bad Pyrmont

Einleitung

Ziel der Arbeit ist die Darstellung des Krankheitsverlaufes von Patientinnen mit einer schwangerschaftsassozierten Osteoporose. Es soll die Auswirkung der Rehabilitation mit spezifischen Behandlungskonzepten auf physische und psychische Einschränkungen aufgezeigt werden.

Eine schwangerschaftsassozierte Osteoporose ist eine seltene Erkrankung, die sich im letzten Trimenon oder nach der Geburt manifestiert. Erstsymptom sind meist neu aufgetretene immobilisierende Rückenschmerzen, seltener Schmerzen im Hüftgelenk. Viele Patientinnen entwickeln durch die Wirbelkörperfrakturen und die Unfähigkeit ihr Kind zu versorgen starke psychische Probleme. Bislang sind etwa 100 Fälle dieser seltenen Erkrankung publiziert.

Methoden

In diese Beobachtungsstudie wurden 7 Patientinnen mit einer schwangerschaftsassozierten Osteoporose eingeschlossen, die in einem „osteologischen Schwerpunktzentrum DVO“ diagnostiziert und nach einem spezifischen Behandlungskonzept behandelt wurde. Es wurde die Frage körperlicher und psychischer Einschränkungen zu Beginn der Erkrankung und nach einem Jahr untersucht. Hierfür wurden der PHQ4-Score, die Schmerzstärke auf der visuellen Analogskala (VAS), die Notwendigkeit von Hilfsmitteln zur Fortbewegung (Rollator, Rollstuhl usw.) und die Fähigkeit selbstständig das Kind zu versorgen ermittelt. Die Anzahl der Wirbelkörperfrakturen und die medikamentösen Therapien wurden aufgezeichnet.

Ergebnisse

- Anzahl der Patientinnen: 7
- Alter: 30–42 Jahre (MW 35 Jahre)
- Dauer Symptombeginn bis zur Diagnose: 1–5 Monate (Mittel: 2,8 Monate)
- Anzahl der Wirbelkörperfrakturen: 0–10 (MW: 4,5), keine Folgefrakturen nach 1 Jahr
- Medikamentöse Therapie: 2x Teriparatid, 3x Bisphosphonat, 1x Denosumab, 1x keine spezifische Therapie
- Körperliche Einschränkungen: Zum Zeitpunkt der Diagnosestellung waren 57 % (4/7) auf einen Rollator angewiesen und nicht in der Lage das Kind zu versorgen. Ein Jahr später waren alle Patientinnen in der Lage ohne Hilfsmittel zu gehen und hatten deutlich weniger Schmerzen.

- Psychische Beeinträchtigung: Zum Krankheitsbeginn bestanden bei 85 % (6/7) starke psychische Beschwerden, die nach einem Jahr deutlich vermindert waren.

Schlussfolgerung

Die Studie zeigt, dass Patientinnen mit schwangerschaftsassoziierter Osteoporose häufig erhebliche physische und psychische Einschränkungen haben. Nach einer gezielten osteologischen Rehabilitation wurde bei allen Patientinnen eine deutliche Verbesserung der körperlichen und psychischen Einschränkungen beobachtet. Die Wirksamkeit der Rehabilitation kann nur indirekt angenommen werden, da der Vergleich zu einer Kontrollgruppe mit Patientinnen ohne Rehabilitation nicht möglich ist.

Literatur

- Choe, E.Y., Song, J.E., Park, K.H., Seok, H., Lee, E.J., Lim, S.K., Rhee, Y. (2012): Effect of teriparatide on pregnancy and lactation-associated osteoporosis with multiple vertebral fractures. *J Bone Miner Metab.* 30 (5). 596–601.
- O’Sullivan, S.M., Grey, A.B., Singh, R., Reid, I.R. (2006): Bisphosphonates in pregnancy and lactation-associated osteoporosis. *Osteoporos Int.*, 17 (7). 1008–1023.
- Ozcelik, B., Ozcelik, A., Debre, M. (2009): Postpartum depression co-occurring with lactation-related osteoporosis. *Psychosomatics.* 50 (2). 155–184.
- Raffaetà, G., Mazzantini, M., Menconi, A., Bottai, V., Falossi, F., Celauro, I. (2014): Osteoporosis with vertebral fractures associated with pregnancy: two case reports. *Clin Cases Miner Bone Metab.* 11 (2). 136–8. 5.
- Sanz-Salvador, L., García-Pérez, M.Á., Tarín, J.J., Cano, A. (2015): Bone metabolic changes during pregnancy: a period of vulnerability to osteoporosis and fracture. *Eur J Endocrinol.* 172 (2). R53–65.

Die differenzielle Bedeutsamkeit psychologischer Faktoren als Prädiktoren von chronischem Rückenschmerz

Glattacker, M. (1), Heyduck, K. (1), Jakob, T. (2)

(1) Universitätsklinikum Freiburg, (2) Rehabilitationsklinik Glotterbad, Glottertal

Hintergrund

Zum Zusammenhang zwischen „Yellow flags“ wie Depression, Fear avoidance beliefs, Katastrophisierung oder Selbstwirksamkeit und schmerzbezogenen Outcomes bei Patienten mit Rückenschmerzen gibt es eine breite Evidenzbasis (Pincus, McCracken, 2013). Angesichts einer teilweise erheblichen konzeptuellen Überlappung dieser Konstrukte herrscht jedoch wenig Klarheit darüber, welche Konstrukte die bedeutsamsten sind (Hayden et al., 2009; Nicholas et al., 2011), obwohl derartige Erkenntnisse für die (Weiter)entwicklung psychologischer Interventionen zentral wären. Eine Studie, welche die relative Bedeutsamkeit unterschiedlicher Konstrukte für die Vorhersage schmerzbezogener Outcomes in der Primärversorgung untersuchte, fand bei multivariater Betrachtungsweise lediglich zwei zentrale Prädiktoren: Selbstwirksamkeitserwartung und Krankheitskonzepte (Foster et al., 2010). Das Ziel unserer Studie war es, diese Fragestellung auf den Rehabilitationskontext bzw. Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen zu übertragen.

Methodik und Stichproben

Die Datenerhebung erfolgte in neun orthopädischen Rehabilitationskliniken. Das Reha-Outcome (gesundheitsbezogene Lebensqualität (LQ) und Funktionsfähigkeit) wurde bei Reha-Ende mittels SF-12 und Oswestry Disability Index (ODI) gemessen. Als Prädiktoren wurden zwei Wochen vor Reha-Beginn die Eingangsbelastung bzgl. LQ und Funktionsfähigkeit, soziodemographische Variablen, die Schmerzintensität (via VAS) sowie eine Reihe psychologischer Variablen erhoben (in Anlehnung an Foster et al. (2010)): Krankheitskonzepte (IPQ-R), Fear avoidance beliefs (FABQ), Coping (Fragebogen „Krankheitsbewältigung – Ziele und Bewertung“), Katastrophisierung (Pain Catastrophizing Scale), schmerzbezogene Selbstwirksamkeit (Pain Self Efficacy Questionnaire) sowie Ängstlichkeit und Depressivität (Hospital Anxiety and Depression Scale). Mittels linearer Regressionsanalysen wurde im ersten Schritt nach Adjustierung der Eingangsbelastung (Modell 1) sowie Alter, Geschlecht und Schmerzintensität (Modell 2) die inkrementelle Vorhersagekraft jedes einzelnen psychologischen Konstrukts ermittelt (Modell 3). Im zweiten Schritt wurde – wiederum nach Adjustierung o. g. Variablen – die relative Vorhersagekraft derjenigen Konstrukte, die sich im ersten Schritt als signifikant erwiesen haben, analysiert. Zur Bewertung der Modellvoraussetzungen wurde der Varianzinflationsfaktor herangezogen. Es erfolgte eine multiple Imputation fehlender Werte.

Die Stichprobe umfasste N=214 Rehabilitanden. 53 % der Stichprobe waren Frauen, das Durchschnittsalter lag bei 51 Jahren (SD=10 Jahre). Mehr als 75 % der Befragten gaben an, seit mehr als 3 Jahren Rückenschmerzen zu haben.

Ergebnisse

Die Eingangsbelastung prädizierte 30 %–56 % des Outcomes. Der (nicht signifikante) inkrementelle Varianzzuwachs durch Alter, Geschlecht und Schmerzintensität variierte zwischen 0,4 % und 1,8 %. Bei separater Analyse der psychologischen Konstrukte lag die inkrementelle Varianzaufklärung durch diese Variablen bezogen auf die körperliche Dimension des SF-12 bei max. 2,6 % (durch Krankheitskonzepte, Fear avoidance beliefs und Selbstwirksamkeit), bezogen auf die psychische Dimension des SF-12 bei max. 8,4 % (durch Krankheitskonzepte und Depression) und bezogen auf den ODI bei max. 1,9 % (durch Krankheitskonzepte und Selbstwirksamkeit). Bei kombinierter Betrachtungsweise lag der inkrementelle Varianzzuwachs durch die psychologischen Konstrukte bei 3,3 % bzgl. ODI, bei 6,1 % bzgl. der körperlichen Dimension und bei 11,2 % bzgl. der psychischen Dimension des SF-12. Bei Kontrolle aller übrigen Variablen erwiesen sich zwei Konstrukte als unabhängig signifikant: Geringere Fear avoidance beliefs (Unterskala „Arbeitsbezogene Überzeugungen“) waren ein Prädiktor einer besseren körperlichen LQ, und eine geringer ausgeprägte Depressivität war ein Prädiktor einer besseren psychischen LQ.

Diskussion

Die Ergebnisse deuten sowohl auf die Bedeutsamkeit von Yellow flags für die Vorhersage schmerzbezogener Outcomes als auch auf eine konzeptuelle Überschneidung der Konstrukte auch bei Patienten mit chronischem Rückenschmerz hin. Angesichts praktischer Implikationen sollten die bisherigen Erkenntnisse in einer stärker theoriebasierten Weise überprüft werden. So wäre plausibel, dass manche Prädiktoren (wie Coping oder Depression) eher Mediatoren sind, die durch interventionell direkt modifizierbare Moderatoren (wie Krankheitskonzepte oder Katastrophisierung) beeinflusst werden. Die Analyse komplexerer Pfade mit adäquater Methodik und unter Einschluss weiterer patientenzentrierter Outcomes wäre ein vielversprechendes künftiges Forschungsfeld.

Förderung: DRV Bund im Förderschwerpunkt „Versorgungsnahe Forschung“

Literatur

- Foster, N.E., Thomas, E., Bishop, A., Dunn, K.M., Main, C.J. (2010): Distinctiveness of psychological obstacles to recovery in low back pain patients in primary care. *PAIN*, 148 (3). 398–406.
- Hayden, J.A., Chou, R., Hogg-Johnson, S., Bombardier, C. (2009): Systematic reviews of low back pain prognosis had variable methods and results-guidance for future prognosis reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62 (8). 781–796. e1.
- Nicholas, M.K., Linton, S.J., Watson, P.J., Main, C.J., the “Decade of the Flags“ Working Group (2011): Early identification and management of psychological risk factors (“Yellow Flags“) in patients with low back pain: A reappraisal. *Physical Therapy*, 91 (5). 737–753.
- Pincus, T., McCracken, L.M. (2013): Psychological factors and treatment opportunities in low back pain. *Best Practice and Research Clinical Rheumatology*, 27 (5). 625–635.

Screening von Angst bei chronischen Rückenschmerzen: Wie, wann und überhaupt?

Lueger, S. (1), Lueger, T. (1), Schuler, M. (2), Deeg, P. (1)
(1) Deegenbergklinik, Bad Kissingen, (2) Universität Würzburg

Hintergrund und Fragestellung

Im Vergleich zu Depressionen werden Angststörungen und insbesondere generalisierte Angststörungen bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen in der Forschung wenig berücksichtigt. Epidemiologische Studien zeigen jedoch, dass bei Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen ein erhöhtes Risiko für eine generalisierte Angststörung besteht (siehe z. B. Demyttenaere et al., 2007). Mit dem GAD-7 (Spitzer et al., 2006) und seiner Kurzform, dem GAD-2 (Kroenke et al., 2007), sind sehr ökonomische Screeningverfahren für eine generalisierte Angststörung sowie für weitere Angststörungen vorhanden. Es liegen jedoch nur wenige Ergebnisse darüber vor, wie hoch der Anteil der Rückenschmerzpatienten mit auffälligen Angstwerten ist, inwiefern die beiden unterschiedlich langen Screeningverfahren zu identischen Ergebnissen führen und ob die Screeningergebnisse vor Beginn des Heilverfahrens mit denen unmittelbar zu Beginn des Heilverfahrens übereinstimmen.

Methodik

Die Stichprobe bestand aus 143 konsekutiv aufgenommenen Rehabilitanden (94 Frauen und 49 Männer) mit chronischen Rückenschmerzen gemäß des Reha-Therapiestandards der DRV Bund (2016) im Alter zwischen 23 und 63 Jahren ($M = 52,9$ Jahre, $SD = 7,7$). Die Angstsymptome wurden vor dem Heilverfahren (= T1) mittels des GAD-2 und zu Beginn des Heilverfahrens (= T2) mittels des GAD-7 (einschließlich GAD-2) erhoben. Die Dauer zwischen beiden Messzeitpunkten betrug im Durchschnitt 14,7 Tage ($SD = 12,8$).

Es wurden positive (PPV) und negative (NPV) prädiktive Werte sowie Cohens κ bzw. Yules Y zur Analyse der Übereinstimmung berechnet.

Ergebnisse

Zu T2 weisen 25,9 % der Rehabilitanden im GAD-7 auffällige Angstwerte (Cutoff ≥ 10) auf (davon 19,6 % mit mittlerer und 6,3 % mit schwerer Angstsymptomatik) und 30,8 % im GAD-2 (Cutoff ≥ 3). Der GAD-2 zu T2 sagt die im GAD-7 ebenfalls zu T2 unauffälligen Rehabilitanden besser vorher als die auffälligen (PPV = .77; NPV = .97). Die Übereinstimmung kann jedoch insgesamt als sehr gut gewertet werden ($\kappa = .78$ bzw. $Y = .83$). Zwischen den Ergebnissen im GAD-2 zu T1 und zu T2 besteht dagegen nur eine mäßige Übereinstimmung ($\kappa = .48$ bzw. $Y = .52$; PPV = .72; NPV = .80).

Schlussfolgerungen

Bei einem beträchtlichen Anteil der Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen liegt der Verdacht auf eine Angststörung und insbesondere auf eine generalisierte Angststörung vor. Daher sollte bei Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen ein Scree-

ning nicht nur hinsichtlich Depression, sondern auch hinsichtlich Angst erfolgen, wobei bereits zwei Items (GAD-2) ausreichend erscheinen. Zur besseren Standardisierung sollte das Screening unmittelbar zu Beginn des Heilverfahrens erfolgen. Auch wenn sich in der weiterführenden Diagnostik keine generalisierte Angststörung bestätigen sollte, sollten Rehabilitanden mit auffälligen Angstwerten entsprechend behandelt werden, da nicht nur das Vollbild, sondern bereits eine subsyndromale generalisierte Angststörung mit Schmerzen assoziiert ist (Beesdo et al., 2009).

Literatur

- Beesdo, K., Jacobi, F., Hoyer, J., Low, N., Wittchen, H.-U. (2009): Association between generalized anxiety levels and pain in a community sample: Evidence for diagnostic specificity. *Journal of Anxiety Disorders*, 23. 684–693.
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Lee, S., Posada-Villa, J., Kovess, V., Angermeyer, M.C., Levinson, D., de Girolamo, G., Nakane, H., Mneimneh, Z., Lara, C., de Graaf, R., Scott, K.M., Gureje, O., Stein, D.J., Haro, J.M., Bromet, E.J., Kessler, R.C., Alonso, J., Von Korff, M. (2007): Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: Results from the World Mental Health Surveys. *Pain*, 129. 332–342.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2016): Reha-Therapiestandards Chronischer Rückenschmerz. URL: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/quali_rehatherapiestandards/Rueckenschmerz/rts_rueckenschmerz_download.pdf?__blob=publicationFile&v=15. Abruf: 04.10.2016.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Monahan, P.O., Löwe, B. (2007): Anxiety disorders in primary care: Prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine*, 146. 317–325.
- Spitzer, R., Kroenke, K., Williams, J.B.W., Löwe, B. (2006): A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. *Archives of Internal Medicine*, 166. 1092–1097.

Wirksamkeit von Expositionstherapie bei chronischen Rückenschmerzen

Glombiewski, J.

Philipps-Universität Marburg

Hintergrund

Exposition in vivo bei Rückenschmerzen ist eine bisher wenig untersuchte psychotherapeutische Behandlungsform mit dem Ziel, die Angst vor Bewegung gezielt abzubauen, um dadurch Behinderung durch Schmerzen zu reduzieren (Leeuw et al., 2008). Die Grundlage bildet das inzwischen sehr gut belegte Fear-Avoidance Modell (Vlaeyen, 2000). Bei dem Modell wird davon ausgegangen, dass ein Teil der chronischen Rückenschmerzen dadurch entsteht, dass unbegründete Angst vor Schädigung durch Bewegung zur langfristigen Beeinträchtigung und Schmerzzunahme führt. Drei randomisierte kontrollierte Studien untersuchten die Expositionstherapie bei bewegungsängstlichen Rückenschmerz-Patien-

ten im Vergleich zum graduierten Aktivitätsaufbau und zur Wartekontrollgruppe mit teils vielversprechenden und teils widersprüchlichen Ergebnissen.

Das Ziel der randomisierten kontrollierten Studie war die Überprüfung der Effektivität von Exposition in vivo bei Rückenmerzen in einem ambulanten psychotherapeutischen Setting im Vergleich zu einer kognitiven Verhaltenstherapie. Zusätzlich wurden Dose-Response Effekte untersucht und Abbrecheranalysen durchgeführt.

Methodik

104 Patienten mit Rückenschmerzen und hoher Bewegungsangst wurden in drei Bedingungen (EXPO-kurz=10h, EXPO-lang=15h, KVT=15h) randomisiert. Die Vergleichsbedingung (KVT) war kognitive Verhaltenstherapie (15 Sitzungen) mit den Elementen Psychoedukation, kognitive Umstrukturierung, Aktivitätsaufbau und Entspannung. Die Expositionstherapie wurde in zwei Varianten angeboten: „lang“ mit 15 Sitzungen (davon 10 Exposition, die anderen fünf waren: Anamnese, Psychoedukation, das Fear-Avoidance Modell, Zielsetzung und Abschluss) und „kurz“ mit 10 Sitzungen (davon 5 Expositionen). Die Therapeuten waren speziell in Expositionstherapie geschult und supervidiert. Schmerzbezogene Behinderung und Schmerzintensität waren die primären Outcomes.

Ergebnisse

21 Patienten brachen die Therapie vorzeitig ab. Die Prä-Post Effektstärken (Cohen's d) waren hoch (z. B. Pain Disability Index: Expo-kurz: 1.79 (.96–2.54), Expo-lang: .82 (.06–1.49), KVT: 1.24 (.58–1.87)) in allen Bedingungen und blieben bis zur 6-Monats-Katamnese stabil. Neben den primären Outcomes wurden Depressivität, Angst vor Bewegung und weitere sekundäre Outcomes deutlich verbessert. Die Expositionstherapie konnte die schmerzbezogene Beeinträchtigung erfolgreicher reduzieren als die kognitive Verhaltenstherapie. Kognitive Verhaltenstherapie war bei der Erhöhung des schmerzbezogenen Coping überlegen. Nach der zehnten Sitzung war die Bedingung Expo-kurz der Bedingung Expo-lang überlegen, später glichen sich die beiden Bedingungen an. Bei keinem der Patienten traten Nebenwirkungen wie z. B. Verletzungen durch Expositionen auf.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Exposition in vivo kann bei Patienten mit Rückenschmerzen erfolgreich durchgeführt werden. Wir empfehlen den Einsatz der Expositionstherapie, wenn Rückenschmerzpatienten Bewegung vermeiden. Expositionstherapie scheint besonders zeitökonomisch zu sein, so dass deren Einsatz in Settings angedacht werden sollte, in denen nur wenige Stunden Einzel-Psychotherapie möglich sind. Allerdings wurde die Expositionstherapie bisher nicht im stationären Setting untersucht. Der mögliche Einsatz bzw. die Erforschung der Expositionen in der Rehabilitation chronischer Schmerzen wird deswegen ausführlich diskutiert.

Förderung: DFG

Literatur

Leeuw, M., Goossens, M.E.J.B., van Breukelen, G.J.P., de Jong, J.R., Heuts, P.H.T.G., Smeets, R.J.E.M., Köke, A.J., Vlaeyen, J.W.S. (2008): Exposure in vivo versus operant

graded activity in chronic low back pain patients: results of a randomized controlled trial. *Pain*, 138. 192–207.

Vlaeyen J.W.S., Linton, S.J. (2000): Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85. 317–332.

Woods M.P., Asmundson ,G.J.G. (2008): Evaluating the efficacy of graded in vivo exposure for the treatment of fear in patients with chronic back pain: a randomized controlled clinical trial. *Pain*, 136. 271–280.

Debora: Kurz- und mittelfristige Wirksamkeit einer störungsspezifischen Behandlung von komorbider Depressivität bei chronischen Rückenschmerzen

Roch, S. (1), Küch, D. (2), Meyer, J. (3), Rabe, K. (4), Beddies, A. (5), Hampel, P. (1)

(1) Europa-Universität Flensburg, (2) Paracelsus-Klinik an der Gande, Bad Gandersheim,

(3) Reha-Zentrum Bad Sooden-Allendorf, (4) Rehabilitationsklinik Auental, Bad Steben

(5) Rehabilitationsklinik Göhren

Hintergrund

Psychosoziale Faktoren wie Depressivität und dysfunktionale Kognitionen begünstigen den Chronifizierungsprozess von Rückenschmerzen (Pincus et al., 2002) und aus biopsychosozialer Perspektive bestehen Parallelen zwischen chronischen Rückenschmerzen (CRS) und depressiven Symptomen (Williams et al., 2006). Zudem liegen bei chronischen Rückenschmerzen erhöhte Prävalenzen für depressive Störungen und Angsterkrankungen vor (Schmidt et al., 2014). Deshalb wurde das störungsspezifische Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionstraining Debora für die stationäre verhaltensmedizinisch orthopädischen Rehabilitation entwickelt (Mohr et al., im Druck).

Ziel dieser Studie war die Evaluation der kurz- und mittelfristigen Effekte von Debora (Interventionsgruppe, IG) auf die Depressivität und Ängstlichkeit sowie auf Schmerzparameter im Vergleich zum reinen Schmerzkompetenztraining ohne depressionsbezogene Inhalte (Kontrollgruppe, KG).

Methodik

Die Depressivität wurde mit der Allgemeinen Depressionsskala und die Ängstlichkeit mit der Angstskala der Hospital Anxiety and Depression Scale erfasst. Für die Schmerzparameter wurden die geringste, durchschnittliche und größte Schmerzintensität in den letzten zwei Wochen sowie die Anzahl der Schmerzorte mit dem Deutschen Schmerz-Fragebogen der DGSS ermittelt. Sie wurden zu Rehabilitationsbeginn (t0), -ende (t1) und 6 Monate nach der Rehabilitation (t2) erhoben.

Es wurden hierarchische Regressionsanalysen durchgeführt, wobei im ersten Schritt die experimentelle Bedingung und im zweiten Schritt zusätzlich das Ausmaß der Depressivität zu Rehabilitationsbeginn und die Interaktion dieser beiden Prädiktoren betrachtet wurden. In die per protocol-Analysen (pp) wurden Daten von N=723 (n=596 Frauen; Alter M=52,9

Jahre, SD=6,5) Rehabilitanden eingeschlossen. Zusätzlich wurden Varianzanalysen mit Messwiederholung zur Berechnung von Cohens d durchgeführt, um getrennt für IG und KG die Veränderungen über die Zeit zu bestimmen. Zur Validierung der Ergebnisse wurden darüber hinaus die fehlenden Werte (sowohl innerhalb der Messzeitpunkte als auch aufgrund von Dropout) durch multiple Imputationen ersetzt und somit die Ergebnisse der pp-Regressionsanalysen mit Daten von N=1.306 Rehabilitanden bestätigt.

Ergebnisse

Sowohl in der KG als auch der IG verbesserten sich kurz- und mittelfristig alle erhobenen Kennwerte. Ein Unterschied bestand lediglich in der geringsten Schmerzintensität, die kurzfristig durch das zusätzliche Depressionspräventionstraining in der IG stärker verbessert werden konnte als in der KG. Die Depressivität zu t0 war ein signifikanter Prädiktor mit großen Effekten für die Depressivität und Ängstlichkeit und kleinen bis mittleren Effekten für die Schmerzparameter zu t1 und t2, wobei höhere Depressivitätswerte schlechtere Outcomes vorhersagten.

Bei den Veränderungen über die Zeit zeigten sich bei der Depressivität große Effekte mit $d=1,60$ (KG) und $d=1,65$ (IG) und bei der Ängstlichkeit große Effekte mit $d=1,06$ (KG) und $d=1,15$ (IG) von t0 zu t1. Von t0 zu t2 wiesen die Effekte noch eine mittlere Größe auf. Die kurz- und mittelfristigen Veränderungen der Schmerzparameter wiesen kleine bis mittlere Effektstärken auf.

Die erzielten Verbesserungen in den psychologischen Kennwerten zeigten einen Rückgang von t1 zu t2. Dieser fiel bei der Depressivität mit einer mittleren Effektstärke größer aus als bei der Ängstlichkeit mit einer kleinen Effektstärke. Auch bei den Schmerzparametern trat ein signifikanter, jedoch klinisch nicht bedeutsamer Rückgang der erreichten Verbesserungen ein.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Das ergänzende Depressionspräventionstraining der IG zeigte nicht den angenommenen zusätzlichen Effekt auf die Depressivität und Ängstlichkeit der Rehabilitanden, was auf die unerwartet großen Effekte in der KG zurückzuführen sein könnte (vgl. Hampel et al., 2009). Durch die Ergebnisse konnte jedoch die Wichtigkeit der Depressivität als Prädiktor für die Depressivität, Ängstlichkeit und Schmerzparameter untermauert werden, weshalb ein frühzeitiges Screening und die entsprechende Behandlung von depressiven Symptomen bei CRS besonders relevant ist. Um dem Rückgang der erzielten Verbesserungen entgegenzuwirken sollten zudem in Nachsorgemaßnahmen die psychologischen Aspekte stärker berücksichtigt werden.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

Hampel, P., Gräf, T., Krohn-Grimberghe, B., Thomsen, M., Mohr, B. (2009): Effektivität eines kognitiv-behavioralen Depressionsbewältigungstrainings in der stationären orthopädischen Rehabilitation bei chronisch unspezifischem Rückenschmerz und Depressivität. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 38. 154–165.

- Mohr, B., Korsch, S., Roch, S., Hampel, P. (im Druck): Debora. Trainingsmanual Rückenschmerzkompetenz und Depressionsprävention. Berlin: Springer.
- Pincus, T., Burton, A. K., Vogel, S., Field, A. P. (2002): A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine*, 27. E109-E120.
- Schmidt, C., Bernert, S., Spyra, K. (2014): Zur Relevanz psychischer Komorbiditäten bei chronischem Rückenschmerz: Häufigkeitsbild, Erwerbsminderungsrenten und Reha-Nachsorge im Zeitverlauf der Reha-Kohorten 2002–2009. *Die Rehabilitation*, 53. 384–389.
- Williams, L.J., Jacka, F.N., Pasco, J.A., Dodd, S., Berk, M. (2006): Depression and pain: an overview. *Acta Neuropsychiatrica*, 18. 79–87.

Wirksamkeit einer Internet- und Mobile-basierten Akzeptanz- und Commitment-Therapie für chronische Schmerzen (ACTonPain) und Perspektiven für die medizinische Rehabilitation

Lin, J. (1), Sander, L. (1), Paganini, S. (1), Lüking, M. (2), Schlicker, S. (3), Baumeister, H. (4)

(1) Universität Freiburg, (2) Therapie am Münsterplatz, Freiburg,
(3) Universität Erlangen-Nürnberg, (4) Universität Ulm

Hintergrund

Internet- und Mobile-basierte Interventionen (IMIs) haben sich wirksam in der Behandlung von chronischen Schmerzen gezeigt (Buhrman et al., 2016; Eccleston et al., 2014). Allerdings ist wenig über die Wirksamkeit begleiteter (guided) und unbegleiteter (unguided) Schmerzinterventionen im bekannt (Baumeister et al., 2014). Das Ziel dieser Studie war es, die Wirksamkeit einer begleiteten und unbegleiteten online-basierten Akzeptanz- und Commitment-Therapie für chronische Schmerzen (ACTonPain) zu untersuchen (Lin et al., 2015).

Methodik

302 Teilnehmer (Schweregrad der Schmerzen nach v. Korff >1, Schmerzdauer ≥ 6 Monate) wurden in dieser pragmatischen dreiarmligen randomisierten, kontrollierten Studie in die Gruppen ACTonPain begleitet und unbegleitet sowie Wartelistenkontrollgruppe eingeteilt. ACTonPain besteht aus 7 wöchentlich zu bearbeiteten Lektionen. Die Behandlungsgruppen unterscheiden sich nur in Bezug auf die Unterstützung eines E-Coaches, die aus wöchentlichen Feedbackemails besteht. Assessments fanden vor der Randomisierung sowie nach 9 Wochen und 6 Monaten statt. Primäres Outcome ist die Schmerzbeeinträchtigung (MPI), sekundäre Outcomes sind körperliche (BPI) und emotionale Funktionalität (PHQ-9, GAD-7), Schmerzintensität (NRS) und ACT-bezogene Variablen (FAH-II, CPAQ).

Ergebnisse

In den Ergebnissen zeigten sich im begleiteten Behandlungsarm im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant ($p < .05$) größere Verbesserungen in den Ausprägungen der Skalen MPI ($d = 0.68$, 95 %-CI: 0.40–0.97) und Schmerzakzeptanz ($d = 0.81$, 95 %-CI: 0.53–1.10). Der unbegleitete Behandlungsarm zeigte keine signifikant besseren Effekte verglichen mit der Kontrollgruppe ($p > .05$). Es wurden keine Unterschiede zwischen beiden Behandlungsarmen gefunden ($p > .05$).

Diskussion und Ausblick

Die vorliegende Studie trägt zur Verbesserung der Evidenzbasis für IMIs bei chronischen Schmerzen bei und liefert wertvolle Informationen über den Behandlungserfolg im Zusammenhang mit dem Selbsthilfegrad der Intervention. In dem Vortrag werden Perspektiven für IMIs in der medizinischen Rehabilitation aufgezeigt.

Literatur

- Baumeister, H., Reichler, L., Munzinger, M., Lin, J. (2014): The impact of guidance on Internet-based mental health interventions – A systematic review. *Internet Interventions*, 1 (4). 205–215.
- Buhrman, M., Gordh, T., Andersson, G. (2016): Internet interventions for chronic pain including headache: A systematic review. *Internet Interventions*, 4, 17–34.
- Eccleston, C., Fisher, E., Craig, L., Duggan, G.B., Rosser, B.A., Keogh, E. (2014): Psychological therapies (Internet-delivered) for the management of chronic pain in adults. *The Cochrane database of systematic reviews* (2), CD010152.
- Lin, J., Lüking, M., Ebert, D.D., Buhrman, M., Andersson, G., Baumeister, H. (2015): Effectiveness and cost-effectiveness of a guided and unguided internet-based Acceptance and Commitment Therapy for chronic pain: Study protocol for a three-armed randomised controlled trial. *Internet Interventions*, 2 (1).

Barrieren und Facilitatoren der Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation bei Multipler Sklerose aus der Sicht Betroffener

Giesler, J. M. (1), Klindtworth, K. (1), Nebe, A. (2), Glattacker, M. (1)

(1) Universitätsklinikum Freiburg, (2) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Hintergrund

Obwohl angenommen werden kann, dass medizinische Rehabilitation bei Multipler Sklerose (MS) zu Verbesserungen im Hinblick auf Aktivität und Teilhabe Betroffener beitragen kann, (Khan, Amatya, 2016), ist die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen durch MS-Betroffene relativ gering (Nebe, Naumann, 2015). Vor diesem Hintergrund war es Ziel eines im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Bund durchgeführten Projekts, mögliche Barrieren und Facilitatoren der Inanspruchnahme der medizinischen Rehabilitation bei MS-Betroffenen zu untersuchen.

Methodik

Auf der Basis umfangreicher Vorarbeiten (Literaturrecherche, N = 5 Experteninterviews, Fokusgruppen und Einzelinterviews mit insgesamt N = 19 Betroffenen sowie Durchsicht verwandter Erhebungsinstrumente) wurde ein Fragebogen entwickelt, der Erwartungen an die medizinische Rehabilitation bei MS, wahrgenommene Barrieren und Facilitatoren einer Reha-Inanspruchnahme, Erfahrungen mit medizinischer Rehabilitation zu MS und rehabilitationsbezogene Verhaltensabsichten erfasste. Zudem wurden soziodemographische (u. a. Alter, Geschlecht, Schulabschluss, Partnerschaft) und krankheitsbezogene Merkmale (u. a. Diagnose, Zeit seit dem letzten Schub, Zeitspanne seit Diagnosestellung) erhoben. Die Datenerhebung erfolgte im Rahmen einer bundesweiten Online-Befragung im Mai 2016.

Um wahrgenommene Barrieren und Facilitatoren einer Reha-Inanspruchnahme zu bestimmen, wurden deskriptiv-statistische Verfahren verwendet. Mit Hilfe einfaktorieller Kovarianzanalysen wurde darüber hinaus geprüft, inwieweit sich Betroffene, die bereits eine medizinische Rehabilitation zu MS in Anspruch bzw. nicht in Anspruch genommen hatten, hinsichtlich der von ihnen wahrgenommenen Barrieren und Facilitatoren einer Reha-Inanspruchnahme unterscheiden. In diese Vergleiche wurden ausschließlich erwerbstätige Befragte einbezogen. Das Lebensalter wurde statistisch kontrolliert.

Ergebnisse

An der Befragung nahmen N = 590 Betroffene mit MS teil. 72 % der Befragten waren Frauen, das Durchschnittsalter lag bei 45,6 Jahren. 52 % der Befragten waren an einer vorherrschend schubförmig verlaufenden MS erkrankt. Die Diagnose war im Mittel vor 11 Jahren gestellt worden. 381 Befragte (65 %) hatten bereits eine medizinische Rehabilitation auf-

grund der MS in Anspruch genommen. 68 % der Befragten gaben an, bei Bedarf erneut eine Rehabilitation zu MS machen zu wollen. Erwerbstätig waren 63 % der Befragten.

Als relevante Barrieren der Reha-Inanspruchnahme aus Sicht der Befragten erweisen sich zu geringe Information über Möglichkeiten einer Rehabilitation sowie eine als zu gering erlebte Unterstützung durch den Arzt: So geben jeweils etwa 33 % an, zu wenig über Inhalt und Ablauf der Rehabilitation zu wissen, oder wünschen sich stärkere Unterstützung und Ermutigung durch den Arzt, eine Rehabilitation zu beantragen. Potenziell erleichternde Bedingungen einer Reha-Inanspruchnahme betreffen aus Sicht von jeweils mehr als 80% der Befragten Merkmale der Struktur- und Prozessqualität wie diagnostische und therapeutische Ausstattung oder die Spezialisierung von Reha-Einrichtungen auf MS.

Erwerbstätige Betroffene ohne vs. mit Erfahrung einer medizinischen Rehabilitation aufgrund von MS unterscheiden sich signifikant hinsichtlich der von ihnen wahrgenommenen Barrieren und Facilitatoren einer Reha-Inanspruchnahme. MS-Betroffene, die noch keine medizinische Rehabilitation zu MS gemacht haben, befürchten in stärkerem Maße als Betroffene mit entsprechender Reha-Erfahrung, dass die Rehabilitation sie psychisch überfordern könnte oder dass sie zu stark mit ihrer Erkrankung konfrontiert würden. Sie sehen in geringerem Maße einen Nutzen der Rehabilitation für sich und betrachten zudem berufsbezogene Umstände in stärkerem Maße als Barrieren einer Reha-Inanspruchnahme.

Diskussion

Die vorliegende Studie erlaubt es, verschiedene mögliche Barrieren und Facilitatoren der Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation bei MS aus Sicht der Betroffenen zu identifizieren. Information über die Inhalte, den Ablauf und den individuellen Nutzen einer medizinischen Rehabilitation für MS-Betroffene sowie individuell angemessene Unterstützung durch den Arzt (vgl. hierzu auch Spanier et al. 2016) wären hiernach Ansatzpunkte für die Entwicklung von Strategien, die auf eine stärkere Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation bei MS zielen könnten. Limitationen ergeben sich u.a. aus dem querschnittlichen Design, der patientenseitigen Erfassung aller Variablen und dem Einfluss weiterer möglicher konfundierender Faktoren.

Dank: Für ihre Unterstützung der Studie danken wir der Deutschen Multiplen Sklerose Gesellschaft (DMSG), sowie den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Befragung und der Experteninterviews.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Khan, F., Amatya, B. (2016): Rehabilitation in Multiple Sclerosis: A Systematic Review of Systematic Reviews. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2016.04.016>.
- Nebe, A., Naumann, B. (2015): Multiple Sklerose: trotz Rehabilitation Rente? 88. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) in Düsseldorf. Abstract P 289.
- Spanier, K., Mohnberg I., Peters, E., Michel, E., Radoschewski, M., Bethge, M. (2016): Motivationale und volitionale Prozesse im Kontext der Beantragung einer medizinischen

Subjektive Krankheitskonzepte bei Multipler Sklerose: Prädiktoren von Reha-Intention und Reha-Inanspruchnahme?

Glattacker, M. (1), Giesler, J. M. (1), Klindtworth, K. (1), Nebe, A. (2)

(1) Universitätsklinikum Freiburg, (2) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Hintergrund

Multimodale-multidisziplinäre Rehabilitation ist angesichts erheblicher Einschränkungen bei Multipler Sklerose (MS) häufig indiziert und kann zu Verbesserungen im Hinblick auf Aktivität und Teilhabe der Betroffenen führen (Khan, Amatya, 2016). Die Inanspruchnahme von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen durch Betroffene mit MS ist jedoch relativ gering (Nebe, Naumann, 2015). Ein Konstrukt, welches sich in anderen Indikationen als wichtiger Prädiktor zahlreicher Aspekte patientenseitiger Selbstregulation – so auch für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (z. B. French et al., 2006) – erwiesen hat, sind die subjektiven Krankheitskonzepte von Patienten, d. h. deren Annahmen zu Symptomen, zum Krankheitsverlauf, den Konsequenzen, der Behandelbarkeit/Kontrollierbarkeit und den Ursachen der Erkrankung (Petrie, Weinman, 2006).

Ziel des vorliegenden Beitrags war es daher, zu analysieren, ob subjektive Krankheitskonzepte Prädiktoren der Reha-Intention und der Reha-Inanspruchnahme bei MS sind.

Methodik und Stichproben

Die Datenerhebung erfolgte im Rahmen einer bundesweiten Online-Befragung. Zur Operationalisierung des subjektiven Krankheitskonzepts wurde der Brief-Illness Perception Questionnaire (B-IPQ) eingesetzt (Broadbent et al., 2006). Mit 8 Items, die auf 11-stufigen Skalen zu beantworten sind, misst der B-IPQ den wahrgenommenen „Krankheitsverlauf“ (aufgrund der schiefen Verteilung in MS-Studien hier ausgeschlossen), „Konsequenzen“, „Persönliche Kontrolle“, „Behandlungskontrolle“, „Identität“ (Symptomlast), „Sorgen“, „Kohärenz“ und die Emotionale Belastung durch die MS. Als Outcome-Variablen wurde erhoben, ob die Betroffenen bereits eine medizinische Rehabilitation aufgrund der MS in Anspruch genommen haben (ja/nein) und ob sie bei Bedarf (erneut) eine medizinische Rehabilitation in Anspruch nehmen würden (Reha-Intention; ja/nein). Als potenzielle Confounder wurden soziodemographische (Alter, Geschlecht, Schulabschluss, Partnerschaft) und krankheitsbezogene (Diagnose, Zeit seit dem letzten Schub, Zeitspanne seit den ersten Symptomen bzw. seit der Diagnose) Variablen berücksichtigt. Mittels logistischer Regressionsanalysen wurde nach Adjustierung derjenigen soziodemographischen und krankheitsbezogenen Variablen, die bivariat signifikant mit dem Outcome korrelierten, die Vorhersagekraft der subjektiven Krankheitskonzepte bzgl. Reha-Intention und Reha-Inanspruchnahme ermittelt.

Die Stichprobe umfasste N=590 Betroffene mit MS. 72 % der Stichprobe waren Frauen, das Durchschnittsalter lag bei 45,6 Jahren. 52 % der Befragten litten an einer vorherrschend schubförmig verlaufenden MS. Durchschnittlich bestanden die Symptome seit 17 Jahren, die Diagnose wurde im Schnitt vor 11 Jahren gestellt. Rund 65 % der Befragten haben bereits eine medizinische Rehabilitation aufgrund der MS in Anspruch genommen. 68 % der Befragten bejahen, bei Bedarf eine (erneute) Rehabilitation zu planen.

Ergebnisse

Im Hinblick auf die Reha-Intention wurden unter Einschluss der soziodemographischen Variablen 6,2 %, unter zusätzlichem Einschluss der krankheitsbezogenen Variablen 8,8 % und unter zusätzlichem Einschluss der subjektiven Krankheitskonzepte 25,9 % Varianz aufgeklärt. Drei Variablen erwiesen sich im finalen Modell als signifikante Prädiktoren: Die Reha-Intention war mit einem geringeren Schulabschluss ($p=.006$), einer stärkeren Konsequenzwahrnehmung ($p=.023$) und einer stärkeren Behandlungskontrolle ($p<.001$) assoziiert. Bzgl. der Reha-Inanspruchnahme wurde durch die soziodemographischen Variablen 10,1 %, unter zusätzlichem Einschluss der krankheitsbezogenen Variablen 15,8 % und unter zusätzlichem Einschluss der subjektiven Krankheitskonzepte 31,5 % der Varianz aufgeklärt. Vier Variablen waren signifikante Prädiktoren: Nicht in Partnerschaft lebend ($p=.018$) und geringerer Schulabschluss ($p=.010$) sowie wiederum die Konsequenzwahrnehmung ($p=.007$) und Behandlungskontrolle ($p<.001$) waren mit der Reha-Inanspruchnahme verknüpft. In beiden Regressionen wies die positive Behandlungserwartung (Behandlungskontrolle) den höchsten Wald-Koeffizienten auf.

Diskussion

Wenngleich bei der Interpretation der Befunde einige Limitationen zu berücksichtigen sind (Querschnittsdesign, patientenseitige Erfassung sämtlicher Variablen), deuten die Ergebnisse darauf hin, dass subjektive Krankheitskonzepte – und zwar die Wahrnehmung von ausgeprägten Konsequenzen durch die Erkrankung und eine hohe Behandlungserwartung – auch bei Kontrolle soziodemographischer und krankheitsbezogener Variablen Prädiktoren der Reha-Intention und Reha-Inanspruchnahme bei MS sind. Weitere Studien zu diesem potenziell durch Interventionen veränderbaren Konstrukt scheinen lohnenswert, zumal einige Studien die Relevanz subjektiver Krankheitskonzepte auch für andere Outcomes wie Fatigue oder Lebensqualität bei MS betonen, Forschung zu subjektiven Krankheitskonzepten in der Indikationsgruppe MS insgesamt aber überraschend unterrepräsentiert ist.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Broadbent, E., Petrie, K.J., Main, J., Weinman, J. (2006): The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60 (6). 631–637.
- French, D.P., Cooper, A., Weinman, J. (2006): Illness perceptions predict attendance at cardiac rehabilitation following acute myocardial infarction: a systematic review with meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 61 (6). 757–767.

- Khan, F., Amatya, B. (2016): Rehabilitation in Multiple Sclerosis: A Systematic Review of Systematic Reviews. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation (in press), <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2016.04.016>.
- Nebe, A., Naumann, B. (2015): Multiple Sklerose: trotz Rehabilitation Rente? 88. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) in Düsseldorf, Abstract P 289.
- Petrie, K.J., Weinman, J. (2006): Why illness perceptions matter. Clinical Medicine 6. 536–539.

Medizinische Rehabilitation bei Multipler Sklerose (MS): Perspektiven von Betroffenen und Experten

Klindtworth, K. (1), Giesler, J. M. (1), Nebe, A. (2), Glattacker, M. (1)

(1) Universitätsklinikum Freiburg, (2) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Hintergrund

Trotz erheblicher Verbesserungen im Hinblick auf Aktivität und Teilhabe von MS-Betroffenen (Khan, Amatya, 2016), wird medizinische Rehabilitation bei Multipler Sklerose vergleichsweise selten in Anspruch genommen (Nebe, Naumann, 2015). Vor diesem Hintergrund war es Ziel eines von der Deutschen Rentenversicherung Bund beauftragten Projekts, mögliche Barrieren sowie Facilitatoren zur Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation bei MS-Betroffenen zu untersuchen. Fokus dieses Beitrags sind die Ergebnisse eines qualitativen Teilprojekts, das die Erfahrungen von und Einstellungen zur medizinischen Rehabilitation aus Sicht von Experten und MS-Betroffenen erheben wollte.

Studiendesign

Die Perspektiven der Experten und Betroffenen wurden mittels Fokusgruppen mit Betroffenen sowie telefonischer Interviews mit Experten sowie Betroffener generiert. Die Experten waren national tätige Praktiker bzw. Forscher im Bereich MS; die MS-Betroffenen wurden über die Landesverbände der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG) rekrutiert.

Die Telefoninterviews und Fokusgruppen wurden leitfadengestützt durchgeführt und digital aufgezeichnet. Themen der Experteninterviews waren die Versorgungssituation, Inhalte, Probleme und Verbesserungsbedarfe von medizinischer Rehabilitation bei MS-Betroffenen sowie Fragen zu möglichen Barrieren und Facilitatoren einer Reha-Inanspruchnahme. Der Leitfaden für die Fokusgruppen und Betroffeneninterviews war analog zur Expertenversion konzipiert. Die Auswertung erfolgte mittels thematischer Analyse der Audiodateien. Die verschriftlichten Aussagen wurden interviewübergreifend entlang der Themenbereiche des Interviewleitfadens zu Kategorien zusammengeführt.

Ergebnisse

Insgesamt wurden fünf Experteninterviews (1w, 4m) durchgeführt (durchschnittliche Dauer 59 Min.) sowie drei Fokusgruppen und fünf Telefoninterviews mit insgesamt n=19 Betroffene-

nen (durchschnittliche Dauer 63 Min.). Diese (16w, 3m) waren durchschnittlich 54 Jahre alt (Spannbreite 45–63 Jahre). 15 Personen waren bereits aus dem Berufsleben ausgeschieden. Die Diagnosestellung MS war bei n = 15 Befragten > 10 Jahre.

Grundsätzlich wurde deutlich, dass bei den Patienten eine durch die Erkrankung erlangte, ausgeprägte Autonomie vorhanden ist, die sich u. a. in ihren Bedürfnissen und Erwartungen an eine medizinische Rehabilitation ausdrückte. Es wurden zwar einzelne therapeutische Maßnahmen in der Rehabilitation als förderlich bewertet, im Fokus der Patienten standen jedoch eher die Rahmenbedingungen und persönlichen Präferenzen, wie z. B. die Lage und Ausstattung der Klinik, die nach Ansicht der Patienten bereits in der Antragsstellung Berücksichtigung finden sollten. Darüber hinaus wurde der Wunsch nach Partizipation auch bezogen auf den Verlauf der Rehabilitation deutlich. Den Befragten war dabei wichtig, therapeutische Maßnahmen in Absprache mit den Behandlern gemäß der Bedürfnisse und tagesbezogenen Leistungsverfassung flexibel anzupassen. Bestätigt durch die Experten wurde in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit der Zuweisung von Betroffenen in auf MS-spezialisierte Rehabilitationseinrichtungen betont.

Dass MS eine Krankheit „mit tausend Gesichtern“ ist, verifizierte sich in der vielfältigen Zusammensetzung der Fokusgruppenteilnehmer. Überdies betonten die Experten, dass die verschiedenen Verlaufsformen von MS schwer vorhersehbar sind und im Krankheitsverlauf mit unterschiedlichen Bedürfnissen der Betroffenen einhergehen, denen in einer medizinischen Rehabilitation entsprechend begegnet werden müsste. Deutlich wurde, dass bereits zum Krankheitsbeginn eine angemessene Informationsvermittlung über Behandlungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten stattfinden sollte, die den Betroffenen eine Auseinandersetzung mit der Erkrankung ermöglicht und die Inanspruchnahme von rehabilitativen Angeboten im Krankheitsverlauf fördert.

Diskussion

Die qualitative Erhebung der Perspektiven von Experten und MS-Betroffenen zur medizinischen Rehabilitation ermöglichte, Erfahrungen und Einstellungen der involvierten Personen zu erfassen. In Zusammenschau mit den weiteren im Projekt ermittelten Befunden liefern die Ergebnisse wichtige Ansatzpunkte für die Ableitung von konkreten, auf eine verbesserte Reha-Inanspruchnahme abzielende, Handlungsempfehlungen. Die Berücksichtigung des ausgeprägten Wunsches nach Autonomie und Partizipation stellt dabei ein wesentliches Prinzip dar.

Limitationen ergeben sich bei der Interpretation der Ergebnisse aus der Zentrierung auf die Befragtensicht, die die eigene Interessenvertretung in den Vordergrund stellt sowie aus einer Verzerrung der Antworten aufgrund situationaler sozialer Erwünschtheit.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

Khan, F., Amatya, B. (2016): Rehabilitation in Multiple Sclerosis: A Systematic Review of Systematic Reviews. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation (in press), <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2016.04.016>.

Nebe, A., Naumann, B. (2015): Multiple Sklerose: trotz Rehabilitation Rente? 88. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) in Düsseldorf, Abstract P 289.

Intensive Sprachtherapie verbessert die verbale Kommunikation in alltagsnahen Gesprächssituationen bei Schlaganfallpatienten mit chronischer Aphasie

Breitenstein, C. (1), Grewe, T. (2), Flöel, A. (3), Ziegler, W. (4), Huber, W. (5), Willmes, K. (5), Baumgärtner, A. (1)

(1) Universitätsklinikum Münster, (2) Hochschule Fresenius, Idstein,
(3) Charité – Universitätsmedizin Berlin, (4) Ludwig-Maximilians-Universität München,
(5) Uniklinik RWTH Aachen

Hintergrund

Systematische Übersichtsarbeiten (Brady et al., 2016; Bhogal et al., 2003) sowie die derzeit gültige deutsche Behandlungsleitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie/DGN (Ziegler et al., 2012) empfehlen sowohl für die (post-)akute als auch die chronische Phase nach einem Schlaganfall eine Intensität der Sprachtherapie von ≥ 5 h/Woche über mehrere Wochen. Wegen des Fehlens multizentrischer randomisierter kontrollierter klinischer Studien mit hinreichend großen Stichproben wird Intensiv-Sprachtherapie nach Schlaganfall von den Kosten-/Leistungsträgern des deutschen Gesundheitswesens als nicht ausreichend evidenzbasiert gewertet. In der von der Gesellschaft für Aphasieforschung und -behandlung (GAB) initiierten und vom BMBF geförderten (Förderkennzeichen: 01GY1144) deutschlandweiten Aphasieversorgungsstudie FCET2EC („From controlled experimental trial to=2 everyday communication) erfolgte international erstmalig die Wirksamkeitsprüfung für eine unter regulären klinischen Bedingungen durchgeführte Intensiv-Sprachtherapie bei Schlaganfallpatienten mit chronischer Aphasie auf einem hohen methodischen Niveau („level 2“ nach dem Klassifikationsschema des ‚Centre for Evidence-Based Medicine‘: <http://www.cebm.net/ocebml-levels-of-evidence>). Zusätzlich wurde untersucht, ob die erzielten Effekte über mindestens sechs Monate nach Therapieende anhalten.

Methodik, Studiendesign

Deutschlandweit nahmen 19 stationäre und (ganztägig) ambulante Zentren an der Studie teil. Innerhalb der klinischen Regelversorgung wurde etwa die Hälfte der Patienten mit chronischer Aphasie (mind. 6 Monate nach dem Index-Schlaganfall; Alter: ≤ 70 Jahre) ambulant oder ganztägig ambulant (z.B. Tageskliniken) behandelt, die anderen Patienten erhielten eine stationäre Rehabilitation. Das Zwischen-Gruppen (PROBE) Design umfasste zwei Gruppen (randomisierte Zuweisung je Zentrum, jeweils $n=78$ Patienten): a) eine Sofort-Therapiegruppe (unmittelbarer Beginn der mind. 3-wöchigen Intensiv-Sprachtherapie) und b) eine Wartelisten-Kontrollgruppe (3-wöchige Wartezeit vor Beginn der mind. 3-wöchigen Intensiv-Sprachtherapie). Die Intensiv-Sprachtherapie beinhaltete für mindestens drei Wochen (a) ≥ 1 h/Tag auf die individuellen sprachlichen Defizite abgestimmte therapeutenbegleitete Einzel- und Gruppentherapie (insgesamt ≥ 10 h/Woche therapeutenge-

leitete Sprachtherapie) sowie (b) ≥ 1 h/Tag Eigentaining des Patienten. Das primäre Erfolgsmaß war die verbale Kommunikationsleistung in alltagsnahen Gesprächssituationen, erfasst mit dem Amsterdam Nijmegen Everyday Language Test/ANELT (Blomert et al., 1994). Die Auswertung des ANELT erfolgte ‚offline‘ durch ein unabhängiges ‚endpoint committee‘ (verblindet im Hinblick auf den Messzeitpunkt und die Gruppenzugehörigkeit des Patienten). Sekundäre Erfolgsmaße umfassten sprachsystematische (linguistische) Leistungen in den Bereichen Phonologie, Lexikon und Syntax sowie die Beurteilung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität durch den Patienten und einen Angehörigen. Details zum Studiendesign finden sich unter <http://fcet2ec.aphasiegesellschaft.de/index.php/die-studie> und unter der vor Patientenrekrutierungsbeginn (April 2012) erfolgten Registrierung bei ClinicalTrials.gov (Trial identifier: NCT01540383, Status: ‚closed‘).

In der primären Analyse (ANCOVA Modell) wurde die Veränderung im ANELT Score von vor zu nach 3-wöchiger Intensiv-Sprachtherapie mit der Veränderung des ANELT Score von vor zu nach 3-wöchiger Wartezeit verglichen. In sekundären Analysen wurden unmittelbare sowie langfristige (über 6 Monate nach Ende der 3-wöchigen Intensiv-Sprachtherapie anhaltende) Therapieeffekte in den primären und sekundären Erfolgsmaßen überprüft.

Ergebnisse

Von n=158 eingeschlossenen Patienten (pro Gruppe lediglich: n=1 drop-out vor Interventionsbeginn) konnten die Daten von n=156 Patienten ausgewertet werden. Die verbale Kommunikationsleistung verbesserte sich statistisch signifikant um im Mittel knapp 10 Prozent von vor zu nach 3-wöchiger Intensivsprachtherapie, aber nicht von vor zu nach der 3-wöchigen Wartezeit (0 Prozent mittlere Veränderung; Effektstärke des Gruppenunterschieds: Cohen's $d = 0.58$). Die Gruppenunterschiede im primären Erfolgsmaß waren nicht abhängig von patienten-, schlaganfall- oder therapiebezogenen Faktoren. Der primäre Therapieeffekt blieb für den Nachuntersuchungszeitraum von sechs Monaten stabil (Effektstärke gemittelt über beide Gruppen: Cohen's: $d = 0.45$). Für die sekundären Erfolgsmaße zeigten sich vergleichbar starke kurz- und langfristige Therapieeffekte.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Eine mindestens dreiwöchige Intensiv-Aphasietherapie verbesserte die verbale Alltagskommunikation bei Schlaganfallpatienten mit chronischer Aphasie (Alter: ≤ 70 Jahre); die initialen Therapieeffekte blieben über das Nachbeobachtungszeitfenster von sechs Monaten stabil (Breitenstein, 2016). Intensive Sprachtherapie ist somit ein wirksames Therapieverfahren für diese Population. Diese Studienergebnisse leisten einen unmittelbaren Beitrag zur Anpassung nationaler und internationaler Leitlinien für die evidenzbasierte Therapie chronischer Aphasien.

Förderung: BMBF, Gesellschaft für Aphasieforschung und -behandlung

Literatur

Rohde, A., Marneros, A. (Hrsg.) (2007): Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie. Ein Handbuch. Stuttgart: Kohlhammer.

- Stubenvoll, M., Körtner, K., Schäfer, I. (2015): Integrative Behandlung von Frauen mit alkoholbezogenen Störungen und Traumaerfahrungen.
- Bhagal, S.K., Teasell, R., Speechley, M. (2003): Intensity of aphasia therapy, impact on recovery. *Stroke* 34.987–93.
- Blomert, L., Kean, M.L., Koster, C., Schokker, J. (1994): Amsterdam Nijmegen Everyday Language Test: construction, reliability and validity. *Aphasiology* 8.381–407.
- Brady, M.C., Kelly, H., Godwin, J., Enderby, P., Campbell, P. (2016): Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 6.CD000425.
- Breitenstein, C., Grewe, T., Flöel, A., Ziegler, W., Springer, L., Martus, P., Huber, W., Willmes, K., Ringelstein, E.B., Haeusler, K.G., Abel, S., Glindemann, R., Domahs, F., Regenbrecht, F., Schlenck, K.-J., Thomas, M., Obrig, H., de Langen, E., Rocker, R., Wigbers, F., Rühmkorf, C., Hempen, I., List, J., Baumgaertner, A., with the FCET2EC study group (2016): Intensive speech and language therapy improves everyday verbal communication in chronic post-stroke aphasia: A prospective randomised controlled healthcare trial (FCET2EC). *Lancet* (zur Veröffentlichung angenommen am 1. November 2016).
- Ziegler, W. (Federführung), Ackermann, H., Baumgaertner, A., Breitenstein, C., Goldenberg, G., Huber, W., Amslinger, A., Sedlmaier, C., Schupp, W., Springer, L., von Willmes, K. (2012): Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall. In: Diener, H.D., N. Putzki (Hrsg.): Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Stuttgart: Thieme.

Einflussfaktoren auf die berufliche Wiedereingliederung nach Schlaganfall: Ergebnisse einer qualitativen Meta-Synthese

Schwarz, B. (1), Claros-Salinas, D. (2), Streibelt, M. (3)

(1) Universität zu Lübeck, (2) Kliniken Schmieder Konstanz,
(3) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Hintergrund

Ein Viertel bis ein Drittel aller SchlaganfallpatientInnen befindet sich im erwerbsfähigen Alter (Treger et al., 2007; Wang et al., 2014). Ihre Return-to-Work-Quote ist trotz vorhandener Rehabilitationsangebote gering. Um Einflussfaktoren der beruflichen Wiedereingliederung zu explorieren und Hinweise für die Weiterentwicklung rehabilitativer Strategien zu gewinnen, wurden in den vergangenen Jahren zunehmend qualitative Studien durchgeführt. Unser Ziel war es, die Ergebnisse dieser Studien zusammenzutragen, einer qualitativen Meta-Synthese zu unterziehen und so die Evidenz in diesem Bereich zu stärken.

Methodik

Relevante Studien (2000–2015 erschienen, deutsch- oder englischsprachig) identifizierten wir mittels systematischer Literaturrecherche in PubMed, OVID und Web of Science. Nach Bewertung ihrer methodischen Qualität (CASP, 2014, MacEachen et al., 2006), führten wir die Meta-Synthese mittels metaethnografischen Ansatzes (Noblit und Hare, 1988) durch. Diesem folgend, extrahierten wir zunächst die 1st order concepts der Originalstudien. An-

schließlich überführten wir diese durch systematischen Abgleich in studienübergreifende Kategorien (2nd order interpretations). Zuletzt erfolgte die eigentliche Synthese (3rd order synthesis), in der wir durch Verknüpfung qualitativ und quantitativ bedeutsamer Kategorien ein theoretisches Erklärungsmodell erarbeiteten.

Ergebnisse

Die systematische Literaturrecherche erbrachte eine Trefferanzahl von 553 Studien, von denen wir 14 in die weiteren Analysen einschlossen. Neun Studien beleuchteten das Thema Return-to-Work (RTW) nach Schlaganfall ausschließlich aus Betroffenenensicht, vier bezogen weitere Perspektiven (z. B. Arbeitgeber, Behandler) ein. Als Erhebungsmethoden kamen v. a. Interviews zum Einsatz. Alle Studien verwendeten kategorienbasierte Auswertungsmethoden. Die methodische Qualität der Studien bewerteten wir in drei Fällen als sehr hoch, in sieben Fällen als hoch, in drei Fällen als moderat und in einem Fall als gering. Die extrahierten 1st order concepts überführten wir in 64 2nd order interpretations (RTW Einflussfaktoren), die wir sechs Kategorien zuordneten: personenbezogene Faktoren, Faktoren des privaten Umfelds, Faktoren des Arbeitsmarkts und -umfelds, Faktoren des Gesundheits- und Rehabilitationssystems, rechtliche Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Kontextbedingungen. Ergebnis unserer 3rd order synthesis ist das in Abbildung 1 dargestellte Modell.

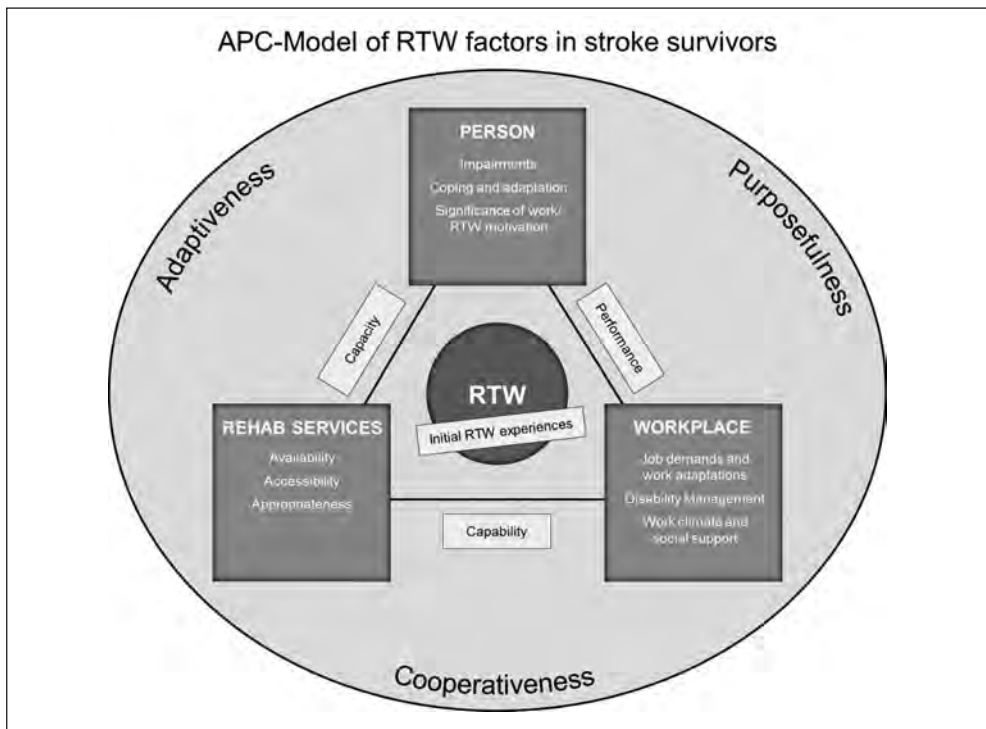


Abb. 1: APC-Modell der Einflussfaktoren eines erfolgreichen RTW nach Schlaganfall

Der Erfolg der beruflichen Wiedereingliederung nach Schlaganfall wird demnach durch folgende Faktoren beeinflusst. Auf Seite der betroffenen Person spielen insbesondere körperliche und mentale Beeinträchtigungen in Folge des Schlaganfalls, individuelle Coping- und Adaptationsstrategien sowie die subjektive Bedeutung von Arbeit und Rückkehrmotivation eine Rolle. Auf Seite des Arbeitsplatzes sind Arbeitsanforderungen mit Möglichkeiten der Modifikation, Strategien des betrieblichen Gesundheitsmanagements sowie Arbeitsklima und soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen entscheidend. Rehabilitationsmaßnahmen beeinflussen den RTW-Prozess schließlich durch ihre Verfügbarkeit, Zugänglichkeit und Angemessenheit. Leistungsfähigkeit und Leistung der betroffenen Person, unter standardisierten Testbedingungen wie unter realen Arbeitsbedingungen, stellen weitere RTW-Einflussfaktoren dar, die sich jeweils aus der Interaktion zweier Haupteinflussgrößen (Person, Arbeitsplatz, Rehabilitationsmaßnahme) ergeben bzw. in deren Interaktion relevant werden. Ihre valide Erfassung und Rückspiegelung sind essentiell für die Erstellung individueller RTW-Pläne. Die beim ersten beruflichen Wiedereingliederungsversuch gemachten Erfahrungen stellen schließlich einen letzten zentralen Einflussfaktor dar. Um die nachhaltige Reintegration nicht zu gefährden, müssen Zeitpunkt und Ausgestaltung der Arbeitsaufnahme daher gut geplant werden. Anpassungsfähigkeit (Adaptiveness), Zielgerichtetheit (Purposefulness) und Kooperationsbereitschaft (Cooperativeness) geben dem Modell als übergreifende Prinzipien des Handelns auf allen Seiten schließlich seinen Namen.

Schlussfolgerung

Der Erfolg der beruflichen Wiedereingliederung nach Schlaganfall wird durch vielfältige Faktoren beeinflusst. Effektive Rehabilitationsstrategien müssen dies berücksichtigen, sonst werden sie selbst zur RTW-Barriere. Insbesondere scheint es wesentlich, Rehabilitation nach Schlaganfall von Anfang an als Schnittstellenaufgabe zu begreifen, d. h. nicht nur die betroffene Person, sondern auch deren Arbeitsplatz konsequent zu adressieren. Mittels eines Expertenworkshops planen wir die Ableitung konkreter Versorgungsempfehlungen aus unserem Modell.

Förderung: Stiftung Schmieder für Wissenschaft und Forschung

Literatur

- Critical Appraisal Skills Programme (CASP) (2014): CASP Qualitative Research Checklist. URL: http://media.wix.com/ugd/dded87_29c5b002d99342f788c6ac670e49f274.pdf.
- MacEachen, E., Clarke, J., Franche, R.-L., Irvin, E. (2011): systematic review of the qualitative literature on return to work after injury. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 32. 257–269.
- Noblit, G.W., Hare, R.D. (1988): *Meta-ethnography: synthesizing qualitative studies*. London: Sage.
- Treger, I., Shames, J., Giaquinto, M.D., Ring, H. (2007): Return to work in stroke patients. *Disability and Rehabilitation*, 29. 1397–1403.
- Wang, Y.C., Kapellusch, J., Garg, A. (2014): Important factors influencing the return to work after stroke. *Work*, 27. 553–559.

Constraint Induced Movement (CIM) Therapie eingebettet in stationäre Rehabilitationskonzepte führt zu einer Verbesserung des Therapieerfolges nach Schlaganfall

Mustak-Blagusz, M. (1), Steinecker, B. (2), Schumann, S. (1), Kraxner, M. (1), Sallfellner, E. (1), Taurer, S. (1), Kullich, W. (2)

(1) Rehabilitationszentrum Gröbming,

(2) Ludwig Boltzmann Cluster für Arthritis und Rehabilitation, Saalefelden

Hintergrund – Zweck der Untersuchung

Als Folge eines Insultes kommt es, abhängig von dessen Schweregrad, oft zu erheblichen Behinderungen bei automatisierten bzw. täglich anfallenden Tätigkeiten. Der Alltag lässt sich nur mehr erschwert bewältigen und die Lebensqualität sinkt. Bewegungsanforderungen werden bei Halbseitenlähmung vielfach mit dem gesunden Körperteil durchgeführt, es kommt zu einem „Vergessen des Miteinbeziehens“ oder einem „erlernten Nichtgebrauch“ der betroffenen Seite (Kwakkel et al., 2015).

Die Bewegungsinduktionstherapie (constraint induced movement therapy = CIMT), ein Therapieprogramm mit hohem Evidenzgrad, wirkt diesem „Vergessen“ entgegen (Wolf et al., 2006). Dabei zielt die CIM-Therapie auf eine Verbesserung und eine Erhöhung des Einsatzes der betroffenen Hand, bei der Verrichtung verschiedener Alltagstätigkeiten und ihrer Bewegungsqualität ab (Sterr et al., 2003). Neben einem individuellen Therapieprogramm und einer hohen Therapiedichte inkludiert die Methode die Restriktion der gesunden Extremität.

Untersuchungen zeigten, dass das motorische System auf Ebene seiner Plastizität moduliert werden kann (Ward, 2005). Neuronale Veränderungen als Folge von Hirnläsionen könnten über eine effizientere Nutzung intakter Strukturen kompensiert werden. Die Optimierung einer plastischen Modulierbarkeit stellt daher unter anderem einen wichtigen Faktor in der modernen Rehabilitation von Schlaganfallpatienten dar. Als Methode der Wahl konnte gezeigt werden, dass die CIM-Therapie die Plastizität des Gehirns von betroffenen Patienten beeinflussen kann (Taub et al., 2014).

Um die Effizienz dieser Methode hinsichtlich des erlernten Nichtgebrauchs und der plastischen Modulierbarkeit innerhalb einer Reha-Behandlung zu testen, wurde die CIM-Therapie in das Reh-Konzept von Schlaganfallpatienten der SK-PVA Gröbming implementiert.

Studiendesign – Methodik

Insult-Patienten mit einem Standard-Reha-Programm (Kontrollgruppe) wurden mit Patienten, die an einem CIMT-Programm (Testgruppe) teilnahmen, verglichen. 30 Patienten mit einer Hemiparese wurden unter Berücksichtigung der Einschluss- und Ausschlusskriterien randomisiert der Testgruppe bzw. Kontrollgruppe zugeordnet. Die für Untersuchungen zur Effektivität dieser Therapie eigens entwickelten Testverfahren – MAL (Motor Activity Log)

/ WOLF (Wolf Motor Funktion Test) – wurden direkt angewendet. Zusätzlich wurden das Gangbild und das Gleichgewichtsverhalten (Posturographie), zur Ermittlung möglicher Generalisierungseffekte, getestet.

Ergebnisse

Der MAL zeigte hinsichtlich der Bewegungshäufigkeit eine 2,8 fache und der Bewegungsqualität eine 2,2 fache, signifikante Verbesserung der Testgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe. Im Gesamtscore zeigte der WOLF eine 1,8 fache Verbesserung (Abb. 1). Gruppierte man die Items so ergaben jene für Armtransport und Feinmotorik die stärkste Verbesserung. Die für die Durchführung der einzelnen Items benötigte Zeit nahm bei den Patienten der Testgruppe im Vergleich zur Kontrolle ab. Aus der Ganganalyse konnte ein Anstieg in der Kadenz beobachtet werden, in beiden Gruppen verbesserte sich die Geschwindigkeit zu gleichem Ausmaß. Der Stabilitätsindex aus der Posturographie-Testung veränderte sich leicht.

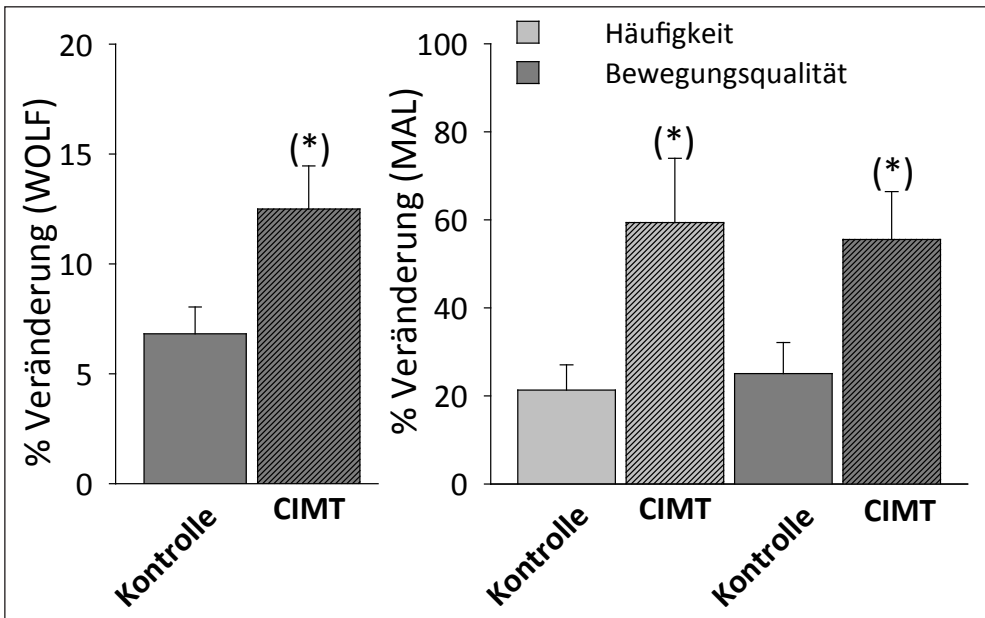


Abb. 1: Darstellung der Verbesserungen der motorischen Funktion bzw. Häufigkeit und Qualität der Bewegungsausführung gemessen mit dem Wolf Motor Funktion Test (WMFT, Diagramm links) und dem Motor Activity Log (MAL, Diagramm rechts). Die Balken repräsentieren den Mittelwert und die Standardabweichung der prozentuellen Verbesserung.

Diskussion – Ausblick

CIMT eingebettet in ein Rehabilitationsprogramm kann den Therapieerfolg hinsichtlich des Wiedergebrauchs des betroffenen Arms wesentlich steigern, durch das intensive Training kann gezielt an Defiziten gearbeitet werden. Die Item-Analyse des WOLF lässt eine Beurteilung der Effektivität der angewendeten CIM-Therapie zu. Innerhalb dieser Studie zeigt sich bezüglich der motorischen Fertigkeiten des täglichen Lebens und der Aktivität der

Schulter eine geringere Verbesserungen im Gegensatz zu Items bezüglich Armtransport und Feinmotorik. Um eine noch höhere Effizienz zu erreichen sollten Trainings zur Verbesserung der Grobmotorik und der Schulteraktivität intensiviert werden.

Förderung: Ludwig Boltzmann Cluster für Arthritis und Rehabilitation

Literatur

- Kwakkel, G., Veerbeek, J., Wegen, E., Wolf, S., (2015): Constraint-induced movement therapy after stroke. *Lancet*, 14. 224–234.
- Sterr, A., Freivogel, S., (2003): Motor-improvement following intensive training in low-functioning chronic hemiparesis. *Neurology*, 61 (6). 842–844.
- Taub, E., Uswatte, G., Mark, V., (2014): The functional significance of cortical reorganization and the parallel development of CI therapy. *Frontiers in Human Neuroscience* 8. 1–20.
- Ward, N., (2005): Plasticity and the functional reorganization of the human brain. *International Journal of Psychophysiology* 58. 158–161.
- Wolf, S., Winstein, C., Miller, P., Taub, E., Uswatte, G., Morris, D., Giuliani, C., Light, K., Nicholas-Larson, D. (2006): Effect of constraint-induced movement therapy on upper extremity function 3 to 9 months after stroke. 296 (17). 2095–2104.

Das „Schwalm-Zeichen“ – Eine harmlose regionaltypische Abweichung im neurologischen Befund?

Berwanger, C., Dapprich, M.

(1) Hardtwaldklinik I, Bad Zwesten, (2) Kantonsspital Baden

In der neurologischen Befunderhebung wird den koordinativen Fähigkeiten besondere Sorgfalt gewidmet. Die Untersuchung auf Extremitätenataxie erfolgt u. a. mit dem Finger-Nase-Versuch. Hierbei führt der Patient nach verbaler Aufforderung seinen Zeigefinger bei geschlossenen Augen in weit ausholender Bewegung von außen kommend auf seine Nasenspitze. Man achtet beim Finger-Nase-Versuch auf Zielbewegung und Zielgenauigkeit. Bei der Zielbewegung registriert man, ob diese einer glatten Linie folgt, die Extremität unregelmäßig wackelt (Ataxie) oder die Bewegung mit einem überlagernden Tremor ausgeführt wird, dessen Amplitude vor Erreichen des Ziels immer größer wird (Intentionstremor). Ein deutliches Vorbeizeigen bezeichnet man als Dysmetrie (Urban, 2012).

Während ihrer ärztlichen Tätigkeit in Bad Zwesten beobachteten die Autoren eine häufige Abweichung im neurologischen Befund, die ihnen in anderen Regionen Deutschlands und der Schweiz so nicht aufgefallen ist. Da trotz umfangreicher klinischer und apparativer Untersuchungen keine dieses Phänomen erklärenden neurologischen Erkrankungen festgestellt werden konnten, ist von einer nichtpathologischen Befundabweichung auszugehen, die scheinbar einen regionaltypischen Bezug aufweist.

In den beobachteten Fällen konnten weder eine Extremitätenataxie noch ein Intentionstremor nachgewiesen werden, allerdings fiel auf, dass die Patienten trotz eindeutiger verbaler Aufforderung anstatt des Zeigefingers den Daumen zur Nase führten. Aufgrund des ge-

häufigen Vorkommens dieses Phänomens stellten die Autoren entsprechende differentialdiagnostische Überlegungen an.

Erwogen wurden in erster Linie Störungen der Sprachperzeption (Aphasie), der Wahrnehmungsintegration, der Handlungsplanung und -ausführung (Apraxie) oder Auswirkungen einer zentralen Parese.

Eine zentrale Lähmung (beispielsweise im Rahmen einer brachiofacial betonten Hemiparese) kam insofern in Betracht, als durch die Benutzung des Daumens als Indexfinger es zu einer Pronation der Hand kam, die für sich als Zeichen einer latenten zentralen Lähmung gilt, bzw. dessen Fehlen bei gleichzeitigem Absinken im Armhalteversuch auf eine nicht organisch-begründete Schwäche hinweist (Hausotter, 2016). Hier fehlten allerdings sonstige Zeichen einer zentralen Parese wie Feinmotorikstörung, Reflexbetonung oder Pyramidenbahnzeichen. Ebenso wenig fanden sich sensible Störungen (Lagesinn).

Hinweise auf sprachsystematische Störungen wie eine sensorische Aphasie waren nicht zu registrieren. Insbesondere erwies sich die „Fingerverwechslung“ nach entsprechendem Hinweis als sofort und anhaltend korrigierbar.

In den während der neurologischen Befunderhebung absolvierten Handlungsketten (Aus- und Ankleiden, einfache neuropsychologische Tests) fanden sich keine Hinweise auf eine (ideomotorische) Apraxie oder eine verbalmotorische Diskonnektion als Folge einer vorderen Balkenläsion (Goldenberg, 1997).

Im Bereich der Störungen der Wahrnehmungsintegration sind neben dem Neglect verschiedene Formen der Agnosie von besonderer Bedeutung. Beim Gerstmann-Syndrom (Gerstmann, 1924) kommt es neben einer Wahrnehmungsstörung der eigenen Finger (Finger-Agnosie) zu einer Beeinträchtigung des Schreibens, des Rechnens und der Rechts-Links-Unterscheidung. Vom Erstbeschreiber ursprünglich im Bereich des unteren Parietallappens und der mittleren Occipitalwindung lokalisiert (Gerstmann 1930), wird das Syndrom derzeit auf eine Läsion des linken unteren Parietallappens (gyrus angularis/supramarginalis) zurückgeführt (Schnider, 2004).

Zusammenfassend ist hier von einer isolierten „Fingeragnosie“ in der Untersuchungssituation auszugehen. Da einerseits diese Beobachtung außerhalb dieser Situation auch fremdanamnestisch nicht berichtet wurde, andererseits die Ansprache dieser Symptomatik als „inkomplettes Gerstmann-Syndrom“ bei völligem Fehlen weiterer lokalisationsrelevanter Symptome zu ärztlichen Fehlschlüssen verleiten würde, ist von einer Abweichung im neurologischen Befund ohne Krankheitswert auszugehen. Allerdings scheint ein eindeutig regionaler Bezug vorzuliegen.

Die Autoren schlagen wegen der Lage der Klinik im nordhessischen Schwalm-Eder-Kreis die Bezeichnung „Schwalm-Zeichen“ für dieses Phänomen vor. Bei einer Bevölkerungszahl von 180.000 ist der Schwalm-Eder-Kreis mit einer Fläche von ca. 1.500 Quadratkilometern der zweitgrößte Flächenkreis in Hessen. Neben Eder und Fulda zählt die im Vogelsberg entspringende Schwalm zu den größten Flüssen des Landkreises (wikipedia, 2016).

Literatur

- Gerstmann, J. (1924): Finger-Agnosie: Eine umschriebene Störung der Orientierung am eigenen Körper. Wiener Klinische Wochenschrift; 27. 1110–1112.
- Gerstmann, J. (1930): Zur Symptomatologie der Hirnläsionen im Übergangsbereich der unteren Parietal- und mittleren Occipitalwindung. Nervenarzt, 3. 691–695.
- Goldenberg, G. (1997): Neuropsychologie. Grundlagen – Klinik – Rehabilitation. Fischer: Stuttgart.
- Hausotter, W. (2016): Aggravation und Simulation in der Begutachtung. Versicherungsmedizin, 28 (3). 126–130.
- Urban, P.P. (2012): Klinisch-neurologische Untersuchungstechniken. Thieme: Stuttgart.
- Schnider, A. (2004): Verhaltensneurologie. Thieme: Stuttgart.
- https://de.wikipedia.org/wiki/Schwalm-Eder-Kreis#Fl.C3.BCsse_und_Gew.C3.A4sser.
Abruf: 27.10.2016.

Einfluss der kognitiven Leistungsfähigkeit auf den Schulungserfolg in der kardiologischen Rehabilitation – Ein unterschätztes Problem?

Salzwedel, A. (1), Heidler, M. D. (1), Wegscheider, K. (2), Schikora, M. (3), Jöbges, M. (3), Zaskia, P. (4), Völler, H. (1)

(1) Universität Potsdam, (2) Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,
(3) Brandenburgklinik, Bernau, (4) Klinik am See, Rüdersdorf

Einleitung

Patientenschulungen stellen mit dem Ziel, das krankheitsbezogene Wissen der Patienten zu erhöhen und eine nachhaltige Lebensstilanpassung und Therapieadhärenz zu erreichen, eine Kernkomponente der kardiologischen Rehabilitation (CR) dar (Bjarnason-Wehrens et al., 2007; Piepoli et al., 2010). Bei der praktischen Umsetzung der Schulungen werden dem Patienten normale Lern- und Merkfähigkeit unterstellt, obgleich kardiovaskuläre Erkrankungen mit kognitiven Beeinträchtigungen assoziiert sind. Ziel vorliegender Studie war es daher, die Prävalenz Leichter Kognitiver Beeinträchtigung (LKB) und deren Einfluss auf den Schulungserfolg bei Patienten unter 65 Jahren mit Koronarer Herzerkrankung (KHK) in der kardiologischen Anschlussheilbehandlung zu untersuchen.

Methode

Zwischen 09/2014 und 08/2015 wurden in zwei Rehabilitationskliniken 497 Patienten mit KHK nach akutem kardialen Ereignis ($54,5 \pm 6,2$ Jahre, 79,8 % männl., Akuttherapie: 67,5 % PCI, 28,2 % CABG, 4,3 % konservativ) in die prospektive Beobachtungsstudie eingeschlossen. Die kognitive Leistungsfähigkeit der Patienten wurde zu Beginn und vor der Entlassung aus der CR mit dem Montreal Cognitive Assessment ermittelt (MoCA; max. 30 Punkte, Cutoff für LKB: <26 Punkte). Der Schulungserfolg wurde über ein Wissensquiz operationalisiert, das bei Aufnahme und Entlassung sowie 6 Monate nach der CR durchgeführt wurde. Es beinhaltete zwei Skalen zu medizinischem Wissen (22 Fragen) bzw. zu gesundem Lebensstil und Verhalten (12 Fragen). Darüber hinaus wurde eine Vielzahl potentiell einflussnehmender Parameter dokumentiert (z. B. Bildungsgrad, Medikation, kardiovaskuläre Risikofaktoren, Komorbiditäten, körperliche Leistungsfähigkeit und Fitness). Der Wissenszuwachs während und die Entwicklung des Wissens nach der Rehabilitation wurden in multivariaten Regressionsmodellen analysiert.

Ergebnisse

Bei 182 Patienten (36,7 %) wurde zu Beginn der CR eine LKB festgestellt, während bei Entlassung 163 Patienten (32,9 %; $p < 0,001$) betroffen waren. Durchschnittlich wurden im MoCA $26,0 \pm 3,1$ bzw. $26,4 \pm 2,9$ Punkte erzielt ($p < 0,001$). Während der Rehabilitation konnte das krankheitsbezogene Wissen in beiden Skalen signifikant vermehrt werden. 6 Monate nach Entlassung war jedoch das medizinische Wissen signifikant reduziert, währenddessen das Wissen zum Lebensstil auf einem stabilen Niveau erhalten blieb (Abb. 1). Der

Schulungserfolg zum Ende der CR wurde von der kognitiven Leistung der Patienten bei Aufnahme in die Rehabilitation beeinflusst (Änderung des medizinischen Wissens pro Punkt im MoCA: 0,09, 95 % CI 0,01–0,18, $p=0,032$; Lebensstil: 0,08, 95 % CI 0,03–0,13, $p=0,002$). Weitere Einflussfaktoren waren Vorwissen, Bildungsgrad, vorhandene Komorbidität und Fitness. Der Erhalt des Wissens nach der Rehabilitation hingegen hing wesentlich von den Ergebnissen im MoCA bei Entlassung aus der CR ab (medizinisches Wissen: 0,28, 95 % CI 0,17–0,38, $p<0,001$; Lebensstil: 0,09, 95 % CI 0,03–0,14, $p=0,006$). Zusätzlich wurde die Nachhaltigkeit der Schulung durch das Vorwissen, die Fitness und Depressivität bei Entlassung aus der CR bedingt.

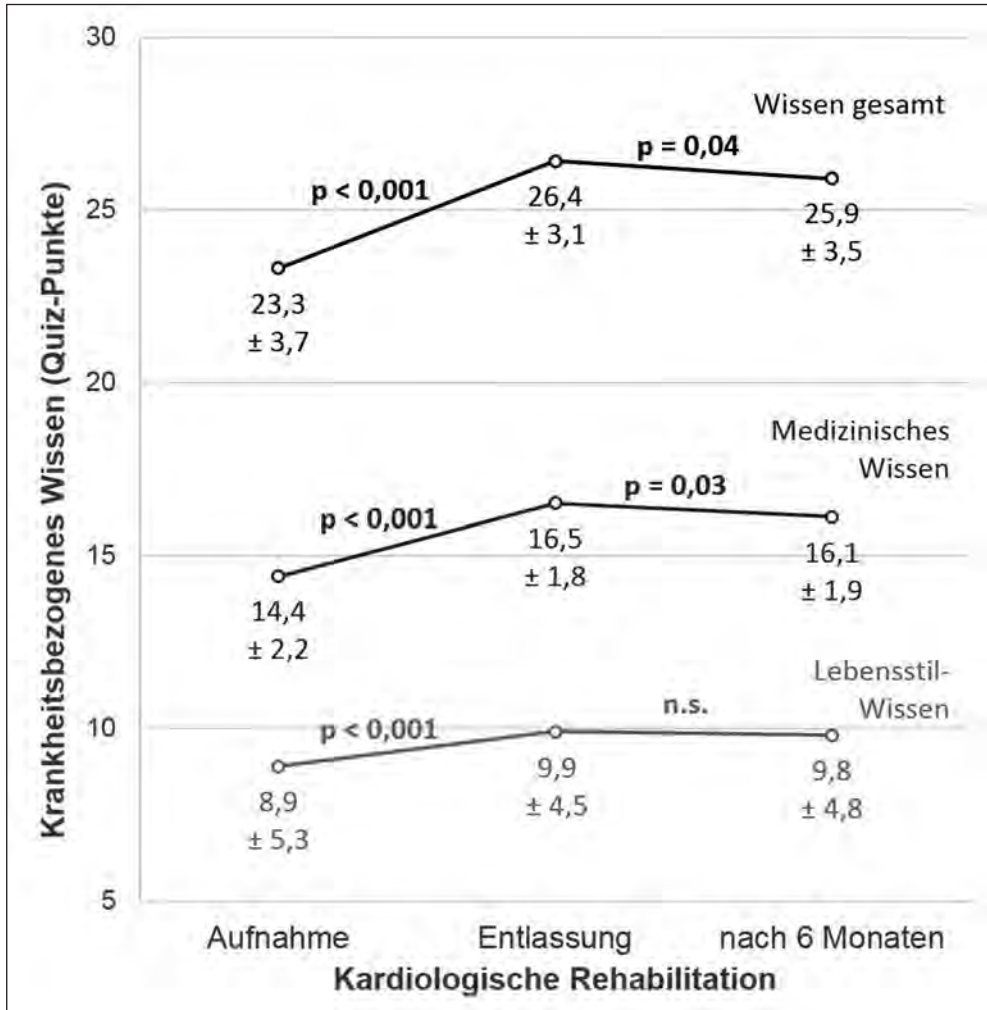


Abb. 1: Veränderung des Wissens

Schlussfolgerung

Die Patientenschulung in der kardiologischen Rehabilitation führt zu einer Erhöhung des krankheitsbezogenen Wissens der Patienten, wobei medizinische weniger gut als praxis- und lebensnahe Inhalte verinnerlicht werden. Der individuelle Schulungserfolg hängt jedoch wesentlich von der kognitiven Leistungsfähigkeit des Patienten ab. Da ca. ein Drittel der Rehabilitanden mit KHK von kognitiven Beeinträchtigungen betroffen ist, sollten Schulungsinhalte priorisiert und mithilfe geeigneter didaktischer Methoden vermittelt werden.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Bjarnason-Wehrens, B., Held, K., Hoberg, E., Karoff, M., Rauch, B. (2007): Deutsche Leitlinie zur Rehabilitation von Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen (DLL-KardReha). *Clinical research in cardiology supplements*, 2. III1-III54.
- Piepoli, M.F., Corra, U., Benzer, W., Bjarnason-Wehrens, B., Dendale, P., Gaita, D., McGee, H., Mendes, M., Niebauer, J., Zwisler, A.D., Schmid, J.P. (2010): Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 17. 1–17.

Indikatoren der Ergebnisqualität der kardiologischen Rehabilitation von berufsfähigen Patienten: Ergebnisse einer Delphi-Expertenbefragung

Haubold, K., Völler, H., Salzwedel, A.
Universität Potsdam

Hintergrund

Aufgrund des multi-modalen Aufbaus und der hohen Komplexität der kardiologischen Rehabilitation (CR) ist es bislang nicht hinreichend gelungen, die Ergebnisqualität dieser Maßnahme sinnvoll zu operationalisieren. Indikatoren der Ergebnisqualität sollten im Hinblick auf die Zielsetzung der Maßnahme gewählt werden und dabei die verschiedenen Kernkomponenten der CR abbilden (Bjarnason-Wehrens et. al., 2007; Piepoli et. al., 2010). Ziel vorliegender Untersuchung war die explorative expertenbasierte Erfassung potentieller Indikatoren der Ergebnisqualität der kardiologischen Rehabilitation für Patienten unter 65 Jahren.

Methodik

Hierfür wurden 221 in der kardiologischen Rehabilitation tätige und in der DGPR organisierte Mediziner (n=158), Psychologen (n=29) und Physio- bzw. Sporttherapeuten (n=34) aus 143 stationären wie auch ambulanten Rehabilitationszentren eingeladen, sich an einer zwischen April und Juli 2016 durchgeführten webbasierten Delphi-Expertenbefragung zu beteiligen. Hierbei wurden zunächst vorausgewählte sowie von den Teilnehmern vorge-

schlagene Parameter der Kategorien Kardiovaskuläre Risikofaktoren, Körperliche Leistungsfähigkeit, Sozialmedizin sowie Subjektive Gesundheit hinsichtlich ihrer Bedeutung für den Rehabilitationserfolg bewertet. Unter Berücksichtigung spezifischer Kriterien (u. a. Messbarkeit, Beeinflussbarkeit, Validität und Praktikabilität) sollten anschließend potentielle Qualitätsindikatoren gewählt und mittels Rangfolgeabfrage priorisiert werden. Ferner schätzten die Befragten die Bedeutung und Implementierbarkeit der Rehabilitationserfolgsmessung anhand validierter Qualitätsindikatoren im Rahmen der Qualitätssicherung ein. Die Erhebung erfolgte über vier Befragungsrunden unter Rückmeldung von Zwischenergebnissen und Fragenwiederholung zur Konsensfindung (starker Konsens: > 95 %, Konsens: > 75 – 95 %, mehrheitliche Zustimmung: > 50 – 75 % der Stimmen).

Ergebnisse

An den einzelnen Delphi-Befragungsrunden haben im Mittel 60 ± 7 Experten teilgenommen, wobei die Berufsgruppe der Mediziner mit 29 % eine höhere Responderrate als die der Psychologen (22 %) bzw. der Physio- und Sporttherapeuten (24 %) zeigte. Die Mehrheit der Teilnehmer gab eine Berufserfahrung von mehr als 20 Jahren (67 %) und eine aktive Mitarbeit in einer Fachgesellschaft (54 %) an. Die Beurteilung des Reha-Erfolges im Rahmen des Qualitätsmanagements hielten 90 % der Befragten für wichtig oder sehr wichtig. Darüber hinaus beurteilten 83 % der Experten die Entwicklung eines validierten Qualitätsindikatoren-Sets zur Beurteilung des Reha-Erfolges als sinnvoll, währenddessen sich 77 % vorstellen konnten, ein solches auch in den klinischen Alltag zu integrieren. Aus einem Pool von 14 vorausgewählten sowie 30 von den Teilnehmern vorgeschlagenen Parametern wurden mit mehrheitlicher Zustimmung insgesamt 21 Parameter (48 %) als potentielle Qualitätsindikatoren ausgewählt, wobei lediglich für das Rauchverhalten, den Blutdruck, das LDL-cholesterin und die maximale Belastbarkeit im Belastungs-EKG ein Konsens erzielt wurde (Tab. 1).

Ranking der Qualitätsindikatoren	Auswahl als Qualitätsindikator
Kardiovaskuläre Risikofaktoren	
1. Rauchverhalten	79,1 % (**)
2. Bereitschaft bzw. Motivation zur Lebensstiländerung	73,1 % (*)
3. Systolischer/diastolischer Blutdruck	86,6 % (**)
4. LDL-Cholesterin	76,1 % (**)
5. BMI bzw. Gewicht	68,7 % (*)
6. Blutzuckerprofil (Diabetes mellitus)	59,7 % (*)
Körperliche Leistungsfähigkeit*	
1. Maximale Belastbarkeit im Belastungs-EKG	81,6 % (**)
2. Ausdauerbelastung	72,4 % (*)
3. Gehstrecke in 6-min-Gehtest	63,2 % (*)
4. Schmerzfreie Gehstrecke (pAVK)	65,8 % (*)
5. Kardiopulmonales Leistungsvermögen	56,6 % (*)
Sozialmedizin	
1. Rentenbegehren bzw. Motivation zur Wiederaufnahme der Berufstätigkeit	71,6 % (*)
2. Berufliche Wiedereingliederung (Betragsleistung RV)	71,6 % (*)
3. Selbsteinschätzung der beruflichen Prognose	70,1 % (*)
4. Arbeitsfähigkeit	61,2 % (*)

Ranking der Qualitätsindikatoren	Auswahl als Qualitätsindikator
Subjektive Gesundheit^b	
1. Depressivität	72,9 % (*)
2. Ängstlichkeit	71,6 % (*)
3. Körperliches Belastungsempfinden (Borg-Skala)	63,5 % (*)
4. Lebensqualität (SF-12/36, Heart QoL)	60,8 % (*)
5. Subjektives Wohlbefinden	62,2 % (*)
6. Selbsteinschätzung gesundheitliche Prognose	52,7 % (*)
^a Die Antworten der Physio-/Sporttherapeuten wurde doppelt gewichtet ^b Die Antworten der Psychologen wurde doppelt gewichtet ** Konsens (> 75 – 95 % der Stimmen) * mehrheitliche Zustimmung (> 50 – 75 % der Stimmen)	

Abb. 1: potentielle Qualitätsindikatoren

Schlussfolgerung

Während unter den in der kardiologischen Rehabilitation tätigen Experten relative Einigkeit hinsichtlich der Bedeutsamkeit der Ergebnisqualität im Rahmen der Qualitätssicherung herrscht, erfolgte die Wahl möglicher Qualitätsindikatoren weniger konsentiert. Vor diesem Hintergrund ist die klinische Evaluierung der gewählten Parameter hinsichtlich ihrer tatsächlichen Eignung als Qualitätsindikatoren zwingend erforderlich, um hierauf aufbauend die Ergebnisqualität der kardiologischen Rehabilitation von berufsfähigen Patienten operationalisieren und erfassen zu können.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Bjarnason-Wehrens, B., Held, K., Hoberg, E., Karoff, M., Rauch, B. (2007): Deutsche Leitlinie zur Rehabilitation von Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen (DLL-KardReha). *Clinical research in cardiology supplements*, 2. III1-III54.
- Piepoli, M. F., Corra, U., Benzer, W., Bjarnason-Wehrens, B., Dendale, P., Gaita, D., McGee, H., Mendes, M., Niebauer, J., Zwisler, A.D., Schmid, J.P. (2010): Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 17. 1–17.

Wirksamkeit einer sozialtherapeutischen Gruppenarbeit bei kardiologischen Rehabilitanden mit besonderer beruflicher Problemlage

*Rabe, S. (1), Völler, H. (1), Schulz-Behrendt, C. (1), Dörr, G. (2),
Wegscheider, K. (3), Salzwedel, A. (1)*

(1) Universität Potsdam, (2) Alexianer St. Josef Potsdam,
(3) Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Hintergrund

Besondere berufliche Problemlagen (BBPL) sind durch eine negative subjektive Erwerbsprognose oder einen problematischen sozialmedizinischen Verlauf, der Ausdruck in längeren Fehlzeiten, Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit finden kann, gekennzeichnet (DRV, 2012). Die Sicherung der Erwerbstätigkeit kann innerhalb dieser Population häufig nicht durch allgemeine rehabilitationsmedizinische Leistungen gewährleistet werden (Löffler, 2008). Ziel der Studie war es, die Wirksamkeit einer intensiven sozialtherapeutischen Intervention während der kardiologischen Anschlussheilbehandlung (AHB) hinsichtlich der beruflichen Wiedereingliederung (BWE) und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Patienten mit einer BBPL zu untersuchen.

Methodik

Vom November 2013 bis April 2015 wurden 1356 Patienten mittels des Würzburger Screenings untersucht, von denen 551 eine BBPL aufwiesen. Hiervon wurden 337 (51,6 ± 6,8 Jahre, 74 % männlich) Patienten konsekutiv in die prospektive, clusterrandomisierte Studie eingeschlossen. Zu Beginn und Ende der AHB (T1, T2) wurden soziodemografische Variablen, die Rehabilitationsindikation und Funktionsparameter, relevante Komorbiditäten sowie psychische Belastungen der Patienten (hospital anxiety and depression scale [HADS]) dokumentiert. Der Kontrollgruppe (KG; n=176) stand das in der kardiologischen AHB übliche sozialtherapeutische Angebot zur Verfügung (usual care). Die Patienten der Interventionsgruppe (IG; n=161) nahmen während der AHB an einer sozialtherapeutischen Gruppenarbeit (sechs Termine à 60 min) teil, die aus einer Analyse und interaktiven Vermittlung von Informationen zu sozialrechtlichen Ansprüchen, beruflicher Leistungsfähigkeit sowie gesundheitsbezogenen und berufsbezogenen Verhaltensweisen durch einen Sozialarbeiter bestand. Dabei sollten den Rehabilitanden unterstützende personale und umweltbezogene Ressourcen aufgezeigt werden, um ihre Eigenverantwortung und Entscheidungsfähigkeit zu stärken. Hinsichtlich des primären Endpunktes wurden drei und zwölf Monate nach der AHB (T3, T4) die BWE und zusätzlich der Work Ability Index (WAI) sowie die gesundheitsbezogene Lebensqualität mittels des SF-12 (körperlicher und psychischer Summenscore (KSK, PSK)) erfragt und in Abhängigkeit der Gruppenzuordnung multivariat analysiert.

Ergebnisse

Zu Beginn der AHB waren keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG hinsichtlich Alter, Geschlecht, Hauptindikation, kardiologischer Funktionsparameter oder orthopädischer und psychischer Komorbiditäten zu verzeichnen (Tab. 1). In einer multivariaten

Analyse konnte kein Effekt der Intervention auf die BWE und die gesundheitsbezogene Lebensqualität nachgewiesen werden (Abb. 1). Demgegenüber verringerten Arbeitslosigkeit vor der AHB (OR 0,13; CI 0,06 – 0,33; $p < 0.001$) sowie erhöhte Angstwerte (HADS ≥ 10) zum Ende der AHB (OR 0,15; CI 0,06 – 0,37; $p = 0,009$) die Wahrscheinlichkeit der BWE um jeweils über 80 %. Bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zeigten erhöhte Angstwerte im HADS, der erreichte Punktwert im WAI und die körperliche Leistungsfähigkeit prädiktiven Charakter für den KSK. Der PSK war ausschließlich mit erhöhten Angstwerten assoziiert (Abb. 1).

Variablen	Interventionsgruppe (N=161)	Kontrollgruppe (N=176)	Gesamt (N=337)	P-Wert
soziodemografische Daten				
Geschlecht (männlich)	123/161 (76.4 %)	127/176 (72.2 %)	250/337 (74.2 %)	0.367
Alter (Jahre)	51.8 \pm 6.6 (n=161)	51.4 \pm 6.9 (n=176)	51.6 \pm 6.8 (n=337)	0.658
Lebenssituation(Partnerschaft)	112/161 (69.6 %)	117/176 (66.5 %)	229/337 (68.0 %)	0.573
Schulabschluss				
Schulabschluss < 10. Klasse	29/158 (18,3 %)	26/174 (15 %)	55/332 (16,6 %)	0.181
Berufliche Situation				
Erwerbstätig	107/161 (66.5 %)	119/176 (67.6 %)	226/337 (67.1 %)	0.824
Arbeitslos gemeldet	47/161 (29.2 %)	42/176 (23.9 %)	89/337 (26.4 %)	0.325
Angestellter/Beamter	99/160 (61.9 %)	112/174 (64.4 %)	211/334 (63.2 %)	0.610
Körperlich schwere Tätigkeit	45/160 (28.1 %)	41/167 (24.6 %)	86/327 (26.3 %)	0.552
Hauptdiagnose, Funktionsparameter				
KHK [MI, PCI,CABG]	117/161 (72.7 %)	115/176 (65.3 %)	232/337 (68.8 %)	0.147
Klappenerkrankung	18/161 (11.2 %)	21/176 (11.9 %)	39/337 (11.6 %)	0.830
Herzinsuffizienz [ICD/CRT]	10/161 (6.2 %)	16/176 (9.1 %)	26/337 (7.7 %)	0.329
Patienten mit EF > 40	135/161 (83.9 %)	155/175 (88.6 %)	290/336 (86.3 %)	0.259
Chronische Erkrankung, Komorbidität				
Chronische Erkrankung	40/161 (24.8 %)	42/173 (24.3 %)	82/334 (24.6 %)	0.908
orthopädisch rheumatische Erkrankung	36/161 (22.4 %)	35/176 (19.9 %)	71/337 (21.1 %)	0.814
psychische Erkrankung	27/161 (16.8 %)	28/176 (15.9 %)	55/337 (16.3 %)	0.831
HADS				
Angstwert bei Entlassung	6.2 \pm 4.6 (n=121)	6.9 \pm 4.4 (n=139)	6.6 \pm 4.5 (n=260)	0.266
Angstwert >10 bei Entlassung	28/121 (23.1 %)	31/139 (22.3 %)	59/260 (22.7 %)	0.872
Depressionswert	5.7 \pm 4.2 (n=121)	5.8 \pm 4.7 (n=139)	5.8 \pm 4.5 (n=260)	0.792
Depressionswert >10 bei Entlassung	17/121 (14.0 %)	27/139 (19.4 %)	44/260 (16.9 %)	0.246

Tab. 1: Patientencharakteristika zu Rehabilitationsbeginn/-ende

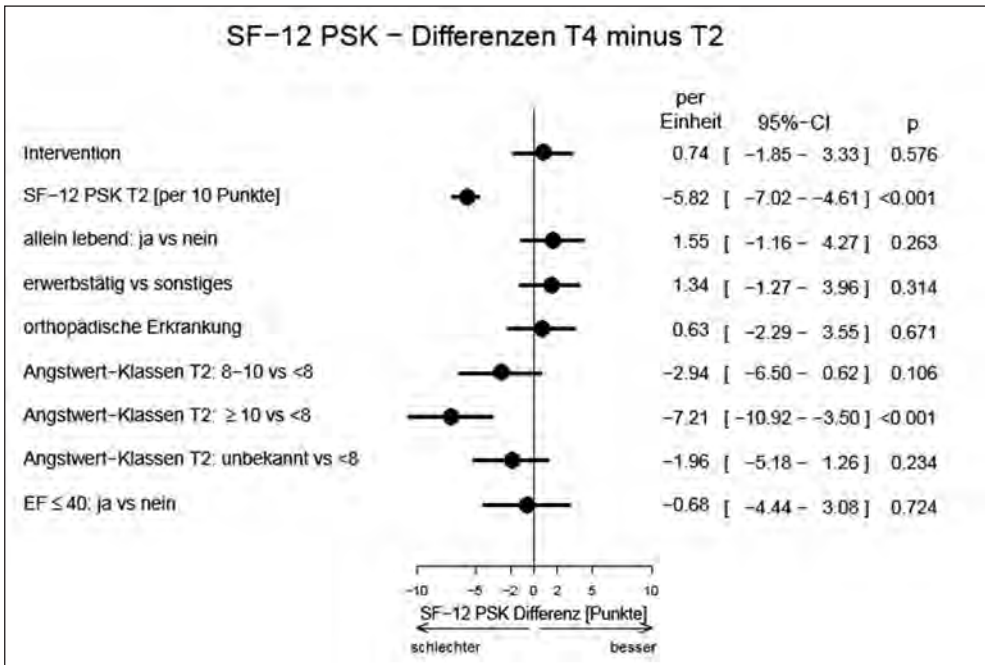
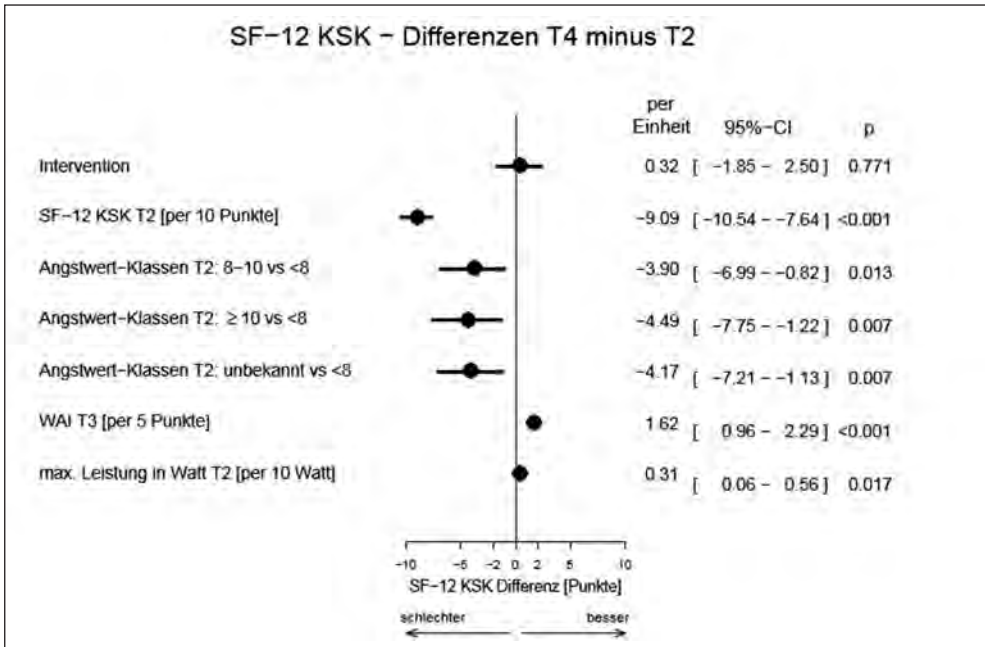


Abb. 1: Beeinflussung des SF-12 (KSK, PSK; Differenzen T4 minus T2)

Diskussion und Schlussfolgerung

Die Ergebnisse vorliegender Untersuchung konnten keinen Effekt einer intensivierten sozialtherapeutischen Intervention auf die berufliche Wiedereingliederung oder die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Patienten mit einer BBPL ein Jahr nach der AHB nachweisen. Erhöhte Angstwerte zum Ende der AHB hingegen erwiesen sich als negative Prädiktoren sowohl für die BWE als auch für die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Es ist davon auszugehen, dass in der AHB die physische und psychische Bewältigung des akuten kardiologischen Ereignisses im Fokus der Patienten stehen. Zudem könnten der limitierte zeitliche Rahmen der Intervention sowie ein Informationsüberfluss im Rahmen der AHB einer Wirksamkeit der Intervention entgegengestanden haben. Daher scheint es sinnvoll, spezifische, zeitlich der AHB nachgelagerte sozialarbeiterische Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit zu prüfen.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Deutsche Rentenversicherung, (2012): Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung.
- Löffler, S., Wolf, H.D., Vogel, H. (2008): Das Würzburger Screening zur Identifikation von beruflichen Problemlagen Entwicklung und Validierung. Gesundheitswesen; 70.

Prognostische Wirksamkeit kardiologischer Rehabilitation bei Koronarkranken im Zeitalter moderner Pharmako- und Revaskularisationstherapie

Völler, H. (1, 2), Salzwedel, A. (2), Saure, D. (3), Metzendorf, M.-I. (4), Jensen, K. (3), Rauch, B. (5)

- (1) Klinik am See, Rüdersdorf, (2) Universität Potsdam,
(3) UniversitätsKlinikum Heidelberg, (4) Universitätsklinikum Düsseldorf,
(5) Stiftung Institut für Herzinfarktforschung, Ludwigshafen

Hintergrund

Neben der gesellschaftlichen und beruflichen Reintegration hat die kardiologische Rehabilitation durch ihren multimodalen Ansatz auch die Aufgabe, Patienten zur Aufnahme eines bewegungsaktiven und kalorienbewussten sowie rauchfreien Lebensstils zu motivieren. Inwieweit die dadurch erzielte Reduktion der Risikolast auch zur Prognoseverbesserung führt, ist umstritten.

Eine zuletzt erschienene randomisierte Untersuchung an Patienten nach Myokardinfarkt hatte keine Mortalitätsreduktion gezeigt (West RR et al. 2012). Im Gegensatz dazu konnte in der aktuellen Version der Cochrane-Metaanalyse jedoch eine Reduktion der Gesamterblichkeit sowie der Rehospitalisierungsrate von 26 % bzw. 18 % bei Rehabilitanden im Vergleich zu Patienten nachgewiesen werden, die nicht nach einem akuten kardialen Er-

eignis an einer trainingsbasierten Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen hatten (Anderson L, JACC 2016). Allerdings hatte diese Analyse ausschließlich randomisierte, zum Großteil vor 1995 durchgeführte Studien eingeschlossen, die den Effekt einer lediglich trainingsbasierten Rehabilitation untersuchten und die Entwicklung der modernen Kardiologie mit Einsatz leitlinienorientierter Katheter- und Pharmakotherapie nur unzureichend berücksichtigten.

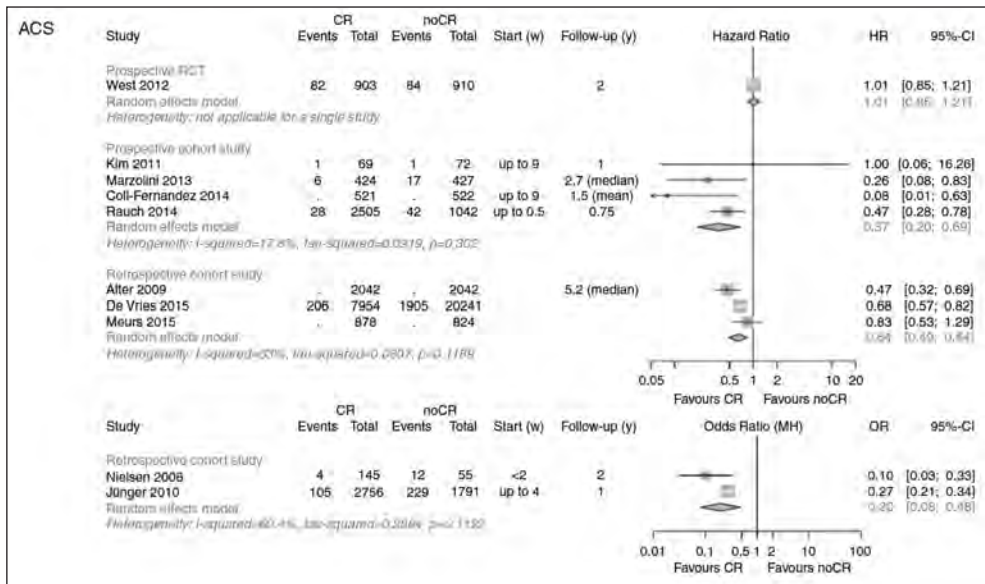
Daher war es das Ziel vorliegender Untersuchung, unter Einsatz moderner biometrischer Analyseverfahren auch klinisch kontrollierte Kohortenstudien an Koronarkranken einzuschließen, um den Effekt einer multimodalen Rehabilitation Koronarkranker in der klinischen Praxis im Zeitalter einer modernen Pharmako- und Revaskularisationstherapie zu analysieren.

Patienten und Methode

In die strukturierte Literaturrecherche wurden aus sieben Datenbanken Veröffentlichungen unter den Selektionskriterien Myokardinfarkt, Koronare Bypassoperation und Rehabilitation eingeschlossen, die zwischen Januar 1995 und Januar 2015 erschienen waren und eine Nachbeobachtungsphase von mindestens sechs Monaten aufwiesen. Die Patienten mussten innerhalb von drei Monaten eine strukturierte, supervidierte Rehabilitation angetreten haben, die neben dem körperlichen Training mindestens noch Beratungen zum Lebensstil und/oder psychologische sowie auch soziale Unterstützung beinhaltete. Der primäre Endpunkt war die Gesamtsterblichkeit, sekundäre Endpunkte beinhalteten kardio- und zerebrovaskuläre Ereignisse sowie Rehospitalisierungsraten.

Ergebnisse

Aus 18.534 Abstracts konnten 25 Studien für die finale Evaluation identifiziert werden, die insgesamt 219.702 Patienten eingeschlossen hatten (nach Myokardinfarkt $n = 46.338$ oder Bypass $n = 14.583$ und/oder beidem $n = 158.781$) und eine mittlere Beobachtungsdauer von 40 Monaten aufwiesen. Bei großer Heterogenität hinsichtlich des Studiendesigns, der angewandten biometrischen Verfahren und potentiellen Einflussgrößen konnte in prospektiven kontrollierten Kohortenstudien bei Teilnehmern einer kardiologischen Rehabilitation nach Myokardinfarkt eine Risikoreduktion der Gesamtsterblichkeit von über 60 % (HR 0,37, 95 % CI 0,20 – 0,69) nachgewiesen werden (Abb.). In retrospektiven Kohortenstudien lag der Effekt um 30 % (HR 0,64, 95 % CI 0,49 – 0,84), der auch für Patienten nach Koronarchirurgie zutraf (HR 0,62, 95 % CI 0,54 – 0,70). Bezüglich sekundärer Endpunkte, wie erneute Myokardinfarkte, Schlaganfälle oder Rehospitalisierung, konnte aufgrund zu unterschiedlicher Studienprotokolle und/oder Definitionen der Endpunkte lediglich ein Trend festgestellt werden.



HR: hazard ratio; OR: Odds ratio; MH: Mantel–Haenszel pooling method; CR: cardiac rehabilitation; No CR: no cardiac rehabilitation (control); CI: confidence interval; Events: number of events in the evaluated group; Total: number of patients in the evaluated group; Start (w): start of cardiac rehabilitation after hospital discharge in weeks; Follow-up: follow-up in years

Abb. 1: Beispielhafter Forrest plot für die Analyse der Gesamt mortalität bei Patienten mit Myokardinfarkt (ACS – Acute Coronary Syndrome)

Diskussion

Die vorliegende Untersuchung liefert bezüglich der prognostischen Wirksamkeit der kardiologischen Rehabilitation einen eigenständigen Beitrag, da sie im Vergleich zu anderen Metaanalysen die Bedingungen der klinischen Praxis besser abbildet. Darüber hinaus weist sie nach, dass auch im Zeitalter der modernen Kardiologie der multimodalen Rehabilitation ein eigenständiger prognostischer Effekt zugeschrieben werden kann. Durch die nachgewiesene Mortalitätsreduktion sollte die kardiologische Rehabilitation auch in Zukunft fester Bestandteil der Versorgungskette Koronarkrankter sein. Allerdings zeigt die Untersuchung auch, dass einheitliche Definitionen von Struktur sowie Inhalte sowohl von Rehabilitationsmaßnahmen als auch von Publikationen die Bewertung von Rehabilitationseffekten erleichtern würde.

Förderung: Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz- und Kreislauferkrankungen, Deutsche Herzstiftung, Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz- und Kreislauferkrankungen, Pfizer GmbH

Literatur

West, R.R., Jones, D.A., Henderson, A.H. (2012): Rehabilitation after myocardial infarction trial (RAMIT): multi-centre randomised controlled trial of comprehensive cardiac rehabilitation in patients following acute myocardial infarction. *Heart*; 98 (8). 637–644.

Anderson, L., Oldridge, N., Thompson, D.R., et al. (2016): Exercisebased cardiac rehabilitation for coronary heart disease – Cocrane Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Coll Cardiol*, 67 (1). 1–12.

Rehabilitation von Menschen mit einer arteriellen Verschlusskrankheit im Kontext aktueller Leitlinien

Falk, J.

Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Hintergrund

Die periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) besitzt eine große sozialmedizinische Bedeutung. Obgleich die PAVK nur indirekt zum Tode führt, stellt der Verlust an Lebensqualität durch Invalidität und Einschränkungen der beruflichen und gesellschaftlichen Teilhabe ein häufiges Begleitphänomen dar (Liles et al., 2006). Nicht selten sind die Betroffenen multimorbid (Diehm et al., 2004) und zeigen eine hohe Mortalität, sodass die Therapie und Rehabilitation zeitgerecht und multidisziplinär erfolgen sollte. Über die Rehabilitandenstruktur und Inhalte der Rehabilitation mit der Indikation PAVK ist insgesamt wenig bekannt. Die Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) der Deutschen Rentenversicherung (DRV) liefert hierzu zahlreiche verfahrens- und prozessbezogene sowie sozialmedizinisch relevante Informationen. Bisher existieren zu Rehabilitanden mit PAVK keine Auswertungen dieser Daten. Gleichwohl existieren im deutschsprachigen Raum Leitlinien (LL), darunter die S-3-LL zur Diagnostik und Therapie der PAVK der Deutschen Gesellschaft für Angiologie (Deutsche Gesellschaft für Angiologie – Gesellschaft für Gefäßmedizin, 2015) sowie die LL der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen (Bjarnason-Wehrens, 2007).

Ziel der Arbeit war es, Informationen zur Rehabilitandenstruktur sowie zur therapeutischen Versorgung aufzuarbeiten und die Ergebnisse mit entsprechenden LL-Empfehlungen (so weit vorhanden) abzugleichen.

Methoden

Es wurde der Rohdatensatz der RSD genutzt, in dem Verfahrens- und Versicherteninformationen sowie Informationen des formalisierten Reha-Entlassungsberichts routinemäßig abgelegt werden (Bestmann, 2008). Aus dem Reha-Datensatz von 2014 wurden alle Fälle mit der Erstdiagnose I70.2 nach ICD-10 mit abgeschlossener Rehabilitation ausgewählt und einer Plausibilitätsprüfung unterzogen (z. B. bezgl. Reha-Dauer). Anschließend erfolgte ein Matching mit den dazugehörigen KTL-Daten sowie die Anwendung weiterer Filterroutinen (z. B. Anwendungsfrequenz) zur Erhöhung der Validität. Die Analysen wurden überwiegend als deskriptive Analysen durchgeführt. Bezugnehmend auf das bio-psycho-soziale Modell wurden sowohl Leitlinienempfehlungen als auch Inhalte der Rehabilitation (Leistungen nach KTL) drei Domänen zugeordnet und anschließend miteinander vergli-

chen. Zusätzlich erfolgte eine Auswertung anhand der Mindestvorgaben des Reha-Therapiestandards für die koronare Herzkrankheit (RTS KHK).

Ergebnisse

Nur knapp 0,16 % (ca. 1.600) aller medizinischen Rehabilitationen wurden 2014 mit der Indikation PAVK durchgeführt. Die Verlaufsbeobachtung seit 2010 zeigt dabei weitestgehend gleichbleibende Rehabilitandenzahlen. Die vornehmlich männlichen und vergleichsweise älteren Rehabilitanden weisen überwiegend die Hauptdiagnose einer PAVK im Stadium II nach Fontaine auf. Die im Vergleich längeren Arbeitsunfähigkeiten (AU-Zeit) vor der Rehabilitation sprechen ebenso wie die Begleitdiagnosen für eine hohe Krankheitslast und Gefährdung durch die typischen kardiovaskulären Risikofaktoren. Die prognosebestimmende koronare (ischämische) Herzkrankheit ist bei 19 % der Rehabilitanden vorhanden. Aus den Analysen zur beruflichen und sozialen Situation der Rehabilitanden kann ebenfalls auf eine vergleichsweise risikobehaftete Kohorte geschlossen werden. Das Leistungsvermögen der Rehabilitanden mit PAVK wird ungünstiger eingeschätzt als bei der Gesamtheit aller Rehabilitanden im gleichen Jahrgang. Die Rehabilitation bei PAVK erfolgt meist stationär und als Anschlussrehabilitation und ganz überwiegend in kardiologischen Fachabteilungen. Nur 7 % der Rehabilitationen wurden 2014 in ausgewiesenen angiologischen Fachabteilungen durchgeführt. Auch inhaltlich scheint eine Orientierung an der Rehabilitation von Menschen mit koronarer Herzkrankheit zu erfolgen. Rehabilitanden mit PAVK erhielten therapeutische Leistungen aus allen vorhandenen KTL-Kapiteln. Hierbei konnten je nach Kapitel unterschiedliche Therapieintensitäten sowie PAVK-spezifische und unspezifische Therapieleistungen beobachtet werden. Bezugnehmend auf das biopsychosoziale Modell konnten sowohl Leitlinienempfehlungen als auch Inhalte der Rehabilitation (Leistungen nach KTL) den drei Domänen („biologisch-somatische“ sowie „psychisch-educative Domäne“ und „soziale-sozialrechtliche“ Domäne) zugeordnet werden. Gemessen an den Mindestanforderungen des RTS KHK wurden fast alle Module übererfüllt (siehe Abbildung).

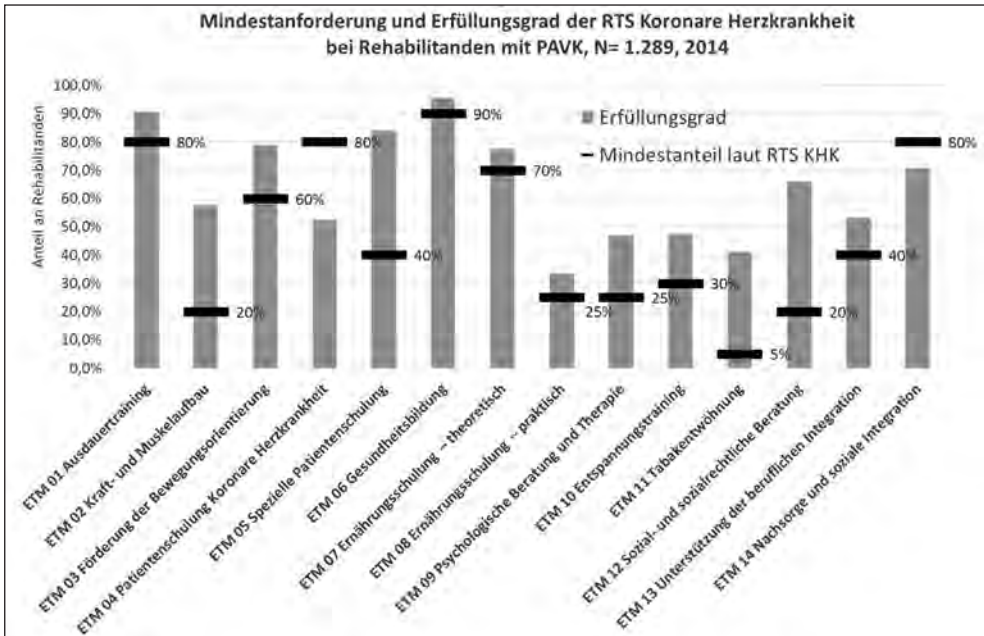


Abb. 1: Mindestanforderungen und Erfüllungsgrad der RTS KHK

Diskussion

Im Ergebnis wurden bei der überwiegenden Mehrzahl der Rehabilitanden die drei genannten Domänen durch Leistungen adressiert. Die häufig verordneten Leistungen entsprachen auch meist Leitlinienempfehlungen. Aufgrund häufig fehlender Angaben zu evidenzbasierten Therapieintensitäten kann derzeit nicht sicher beurteilt werden, ob auch die Intensität der Therapie in der Rehabilitation ausreichend war. Gemessen an den RTS KHK ergibt sich ein zufriedenstellendes Ergebnis, wenngleich die spezifischen Bedarfe von Rehabilitanden mit PAVK hier nicht berücksichtigt wurden.

Interessenskonflikte: Der Autor J. Falk ist Mitarbeiter der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Literatur

- Bestmann, A. (2008): Datenquellen und Datenqualität der Reha-Statistik-Datenbasis, Tagungsband Bericht über den fünften Workshop des Forschungsdatenzentrums der Rentenversicherung (FDZ-RV). DRV-Schriften, Bd 55. 35–46.
- Bjarnason-Wehrens, B., et al. (2007): Deutsche Leitlinie zur Rehabilitation von Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen (DLL-KardReha) Clinical Research in Cardiology (Supplements 2.3). III1-III54.
- Deutsche Gesellschaft für Angiologie – Gesellschaft für Gefäßmedizin (2015): S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit.
- Diehm, C., Schuster, A., Allenberg, J.R., Darius, H., Haberl, R., Lange, S., Pittrow, D., von Stritzky, B., Tepohl, G., Trampisch, H.J. (2004): High prevalence of peripheral arterial

disease and co-morbidity in 6880 primary care patients: cross-sectional study. *Atherosclerosis*, 172 (1). 95–105.

Liles, D., Kallen, M., Petersen, L., Bush, R. (2006): Quality of life and peripheral arterial disease. *J Surg Res*, 136 (2). 294–301.

Unterscheiden sich ambulant und stationär behandelte kardiologische Rehabilitanden in ihrem Risikoprofil?

Stamm-Balderjahn, S., Spyra, K.
Charité – Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund

Rehabilitationsmaßnahmen finden in Deutschland vorwiegend im stationären Setting statt, im Jahr 2014 wurden lediglich 15 % ambulant durchgeführt (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2015). Beide Rehabilitationsformen gelten hinsichtlich der zu erwartenden Ergebnisse inzwischen als gleichwertig (Sauer, 2008; Morfeld et al., 2011). Bisher wurde nur in wenigen Studien untersucht, ob sich Unterschiede zwischen ambulant und stationär behandelten kardiologischen Rehabilitanden im Hinblick auf gesundheitsbezogene Schutz- und Risikofaktoren finden lassen. Auch ist unklar, ob die kardiale Intervention einen Einfluss auf die jeweilige Zuweisung hat.

Untersuchungsziel

Es sollte untersucht werden, ob es gesundheitsbezogene Merkmalsunterschiede zwischen ambulant und stationär behandelten kardiologischen Rehabilitanden gibt.

Methode

Es erfolgte eine Sekundärdatenanalyse der dreiarmligen Interventionsstudie „Wirksamkeit einer sektorenübergreifenden geschlechtsspezifischen Intervention zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens von KHK-RehabilitandInnen in der Phase-III-Rehabilitation“ (CARO-PRE II), an der 545 Patienten (262 weiblich, 283 männlich) teilgenommen hatten und deren Ergebnisse kürzlich publiziert wurden (Stamm-Balderjahn et al., 2016). Für die Sekundärdatenanalyse wurden deskriptive Analysen sowie die binäre logistische Regressionsanalyse durchgeführt, um Aussagen darüber treffen zu können, welche Prädiktoren im Zusammenhang mit dem Rehabilitationssetting stehen. Ausgewertet wurden die zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme erhobenen Daten.

Ergebnisse

Im Hinblick auf Alter, Geschlecht, berufliche Stellung, Rauchstatus, Aktivitäts- und Ernährungsindex fanden sich keine Unterschiede zwischen ambulant und stationär behandelten Rehabilitanden. Signifikante Unterschiede wurden beim Body-Mass-Index ($p=0,03$), LDL-Cholesterin ($<0,01$), diastolischen und systolischen Blutdruck (jeweils $p<0,01$) und aktuell wahrgenommenen Gesundheitszustand ($p<0,01$) beobachtet. Die Werte waren bei stationär behandelten Rehabilitanden deutlich „schlechter“ als bei ambulanten Rehabilitanden. Der Blutzucker war bei Rehabilitanden in ambulanten Einrichtungen tendenziell höher als in stationären ($p=0,08$). Der Anteil der Rehabilitanden, bei denen eine Bypass-Operation durchgeführt wurde, war in stationären Einrichtungen signifikant höher als in ambulanten

Einrichtungen ($p < 0,01$, OR: 4,46). Die Bypass-operierten Rehabilitanden unterschieden sich von den nicht operierten hinsichtlich des Alters (MW: 65,8 vs. 59,6; OR: 0,94) und des subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustands (MW: 51,2 vs. 61,7; OR: 1,03); sie waren älter und fühlten sich schlechter.

Schlussfolgerung und Ausblick

Bei stationär behandelten Rehabilitanden waren die Werte für die physiologischen Risikofaktoren höher als bei Rehabilitanden in ambulanten Einrichtungen. Die Vermutung, dass dies mit der höheren Rate an möglicherweise „kränkeren“ Bypass-Operierten in stationären Einrichtungen zusammenhängt, bestätigte sich nicht. Ob sich hier Potenziale für eine Optimierung der Zugangssteuerung in das jeweilige Behandlungssetting ergeben, sollte weiter untersucht werden.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Deutsche Rentenversicherung Bund (2015): Reha-Bericht 2015. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik.
- Morfeld, M., Strahl, A., Koch, U. (2011): Ambulante Rehabilitation in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt, 54. 420–428.
- Sauer, G. (2008): Reha 2008: Wann ambulant, wann stationär? Herz, 33. 432–439.
- Stamm-Balderjahn, S., Brünger, M., Michel, A., Bongarth, C., Spyra, K. (2016): The efficacy of goal setting in cardiac rehabilitation – a gender specific randomized controlled trial. Dtsch Arztebl Int, 113. 525–531.

Bedeutung der kognitiven Dysfunktion für die Erwerbstätigkeit von Patientinnen mit Brustkrebs: Die sozialmedizinischen Ergebnisse der NeuroCog FX Multizenterstudie

Rick, O. (1), Reuss-Borst, M. (2), Dauelsberg, T. (3), Hass, H. (4), König, V. (5), Caspari, R. (6), Götz-Keil, G. (7), Pfitzner, J. (8), Kerschgens, C. (9), Hoppe, C. (10)

(1) Klinik Reinhardshöhe, Bad Wildungen, (2) Kliniken Bad Bocklet, (3) Winkelwaldklinik Nordrach, (4) Paracelsus-Klinik Scheidegg, (5) Klinik Bad Oexen, (6) Bayerwald-Klinik, Cham-Windischbergdorf, (7) Im Fluss mit dem Leben, Bad Nauheim, (8) Klinik Graal-Müritz, (9) Vivantes Rehabilitation, Berlin, (10) Klinik für Epileptologie, Bonn

Einleitung

Das Mamma-Karzinom ist die häufigste Krebserkrankung der Frau mit derzeit 70.000 Neuerkrankungen pro Jahr. Obwohl sich das mittlere Erkrankungsalter derzeit bei 64 Jahren befindet, ist jede vierte betroffene Frau bei Diagnosestellung jünger als 55 Jahre und jede zehnte Frau unter 45 Jahren alt. Derzeit kehren ca. 70 % der Patientinnen (Pat) mit Brustkrebs ins Erwerbsleben zurück. Bei den übrigen Pat., die aus gesundheitlichen Gründen nicht ins Erwerbsleben zurückkehren können, findet sich häufig eine kognitive Dysfunktion (KD). Die Pat. klagen in diesem Zusammenhang über Konzentrations- und Gedächtnisstörungen und sehen sich oftmals nicht in der Lage, ihre berufliche Tätigkeit wieder aufzunehmen. Die Morbidität bezüglich der KD geht in der Literatur weit auseinander und reicht je nach Studie von 20–90 %.

Die hier vorgelegte Untersuchung hatte zum Ziel, die KD anhand eines validierten computergestützten Testverfahrens in einem großen homogenen Kollektiv von Pat. mit Brustkrebs zu ermitteln und die Bedeutung für die Erwerbstätigkeit zu evaluieren.

Material und Methoden

Bei der Untersuchung handelte es sich um eine Multizenterstudie an der sich acht Kliniken in Deutschland beteiligten. Die Voten der Ethikkommissionen wurden in den entsprechenden Bundesländern eingeholt sowie die Zustimmung der DRV Bund. Die Pat. wurden hinsichtlich ihrer Erwerbstätigkeit befragt, sozialmedizinisch bezüglich ihrer Erwerbsfähigkeit überprüft und sechs Monate nach Rehabilitation erneut zum Erwerbsstatus telefonisch kontaktiert.

Die kognitive Leistungsfähigkeit wurde mit Hilfe des NeuroCog FX, einem computerisierten Screeningtest durchgeführt. In acht Untertests, die in einer standardisierten Reihenfolge durchgeführt wurden, konnte das psychomotorische Tempo (einfache Reaktionszeit, Go/No Go, invertiertes Go/No Go), das Arbeitsgedächtnis (Zahlenspanne, 2-Back-Test), verbales und figürliches Lernen und Wiedererkennen sowie die phonematische Wortflüssigkeit erfasst werden. Die Validität und Reliabilität wurden in umfangreichen Studien an Epilep-

sie- und Tumorpatienten etabliert. Die Dauer des Testes betrug 30 Minuten und wurde zu einem beliebigen Zeitpunkt während der Rehabilitation durchgeführt. Eine KD wurde angenommen, wenn mindestens ein Untertest pathologisch auffällig war.

Ergebnisse

Insgesamt konnten 477 Pat. für die Studie rekrutiert werden. Von diesen führten 439 Pat. im mittleren Alter von 50 Jahren (Range: 24–62 Jahre) den NeuroCog-Test durch. Eine KD fand sich bei 59 % der Pat. während 41 % keine kognitiven Defizite aufwiesen. Vor der Rehabilitation unterschieden sich Erwerbstätige und Nichterwerbstätige kaum hinsichtlich des jeweiligen Anteils von Pat. mit KD (58 % vs. 64%; χ^2 -Test, $p=0.24$). 88 % der vor der Rehabilitation erwerbstätigen Pat. waren auch 6 Monate nach der Rehabilitation weiterhin erwerbstätig, während nur 20% der vor der Rehabilitation Nichterwerbstätigen 6 Monate nach der Maßnahme wieder einer Erwerbstätigkeit nachgingen ($p<0.01$). Unter den 6 Monaten nach der Rehabilitation Erwerbstätigen war der Anteil von Pat. mit KD signifikant geringer als unter den zu diesem Zeitpunkt Nichterwerbstätigen (55 % versus 70 %; $p=0.007$). Im Hinblick auf Veränderungen der Erwerbstätigkeit im Verlauf fand sich der geringste Anteil von Pat. mit KD unter denjenigen Patientinnen, die mit einer Erwerbstätigkeit neu begannen (35 %) oder die diese beibehielten (52 %). Dem gegenüber war der Anteil von Pat. mit KD bei denjenigen, die ihre Erwerbstätigkeit im Verlauf aufgaben (64 %) oder die zu keinem Zeitpunkt einer Erwerbstätigkeit nachgingen (69 %), signifikant erhöht ($p=0.017$). Diese vier Gruppen unterschieden sich kaum hinsichtlich ihres Alters.

Diskussion

In dieser großen Multizenterstudie mit einem homogenen Kollektiv von Pat. mit Brustkrebs konnte anhand eines computergestützten neuropsychologischen Testverfahrens ermittelt werden, dass nahezu 2/3 der Pat. eine KD aufwiesen. Diese Funktionsstörung ist zwar im Allgemeinen milde ausgeprägt, hat aber dennoch eine signifikante sozialmedizinische Bedeutung, da sie die Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit – neben weiteren bekannten Faktoren (z. B. emotionale Befindlichkeit/Depression) – negativ beeinflussen kann. Aus diesem Grunde sollte der KD in der sozialmedizinischen Begutachtung und im Rahmen von Maßnahmen zur beruflich orientierten Rehabilitation größere Beachtung geschenkt werden.

Effekt der medizinischen Rehabilitation auf die sportliche Aktivität und Motivation bei Frauen nach Brustkrebs sechs Monate nach Entlassung aus der Reha-Einrichtung

Ralf, L. (1), Göhner, W. (2), Spörhase, U. (1), Bitzer, E.-M. (1)

(1) Pädagogische Hochschule Freiburg, (2) Katholische Hochschule Freiburg

Hintergrund

Viele Frauen nach einer Brustkrebserkrankung reduzieren während und nach der Behandlung den Umfang an körperlicher Aktivität und behalten diesen bewegungsarmen Alltag oftmals bei (Bock et al., 2013). Die medizinische Rehabilitation verfolgt das Ziel, diese Frauen in der Aneignung eines körperlich aktiven Lebensstils nachhaltig zu unterstützen. Die Reha-Therapiestandards „Brustkrebs“ der Deutschen Rentenversicherung fordern hierfür, dass mindestens 75 % der Rehabilitandinnen während der Rehabilitation Bewegungstherapie in einem zeitlichen Umfang von vier Stunden pro Woche erhalten, was größtenteils umgesetzt wird. Es gibt zudem Hinweise, dass Frauen, die an einer medizinischen Rehabilitation teilnehmen, ein Jahr nach der Operation körperlich aktiver sind als Frauen ohne Rehabilitation (Bock et al., 2013). Um jedoch ein körperlich aktives Verhalten zu beginnen und dauerhaft aufrecht zu erhalten, braucht es u.a. eine starke Zielintention und Selbstwirksamkeit (Fuchs et al., 2007). Ziel des Beitrages ist es herauszufinden, ob sich der Umfang der sportlichen Aktivität durch den Einfluss der med. Rehabilitation verändert und ob nachweisbare Veränderungen hinsichtlich Zielintention und Selbstwirksamkeit erzielt werden.

Methodik

In einer prospektiven Beobachtungsuntersuchung mit drei Messzeitpunkten (Reha-Beginn=T0, Reha-Ende=T1 und 6-Monats-Katamnese=T2) wird der Effekt der Rehabilitation auf die Stichprobe überprüft. Die Zielgruppe besteht aus Rehabilitandinnen mit der Hauptindikation „Mammakarzinom“, welche in zwei kooperierenden Reha-Einrichtungen im Zeitraum April 2015 bis Oktober 2016 die Standardversorgung der medizinischen Rehabilitation erhielten und durch eine Vorauswahl als sportlich wenig bis inaktiv während des letztens Monats identifiziert wurden (<60 Min/Wo). Primäres Zielkriterium ist die sportliche Aktivität (BSA-Fragebogen; Fuchs et al., 2015). Sekundäre Parameter sind die Zielintention (Seelig, Fuchs, 2006) und die spezifische Selbstwirksamkeit (Krämer, Fuchs, 2010). Die Auswertung der Sportaktivität erfolgte deskriptiv mit den dazugehörigen Konfidenzintervallen (95% CI). Die sekundären Zielkriterien wurden anhand von t-Tests auf bestehende Mittelwertsunterschiede geprüft. Die Einwilligung zur Teilnahme war freiwillig und die Befragung erfolgte verschlüsselt. Vorgestellt werden Ergebnisse für den Nachbeobachtungszeitraum von sechs Monaten nach Entlassung aus der Rehabilitationsklinik.

Ergebnisse

Es liegen Antworten von n=369 Rehabilitandinnen (55 % Klinik A, 45 % Klinik B) vor. Das Durchschnittsalter der Frauen beträgt 56 Jahre (SD=9,7). Die Prävalenz der sportlichen Aktivität liegt zum ersten Messzeitpunkt (T0) bei maximal 60 Min/Wo (Auswahlkriterium),

zum Ende des Rehabilitationsaufenthaltes (T1) sind die Befragten hingegen 206 Min/Wo (95 % CI=185–226 Min/Wo) sportlich aktiv, was fast dem geforderten Umfang für die Zielgruppe entspricht. Sechs Monate nach Reha-Ende (T2) geben die Frauen an, 84 Min/Wo (95 % CI=70–97 Min/Wo) sportlichen Aktivitäten nachzugehen (s. Abb. 1). Die Zielintention nimmt vom ersten (M=3,8; SD=1,2) zum zweiten Messzeitpunkt (M=4,1; SD=1,0; $t(362)=5,6$; $p=.001$) signifikant zu, fällt allerdings zum dritten Messzeitpunkt (T2), sechs Monate nach Reha-Aufenthalt (M=3,47; SD=1,5; $t(237)=-2,7$; $p=.007$), bis unter den Ausgangswert zurück. Die spezifische Selbstwirksamkeit (Initiierungs-, Aufrechterhaltungs- und Wiederaufnahme-Selbstwirksamkeit) steigt während des dreiwöchigen Reha-Aufenthaltes ebenfalls signifikant an (T0: M=3,5; SD=1,2; T1: M=3,8 (SD=1,0); $t(362)=5,3$; $p=.000$). Im weiteren Verlauf fallen die Werte aber auch zum Ausgangsniveau zurück (T2: M=3,4; SD=1,4; $t(239)=-1,1$; $p=.281$).

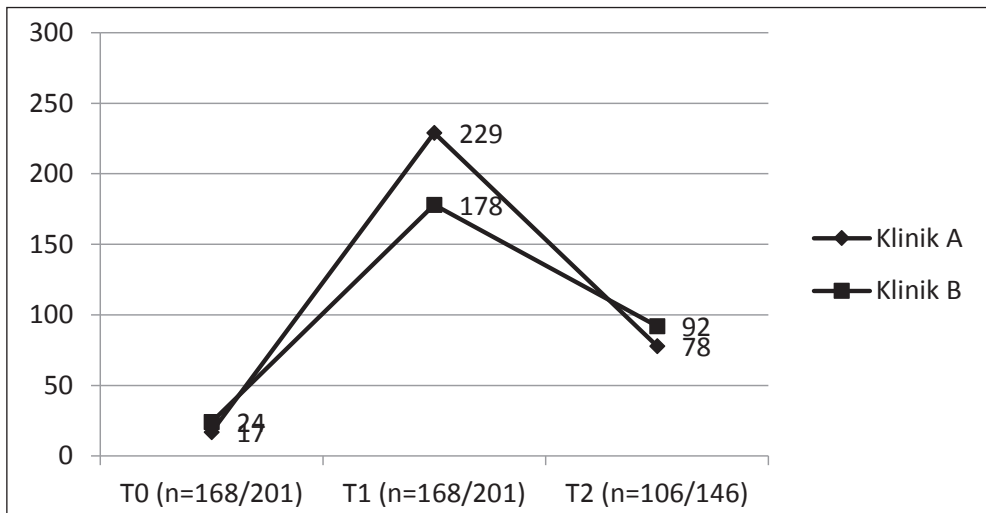


Abb. 1: Sportliche Aktivität in Minuten pro Woche.

Diskussion und Fazit

Sechs Monate nach Klinikentlassung sind die befragten Frauen mit etwa 60 Minuten pro Woche sportlich mehr aktiv als zu Beginn des Reha-Aufenthaltes, was die mittelfristige Wirkung der Standard-Rehabilitation bestätigt. Hinsichtlich der motivationalen Variablen Zielintention und spezifischen Selbstwirksamkeit konnte im Verlauf nach dem Klinik-Aufenthalt keine positive Veränderung erzielt werden. Folglich wird die Relevanz deutlich, spezielle Angebote zur kognitiven Unterstützung eines körperlich aktiven Lebensstils bei dieser Zielgruppe zu implementieren und zu evaluieren, um auch langfristig die sportliche Aktivität von Frauen nach Brustkrebs zu erhöhen.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Bock, C., Schmidt, M.E., Vrieling, A., Chang-Claude, J., Steindorf, K. (2013): Walking, bicycling, and sports in postmenopausal breast cancer survivors-results from a German patient cohort study. *Psycho-Oncology*, 22. 1291–1298.
- Fuchs, R. (2007): Das MoVo-Modell als theoretische Grundlage für Programme der Gesundheitsverhaltensänderung. In: Fuchs, R., Göhner, W., Seelig, H. (Hrsg.): *Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils: Theorie Empirie und Praxis*. Göttingen: Hogrefe. 317–326.
- Fuchs, R., Klaperski, S., Gerber, M., Seelig, H. (2015): Messung der Bewegungs- und Sportaktivität mit dem BSA-Fragebogen: Eine methodische Zwischenbilanz. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 23. 60–76.
- Krämer, L., Fuchs, R. (2010): Barrieren und Barrierenmanagement im Prozess der Sportteilnahme. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 18. 170–182. Seelig, H., Fuchs, R. (2006): Messung der sport- und bewegungsbezogenen Selbstkonkordanz. *Zeitschrift für Sportpsychologie*, 13. 121–139.

Diagnostik und Dokumentation des Therapieverlauf einer Chemotherapie induzierten Polyneuropathie (PNP) bei Mammakarzinom (MK) Patienten mittels posturographischer Untersuchung – Und Training bringt es doch

Seifart, U. (1), Helm, B. (1), Fischer, H. (2), Beneke, R. (2)

(1) Deutsche Rentenversicherung Hessen, Marburg

(2) Institut für Sportwissenschaft und Motologie, Philipps-Universität Marburg

Einleitung

Die Therapie des MK umfasst regelhaft die Applikation neurotoxischer Chemotherapien die eine periphere Polyneuropathie induzieren können.

Die Diagnostik von Polyneuropathien (PNP) erfolgt regelhaft mittels Anamnese und klinischer Untersuchung. Unberücksichtigt bleibt jedoch, wie diese Fähigkeiten und Fertigkeiten durch Nutzung sensibler und motorischer Ressourcen kompensiert werden.

In der vorliegenden Pilotstudie wurde die klinische Untersuchung durch eine posturographische Messungen ergänzt, um Unterschiede im Gleichgewichtsverhalten von Brustkrebs-Patientinnen mit Chemotherapie-Behandlung und daraus resultierender PNP im Vergleich z. B.ustkrebs-Patientinnen, die keine PNP entwickelt haben, aufzuzeigen und gleichzeitig ein Mittel zur Frühdiagnostik von Gleichgewichtsstörungen zu detektieren

Material und Methoden

100 an Brustkrebspatientinnen wurden, nach erfolgten positiven Ethikvotum, im Zeitraum von April 2013 bis März 2014 rekrutiert

Einschlusskriterien: Alter > 18Jahre, < 65 Jahre, eine PNP-induzierende Chemotherapie erhalten haben, deren Abschluss nicht länger als sechs Monate zurückliegt (Versuchs-

gruppe), bzw. keine PNP-induzierende Chemotherapie erhalten haben (Kontrollgruppe, gematcht in Alter, Geschlecht und TNM)

Ausschlusskriterien: fehlendes Einverständnis zur Befragung, Patientinnen, die die posterographische Untersuchung nicht durchführen können, bekannte Metastasen im zentralen oder peripheren Nervensystem

Die Studienteilnehmerinnen wurden im Labor des sportwissenschaftlichen Instituts der Philipps-Universität Marburg auf einer Kraftmessplatte (AMTI Force Plate; AMTI Inc., Waretown, USA) untersucht, wobei dem Untersucher nicht bekannt war welcher der beiden Untersuchungsgruppen die Pat. angehörte.

Resultate

Die Gruppe mit Chemotherapie und PNP zeigte in der posterographischen Untersuchung, insbesondere im Tandemstand mit geschlossenen Augen, eine signifikant größere Schwankungsbreite ($p=0,04$). In der Subgruppenanalyse zeigte sich das in der Gruppe der älteren Pat. (51–65J) dieser Unterschied ist auf einem Niveau von $p=0,034$ besonders ausgeprägt war. In der Verlaufsmessung nach 3 Wochen Rehabilitation konnten die Schwankungsbreite bei den Pat mit PNP signifikant gebessert werden. ($p<0,001$)

Diskussion

Die hier vorgestellte Untersuchung zeigt, dass eine PNP durch posterographische Untersuchungen ins besondere im Hinblick auf Funktionsdefizite sensibler als die klinische Untersuchung detektiert. Als besonders sensitiv für die klinische Diagnose einer PNP erscheint der Tandemstand mit geschlossenen Augen. Als Risikofaktoren für die Entwicklung einer Chemotherapie induzierten PNP fiel in der Subgruppenanalyse ein Alter von $> 50J$ auf. Diese Untersuchung ist die erste Untersuchung die zeigt, dass ein Gleichgewichtstraining in einer 3 wöchigen Rehabilitation in der Lage ist PNP bedingte Funktionsdefizite zu bessern.

Interessenskonflikte: Der Autor U. Seifart ist Chefarzt der Klinik Sonnenblick und damit Mitarbeiter der Deutschen Rentenversicherung Hessen.

Was verbinden Frauen nach Brustkrebs mit „körperlicher“ und „sportlicher Aktivität“ und durch welchen Begriff fühlen sie sich angesprochen? – Eine qualitative Untersuchung

Ralf, L. (1), Wallner, R. (1), Rolf, R. (1), Göhner, W. (2), Spörhase, U. (2), Bitzer, E.-M. (1)
(1) Pädagogische Hochschule Freiburg, (2) Katholische Hochschule Freiburg

Hintergrund

Körperliche und sportliche Aktivität spielen eine wichtige Rolle in der Tertiärprävention von Brustkrebs (AWMF, 2012). Trotz nachweislich positiver Effekte reduzieren Betroffene häufig den Umfang körperlicher und sportlicher Aktivitäten nach der Rehabilitation und behal-

ten einen bewegungsarmen Alltag bei (Bock et al., 2013; Broderick et al., 2013). Bislang unbekannt ist, inwiefern z. B. der Paradigmenwechsel, dass körperliche Aktivität nach einer Krebserkrankung nach aktuellem Stand der Wissenschaft empfohlen wird, eine veränderte Körperwahrnehmung oder auch Folgen der Therapie das subjektive Begriffsverständnis prägen und damit das Bewegungsverhalten nach der Erkrankung bestimmen. Das Ziel der Studie ist es zu untersuchen, ob bestimmte Einstellungen, Ängste, Hoffnungen oder Erwartungen mit den Begriffen zusammen hängen und als mögliche Barrieren oder negative Assoziationen das Bewegungsverhaltens beeinflussen. Hierfür wurde das subjektive Verständnis von sportlich aktiven (>60 Min/Wo) und inaktiven (<60 Min/Wo) Brustkrebspatientinnen zu den Begriffen körperliche Aktivität, sportliche Aktivität und Sport qualitativ erfasst.

Methodik

Für die Bestimmung von je fünf sportlich aktiven und inaktiven Frauen wurde vorab ein Kurzfragebogen zur Erfassung der Sportaktivität eingesetzt (Fuchs et al., 2015). Mit zehn leitfadengestützten Interviews wurden die Befragten während ihres stationären Aufenthalts im Rahmen der medizinischen Rehabilitation in einer Rehaklinik befragt. Der Interview-Leitfaden besteht aus einer teilstrukturierten Fragensammlung und die Fragen sind folgenden Kategorien zugeteilt: Kategorie A (subjektives Begriffsverständnis), Kategorie B (Einflussgrößen, z. B. Erfahrungen, Selbstbild, Erkrankung) und Kategorie C (Zusatz- und Abschlussfrage). Die Interviews wurden anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring mit dem Softwareprogramm MAXQDA ausgewertet.

Ergebnisse

Im Durchschnitt dauerten die Interviews 10 Minuten (Spannweite: 6 bis 16 Minuten). Die Interviewten sind 50,5 (SD=4,6) Jahre alt. Die Erstdiagnose liegt bei sechs der Befragten innerhalb des Jahres 2015 und bei drei der Frauen zwischen 2010 bis 2014. Sieben der zehn Patientinnen trafen eine klare Begriffsunterscheidung zwischen körperlicher Aktivität und sportlicher Aktivität. Der Begriff sportliche Aktivität wird zumeist mit Sport gleichgesetzt und auch mit Leistung verknüpft. „Also Sport ist für mich halt eben das, was halt eben Leistung auch ist, Leistung bringt. Was Olympiade oder sonst was in dieser Richtung geht.“ Des Weiteren wird sportliche Aktivität mit positiven Gefühlen wie Wohlbefinden und erhöhter Lebensqualität verbunden. Die Mehrheit der Befragten assoziiert mit körperlicher Aktivität Alltagsaktivitäten. „Unter körperlicher (.) (hm) Aktivität, ja, verstehe ich mehr, dass man im Haushalt das Alles wieder so erledigen kann, also diese üblichen Arbeiten“. In Verbindung mit der Erkrankung ist der Begriff Bewegung häufig genannt worden mit ausschließlich positiver Konnotation. „Also, sportliche Aktivität: Ich kann also aufgrund meines Gesundheitszustandes keinen Marathon oder sonst was laufen. Sondern für mich ist einfach Bewegung sportliche Aktivität. Auch in der Richtung Bewegung, wenn ich halt eben nur laufe. Das ist für mich diese „körperliche Aktivität“ und auch „sportliche Aktivität“. Assoziationen zu den Begriffen gehen vor allem mit selbstbezogenen Kriterien, Erfahrungen und einem allgemeinen gesellschaftlichen Begriffsverständnis einher.

Diskussion und Fazit

Die gehäufte Verwendung des Sport-Begriffs deutet auf den allgemein-gesellschaftlichen, feststehenden Status von Sport hin. Aus der Literatur bekannte Motive und Barrieren lassen sich in den Interviews wiedererkennen. Nach dem Verständnis der Brustkrebspatientinnen scheint körperliche Aktivität als Begriff für sportliche Angebote wenig sinnvoll, da die Frauen damit vorwiegend ihre Alltagsaktivitäten in Verbindung bringen und keine Herausforderung oder Anstrengung sehen. Sportliche Aktivität wurde in den Interviews kaum aufgegriffen, was auf ein geringes Begriffsverständnis hindeutet. Insgesamt sind die Begriffs-Assoziationen bei gleichem Begriffsverständnis mitunter sehr unterschiedlich und von individuellen Erfahrungen geprägt. Obwohl Sport von den meisten Befragten mit positiven Emotionen gleichgesetzt wurde und nur in wenigen Fällen negative Assoziationen auslöste, führt ein weniger leistungsbesetztes Synonym wie Bewegung möglicherweise zu einer höheren Akzeptanz. Ausblickend auf praktische Handlungsempfehlungen zur Begriffswahl von Bewegungsangeboten kann demnach empfohlen werden, das subjektive Begriffsverständnis bei der Planung und Durchführung von Bewegungsangeboten zu berücksichtigen.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2012): Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. URL: <http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/OL/leitlinien.html>, Abruf: 30.10.2016.
- Bock, C., Schmidt, M.E., Vrieling, A., Chang-Claude, J., Steindorf, K. (2013): Walking, bicycling, and sports in postmen-opausal breast cancer survivors-results from a German patient cohort study. *Psycho-Oncology*, 22. 1291–1298.
- Broderick, J.M., Hussey, J., Kennedy, M.J., O'Donnell, D.M. (2013): Testing the 'teachable moment' premise: does physical activity increase in the early survivorship phase? *Supportive Care in Cancer*, 22. 989–997.
- Fuchs, R., Klaperski, S., Gerber, M., Seelig, H. (2015): Messung der Bewegungs- und Sportaktivität mit dem BSA-Fragebogen: Eine methodische Zwischenbilanz. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 23. 60–76.

Return to work – Wertigkeit des 6-Minuten-Gehtests als prognostischer Marker bei Patienten mit einem lokalisierten oder lokal fortgeschrittenen Nichtkleinzelligen Lungenkarzinom (NSCLC)

Seifart, U. (1), Schroedel, T. M. (1), Rick, O. (2)

(1) Deutsche Rentenversicherung Hessen, Marburg,

(2) Klinik Reinhardshöhe, Bad Wildungen

Einleitung

Während die Inzidenz des Lungenkarzinom stetig steigt, verbessert sich die Prognose der Erkrankung zunehmend, so dass immer mehr NSCLC Patienten ihre Erkrankung überleben. Aus diesem Grunde stehen viele Patienten vor den Frage bzw. der Problematik des „Return to work“. Aktuell existieren keine Kennzahlen anhand derer ein Return to work abgeschätzt werden könnte. Also eine Messung die ein Hinweis darauf bietet ob der Patient einer besonderen beruflichen Problemlage ausgesetzt werden könnte oder nicht.

Der 6-MGT, der Vorhersagen zu Mortalität und Morbidität treffen kann, könnte ein solches Instrument sei. Somit stellt sich die Frage, ob der 6-MGT auch als prognostischer Marker dafür dienen kann, ob ein Patient mit einem NSCLC nach Abschluss der Behandlung wieder in das Berufsleben zurückkehren kann, wenn eine bestimmte Verbesserung seiner Leistung im Gehtest vorliegt.

Dieser Fragestellung wurde in der vorliegenden Untersuchung nachgegangen.

Material und Methode: Nach positivem Votum der Ethikkommission der Uni Marburg, wurden 236 Patienten, die an einer der beiden teilnehmenden Rehabilitationskliniken behandelt wurden mittels Fragebogen angeschrieben. 46 Patienten erklärten ihre Zustimmung an der Teilnahme an der Studie.

Einschlusskriterien: Z. n. Operation eines NSCLC (nicht länger als 6 Monate zurück liegend), Alter < 65 Jahre, Tumorstadium Ia-IIIb nach UICC (7. Auflage)

Ausschlusskriterien: Fehlendes Einverständnis zur Befragung, Bezug einer EM-Rente (befristet oder unbefristet), Neoadjuvante Radiochemotherapie, Alter > 65 Jahre, Operation der Lunge mehr als 6 Monate zurück liegend.

Bei allen Patienten wurden neben der Erfassung des 6 min Gehtestes am Anfang und am Ende der Rehabilitation, eine Analyse des Versicherungskonto des Patienten durchgeführt um die Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit zu evaluieren.

Resultate

Der Mittelwert der Differenz im 6 min Gehtest bei der Gruppe der Nicht berufstätigen betrug 75,68m, bei den Berufstätigen bei 131,67m. Dieser Unterschied ist mit einem p-Wert von 0,054 bei einem Signifikanzniveau von = 0,05 nicht signifikant.

In Hinblick auf Mortalität und Morbidität ist die Verbesserung des 6 min Gehtestes von mehr als 54m innerhalb von 3 Wochen wesentlicher aussagekräftiger als die Gesamtverbesserung. Analysiert man die Gruppe unter diesem Gesichtspunkt zeigt sich, dass bei

den Berufstätigen 81 %, eine Verbesserung im Gehstest um 54m aufweisen, während dies bei den nicht Berufstätigen in 59,1 % zu beobachten ist. Auch dieser Unterschied ist mit einem $p=0,124$ nicht signifikant, wobei der Korrelationskoeffizienten mit 0,238 positiv ist.

Diskussion

Patienten mit einem NSCLC Stad IA-IIIB die während einer onkologischen Rehabilitation keine Verbesserung des 6 min Gehstestes von 54m schaffen unterliegen einem erhöhten, allerdings nicht signifikanten Risiko nicht wieder in den Beruf zurückkehren zu können und sollten diesbezüglich beraten und betreut werden. Die in dieser Untersuchung verfehlte Signifikanz erklärt sich möglicherweise durch die kleine Stichprobe. Die hier gemessenen Resultate sollten Anlass geben diese in einer größeren Kohorte zu verifizieren.

Interessenskonflikte: Der Autor U. Seifart ist Chefarzt der Klinik Sonnenblick und damit Mitarbeiter der Deutschen Rentenversicherung Hessen.

Sozialmedizinische Outcomes von Prostatakrebspatienten drei Jahre nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme: Ergebnisse einer prospektiven Studie

Bergelt, C. (1), Ullrich, A. (1), Rath, H. (1), Otto, U. (2), Kerschgens, C. (3), Raida, M. (4), Hagen-Aukamp, C. (5), Koch-Gromus, U. (1)

(1) Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,

(2) Kliniken Quellental/Birkental, Bad Wildungen, (3) Vivantes Rehabilitation, Berlin,

(4) HELIOS Klinik Bergisch-Land, Wuppertal, (5) Niederrhein-Klinik, Korschenbroich

Hintergrund

Die rehabilitationswissenschaftliche Studienlage zu berufsbezogenen Fragestellungen im Indikationsbereich Onkologie ist in Deutschland bislang noch begrenzt. Erste Studien weisen darauf hin, dass ca. 80 % der Krebspatientinnen und -patienten ein Jahr nach Abschluss einer Rehabilitationsmaßnahme zur Arbeit zurückgekehrt sind (Mehnert, Koch, 2012; Böttcher et al., 2013). Internationale Studien zum Thema Rückkehr zur Arbeit bei Krebspatienten beziehen sich zumeist auf einen Beobachtungszeitraum von 12 bis 18 Monaten nach Diagnosestellung (z. B. Bradley et al., 2007; de Boer et al., 2008; Oberst et al., 2010). Es fehlt bislang an prospektiven Studien, die Patienten über längere Zeiträume beobachten und neben der eigentlichen Rückkehr zur Arbeit auch die Nachhaltigkeit der beruflichen Reintegration untersuchen.

Methode

In einer multizentrischen prospektiven Studie wurden Prostatakrebspatienten zu Beginn und am Ende der Rehabilitationsmaßnahme (T1, T2, N=837) sowie 12 Monate (T3, n=711) und 36 Monate nach Ende der Rehabilitationsmaßnahme (T4, n=519) befragt. Eingeschlossen wurden Prostatakarzinom-Patienten (kein Lymphknotenbefall, keine Metastasen) in Anschlussheilbehandlung nach radikaler Prostatektomie, die bei Reha-Beginn nicht älter

als 64 Jahre und vor Diagnosestellung erwerbstätig waren. Neben medizinischen, soziodemografischen und psychosozialen Parametern (Depressivität und Angst, HADS; Lebensqualität, EORTC QLQ-C30) wurden sozialmedizinische Outcomes zum Katamnesezeitpunkt anhand des Selbstberichts der Patienten und mit validierten Instrumenten (AVEM, ERI) erhoben. Prädiktoren für eine nicht erfolgreiche Rückkehr zur Arbeit wurden regressionsanalytisch bestimmt. Dazu wurden, ausgehend von univariaten Analysen (zur Arbeit zurückgekehrte vs. nicht zurückgekehrte Patienten) potenzielle soziodemografische, medizinische, psychosoziale und arbeitsbezogene Prädiktorvariablen auf Multikollinearität untersucht und auf Basis dieser statistischen Entscheidungskriterien in die Regressionsanalyse eingeschlossen.

Ergebnisse

Drei Jahre nach Ende der Rehabilitationsmaßnahme sind 73 % der Befragten zur Arbeit zurückgekehrt, 22 % wurden frühzeitig berentet. Nur knapp 8 % der Patienten sind zum Katamnesezeitpunkt T4 arbeitsunfähig, 10 % waren innerhalb der letzten 12 Monate sechs Wochen oder länger krankgeschrieben. Die Zeit bis zur beruflichen Rückkehr nach Ende der Rehabilitationsmaßnahme beträgt unter den zur Arbeit zurückgekehrten Patienten im Mittel knapp 14 Wochen (Median: 9 Wochen). Der überwiegende Teil der Rehabilitanden ist an den alten Arbeitsplatz zurückgekehrt und übt dort die gewohnten Tätigkeiten aus. Lediglich 12 % berichten eine Veränderung der wöchentlichen Arbeitszeit.

Zur Arbeit zurückgekehrte Patienten sind bei Reha-Beginn im Durchschnitt vier Jahre jünger als Patienten, die 36 Monate nach Rehabilitationsende nicht arbeiten (zurückgekehrt: $M=55.3$, nicht zurückgekehrt: $M=59.6$, $p<.001$) und haben höhere Schulabschlüsse (35 % Fachhochschulreife/Abitur vs. 21 % der nicht zurückgekehrten Rehabilitanden; $p=.012$).

Hinsichtlich des sozio-ökonomischen Status gehören 29 % der zurückgekehrten und 16% der nicht zurückgekehrten Patienten der Oberschicht an ($p=.003$).

Die binär logistische Regression zur Identifikation von Prädiktoren dafür, 36 Monate nach Rehabilitationsende nicht zu arbeiten ergibt, dass höheres Alter, die Zugehörigkeit zur Unter- oder Mittelschicht, ein ausgeprägtere Fatigue-Symptomatik (EORTC) am Ende der Rehabilitation sowie die Nutzung der beruflichen Bewältigungsstrategien Schonung und Resignation (AVEM) die Wahrscheinlichkeit, 36 Monate nach Rehabilitationsende nicht zu arbeiten, signifikant erhöhen (Varianzaufklärung, Nagelkerke's R^2 : 55 %).

Diskussion

Mit 73 % der Prostatakrebspatienten, die drei Jahre nach Rehabilitationsende noch im arbeitsfähigen Alter sind, gelingt es einem substanziellen Anteil der Patienten, langfristig wieder ins Berufsleben zurückzukehren. Viele Rehabilitanden scheinen auch auf lange Sicht keine schwerwiegenden Komplikationen im Rahmen ihrer beruflichen Rückkehr erleben (wie z. B. Stundenreduktion, Wechsel des Arbeitgebers, Probleme mit dem Arbeitsumfeld). Einige der ermittelten Risikofaktoren für die nicht erfolgreiche Rückkehr zur Arbeit (stärker ausgeprägte Fatigue bei Reha-Ende, Schonung und Resignation als berufliche Bewältigungsmuster) bieten Ansatzpunkte für die Identifikation von Risikogruppen und die

differenzielle Zuweisung zu spezifischen berufsbezogenen Unterstützungsangeboten während und nach der Rehabilitation.

Förderung: Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung im Lande Nordrhein-Westfalen

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 Rehabilitation. *Rehabilitation (Stuttg)*, 52. 329–336.
- Bradley, C.J., Neumark, D., Luo, Z.H., Schenk, M. (2007): Employment and cancer: Findings from a longitudinal study of breast and prostate cancer survivors. *Cancer Investigation*, 25 (1). 47–54.
- 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. *Br J Cancer*, 98 (8). 1342–1347.
- Mehnert, A., Koch, U. (2012): Predictors of employment among cancer survivors after medical rehabilitation – a prospective study. *Scand J Work Environ Health*, 39. 76–87.
- Oberst, K., Bradley, C.J., Gardiner, J.C., Schenk, M., Given, C.W. (2010): Work task disability in employed breast and prostate cancer patients. *J Cancer Surviv*, 4 (4). 322–330.

Fatigue-Bewältigung in der onkologischen Rehabilitation. Welche Unterstützung ist aus Patientensicht erforderlich?

Kähner, H., Leibbrand, B.

- (1) Institut für Rehabilitationsforschung Norderney e.V.,
(2) Salzetalklinik, Deutsche Rentenversicherung Westfalen, Bad Salzuflen

Hintergrund

Die tumorassoziierte Fatigue zählt zu der häufigsten Komorbidität bei Krebspatienten (Hornbeier et al., 2012). Symptome einer Fatigue sind körperliche, emotionale und kognitive Erschöpfungszustände, die nicht im Zusammenhang mit anstrengenden Tätigkeiten stehen und die sich kaum durch ausreichende Erholungszeiten verbessern (NCCN, 2014). Es besteht ein hoher Bedarf an Patientenschulungen zur Fatigue-Bewältigung. Hierfür stellt besonders die Rehabilitation ideale Ausgangsbedingungen bereit. Allerdings existieren für die stationäre Rehabilitation bisher nur unzureichende Informationen über Inhalte und Prozessabläufe von fatiguespezifischen Schulungskonzepten. Der vorliegende Beitrag greift in diesem Zusammenhang die Frage auf: Welche Unterstützungsangebote sind aus Sicht onkologischer Patienten für die Bewältigung ihrer Fatigue während einer Rehabilitation erforderlich?

Methoden

Im Rahmen der „Fatigue-Management Studie“ wurden vier leitfadengestützte Gruppeninterviews mit insgesamt 16 Rehabilitanden zum Ende einer onkologischen Rehabilitation geführt. Die Interviewten wiesen im Fatigue-Screening (numerische Ratingskala, Range: 0–10 (10 = maximale Erschöpfung); NCCN, 2014) einen mittleren Wert von $6,5 \pm 1,4$ (Range: 5–10) auf. Die Interviews wurden digital aufgezeichnet, transkribiert und entlang festgelegter Kategorien inhaltsanalytisch ausgewertet (Mayring, 2010). Vorgestellt werden Ergebnisse der Kategorien: (1) Fatigue-Beschwerden; (2) Erwartungen an die Rehabilitation; (3) Bewertung der Therapien und Verbesserungsvorschläge.

Ergebnisse

Die Interviewten beschreiben ihre Fatigue als einen Symptomkomplex, der eine starke Müdigkeit, Kraftlosigkeit und Antriebslosigkeit umfassen kann: „Und dann ging einfach gar nichts mehr [...] dieser Antrieb und diese Kraft war einfach nicht mehr da.“ (GI 2, Abs. 19). Kognitive Einschränkungen werden als problematisch beschrieben. Die Interviewten haben Schwierigkeiten komplexe Zusammenhänge zu verstehen sowie alltägliche Dinge zu erledigen: „alleine das Besuch kriegen, das war schon anstrengend, also den Menschen zuzuhören [...]“ (GI 3, Abs. 25) oder „komplexe Bücher oder ähnliches habe ich gemieden. Ganz bewusst, weil ich es überhaupt nicht so erfassen konnte“ (GI 4, Abs. 81).

Von der Rehabilitation erwarten die Interviewten „auf jeden Fall meine körperliche Fitness wieder herzustellen, aber auch mental, [...] besser mit Stress umgehen zu können, Strategien zu entwickeln, wie ich meine eigenen Grenzen besser sehe und vor allen Dingen auch danach handeln kann.“ (GI 2, Abs. 57). Letztendlich wünschen sich die Interviewten „den Alltag wieder gut zu bewältigen“ (GI 3, Abs. 32) und „wieder in meinem Beruf zu arbeiten“ (GI 2, Abs. 53).

Die allgemeine Bewertung der Rehabilitation fällt positiv aus. (Teil-)Erfolge werden in den Bereichen körperliche Fitness („Ich habe wirklich an Kraft zugewonnen.“ (GI 1, Abs. 35)), Stressbewältigung, Entspannung und Tipps für eine gesunde Ernährung genannt.

Kritisiert wurde, dass der Bereich Fatigue nur selten von den Klinikmitarbeitern angesprochen wurde. Es bestand Einigkeit, dass das Thema Fatigue „gleich zu Beginn der Reha fest im Plan verankert gewesen“ sein müsste (GI 2, Abs. 275). Die Interviewten wünschten sich individuell ausgerichtete Gedächtnistrainings. Sie vermissten Informationen über Fatigue-Symptome, Bewältigungsstrategien und Maßnahmen für die Nachsorge: „Wenn du am Tag müde bist oder wenn du mal wieder zur Arbeit gehst und [dich] überfällt da nach drei Stunden die Müdigkeit. Was machst du dann? Nein, darüber habe ich hier nichts erfahren“ (GI 2, Abs. 66). Zudem wurde eine auf die Bedürfnisse der Fatigue-Patienten abgestimmte Therapieplanung gewünscht: „Wenn man sowieso schon unter Müdigkeit leidet, ist es ganz schwer wirklich drei Seminaren zu folgen [...]“ (GI 3, Abs. 75) oder „Ja zum Beispiel Walken und direkt Radfahren hinterher, das geht nicht [...]“ (GI 3, Abs. 87).

Schlussfolgerung

Die Steigerung der physischen, psychischen und mentalen Leistungsfähigkeit, um Alltag und Beruf wieder bewältigen zu können, sind die angestrebten Ziele der Fatigue-Patienten. Um diese Ziele zu erreichen, müssen die Angebote einer onkologischen Rehabilitation durch fatiguespezifische Therapien und Bewältigungsstrategien, wie Energiespar- und Aktivitätsmanagement, sowie Handlungsanweisungen für die Nachsorge ergänzt werden. Die Ergebnisse der Interviews wurden im Team einer Rehabilitationsklinik diskutiert und in Expertensitzungen ein bedarfsorientiertes Fatigue-Schulungsmodul entwickelt. Dieses Modul wird zurzeit evaluiert.

Förderung: Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e.V. Norderney

Literatur

- Horneber, M., Fischer, I., Dimeo, F., Ruffer, J.U., Weis, J. (2012): Tumor-assoziierte Fatigue: Epidemiologie, Pathogenese, Diagnostik und Therapie. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 109 (9). 161–172.
- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (2014): Cancer related fatigue. Version 1.2014. http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp.
- Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Mey, G. & Mruck, K. (Hrsg.) Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. VS. 601–613.

Implementierung von elektronischem Routine- und Home-Monitoring in einer stationären onkologischen Rehabilitationseinrichtung – Das REHA-GESUNDHEITSPORTAL

*Riedl, D. (1), Wintner, L. M. (1), Nickels, A. (1), Licht, T. (2),
Holzner, B. (1), Rumpold, G. (1)*

(1) Medizinische Universität Innsbruck,

(2) Onkologisches Rehabilitationszentrum St. Veit im Pongau

Hintergrund

Die elektronische Erhebung von Patient Reported Outcomes (ePRO), d. h. Einschätzungen des eigenen Gesundheitszustandes durch den betroffenen Patienten selbst, stellt in der onkologischen Routine eine wichtige Ergänzung zu traditionellen klinischen Outcome-Parametern dar. Durch die Erhebung von ePRO-Daten, wie bspw. die gesundheitsbezogene Lebensqualität, kann die Perspektive der PatientInnen in die Gesundheitsversorgung mit einbezogen werden und somit sowohl zur verbesserten Krankheitsverabreichung und Symptomkontrolle beitragen, als auch wertvolle Hinweise für die Evaluation von Rehabilitationsangeboten liefern. Die Verwendung von web-basierten PatientInnenportalen ermöglicht es ePROs auch außerhalb der Behandlungseinrichtung zu erheben, wodurch sich nicht nur die langfristige Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Rehabilitationsbehandlung evaluieren lässt, sondern durch Informations- und Edukationsinhalte im Portal auch nachhaltig die Selbstmanagement-Fähigkeiten der PatientInnen verbessern kann.

Das Ziel der vorliegenden Studie war daher die Implementierung eines elektronischen Routinemonitorings im onkologischen Rehabilitationszentrum St. Veit im Pongau (Österreich). Das Routinemonitoring umfasst die strukturiert und standardisiert ePRO-Datenerhebung zu Beginn und zum Ende der Rehabilitationsbehandlung. Um auch Informationen zur Nachhaltigkeit der Rehabilitationsbehandlung zu sammeln wurde des Weiteren ein PatientInnen Portal entwickelt, in dem die PatientInnen im ersten Jahr nach der Rehabilitation von zu Hause aus an der PRO Erhebung teilnehmen können.

Methode

Um eine möglichst effektive und reibungslose Implementierung erreichen zu können, wurden von Anfang an alle relevanten InteressensvertreterInnen in den Prozess der ePRO-Implementierungsstrategie mit einbezogen. Themen wie der Zweck der PRO-Datenerhebung, die Auswahl der PRO-Erhebungsinstrumente, die Integration in den klinischen Routineablauf sowie die schrittweise Implementierung der Routine-Erhebung wurden vor Eröffnung des neuen Rehabilitationszentrums in mehreren Treffen diskutiert vor Ort. Um eine bestmögliche Implementierung zu ermöglichen wurden wechselweise Trainings und Prozessevaluationen abgehalten. Für die elektronische Datenerhebung wurde auf Basis der etablierten Software „Computer-based Health Evaluation System“ (CHES) das web-basierte REHA-GESUNDHEITSPORTAL entwickelt, in dem die PatientInnen an der ePRO Erhebung teilnehmen können und zusätzlich wichtige Informationen und Edukationen rund um die onkologische Rehabilitation finden.

Resultate

Mit der Eröffnung des Rehabilitationszentrums im Januar 2014 wurde die Routine-ePRO Erhebung gestartet. Initial wurde die Datenerhebung analog durchgeführt, um in der Eröffnungsphase des neuen Rehabilitationszentrums einen möglichst reibungslosen Einstieg der administrativen und klinischen Abläufe zu garantieren. Die PatientInnen erhielten vier Wochen vor ihrem Rehabilitationsantritt PRO-Fragebögen und klinischen Anmeldeunterlagen per Post zugeschickt. In den Unterlagen war auch ein Anschreiben mit der Bitte die Unterlagen vor dem Rehabilitations-Antritt zurückzuschicken enthalten. Im Juni 2014 wurde der Erhebungsmodus auf die elektronische Datenerhebung umgestellt, wobei die PatientInnen nur mehr die Anmeldeunterlagen und ihre persönlichen Anmeldeinformationen für das PatientInnenportal postalisch zugeschickt bekamen. Zwischen Oktober 2014 und September 2015 wurden drei Evaluationen mit anschließenden Trainingseinheiten abgehalten. Als Resultat dieses schrittweisen Evaluierungsprozesses wurde das Anschreiben an die PatientInnen verändert, was zu einer stark verbesserten Teilnehmerate führte (von anfänglich 22 % auf 98 %), die ePRO Daten wurden in den Entlassungsbefund integriert und die Follow-Up Erhebungen mit Beginn Herbst 2016 wurden geplant.

Diskussion und Ausblick

Das elektronische Routinemonitoring konnte erfolgreich in die klinische Routine vor und nach dem stationären Rehabilitationsaufenthalt integriert werden. Auf Basis der erhobenen ePRO-Daten konnten individualisierte Behandlungspläne entworfen und eine fortlaufende Evaluierung und Qualitätskontrolle der angebotenen Leistungen erbracht werden. Die Erweiterung der ePRO Erhebung durch das REHA-GESUNDHEITSPORTALS mit der Möglichkeit des Home-Monitorings nach Ende der Rehabilitation eröffnet die Möglichkeit sowohl die langfristige Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Rehabilitationsmaßnahmen zu evaluieren, als auch die Selbstmanagement-Fähigkeiten der PatientInnen zu unterstützen.

Unsere Studie zeigt, dass fortlaufende Prozessevaluationen und individuell zugeschnittene Trainings notwendig sind um einen möglichst reibungslosen Ablauf der ePRO Erhebungen in der jeweiligen Rehabilitationseinrichtung zu ermöglichen.

Interessenskonflikte: Die Co-Autoren B. Holzner und G. Rumpold besitzen die geistigen Eigentumsrechte der Software CHES.

Geriatrische PatientInnen in der stationären onkologischen Rehabilitation – Aspekte der Lebensqualität und psychische Belastung

Riedl, D. (1), Nickels, A. (1), Licht, T. (2), Loth, F. L. (1), Rumpold, G. (1), Holzner, B. (1)

(1) Medizinische Universität Innsbruck,

(2) Onkologisches Rehabilitationszentrum St. Veit im Pongau

Hintergrund

Mit der zunehmenden durchschnittlichen Lebenserwartung in den westlichen Industrieländern steigt die Zahl der Krebserkrankungen kontinuierlich an. Da aufgrund verbesserter Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten auch die Zahl der Langzeitüberlebenden von Krebserkrankungen stetig steigt, stellt v. a. die langfristige Versorgung älterer PatientInnen nach einer Krebserkrankung eine zunehmende Herausforderung dar. Zur Zeit gibt es jedoch noch verhältnismäßig wenig gesichertes Wissen bezüglich der spezifischen Bedürfnisse geriatrischer PatientInnen in der onkologischen Rehabilitation.

Das Ziel der vorliegenden Studie war es daher zum einen die psychische Belastung sowie den psychoonkologischen Behandlungsbedarf geriatrischer PatientInnen in einer stationären Rehabilitationseinrichtung zu untersuchen und weiters zu evaluieren inwiefern geriatrische PatientInnen von der stationären onkologischen Rehabilitationsbehandlung in Bezug auf ihre Lebensqualität und psychischer Belastung profitieren.

Methodik

Die Daten eines routinemäßig durchgeführten Lebensqualitäts- und Belastungsscreenings einer stationären onkologischen Rehabilitationseinrichtung, welche für eine vorhergegangene Evaluierung der Wirksamkeit der Behandlung erhoben wurden, konnten für die vorliegende Studie als Grundlage verwendet werden. Die PatientInnen wurden ab einem Alter von 70 Jahren der geriatrischen Stichprobe zugeordnet.

Der psychoonkologische Betreuungsbedarf wurde vor der Rehabilitationsbehandlung erhoben. Zur Evaluierung der Wirksamkeit der Rehabilitationsmaßnahme beantworteten die PatientInnen vor- und nach dem stationären Aufenthalt den EORTC Quality of Life Questionnaire Core-30 (QLQ-C30) sowie die Hospital Anxiety And Depression Scale (HADS).

Die Datenanalyse erfolgte mittels deskriptiver Statistik, der Vergleich der geriatrischen Stichprobe mit den jüngeren PatientInnen erfolgte mittels Chi-Quadrat, wiederholter Varianzanalysen (repeated measures ANOVA mit der Altersgruppenzuordnung als Kovariate), sowie Effektstärkenberechnung (Cohens' d).

Ergebnisse

In der Studie wurden 184 PatientInnen >70 Jahre eingeschlossen, die eine stationären onkologische Rehabilitationsbehandlung in Anspruch nahmen. Das durchschnittliche Alter der geriatrischen Stichprobe lag bei 74,8 Jahren (+ 3,6 Jahre, Spannweite: 70 – 88 Jahre), 52,2 % waren weiblich und die häufigsten Krebsdiagnosen waren Brustkrebs (19,6 %), kolorektale Karzinome (12,5 %) sowie hämatologische Tumore (12,5 %). Die PatientInnen wurden mit 749 jüngeren PatientInnen der Reststichprobe (durchschnittliches Alter: 54,7

+/- 9,8 Jahre; 61,7 % weiblich) verglichen Die geriatrischen PatientInnen zeigten vor der Rehabilitationsbehandlung signifikant geringere Angstwerte ($d=0,21$) sowie geringere finanzielle Belastung durch die Erkrankung ($d=0,26$) als die jüngere Vergleichsstichprobe. Sie berichteten jedoch auch von deutlich geringerer körperlicher Funktionsfähigkeit ($d=0,29$) und gaben an stärker unter Dyspnoe zu leiden ($d=0,21$).

In der geriatrischen Stichprobe war der Anteil der psychisch belasteten PatientInnen vor der Reha-Behandlung vergleichbar mit der jüngeren Stichprobe (24,7 % vs. 28,1 %; $\text{Chi}^2=0,85$, $p=0,36$), es äußerten jedoch signifikant weniger geriatrische PatientInnen den Wunsch nach einem psychoonkologischen Schwerpunkt in der Rehabilitation (40 % vs. 50,8 %; $\text{Chi}^2=6,78$, $p=0,009$) und signifikant weniger geriatrische PatientInnen gaben an, im Vorfeld der Rehabilitationsbehandlung psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen zu haben (9,9 % vs. 24,8 %; $\text{Chi}^2=18,87$, $p<0,001$). Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der geriatrischen und der jüngeren Stichprobe hinsichtlich der Verbesserung der Lebensqualität, bzw. Reduktion der psychischen Belastung im Laufe der Reha-Behandlung. Lediglich hinsichtlich des physikalischen Funktionsniveaus zeigten die geriatrischen PatientInnen eine stärkere Verbesserung ($F=4,5$, $p<0,001$, $d=0,21$), was jedoch zum Teil durch die schlechteren Werte vor dem Reha-Beginn zu erklären ist.

Diskussion und Ausblick

In unserer Studie fanden sich nur geringe Unterschiede hinsichtlich der Lebensqualität und der psychischen Belastung zwischen geriatrischen PatientInnen und der jüngeren Vergleichsstichprobe zu Beginn der Rehabilitation. Die geriatrischen PatientInnen hatten jedoch zu einem viel geringeren Anteil vor Reha-Antritt bereits psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen und äußern auch seltener Bedarf nach einem psychoonkologischen Schwerpunkt während der Rehabilitation, wobei sie im selben Ausmaß von stationären onkologischen Rehabilitationsprogrammen profitieren wie jüngere PatientInnen. Um zu vermeiden, dass dieses PatientInnensegment in der onkologischen Rehabilitation psychoonkologisch unterversorgt wird, ist daher der Einsatz von Routine-Screening mit Fokus auf psychische Belastungen empfehlenswert. Zur Evaluierung der Nachhaltigkeit der Rehabilitationsbehandlung werden weitere longitudinale Studien benötigt.

Interessenskonflikte: Die Co-Autoren B. Holzner und G. Rumpold besitzen die geistigen Eigentumsrechte der Software CHES.

Was pneumologisch Kranke von der Rehabilitation erwarten

Berghem, S.

Fachklinikum Borkum

Hintergrund und Stand der Literatur, Zweck der Untersuchung

Dass Patienten mit einer chronischen Lungenerkrankung von einer stationären Rehabilitation in jedem Alter und mit jeder Ausprägung der Erkrankung profitieren, ist hinlänglich bekannt (Gurgun, 2016; Schroff, 2016).

Unter der Hypothese, dass Rehabilitanden, die sich in einer Rehabilitationsfachklinik wohl fühlen, häufiger die Rehabilitation mit einem besseren Ergebnis beenden, sollte mittels dieser Untersuchung die Erwartungshaltung von Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen untersucht werden.

Methodik, Studiendesign

Menschen mit chronischen Lungenerkrankungen wurden über Selbsthilfegruppen gebeten, sich an einer Online-Befragung zu beteiligen. 264 Teilnehmer folgten dieser Einladung.

Ergebnisse

83 % der Teilnehmer gaben an, bereits Rehabilitationserfahrung zu haben (durchschnittlich 2,94 mal, Maximum 20 mal), sie waren im Durchschnitt 61,3 Jahre alt. Bei der Frage, wo ihrer Meinung nach die Rehabilitation durchgeführt werden sollte, konnten sich 60,5 % der Aussage: „wo ist eigentlich egal, Hauptsache gut“ anschließen. Wenn eine Region angegeben wurde, war dies in je 42 % die Nord- oder Ostsee.

Bei der Frage, welcher Arzt sie behandeln sollte, fanden 75,2 %, dass es ein passender Facharzt sein sollte, 66 % wünschten sich einen Arzt mit guten deutschen Sprachkompetenzen, jedoch nur 9,7 % setzen eine perfekte deutsche Sprache voraus. Das Geschlecht des Arztes schien unwesentlich, mit je 1,8 % wurde explizit ein männlicher oder weiblicher Arzt gefordert.

Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen bevorzugen mit großem Abstand eine leitliniengerechte schulmedizinische Therapie (85,1 %), jede komplementärmedizinische Behandlungsform wurde seltener als 5 % gewählt.

Von der Rehabilitation wird als häufigste Leistung mit 67,5 % intensive Diagnostik gewünscht, Überprüfung / Neueinstellung der Therapie zu 49,1 %. intensive Schulung zu 45,5 %. Bei den konkreten Therapien wird zu 37,3 % körperliches Training unter Sauerstofftherapie erwartet, ein Angebot zur Raucherentwöhnung zu 16,7 %. Psychologische Beratung und Sozialberatung werden von etwa jedem Vierten gewünscht (25,0 % / 27,3 %). Im Durchschnitt wurden 4,56 Stunden Therapie täglich erwartet.

Auch nach Rehabilitationszielen wurde gefragt: mit 81,1 % ging es den Patienten um ein Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit, gefolgt von „ich möchte weniger Beschwerden haben“ und „ich möchte lernen, besser mit meiner Erkrankung umzugehen (72,4 % / 63,0 %). Am seltensten angegeben wurden „ich brauche eine Auszeit, Abstand vom Alltag“ und „ich möchte mich erholen“ angegeben. Obwohl 70,4 % der Teilnehmer Rentner oder in Erwerbsminderungsrente waren, gaben 46,5 % an, durch eine Reha arbeitsfähig(-er) werden zu wollen.

Diskussion

In dieser Untersuchung konnten überwiegend realistische und realisierbare Erwartungen der Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen ermittelt werden. 2/3 der Teilnehmer erwarteten allerdings intensive Diagnostik. Von einzelnen Rehabilitanden immer wieder vehement eingeforderte ergänzende Behandlungsverfahren oder Ernährungsformen werden nur von einer sehr geringen Zahl Betroffener gewünscht.

Allerdings muss man bei der Bewertung dieser Ergebnisse die teils umfangreiche Rehabilitationserfahrung der Patienten berücksichtigen. Es ist nicht auszuschließen, dass die realistische Vorstellung der Rehabilitanden wesentlich von der Realität geprägt wurde.

Schlussfolgerungen, Umsetzung und Ausblick

Die pneumologische Rehabilitation bietet den Rehabilitanden ein Angebot, das den meisten Bedürfnissen der Betroffenen gerecht wird. Es erscheint sinnvoll, durch eine umfangreichere Untersuchung gezielt nach den Erwartungen jüngerer Patienten ohne Rehabilitationserfahrung zu forschen.

Literatur

- Gurgun, A., Ekren, P.K., Uysal, F.E., Karapolat, H., Tuncel, S. (2016): Pulmonary Rehabilitation Response in Elderly and Younger Patients With COPD Chest, Annual Meeting, Los Angeles.
- Schroff, P., Hitchcock, J., Schumann, C., Wells, J.M., Dransfield, M.T., Bhatt, S.P. (2016): Pulmonary Rehabilitation Improves Outcomes in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Independent of Disease Burden, Annals ATS. First published online 14 Oct 2016 as DOI: 10.1513/Annals ATS.201607-551OC.

Verbessert ein routinemäßiges zusätzliches Inspirationsmuskeltraining die Langzeitergebnisse der pneumologischen Rehabilitation bei COPD bzgl. Lebensqualität und Dyspnoe? 1-Jahresergebnisse der RIMTCORE-RCT

Schultz, K. (1), Jelusic, D. (1), Wittmann, M. (1), Schuler, M. (2)

(1) Klinik Bad Reichenhall, Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd, Bad Reichenhall,

(2) Institut für Klinische Epidemiologie und Biometrie, Universität Würzburg

Hintergrund

Bisher ist unklar, ob ein routinemäßiges Inspirationsmuskeltraining (IMT) die Ergebnisse eines umfassenden COPD-Rehabilitationsprogramms verbessern kann (Gosselink et al., 2011). Die Kurzzeitergebnisse der RIMTCORE-Studie (Routinemäßiges IMT in der COPD-Reha; Interventionsgruppe (IG): Verum-IMT, Kontrollgruppe (KG): Placebo-IMT; Schultz et al., 2016) zeigten, dass hierdurch gegenüber der Standard-Reha die maximale Inspirationsmuskelkraft (P_{lmax}) signifikant gesteigert werden kann. In den klinisch relevanteren Outcomes wie Lebensqualität (LQ), Dyspnoe bzw. körperliche Leistungsfähigkeit fanden sich jedoch Unterschiede nur in bestimmten Subgruppen (nach Geschlecht, AHB vs. HV), teilweise mit Vorteilen für die IG (z.B. bessere 6-Minuten-Gehstrecke/Lebensqualität bei Frauen), teilweise aber auch mit Vorteilen für die KG (z. B. psychische Lebensqualität bei AHB Patienten).

Im Anschluss an die Rehabilitation bekamen alle Probanden das Verum- bzw. Placebo-IMT-Gerät kostenfrei überlassen, mit der Empfehlung, das Training, wie erlernt, weiter fortzuführen. Im Folgenden sollen die Langzeitergebnisse vorgestellt werden.

Methode

Lebensqualität (St. George Respiratory Questionnaire, SGRQ) und Dyspnoe (transition dyspnoea index, TDI) wurden 3/6/9/12 Monate nach der Rehabilitation erfasst. Die 3 Subskalen und der Total Score des SGRQ wurden zu allen 4 Katamnesezeitpunkten separat mittels Kovarianzanalysen mit Baseline SGRQ, Geschlecht, Rauchstatus, Baseline P_{lmax} und GOLD-Schweregrad ausgewertet. Der TDI wurde mittels T-Test für unabhängige Stichproben ausgewertet. Interaktionseffekte wurden für Geschlecht, AHB vs. HV, Baseline P_{lmax} und Nutzung des IMT (Anzahl pro Woche) berechnet.

Ergebnisse

Tabelle 1 enthält die Ergebnisse. Angegeben ist jeweils die Veränderung gegen T0 (MW ± SD)

		T0	3M	6 M	9M	12 M
SGRQ Total score	IG	51.3 ±17.5	-5.5* ±14.9	-4.7* ± 14.9	-5.1* ±16.0	-4.1* ±17.1
	KG	50.7 ±17.8	-6.8* ±14.4	-4.9* ±14.4	-5.9* ±14.5	-4.3* ±17.0
SGRQ Symptoms	IG	66.6 ±21.4	-9.6* ±23.0	-5.6* ±21.9	-4.8* ±17.2	-5.9* ±24.1
	KG	62.1 ±21.7	-7.2* ±22.6	-4.9* ±21.8	-5.1* ±16.2	-4.0* ±22.4

		T0	3M	6 M	9M	12 M
SGRQ Activity	IG	63.4 ±20.7	-3.9* ±17.2	-4.3* ±16.5	-4.8* ±17.2	-4.4* ±18.4
	KG	64.0 ±20.1	-6.1* ±14.9	-4.6* ±16.0	-5.1* ±16.2	-5.4* ±16.5
SGRQ Impacts	IG	39.7 ±18.5	-4.4* ±16.4	-4.4* ±16.4	-4.5* ±17.4	-4.1* ±17.1
	KG	39.6 ±19.5	-6.6* ±16.9	-4.9* ±17.3	-6.2* ±16.4	-4.3* ±17.0
BDI (T0) TDI (3 – 12M)	IG	6.1 ±2.6	2.7 ±5.1	2.1 ±4.8	2.1 ±5.1	1.7 ± 5.4
	KG	5.8 ±2.5	2.4 ±5.0	1.7 ±5.4	1.8 ±5.3	1.5 ± 5.5

Anm.: M: Monat; 3M, 6M, 9M, 12M = 3–12 Monate nach Reha. * Intragruppensignifikanz gegenüber T0, $p < 0.05$; SGRQ = St George's Respiratory Questionnaire (0 ☺ ... 100 ☹; eine Abnahme des Scores um -4 Pkt. gilt als klinisch relevant. BDI = baseline dyspnoea index (0 ☺ ... 12 ☹), TDI = transition dyspnoea index (-9 ☺ ... +9 ☹; MID = 1)

Tab. 1: Lebensqualität und Dyspnoe im 1-Jahres-Follow-up

Im 1-Jahres-Follow-up finden sich weder in den SGRQ-Skalen noch im TDI signifikante Unterschiede zwischen IG und KG. Zu T2 findet sich ein signifikanter Interaktionseffekt mit HV vs. AHB im SGRQ Total ($p = 0.02$) und SGRQ-Impacts ($p = 0.02$): Innerhalb der AHB-Patienten weisen die Patienten der KG etwas bessere Werte auf als die der IG. Zu den folgenden Messzeitpunkten findet sich dieser Unterschied nicht mehr. Alle weiteren getesteten Interaktionseffekte sind nicht signifikant.

Diskussion

Der im Kurzzeitverlauf aufgezeigte positive Subgruppeneffekt zugunsten der Frauen bzgl. Lebensqualität ist 3 Monate nach der Reha nicht mehr nachweisbar, hingegen findet sich bei AHB-Patienten in der IG nach 3 Monaten immer noch eine etwas schlechtere LQ als in der KG. Dieser Effekt verliert sich im weiteren Verlauf. Bemerkenswert sind jedoch die anhaltende Verbesserungen bzgl. LQ und Dyspnoe in beiden Gruppen, die auch noch 1 Jahr nach der Reha statistisch signifikant und klinisch relevant sind. Fazit: Die guten Effekte der COPD-Reha auch im Jahr nach der Reha können durch ein zusätzliches routinemäßiges IMT während der Reha nicht verbessert werden, auch nicht, wenn die Trainingsgeräte den Rehabilitanden kostenfrei mitgegeben werden und sie zur konsequenten Fortführung des in der Reha intensiv erlernten IMT aufgefordert wurden.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd

Literatur

- Gosselink, R., De Vos, J., van den Heuvel, S.P., Segers, J., Decramer, M., Kwakkel, G. (2011): Impact of inspiratory muscle training in patients with COPD: what is the evidence? *Eur Respir J.*, 37 (2). 416–425.
- Schultz, K., Jelusic, D., Wittmann, M., Huber, V., Krämer, B., Fuchs, S., Wingart, S., Leibert, N., Stojanovic, D., Göhl, O., Schuler, M. (2016): Kurzeitergebnisse der RIMT-CORE-Studie: Routinemäßiges Inspirationsmuskeltraining im Rahmen der COPD-Rehabilitation – Eine real life RCT. *DRV-Schriften*, Bd 109. 432–434.

Qualität und Sicherheit pneumologischer Rehabilitation und der Rehabilitation nach akuter Lungenembolie

Kleeberg, K. (1), Lehnigk, B. (2), Heinze, V. (2), Schlitt, A. (1)

(1) Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle/Saale,

(2) Paracelsus-Harz-Klinik Bad Suderode

Einleitung

COPD, Asthma bronchiale und akute Lungenembolie sind Krankheiten von hoher Bedeutung bezüglich Prävalenz, Morbidität und Mortalität.

Betreffend COPD und Asthma ist die pneumologische Rehabilitation als Teil einer langfristigen Therapie etabliert (Vogelmeier et al., 2007: 21; Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft et al., 2009). Für die akute Lungenembolie ist dies nicht der Fall, obwohl sie zumindest in Deutschland eine Reha-Indikation darstellt (Deutsche Rentenversicherung, 2008).

Diese klinische, prospektive Registerstudie untersuchte Sicherheit und Qualität der Rehabilitation sowie das Einjahresüberleben dieser drei Erkrankungen im Vergleich.

Methoden

Die Patienten wurden zwischen November 2013 und November 2014 stationär in der Paracelsus-Harz-Klinik Bad Suderode rekrutiert. Das Votum der Ethikkommission der Ärztekammer Sachsen-Anhalt lag vor.

Nach schriftlicher Einverständniserklärung wurden während des Aufenthalts studienrelevante anamnestische Daten sowie diagnostische Befunde erhoben und dokumentiert. Des Weiteren wurde erfasst, ob während des Behandlungszeitraumes eines oder mehrere der folgenden Vorfälle auftraten: Blutung, Herzinfarkt, Tod oder Verlegung in eine Akutklinik. Drei beziehungsweise zwölf Monate nach Entlassung bekamen die Patienten postalisch einen Follow-Up-Fragebogen zugesendet. Dieser erfasste die Endpunkte Tod und erneute stationäre Aufnahme im Zeitraum seit der Entlassung aus der Rehabilitationsklinik. Sofern die Patienten postalisch nicht antworteten, wurden die Patienten bzw. deren Angehörige oder Hausärzte telefonisch und bei Scheitern dieses Informationsgewinns in einem Fall schriftlich das zuständige Meldeamt kontaktiert. Auf diesem Weg gelang es bei allen Patienten nach einem Jahr die notwendigen Informationen zu eruieren.

Die in einer Microsoft Excel[®] Datenbank dokumentierten Daten wurden mit der Software IBM SPSS Statistics[®] Version 24 ausgewertet. Kontinuierliche, normal verteilte Variablen wurden mit Mittelwert und Standardabweichung beschrieben. Bei kategorialen Variablen wurden absolute Zahlenwerte oder Prozente genutzt, zum Vergleich wurde der Chi-Quadrat-Test verwendet. Ein p-Wert < 0,05 wurde als statistisch signifikant angesehen.

Ergebnisse

Die größte Gruppe mit 137 Personen der insgesamt 222 Patienten machten diejenigen Patienten aus, welche mit der Aufnahmeindikation COPD (alle im Stadium GOLD III oder

IV) behandelt wurden. 70 Patienten wurden aufgrund einer Lungenembolie behandelt und 15 Patienten aufgrund eines Asthma bronchiale.

Eine Übersicht über die Patientencharakteristika sind Tabelle 1 zu entnehmen. Das Patientenkollektiv war im Durchschnitt $65,1 \pm 10,0$ Jahre alt; 37,8 % waren weiblich und der Body-Mass-Index betrug $27,7 \pm 6,0$ kg/m².

	Gesamt	Lungen-embolie	COPD (GOLD III und IV)	Asthma bronchiale	p-Wert
	n = 222	n = 70	n = 137	n = 15	
Alter in Jahren	65,1 ± 10,0	64,6 ± 13,0	65,7 ± 7,7	62,1 ± 12,3	0,067
weibl. Geschlecht, n (%)	84 (37,8)	38 (54,3)	37 (27,0)	9 (60,0)	< 0,001
BMI in kg/m ²	27,7 ± 6,0	30,4 ± 6,0	26,2 ± 5,7	28,9 ± 4,6	0,656

Tab. 6: Patientencharakteristika

Es fanden sich signifikante Unterschiede ($p < 0,001$) zwischen den Indikationsgruppen bezüglich des Geschlechts: 60 % der Patienten mit Asthma bronchiale, 54,3 % der Patienten mit Lungenembolie und nur 27 % der Patienten mit COPD waren weiblich.

Während des Aufenthalts mussten 10 Patienten (4,5 %) in eine Akutklinik verlegt werden (siehe Tabelle 2), keiner der Patienten verstarb während des stationären Aufenthalts in der Paracelsus-Harz-Klinik Bad Suderode.

Nach drei Monaten waren sieben Patienten (3,2 %) verstorben, nach zwölf Monaten zwölf Patienten (5,9 %). Es fanden sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Indikationsgruppen. Ein Überblick über alle Endpunkte lässt sich Tabelle 2 entnehmen.

alle Angaben in %

		Gesamt	Lungen-embolie	COPD (Gold III und IV)	Asthma bronchiale	p-Wert
Verlegung in Akutklinik		4,5	3,9	5,1	6,7	0,697
Stationärer Aufenthalt nach Reha	Follow-Up 1	26,8	15,8	32,4	33,3	0,070
	Follow-Up 2	30,3	23,2	31,5	60,0	0,062
Verstorben	während Reha	0,0	0,0	0,0	0,0	–
	Follow-Up 1	3,2	4,3	2,9	0,0	0,671
	Follow-Up 2	5,9	6,0	6,6	0,0	0,636

Tab. 2: Endpunkte

Diskussion

Auffallend ist vor allem eine hohe Ein-Jahres-Mortalität von 5,9 % bei den Patienten mit einer Lungenembolie. In der Literatur wird diese mit 2,5 % angegeben (Noack et al., 2015: 397). Dies unterstreicht die Bedeutung einer optimalen Therapie der Lungenarterienembolie inklusive einer strukturierten und standardisierten Rehabilitationsmaßnahme.

Ebenfalls auffallend ist die relativ geringe Ein-Jahres-Mortalität bei COPD. Hier ist in der Literatur bei vergleichbarer Schwere der Erkrankung eine Ein-Jahres-Mortalität von 12% angegeben (Celli et al., 2004). Dies spiegelt die Effektivität der pneumologischen Rehabilitation bei COPD wieder.

Förderung: Actelion Pharmaceuticals Deutschland GmbH

Literatur

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Deutsche Atemwegsliga, Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie, Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin, Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin, Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften, Deutscher Allergie- und Asthmabund, Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker, Deutsche Gesellschaft für Hals- Nasen- Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals- Chirurgie, Deutscher Verband für Physiotherapie, Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin, Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (2009): NVL Asthma – Langfassung, 2. Auflage.

Bundesärztekammer (BÄK); Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV); Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).

Celli, B.R., Cote, C.G., Marin, J.M., Casanova, C., Montes de Oca, M., Mendez, R.A., Pinto Plata, V., Cabral, H.J. (2004): The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med.*, 350. 1005–1012.

Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): Indikationskatalog für Anschlussheilrehabilitation (AHB). http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/sozmed/ahb_indikationskatalog.pdf?__blob=publicationFile&v=4. 16. Oktober 2016.

Noack, F., Schmidt, B., Amoury, M., Stoevesandt, D., Gielen, S., Pflaumbaum, B., Girschick, C., Voller, H., Schlitt, A. (2015): Feasibility and safety of rehabilitation after venous thromboembolism. *Vascular health and risk management*, 11. 397–401.

Vogelmeier, C., Buhl, R., Criege, C.P., Gillissen, A., Kardos, P., Kohler, D., Magnussen, H., Morr, H., Nowak, D., Pfeiffer-Kascha, D., Petro, W., Rabe, K., Schultz, K., Sitter, H., Teschler, H., Welte, T., Wettengel, R., Worth, H. (2007): Guidelines for the diagnosis and therapy of COPD issued by Deutsche Atemwegsliga and Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin. *Pneumologie (Stuttgart, Germany)* 61. e1–40.

Beeinflusst das Geschlecht die Ergebnisse der Rehabilitation von COPD-Patienten im Langzeitverlauf?

Wittmann, M. (1), Jelusic, D. (1), Schuler, M. (2), Schultz, K. (1)

(1) Klinik Bad Reichenhall, Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd, Bad Reichenhall,

(2) Institut für Klinische Epidemiologie und Biometrie, Universität Würzburg

Hintergrund

Frauen und Männer unterscheiden sich nicht mehr wesentlich in der COPD-Prävalenz in den westlichen Industrienationen (Geldmacher et al., 2008). Raucherinnen scheinen jedoch empfänglicher für COPD zu sein und entwickeln, zumindest in unserem Kollektiv, eine stärkere Emphysem-Komponente (Wittmann et al., 2015). Unterscheiden sich die Geschlechter im Jahr nach der Reha bzgl. der wesentlichen Parameter Lebensqualität (QoL) und Atemnot nach einer 3-wöchigen stationären pneumologischen Rehabilitation (PR)? Wenn ja, was sind mögliche Kofaktoren, die den Geschlechtsunterschied erklären können?

Methode

Zu Beginn (t0) und am Ende (t1) einer 3-wöchigen stationären PR, sowie ½ Jahr (t3) und 1 Jahr (t4) danach wurden COPD-Patienten (GOLD II-IV) standardisiert bzgl. QoL (Saint George Respiratory Questionnaire, SGRQ) und Atemnot (Transitional Dyspnoe Index, TDI) befragt. Von 80 Frauen und 180 Männern liegen inzwischen die vollständigen Nachbeobachtungsergebnisse vor.

Zu Beginn der Reha gab es keinen Unterschied zwischen den Geschlechtern (F/M) bezüglich Alter (57,6/58,2 Jahre) und FEV1%pred. (50,3/50,6). Unterschiedlich waren die 6-Minuten Gehstrecke (F/M 409m/453m), der Grad der Überblähung (RV %Soll 207/182) und der Transferfaktor (TLCO/VA %Soll 52,6/67,7).

Intergruppenunterschiede wurden mittels Varianzanalyse mit Messwiederholung getestet.

Ergebnisse

Lebensqualität: Frauen und Männer profitieren zunächst gleich stark von der Reha. Die Varianzanalyse zeigt jedoch im Verlauf einen signifikanten Geschlechtsunterschied: bei Männern vermindert sich der Zugewinn an Lebensqualität im ersten Halbjahr nach der Reha stärker als bei den Frauen und bleibt dann relativ konstant, während die Lebensqualität der Frauen nach der Reha deutlich langsamer abnimmt (s. Abb. 1).

Atemnot: Frauen und Männer erreichen durch die Reha die gleiche Verbesserung der Atemnot; im Verlauf jedoch wird die Atemnot von den Frauen als nachhaltig geringer empfunden (s. Abb. 2).

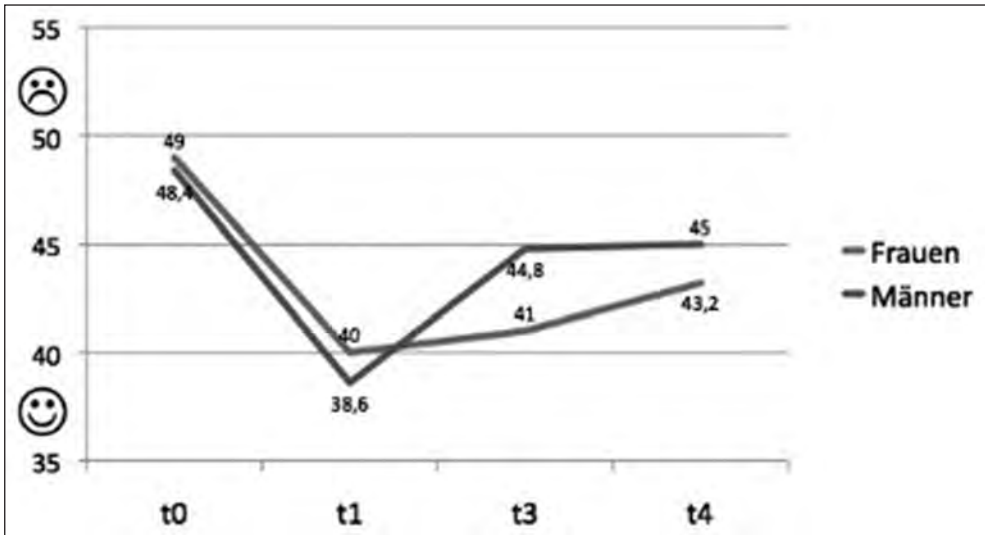


Abb. 1: SGRQ (total score) im Rahmen der Reha (t0 – t1), sowie im Verlauf nach einem halben (t3) und nach einem (t4) Jahr. $p=0,016$ für den Unterschied im Verlauf.

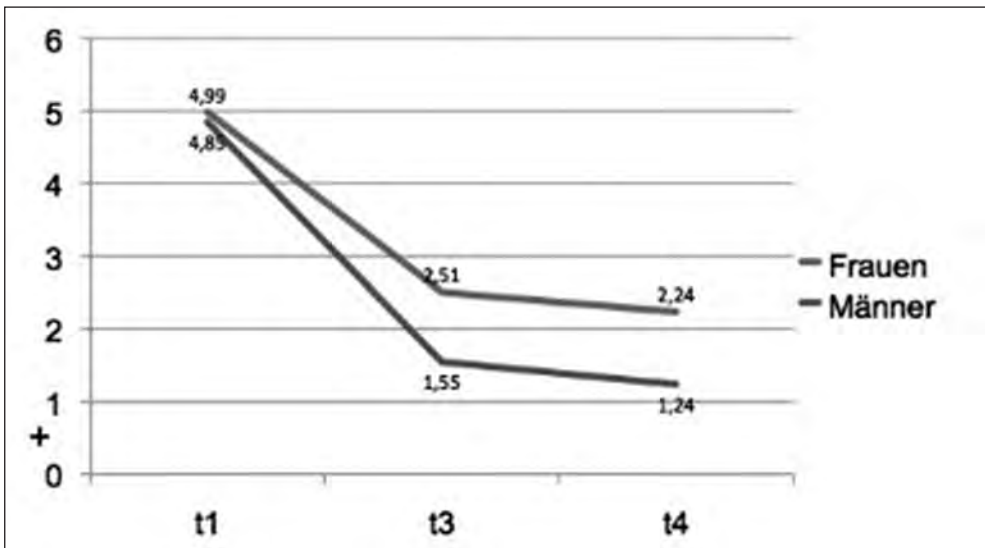


Abb. 2: Verbesserung der Atemnot (TDI) am Reha-Ende, nach einem halben (t3) und nach einem (t4) Jahr. Der TDI bewegt sich zwischen -9 (maximale Verschlechterung) und +9 (maximale Verbesserung).

Mögliche Kofaktoren, die diesen Unterschied zwischen Frauen und Männern beeinflussen könnten:

1. der unterschiedliche Raucherstatus (Anteil der Raucher): die Frauen werden, bei gleichem Erfolg bzgl. Rauchstopp in der Reha, häufiger rückfällig als die Männer
2. die unterschiedliche körperliche Aktivität nach der Reha („ich betreibe mindestens 2 mal/Woche Sport“): die Frauen trainieren nach der Reha häufiger als die Männer

Diskussion

Obwohl beide Geschlechter in gleichem Ausmaß durch die Reha ihre Lebensqualität und Atemnot verbessern, erhalten die Frauen diese positiven Effekte über ein Jahr hinweg signifikant besser aufrecht. Die stärkere Emphysemkomponente der Frauen scheint also kein negativer Prädiktor zu sein, wogegen die durchschnittlich häufigere körperliche Aktivität der Frauen eine Erklärung für die anhaltende Verbesserung der Atemnot sein könnte. Bezüglich Rauchen allerdings ist festzustellen, dass die Frauen nach der Reha wieder etwas häufiger zu rauchen beginnen als die Männer.

Fazit

Frauen und Männer mit COPD unterscheiden sich im Langzeitverlauf nach der Rehabilitation, insbesondere auch in ihrem Verhalten. Dies könnte bereits während der Reha beim Verhaltenstraining berücksichtigt werden.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd

Literatur

- Geldmacher, H., Biller, H., Herbst, A., Urbanski, K., Allison, M., Buist, A.S., Hohlfeld, J.M., Welte, T. (2008): Die Prävalenz der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) in Deutschland The prevalence of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in Germany DMW – Deutsche Medizinische Wochenschrift; Ausgabe 50, 2.
- Wittmann, M., Jelusic, D., Schuler, M., Schultz, K., (2015): Unterschätzen wir den COPD-Schweregrad von Frauen bei ausschließlich spirometrischer Lungenfunktionsmessung wegen einer stärker ausgeprägten Emphysem-Komponente? Ein Plädoyer für die Diffusionsmessung Pneumologie; Ausgabe S 01.

Prognose von COPD-Exazerbationen im Jahr nach der Reha – Weist der Reha-Verlauf einen zusätzlichen Vorhersagebeitrag auf?

Schuler, M. (1), Jelusic, D. (2), Wittmann, M. (2), Schultz, K. (2)

- (1) Institut für Klinische Epidemiologie und Biometrie, Universität Würzburg,
(2) Klinik Bad Reichenhall, Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd, Bad Reichenhall

Hintergrund

Verlauf und Prognose einer COPD wird maßgeblich vom Auftreten akuter Exazerbationen der COPD (AECOPD) bestimmt, einer akuten COPD-Verschlechterung mit Zunahme von Dyspnoe, Husten und Auswurf. AECOPD verschlechtern die Lebensqualität und erhöhen die Mortalität (Hurst et al., 2010).

International wurden u.a. Anzahl von AECOPD in den letzten 12 Monaten, weibliches Geschlecht, Alter, Lungenfunktion (FEV1), Lebensqualität, chronischer Husten, sowie Refluxerkrankungen und komorbides Asthma in der Vergangenheit als Prädiktoren für Exazer-

bationen identifiziert (Hurst et al., 2010; Husebo et al., 2014). Entsprechende Studien für Rehabilitanden in Deutschland liegen bislang nicht vor.

Methode

Dies ist eine Sekundäranalyse der RIMTCORE-Studie (Schultz et al., submitted), in der Längsschnittdaten von N=602 COPD-Patienten erfasst wurden. Die vorliegenden Analysen umfassen Daten von Rehabeginn, Rehaende und nach 12 Monaten. Es wurde zwischen mittelschweren (Notwendigkeit einer Therapieeskalation mit systemischen Steroiden und/oder Antibiotika) und schweren Exazerbationen (Notwendigkeit eines stationären Akut-Krankenhausbehandlung wegen AECOPD) unterschieden. Veränderungen der AECOPD-Häufigkeiten wurden mit Wilcoxon-Test getestet. Zur Prüfung der Prädiktoren wurden verallgemeinerte lineare Modelle mit negativ-binomialer Link-Funktion berechnet (Coxe, West, & Aiken, 2009). Die Prädiktoren wurden in folgender Reihenfolge getestet: (1) in Studien gefundenen Prädiktoren, (2) weitere Rehabeginn-Variablen, (3) Rehaende-Variablen. Die Endmodelle enthielten nur signifikanten Prädiktoren. Es wurden Incidence Rate Ratios (IRR) mit 95 %-Konfidenzintervall berechnet.

Ergebnisse

Es wurden N=372 COPD-Rehabilitanden (34,7 % weiblich; Alter: M=57,8 (SD=7,1) Jahre; FEV1pred: M=50,9 (SD=14,8)) in die Analysen aufgenommen. Im Jahr vor der Reha wiesen mehr Rehabilitanden mindestens eine mittelschwere/schwere AECOPD auf als im Jahr nach der Reha (jeweils $p < 0.001$; siehe Tabelle 1).

Mittelschwere Exazerbationen					Schwere Exazerbationen				
12 Monate vor Reha-Beginn									
0	1	2	3	>4	0	1	2	3	>4
147 (39,5)	95 (25,5)	61 (16,4)	39 (10,5)	29 (7,8)	239 (64,2)	94 (25,3)	27 (7,3)	8 (2,2)	4 (1,1)
12 Monate nach Reha-Ende									
0	1	2	3	>4	0	1	2	3	>4
209 (56,2 %)	37 (9,9 %)	52 (14,0 %)	35 (9,4 %)	39 (10,5 %)	331 (89,0 %)	22 (5,9 %)	8 (2,2 %)	9 (2,4 %)	2 (0,5 %)

Tab. 1: Anzahl mittelschwerer und schwerer Exazerbationen im Jahr vor und im Jahr nach der Reha

Eine geringer Anzahl an mittelschweren AECOPD geht mit einer geringeren Anzahl mittelschwerer AECOPD im Jahr vor der Reha, einer besseren Dyspnoe zu Rehabeginn und größeren Veränderungen der Dyspnoe während der Reha einher (siehe Tabelle 2). Personen mit einer geringen Anzahl an schweren AECOPD und geringeren Anzahl aller AECOPD vor der Reha, geringere Lebensqualität (SGRQ Total) zu Reha-Beginn und größeren Verbesserungen der Lebensqualität zeigen nach der Reha weniger schwere AECOPD. Raucher, die während der Reha mit Rauchen aufhören, weisen ebenfalls eine geringere Anzahl an schweren Exazerbationen auf.

AV: Anzahl mittelschwerer AECOPD 12 Monate nach Reha		AV: Anzahl schwerer AECOPD 12 Monate nach Reha	
Prädiktor	IRR ¹ [95 % CI]	Prädiktor	IRR ¹ [95 % CI]
Anzahl mittelschwerer AECOPD (12 Monate vor Reha)	1,24 [1,12; 1,38]	Anzahl schwerer AECOPD (12 Monate vor Reha)	2,00 [1,40; 2,84]
CCQ-Dyspnoe Reha-Beginn ^a	1,17 [1,02; 1,33]	Anzahl aller AECOPD (12 Monate vor Reha)	1,44 [1,08; 1,91]
CCQ-Dyspnoe Reha-Beginn ^a	1,21 [1,05; 1,39]	SGRQ Total Reha-Beginn ^b	0,97 [0,94; 0,99]
		SGRQ Total Reha-Beginn ^b	1,03 [1,01; 1,05]
		Raucher ohne Rauchstopp ^c	0,53 [0,14; 1,93]
		Raucher mit Rauchstopp ^c	0,24 [0,06; 0,94]

Anm.: IRR: Incidence Rate Ratio; Clinical COPD Questionnaire; SGRQ: St. George Respiratory Questionnaire; a: Wertebereich von 0 (überhaupt keine) bis 6 (fast immer); b: Wertebereich von 0 (beste mögliche Ausprägung) – 100 (schlechteste mögliche Ausprägung); c: Vergleich zu Ex-Rauchern;

Tab. 2: Multivariat unabhängige Prädiktoren

Diskussion

Die in der Literatur berichteten Prädiktoren konnten nur teilweise repliziert werden. Nach der Reha liegen die Exazerbationsraten deutlich unter denen im Jahr vor der Reha. Der Verlauf der Reha (Verbesserung von Atemnot, Lebensqualität, Rauchverhalten) hat einen zusätzlichen Vorhersagewert für die Anzahl erlebter Exazerbationen. Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass Exazerbationen durch die Reha positiv beeinflusst werden könnten.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bayern-Süd

Literatur

- Coxe, S., West, S.G., Aiken, L.S. (2009): The analysis of count data: A gentle introduction to Poisson regression and its alternatives. *Journal of Personality Assessment*, 91 (2).
- Hurst, J.R., Vestbo, J., Anzueto, A., Locantore, N., Mullerova, H., Tal-Singer, R., Miller, B., Lomas, D.A., Agustí, A., MacNee, W., Calverley, P., Rennard, S., Wouters, E.F.M., Wedzicha, J.A. for the Evaluation of COPD Longitudinally to Identify Predictive Surrogate Endpoints (ECLIPSE) Investigators (2010): Susceptibility to exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease. *The New England Journal of Medicine*, 363 (12). 1128–1138.
- Husebo, G.R., Bakke, P.S., Aanerud, M., Hardie, J.A., Ueland, T., Gronseth, R., Persson, L.J.P, Aukrust, P., Eagan, T.M. (2014): Predictors of Exacerbations in Chronic Obstructive Pulmonary Disease – Results from the Bergen COPD Cohort Study. *PloS one*, 9 (10).

Prävention und Rehabilitation: Behandlungsverläufe in der stationären Entwöhnung und Folgerungen für präventive Ansätze

Bachmeier, R. (1), Weissinger, V. (2)

(1) Johannesbad Gruppe, Bad Füssing, (2) Fachverband Sucht e.V., Bonn

Einleitung

Angesichts der langen Dauer bis zur Inanspruchnahme einer Entwöhnungsbehandlung und den damit verbundenen Chronifizierungsprozessen, ist die Förderung integrierter Ansätze, welche Prävention und Frühintervention, die frühzeitige und die nahtlose Einleitung suchtspezifische Hilfen bzw. einer erforderlichen Entwöhnungsbehandlung und deren Verknüpfung mit weiterführenden Leistungen umfasst, von wichtiger gesundheitspolitischer Bedeutung. Bei der weiteren Umsetzung des Präventionsgesetzes, wie auch des Flexirentengesetzes, sollten – angesichts der weiten Verbreitung substanzbezogener Störungen in Deutschland – entsprechende bereichsübergreifende Ansätze ausgebaut und flächendeckend in das Versorgungssystem integriert werden.

Methode

Aus der Katamnese des Fachverbandes Sucht e.V. des Entlassjahrgangs 2013 von Fachkliniken für Alkohol und Medikamentenabhängige aus dem Bereich der stationären Suchtrehabilitation werden die Daten der Katamneseantworter analysiert. Die Daten der Katamnese stammen von 27 stationären Einrichtungen mit insgesamt 13.050 Behandlungen mit einer Answerer Stichprobe von 7.085 Datensätzen. Wesentliche Basisdokumentations- und Katamneseantworter werden in Abhängigkeit der stationären Therapieerfahrung analysiert.

Ergebnisse

Antworter der Katamnese 2013 ohne bisherige stationäre Therapieerfahrung sind durchschnittlich (in Klammern jeweils die Ergebnisse für Patienten mit stationärer Therapieerfahrung) 47,5 (49,1) Jahre alt, werden in 86,5 (83,0) Tagen planmäßig aus der Therapie entlassen, haben eine Abhängigkeitsdauer von 13,8 (18,1) Jahren, haben bislang 1,7 (5,6) Entzugsbehandlungen durchgeführt, haben neben der Hauptdiagnose 0,23 (0,28) Suchtdiagnosen und weitere 0,56 (0,66) psychische sowie 2,06 (2,17) somatischer Diagnosen. Katamneseantworter ohne Therapieerfahrung sind mit einem Anteil von 35,7 % (43,3 %) erwerbslos bei Aufnahme in die Therapie, haben bei Therapieende zu 87,3 % (82,3 %) eine Leistungsfähigkeit für den allgemeinen Arbeitsmarkt von 6 Stunden und mehr und sind zu 76,5 % (73,0 %) bzgl. des Kriteriums Suchtmittelabstinenz in der Katamnese erfolgreich. Bei Besuch von Selbsthilfegruppen im Katamnesezeitraum zeigt sich eine Therapieerfolgsquote von 83,2 % (79,1 %) gegenüber 76,8 % (69,5 %) bei keinem Besuch. Ebenso zeigt der Besuch von Nachsorgeangeboten in Beratungsstellen eine Therapieerfolgsquote von 90,1 % (85,5 %) gegenüber 78,5 % (72,7 %) bei keinem Besuch. Falls Katamneseant-

worter rückfällig werden, so kommen 54,8 % (59,0 %) innerhalb des ersten Quartals nach der Entlassung aus der stationären Rehabilitation vor.

Diskussion und Schlussfolgerung

Die Ergebnisse der Katamneseantworter zeigen in den dargestellten Daten sowohl für Patienten mit einer stationären Erstbehandlung als auch für Patienten mit stationärer Therapieerfahrung eine durchgehend hohe Krankheitsschwere (Chronifizierung, Co- und Multimorbidität) mit deutlichen Behandlungsbedarf. Der Vergleich der Basisdokumentations- und Katamnesedaten von erst- und wiederholungsbehandelten Patienten ergibt zudem teilweise deutliche Unterschiede vor allem in den Variablen Abhängigkeitsdauer, Anzahl der Entzüge, Erwerbsituation und Therapieerfolg. Bei den erstbehandelten Patienten mit durchschnittlich 13,8 Jahre Suchtmittelabhängigkeit und gleichzeitig „nur“ durchschnittlich 1,7 Entzugsbehandlungen vor einer stationären Rehabilitation empfehlen sich präventive Maßnahmen. Die Tatsache, dass über die Hälfte der Rückfälle im ersten Quartal nach Entlassung aus der stationären Rehabilitation stattfinden verdeutlicht zudem die Notwendigkeit ambulanter Weiterbehandlungen und Nachsorge. Der Erfolg der bereits bestehende Nutzung von Selbsthilfegruppen- und Nachsorgeangeboten durch die erst- und wiederholungsbehandelten Patienten im Katamnesezeitraum zeigt sich zudem in verbesserten Therapieerfolgsquoten.

Interessenskonflikte: Der Autor R. Bachmeier ist als Qualitätsmanager im Bereich Unternehmensentwicklung und Qualitätsmanagement der Johannesbad Unternehmensgruppe tätig. Zur Johannesbad Unternehmensgruppe gehören neben Hotels und Gesundheitseinrichtungen im Bereich der Orthopädie, Urologie und Psychosomatik auch drei Kliniken des Indikationsbereichs Abhängigkeitserkrankungen. Zudem ist er im Fachverband Sucht im Ausschuss „Statistik und Dokumentation“ und bei der DEGEMED im Vorstandsausschuss „Qualität“ aktiv tätig.

Literatur

Bachmeier, R., Herder F., Kemmann D., Kersting, S., Kreutler A., Lange, N., Medenwaldt, J., Mielke, D., Missel, P., Schneider, B., Strie M., Verstege, R., Weissinger, V. (2016): Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2013 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. Sucht aktuell, 23/1. 5–20.

Suchtprävention in der stationären Rehabilitation im Indikationsgebiet Psychosomatik: Merkmale der Patientengruppe, Interventionsprogramm und Wirksamkeitsprüfung

Schuhler, P., Vogelgesang, M., Wagner, A.
AHG Klinik Münchwies

Hintergrund und Fragestellung

Im Rahmenkonzept der DRV Bund zur Umsetzung medizinischer Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung nach § 31 Abs. 1, Satz 1 Nr. 2 SGB VI, wird als ein Ziel präventiver Leistungen genannt, der Entwicklung einer Suchtmittelabhängigkeit vorzubeugen. Um der erforderlichen Form zu genügen, sollen sich die Präventionsleistungen aus einzelnen Modulen zusammensetzen und manualisiert umgesetzt werden. Für die Präventionsmaßnahmen werden Wirksamkeitsüberprüfungen verlangt.

Die Fragestellung richtet sich auf Patientenmerkmale und Wirksamkeit eines Suchtpräventionsprogramms, das in der Abteilung für psychische und psychosomatische Erkrankungen entwickelt, evaluiert und manualisiert worden ist (Schuhler et al., 1996; 2006; Schuhler, Baumeister, 1999). 11.253 PatientInnen der stationären psychosomatischen Rehabilitation mit schädlichem Gebrauch von Alkohol und Medikamenten haben an empirischen Studien, die der Merkmalsbestimmung der Patientengruppe (Broda et al., 1994), sowie der Konzeption und Wirksamkeitsüberprüfung dienen, teilgenommen (Schuhler, Jahrreiss, 1996; Schuhler et al., 2006; 2016). Außerdem wurde die Suchtentwicklung bei 100 abhängigen PatientInnen der Suchtrehabilitation analysiert (Schuhler et al., 2016). Geprüft wurde, ob eine Suchtentwicklung vermieden wurde.

Methodik

Die Untersuchung der Fragestellung erfolgte in 5 Phasen:

1. Phase (Querschnittsstudie): Merkmale der Patientengruppe im Vergleich mit Patienten der psychosomatischen Rehabilitation (Broda et al., 1994)
2. Phase (Wirksamkeitsstudie): Prä-Post-Vergleich und Einjahreskatamnese in einem 2-jährigen Forschungsprojekt, gefördert von der DRV Rheinland-Pfalz (Schuhler, Jahrreiss, 1996)
3. Phase (Wirksamkeitsstudie): Zehnjahreskatamnese (Schuhler et al., 2006): Überprüfung des Langzeiterfolgs des Interventionsprogramms
4. Phase (Querschnittsstudie): Kohortenvergleichsstudie zur Überprüfung von Veränderungen der Merkmale der Patientengruppe (Schuhler et al., 2016)
5. Phase (Querschnittsstudie): Untersuchung abhängiger Patienten der stationären Entwöhnungsbehandlung hinsichtlich schädlichem Gebrauch in der Vorgeschichte (Schuhler et al., 2016)

Das Interventionsprogramm umfasst folgende Module und liegt in manualisierter Form vor (Schuhler & Baumeister, 1999):

- Verhaltensdiagnostik: situativ-aktuelle und lerngeschichtliche Bedingungsanalyse,

- Narrative und imaginative Therapiemethoden zum Aufbau von Problemeinsicht und Veränderungsmotivation,
- Innere Steuerung: Identifikation und Modifikation von dysfunktionalen Grundannahmen,
- Emotionale Regulation: Veränderung negativer emotionaler Zustände,
- Aufbau funktionaler Alternativen in der Arbeits- und Alltagswelt.

Ergebnisse

- Studie/Phase 1: Ein Viertel von über 11.000 Patienten der psychosomatischen Rehabilitation weisen schädlichen Gebrauch auf. In Mittelwerts- bzw. Häufigkeitsverteilungsvergleichen sind diese mit 40,23 Jahren signifikant älter ($t=-5,35;p<0,01$), Männer sind deutlich häufiger betroffen ($\chi^2=129,1;p<0,01$). Sie sind mit mehr als drei Monaten vor Klinkeintritt ebenfalls signifikant länger arbeitsunfähig gewesen ($t=2,36;p<0,05$), häufiger arbeitslos ($\chi^2=40,22;p<0,01$) und haben häufiger einen Rentenanspruch gestellt ($\chi^2=17,82;p<0,01$) als Patienten ohne schädlichen Gebrauch.
- Studie/Phase 2: Im Prä-Post-Vergleich mit Kontrollgruppen zur Wirksamkeitsüberprüfung des Suchtpräventionsprogramms zeigten sich im varianzanalytischen Design signifikant ausgeprägtere Verbesserungen in den folgenden Untersuchungsbereichen: Problembewusstsein hinsichtlich des schädlichen Gebrauchs ($F=14,13;df=1,67;p<0,0$), des subjektiven Krankheitsverständnis ($F=4,34;df=1,69;p<0,05$) und des relevanten Wissens über suchtmittelbezogene Zusammenhänge ($F=28,47;df=1,68;p<0,00$). Als Erfolgskriterium der Einjahres-Katamnese galt das Auslassen des Suchtmittels zur Problembewältigung: Bei 67 % der Befragten ist in diesem Sinn das Suchtpräventionsprogramm als erfolgreich zu beurteilen.
- Studie/Phase 3: In der Zehnjahreskatamnese waren 56,5 % der ehemaligen Patienten immer noch erfolgreich bei einer Rücklaufquote von 38,4 %
- Studie/Phase 4: Ebenfalls ein Viertel von 211 Patienten der psychosomatischen Rehabilitation haben im Jahr 2016 schädlichen Gebrauch betrieben. Die Patienten beider Gruppen sind 7 Jahre älter als in der 1996-er Studie. Frauen sind stärker betroffen. Mit mehr als 18 Wochen sind sie vor Klinkeintritt 6 Wochen länger arbeitsunfähig als die Patienten der 1996-er Stichprobe und sind mit 37,5 % deutlich häufiger arbeitslos.
- Studie/Phase 5: Mehr als 90 % der 100 Studienteilnehmer haben schädlichen Gebrauch in der Entwicklung der Suchterkrankung betrieben.

Diskussion

Gegenwärtig wird immer noch kaum dem schädlichen Gebrauch in der psychosomatischen Rehabilitation angemessen Rechnung getragen. Es bedarf einer spezifisch-psychotherapeutischen Vorgehensweise. Abwandlungen des Programms zum suchtpreventiven Einsatz in ambulanter Psychotherapie, Betrieben und Verwaltungen liegen vor.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

Literatur

- Broda, M., Braukmann, W., Dehmlow, A., Kosarz, P., Schuhler, P., Siegfried, J., Zielke, M. (1994): Epidemiologische Daten zur Beschreibung des Klientels psychosomatischer Kliniken. In: Fachausschuss Psychosomatik (Hrsg.): Verhaltensmedizin heute.
- Schuhler, P., Baumeister, H. (1999): Kognitive Verhaltenstherapie bei Alkohol- und Medikamentenmissbrauch. Weinheim: Beltz.
- Schuhler, P., Jahrreiss, R. (1996): Die Münchwies-Studie. Alkohol- und Medikamentenmissbrauch psychosomatisch Kranker: Evaluation der stationären Behandlung und Katamnese. Projektbericht. Berlin: Westkreuz.
- Schuhler, P. et al. (2006): Schädlicher Gebrauch von Alkohol und suchtpotenten Medikamenten psychosomatisch Kranker: Prä-Post-Vergleich und katamnestische Ergebnisse zur beruflichen Integration und Lebenszufriedenheit. In: W. Müller-Fahrnow et al. (Hrsg.): Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Lengerich: Pabst.
- Schuhler, P., Vogelgesang, M., Wagner, A. (2016): Therapie des schädlichen Gebrauchs von Alkohol und suchtpotenten Medikamenten als Suchtprävention: Empirische Ergebnisse. Klinikstudie.

Nachsorge und Wiedereingliederung bei Methamphetaminabhängigkeit – Barrieren und Verbesserungspotenziale aus Expertenperspektive

*Hoffmann, L. (1), Schumann, N. (1), Fankhänel, T. (2), Thiel, C. (2),
Klement, A. (2), Richter, M. (1)*

- (1) Institut für Medizinische Soziologie Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg,
(2) Sektion Allgemeinmedizin Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund

Der Rehabilitation kommt in der Versorgung von Patienten mit Methamphetaminabhängigkeit eine besondere Rolle zu, denn sie zielt auf die Wiedereingliederung und Erhaltung einer aktiven Teilhabe am normalen Leben in Ausbildung, Beruf, Familie und Gesellschaft sowie auf die Entwicklung von Kompensationsstrategien bei bleibenden Gesundheitsstörungen. Ambulante Suchtberatungsstellen tragen zudem, nach entsprechender Entwöhnungsbehandlung, durch Nachsorge zur Stabilisierung der Betroffenen bei. Der steigende Konsum von Crystal Meth (Drogen- und Suchtbericht 2015), insbesondere in der Region Mitteldeutschland (Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, 2016), stellt das rehabilitative Versorgungssystem vor neue Herausforderungen. Ziel der vorliegenden Studie ist es, die Anforderungen an den gestiegenen Versorgungsbedarf von Methamphetaminabhängigen in Mitteldeutschland aus Expertensicht zu explorieren. Der vorliegende Beitrag konzentriert sich insbesondere auf Barrieren und Verbesserungspotenziale für die Nachsorge und Wiedereingliederung dieser besonderen Zielgruppe.

Methode

Die empirische Datenerhebung erfolgte in einem zweistufigen qualitativen Verfahren durch Experteninterviews sowie professionsübergreifende Fokusgruppen. In der ersten Erhebungsphase wurden in 39 semi-strukturierten Einzelinterviews Erfahrungen und Perspektiven von Experten aus unterschiedlichen Versorgungsbereichen (niedergelassene Hausärzte, Suchtberatungsstellen, suchtmmedizinische Akutversorgung, Rehabilitation) zu Crystal-Betroffenen exploriert. Die Interviews wurden digital aufgezeichnet, transkribiert und inhaltsanalytisch nach Meuser & Nagel (2009) ausgewertet. In der zweiten Erhebungsphase wurden die Ergebnisse aus den Einzelinterviews in 2 professionsübergreifenden Fokusgruppen (Przyborski, Riegler, 2010) validiert und diskutiert.

Ergebnisse

Die Ergebnisse aus den Befragungen der Experten zeigen, dass Nachsorge und Wiedereingliederung von Methamphetaminabhängigen in Mitteldeutschland durch verschiedene Barrieren und Versorgungslücken deutlich beeinträchtigt werden. Es werden u.a. folgende Defizite benannt:

- Wiedereingliederung durch z .T. höheren und längeren Behandlungsbedarf deutlich erschwert
- Zu wenig Berufsvorbereitung während der Rehabilitation
- Fehlende bzw. unzureichende Erprobungsmaßnahmen für den Arbeitsmarkt während der Rehabilitation
- Nachsorge für die Komplexität der Crystal-Konsumenten z. T. nicht ausreichend
- Ambulante Beratungsstellen können keine bedarfsgerechte Nachsorge bereitstellen aufgrund unzureichender Finanzierung
- Wenig Arbeitsmöglichkeiten und Angebote für ehemalige Abhängige
- Mangel an Projekten zur Wiedereingliederung

Diskussion und Schlussfolgerung

Nachsorge- und Wiedereingliederungsangebote sowie die Rehabilitation von Methamphetaminabhängigen sind zukünftig stärker den besonderen Bedarfen dieser Zielgruppe anzupassen und bedarfsgerechte Leistungen sind bereitzustellen. So ist es insbesondere notwendig die Rehabilitationsbehandlung in Bezug auf die Dauer der Therapie flexibler zu gestalten sowie mehr Berufsvorbereitung und Erprobungsmaßnahmen zu integrieren. Nachsorgeprogramme müssen in Zukunft bedarfsgerechter gestaltet und deren Finanzierung flexibel ausgebaut werden. Insgesamt tragen die Ergebnisse dieser Studie dazu bei, die steigende Zahl an Betroffenen künftig frühzeitig in das Suchthilfesystem zu integrieren sowie das Schnittstellenmanagement und die Trägerzusammenarbeit zu optimieren, um somit eine bedarfsgerechte Versorgung der wachsenden Gruppe Methamphetaminsüchtiger sicherzustellen und bestehende Versorgungslücken zu schließen. Damit leistet diese Studie einen Beitrag zur Erhaltung bzw. Wiederherstellung der zukünftigen Erwerbstätig-

keit der Betroffenen in Mitteldeutschland sowie zur Vermeidung von Folgekosten für die DRV.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland

Literatur

- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2015): Drogen- und Suchtbericht. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Berlin.
- Meuser, M., Nagel, U. (2009): Experteninterview und der Wandel der Wissensproduktion. In: Bogner, A., Littig, B., Menz, W. (Hrsg.): Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder. (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 35–60.
- Przyborski, A., Riegler, J. (2010): Gruppendiskussion und Fokusgruppe. In: Mey, G. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. 1. Aufl. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwissenschaften. 436–448.
- Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (Hrsg.) (2016): Sucht 2015. Bericht der Suchtkrankenhilfe in Sachsen. Dresden.

Alkoholabhängigkeit und Gender: Gleiche Therapiebedürfnisse oder geschlechtsspezifische Unterschiede?

Leiber, K. (1), Rüping, C. (1), Lottermoser, S. (1), Englert, I. (1), Zentner, S. (1), Weitzmann, P. (1), Nebe, R. (1), Hinze-Selch, D. (2)
(1) Fachkliniken St. Marien – St. Vitus GmbH, Visbek,
(2) Fachklinik St. Marienstift Dammer Berge, Neuenkirchen-Vörden

Hintergrund

In der Behandlung von Alkoholabhängigen werden beide Geschlechter überwiegend im gemeinsamen therapeutischen Setting weitgehend gleich behandelt. Die umfangreiche Genderforschung und nicht zuletzt der große epidemiologische CBHSQ-Report (Smith, 2014) zeigen jedoch, dass sich bzgl. Suchterkrankungen die Belange und folglich Bedürfnisse an Therapie von Frauen und Männern unterscheiden und individuelle Therapieplanungen erarbeitet werden müssen. In dieser Studie haben wir deshalb hypostasiert, dass es geschlechterspezifische Unterschiede bei Alkoholabhängigen gibt, die unabhängig von Suchtschwere und Suchtverlangen sind.

Design

In unseren Fachkliniken St. Marienstift Dammer Berge (legale Suchtmittel/Glückspiel, Männer) und St. Vitus (legale Suchtmittel, Frauen) wurden daher über einen Zeitraum von 9 Monaten bei Aufnahme für alle PatientInnen mit Alkoholabhängigkeit die folgenden Parameter erhoben (nm = 132, nf = 113): Für Suchtschwere AUDIT (Saunders et al., 1993), für Suchtverlangen MaCS (Nakovics et al 2009), für Suchtmittelwirksamkeitserwartung SuWiE (Potthast, 2014), für Selbstwirksamkeitserwartung SWE (Schwarzer, Jerusalem, 1999), sowie für psychische, physische und soziale Lebensqualität der Health-49 (Rabung

et al., 1999). Unterschiede wurden analysiert mit T-Tests für unabhängige Stichproben ($p < .05$; SPSS/PC).

Ergebnisse

Es wurde kein geschlechtsspezifischer Unterschied für Suchtschwere und Suchtverlangen gefunden (p 's $> .20$). Jedoch bezüglich der Suchtmittelwirksamkeit hatten Frauen signifikant höhere Erwartungen als Männer ($p = .001$, $m = 32.56$, $mf = 39.37$). Dagegen hatten Frauen signifikant geringere Selbstwirksamkeitserwartungen gegenüber problemorientiertem Umgang mit Gefühlen und Gedanken als Männer ($p = .004$, $m = 25.79$, $mf = 23.37$). Auf den Teilskalen somatische Beschwerden, phobische Angst, Depressivität und Schwierigkeiten in der Interaktion mit anderen Menschen des Health-49 scorten Frauen durchweg signifikant höher als Männer (p 's $< .05$). Für die verbleibenden Teilskalen des Health-49 wurde kein geschlechtsspezifischer Unterschied gefunden ($p > .05$).

Diskussion/Ausblick

Die Ergebnisse zeigen, dass initial im Vordergrund stehende Faktoren zur Aufnahme einer stationären Langzeitentwöhnungstherapie, wie typischerweise Suchtschwere und Suchtverlangen, keinen geschlechtsspezifischen Unterschieden unterliegen. Frauen wiesen jedoch höhere Defizite in Bereichen des psychischen und physischen Wohlbefindens und der eigenen Selbstwirksamkeitserwartung auf bei höheren bewußten Suchtmittelwirksamkeitserwartungen. Letzteres scheint, wie wir zumindest im Therapieverlauf bei Männern zeigen konnten (Hinze-Selch et al., 2016), Behandlungserfolg zu vergrößern. Ob dies auch bei Frauen so gilt, wird zu untersuchen bleiben, auch, ob dieselben Therapiestrategien bei beiden Geschlechtern gleich wirksam sind.

Literatur

- Hinze-Selch, D., Leiber, K., Rüping, C., Englert, I., Weitzmann, P., Nebe, R. (2016): Stationäre Entwöhnungsbehandlung ist wirksam – Signifikante Verbesserungen bezüglich Craving, Selbstwirksamkeit und Lebensqualität. *Nervenarzt*, in Druck.
- Nakovics, H., Diehl, A., Geiselhart, H., Mann, K. (2009): Entwicklung und Validierung eines Instrumentes zur substanzunabhängigen Erfassung von Craving: Die Mannheimer Craving Skala (MaCS). *Psychiatrische Praxis*, 36 (2). 72–78.
- Potthast, N. (2014): Fragebogen zur Suchtmittelwirksamkeitserwartung. Unveröffentlicht. Universität Bielefeld, Institut für Psychologie.
- Rabung, S., Harfst, T., Kawski, S., Koch, U., Wittchen, H.U., Schulz, H. (2009): Psychometrische Überprüfung einer verkürzten Version der »Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis« (HEALTH-49). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 55 (2). 162–179.
- Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, T.F., de la Fuente, J.R., Grant, M. (1993): Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption – II. *Addiction*, 88. 791–804.

- Schwarzer, R., Jerusalem, M. (Hrsg.) (1999): Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Fragebogen zur Selbstwirksamkeitserwartung. Freie Universität Berlin.
- Smith, K. (2014): Gender Differences in Primary Substance of Abuse across Age Groups. The CBHSQ Report. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2013-. 2014 Apr 3.

Kompetenzverbund Südbaden für Psychosomatische Medizin und Abhängigkeitserkrankungen (PAKS)

Dorr, F. (1), Woitha, K. (1), Farin-Glattacker, E. (1), Bengel, J. (2),
(1) Universitätsklinikum Freiburg,
(2) Institut für Psychologie, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Hintergrund

Der Kompetenzverbund Südbaden für psychosomatische Medizin und Abhängigkeitserkrankungen (PAKS) besteht aus fünf Einrichtungen der teil- und vollstationären Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen (Rapp-Engels, Marhoffer, 2014; Seiter, 2014). Koordiniert wird er von der dafür eingerichteten Clearingstelle der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg (DRV BW). Das Ziel des Kompetenzverbunds Südbaden ist die patientenorientierte differentielle Zuweisung von Patienten zur teil- und vollstationären psychosomatischen Akutbehandlung und Rehabilitation, zur Sucht-Rehabilitation sowie zur familienorientierten psychosomatischen/Sucht-Rehabilitation. Besonders die Indikationsstellung zur medizinisch-beruflichen orientierten Rehabilitation (MBOR), die im Verbund und von Kooperationspartnern angeboten wird, soll berücksichtigt werden. Der Verbund soll dazu beitragen, Sektorenschnittstellen zu überwinden und die Vernetzung von Behandlungsangeboten zu stärken. Damit greift er ein wesentliches Kernproblem in der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen auf. Herausforderungen sind Zugangs- und Versorgungshürden wie die differentielle Zuweisung, die Klärung von Zuständigkeiten und die Koordination von Behandlungsangeboten.

Begleitet wird die Arbeit des Kompetenzverbundes durch eine externe Evaluation, die sich in drei Phasen gliedert. In der abgeschlossenen Phase I standen die Situationsanalyse und die Planung von Teilstudien im Vordergrund. In Phase II werden in den Teilstudien die Zuweisungskriterien und die Kooperationspraxis in der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen sowie bestehende Patientenpfade analysiert. Schließlich werden in Phase III die gewonnenen Erkenntnisse zu einer Gesamtbewertung des Verbunds und seiner Weiterentwicklungsmöglichkeiten integriert. Handlungsempfehlungen für Modellprojekte der vernetzten Versorgung und Implikationen, wie die Zuweisung in der psychosomatischen Versorgung weiter optimiert werden kann, werden abgeleitet.

Methoden

Die Situationsanalyse wurde mit kombinierten qualitativen und quantitativen Methoden durchgeführt (Mixed-Methods-Design), um Prozesse und Strukturen des Verbundes zu

erfassen. Zunächst wurden alle bisherigen Maßnahmen im Kompetenzverbund Südbaden in vorliegenden Unterlagen identifiziert. Zur Erfassung der Patientenpfade zu und zwischen den Einrichtungen des Kompetenzverbunds sowie der Kooperationsarbeit im Verbund wurden leitfadengestützte Experteninterviews mit den Mitgliedern geführt. Indikationen und Kontraindikationen, die bereits in den Klinikkonzepten der Verbundeinrichtungen definiert waren, wurden erfasst. In einem anschließenden Workshop mit den jeweiligen Chefärzten wurden diese Kriterien diskutiert und konsentiert. Besonderes Augenmerk lag dabei auf der Präzisierung von nicht-ICD-kodierten Indikationen (wie Zielgruppenspezifische oder arbeitsbezogene Behandlungsangebote) und Behandlungsschwerpunkten.

Ergebnisse

Zentrales Instrument des Kompetenzverbunds Südbaden ist die Weiterverweisung von nicht optimal zugewiesenen Patienten in eine für die Behandlung besser qualifizierte Verbundeinrichtung. Administrative Konzepte wurden erarbeitet und klinische Kriterien in einer regelmäßigen Fallkonferenz der Chefärzte des Verbundes diskutiert. Zukünftige Handlungsfelder bestehen aus der präziseren Anwendung von Zuweisungskriterien, der Dokumentation von Weiterverweisungs-Fällen, dem Ausbau interner Strukturen einschließlich der Erweiterung des Kompetenzverbundes sowie der Schaffung geeigneter Anreizstrukturen.

Diskussion

Die Präzisierung von Indikationen innerhalb des Verbundes war ein wichtiger Schritt zur passgenaueren Weiterverweisung von Patienten.

In weiteren geplanten Studien wird einerseits qualitativ ein Fragebogen zur Erfassung von Versorgungspfaden aus Patientensicht entwickelt und analysiert. Diese Patientenbefragung wird Informationen zu Patientenpfaden, zur Zufriedenheit und zum subjektiven Behandlungserfolg erbringen. Andererseits wird das Kooperationsgeschehen zwischen verschiedenen Behandlergruppen (Hausärzten, ambulant und stationär tätigen Psychotherapeuten und Fachärzten) erhoben. Die Schnittstelle von Hausarzt zu spezialisierten Behandlern und Verbesserungsmöglichkeiten soll dabei im Fokus stehen. Ergebnisse beider Studien werden im Kompetenzverbund zur patientenorientierten Zuweisung genutzt werden können.

Schlussfolgerungen

Im Hinblick auf lange bestehende starre Sektorisierung der Versorgung stellen eine patientenorientierte Weiterverweisung und eine verstärkte Versorgerkooperation wichtige Handlungsfelder dar. Die Ziele zur Vernetzung von teil- und vollstationärer Akutbehandlung und Rehabilitation, sowie zur Behandlungskontinuität und Patientenorientierung unterstreichen die Aktualität des Modellprojekts. Durch seine innovative Konzeptentwicklung, den Ausbau standortbezogener Kooperationen und sich entwickelnde Strukturen bietet der Verbund vielversprechende Chancen zur Verbesserung der psychosomatischen Versorgung.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Literatur

Seiter, H. (2014): Kompetenzverbund Südbaden. Ein umfassendes, trägerübergreifendes und schnittstellenarmes Versorgungsnetz für psychisch kranke Menschen. Spektrum, 2/2014. 56–57.

Rapp-Engels, R., Marhoffer, K. (2014): Zukunftswerkstatt Kompetenzverbund Südbaden. Spektrum, 2/2014. 58–64.

Aller Anfang ist leicht? Mutter-Kind Behandlung bei postpartalen psychischen Erkrankungen in der Psychosomatischen Rehabilitation

Fittig, E., Wagner, K., Kunze, J.

Celenus Klinik Carolabad Chemnitz

Hintergrund

Obwohl für viele Mütter Schwangerschaft und Stillzeit glückliche Lebensphasen sind, legen verschiedene Arbeiten nahe, dass die Prävalenz psychischer Störungen während dieser Periode mindestens so hoch ist wie in der Allgemeinbevölkerung (siehe beispielsweise Gavin et al., 2005; Ross, McLean, 2006). Dies erscheint besonders kritisch, da psychische Probleme der Mütter mit potentiell negativen Konsequenzen für die Entwicklung und Gesundheit des Kindes assoziiert sind (Woolhouse et al., 2016). Zudem sprechen die Ergebnisse von Überblicksarbeiten dafür, dass Kinder psychisch erkrankter Eltern ein um ein Vielfaches erhöhtes Risiko haben, später selbst an einer psychischen Störung zu erkranken (Wiegand-Grefe et al., 2011). Vor diesem Hintergrund erscheint die Behandlung von Müttern mit perinatalen und postpartalen psychischen Erkrankungen von höchster gesellschaftlicher Bedeutung. Obwohl die Ergebnisse internationaler Studien für eine gute Wirksamkeit von stationären Behandlungsansätzen sprechen, ist in Deutschland keine ausreichende Versorgung von Mutter und Kind während Schwangerschaft und Stillzeit gewährleistet (für einen Überblick siehe: Kunze et al., 2016). In der vorliegenden Arbeit soll daher das multimodale Behandlungskonzept von Müttern mit postpartalen psychischen Erkrankungen und ihren Kindern im Rahmen der Psychosomatischen Rehabilitation vorgestellt und erste Ergebnisse präsentiert werden.

Methode

Die CELENUS Klinik Carolabad hält im Rahmen der Psychosomatischen Rehabilitation und der Integrierten Versorgung insgesamt 15 stationäre Behandlungsplätze für Mütter mit psychischen Störungen in Schwangerschaft und Stillzeit vor. Dabei kann die Aufnahme der Mütter mit Kindern bis Beendigung des ersten Lebensjahres erfolgen (bei Geschwisterkindern bis 3 Jahre). Neben der Vorstellung des multimodalen Mutter-Kind-Behandlungskonzepts der CELENUS Klinik Carolabad werden die Daten von N=96 Patientinnen, welche sich von 01/2014 bis 10/2016 in stationärer oder tagesklinischer Behandlung befanden, in einem naturalistischen Prä-Post-Studiendesign analysiert. Die psychosoziale Gesundheit (HEALTH-49) sowie das allgemeine Funktionsniveau (ICF 50-AT) der Patientinnen wurden hierfür miteinander verglichen. T-Tests für abhängige Stichproben sowie Effektstärken (Cohens d) wurden berechnet.

Ergebnisse

Die Dauer der Behandlung betrug im Durchschnitt 33.5 Tage, wobei sich die Mehrzahl der Patientinnen zur stationären Behandlung mit ihren Kindern in der Klinik befanden (88.8 %,

11.2 % tagesklinisch). Dabei verbessert sich die psychosoziale Gesundheit (HEALTH-49) der Patientinnen signifikant (alle Gruppenvergleich $p < .001$). Auch das allgemeine Funktionsniveau (ICF 50-AT) der Patientinnen besserte sich in verschiedenen Bereichen signifikant. Die Effekte dieser Verbesserungen im Hinblick auf die psychosoziale Gesundheit lagen dabei zwischen $d = 1.23$ (Psychisches Wohlbefinden) und $d = 0.40$ (Beeinträchtigung soziale Unterstützung). Für die Stabilisierung des allgemeinen Funktionsniveaus wurden Effektstärken zwischen $d = 0.26$ (Fitness und Wohlbefinden) und $d = -0.04$ (Soziale Rücksichtnahme) berechnet.

Diskussion und Ausblick

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Mehrzahl der behandelten Mütter in einem klinisch bedeutsamen Ausmaß von der Behandlung profitieren konnten. Die Größe der Effekte ist dabei vergleichbar mit denen der stationären Psychosomatischen Rehabilitation in der CELNUS Klinik Carolabad. Die Ergebnisse der Studie sprechen dafür, dass eine effiziente Behandlung von psychischen Erkrankungen während Schwangerschaft und Stillzeit im Rahmen der Psychosomatischen Rehabilitation möglich ist und dabei helfen kann, die Versorgungslücke zu schließen und so einen wichtigen Beitrag zur Prävention psychischer Störungen zu leisten. Das multimodale Behandlungskonzept soll im Sinne einer formativen Evaluation fortlaufend wissenschaftlich begleitet und optimiert werden. In zukünftigen Follow-up-Studien soll zudem die langfristige Wirksamkeit der Behandlung überprüft werden.

Literatur

- Gavin, N.I., Gaynes, B.N., Lohr, K.N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., Swinson, T. (2005): Perinatal Depression: A Systematic Review of Prevalence and Incidence. *Obstetrics and Gynecology*, 106. 1071–1083.
- Kunze, J., Wagner, K., Fittig, E. (2016): Praktische Umsetzung eines integrierten Versorgungsmodells in der Mutter-Kind-Behandlung. *Nervenarzt*, 87. 974–979.
- Ross L.E., McLean, L.M. (2006): Anxiety Disorders during pregnancy and postpartum period: A systematic review. *Journal Clinical Psychiatry*, 67. 1285–1289.
- Wiegand-Grefe, S., Geers, P., Petermann, F. (2011): Entwicklungsrisiken von Kindern psychisch kranker Eltern – Ein Überblick. In: S. Wiegand-Grefe, F. Mattejat & A. Lenz (Hrsg.): *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 145–170.
- Woolhouse, H., Gartland, D., Mensah, F., Giallo, R., Brown, S. (2016): Maternal depression from pregnancy to 4 years postpartum and emotional/behavioural difficulties in children: Results from a prospective pregnancy cohort study. *Archives of Women's Mental Health*, 19. 141–151.

Bindungstraining für Alleinerziehende in der psychosomatischen Rehabilitation

Gerken, M. (1), Hagen, D. (2), Rampoldt, D. (2), Schäfer, R. (2), Franz, M. (2)

(1) Celenusklinik Schöenberg; (2) Universitätsklinikum Düsseldorf

Hintergrund

Der Anteil Alleinerziehender an allen Familien mit minderjährigen Kindern ist in Deutschland bis zum Jahr 2014 kontinuierlich auf mittlerweile 20,3 % entsprechend 1,64 Mio. Alleinerziehenden angestiegen. Studien belegen das hohe Armutsrisiko sowie erhöhte psychosoziale und gesundheitliche Belastungen für Alleinerziehende – mit entsprechenden Entwicklungsrisiken für die Kinder.

Für alleinerziehende Mütter wurden gegenüber Müttern aus Paarfamilien deutlich erhöhte relative Risiken für zahlreiche Erkrankungen beschrieben, darunter chronische somatische Erkrankungen, Schmerzen, Befindlichkeitsstörungen und psychische Störungen (Helfferich et al., 2003). Vor allem Depressionen, Angststörungen oder Substanzmissbrauch treten bei alleinerziehenden Müttern zwei- bis dreimal so häufig auf wie bei Müttern in Partnerschaften.

Diese besonderen Belastungen gehen einher mit einem erhöhten Risiko für psychische und gesundheitliche Probleme bei Kindern aus Trennungsfamilien (Scharte, Bolte, 2013). Insbesondere eine mütterliche Depression, unter der alleinerziehende Mütter gehäuft leiden, stellt einen bekannten Risikofaktor für die kindliche kognitive, emotionale und soziale Entwicklung dar (Kouros, Garber, 2010). Depressive Mütter sind in der Emotionsverarbeitung und in ihren empathischen Fähigkeiten eingeschränkt, was einen negativen Einfluss auf Mutter-Kind-Bindung haben kann.

Zur Verbesserung der Lebensqualität Alleinerziehender und der Entwicklungschancen ihrer Kinder wurde daher das wir2 Bindungstraining, ein bindungsorientiertes, präventives Elternt raining für belastete Alleinerziehende mit Kindern im Vor- und Grundschulalter, entwickelt (Franz, 2014). Das wir2 Bindungstraining wurde in ambulanten Settings – niederschwellig als Unterstützungsangebot in Kindertagesstätten – erprobt und in einer randomisierten, kontrollierten Studie wissenschaftlich evaluiert (Wehrauch et al., 2014). Dabei konnte nachgewiesen werden, dass diese Gruppenintervention die psychische Belastung alleinerziehender Mütter wirksam und nachhaltig senken kann. Ebenso ergaben sich Hinweise auf eine Abnahme von Problemverhalten bei den Kindern der teilnehmenden Alleinerziehenden. Eine modifizierte Version des Trainings wurde für das stationäre Setting entwickelt und ebenfalls evaluativ begleitet.

Methodik

Von 2010 bis 2016 war das wir2 Bindungstraining Bestandteil der psychosomatischen Rehabilitation in der Celenus Klinik Kinzigtal. Das wir2-Training wurde dort im Rahmen einer naturalistischen Beobachtungsstudie durchgeführt, und zwar in zeitlich verdichteter Form innerhalb von 6 Wochen. Die Evaluation der Wirksamkeit der Intervention erfolgte hinsichtlich der psychischen Symptomlast der Mütter (N=101) sowie bezüglich der Verhaltensauf-

fälligkeiten der ebenfalls mit den Müttern stationär aufgenommenen Kinder (N=107) zu Beginn und Ende des Klinikaufenthaltes.

Ergebnisse

Die alleinerziehenden Mütter waren zu Beginn außerordentlich hoch psychisch belastet sind (GSI = 1,43, SD=0,61; Subskala Depression der SCL-90-R (DEP) = 1,92, SD = 0,83). Im Vorher-Nachher-Vergleich sind signifikante Verbesserungen der Depressivität und der allgemeinen psychischen bzw. psychosomatischen Belastung zu beobachten. So sank die Gesamtbelastung vom deutlich erhöhten Ausgangswert knapp unter die Toleranzgrenze für gravierende psychische Belastungen (0,79, SD=0,60; $F(1/99) = 136.62$; $p < .001$, Cohen's $d=1.06$). Die Depressionsausprägung der Mütter verbesserte sich vom sehr hohen Wert zum Zeitpunkt der Aufnahme auf einen deutlich geringeren Wert (1,03, SD=0,85; $F(1/100) = 109.11$; $p < .001$, Cohen's $d=1.09$) bei Entlassung, womit eine ambulante Behandlungsfähigkeit in der Regel gewährleistet ist. Der Gesamtproblemwert bei den Kindern im Fragebogen SDQ sank im Verlauf von 12,73 (SD = 6,67) auf 10,82 (SD = 6,52; $F(1/106) = 12,53$; $p > .01$, Cohen's $d=0.29$).

Diskussion und Ausblick

Zur Senkung der psychischen bzw. psychosomatischen Belastung von stationär in einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik behandelten Alleinerziehenden kann das wir2 Bindungstraining einen Beitrag leisten. Die Ergebnisse der Pilotstudie deuten darauf hin, dass das wir2 Bindungstraining auch in diesem modifizierten Format und neuen Setting wirksam ist. Um den genauen Zusatznutzen des Elterntrainings im Vergleich mit dem Regelangebot im Kliniksetting zu bestimmen, sollte eine kontrollierte Studie durchgeführt werden.

Es ist beabsichtigt, das Elterntaining auch in anderen Rehabilitationskliniken als Bestandteil des Therapieplans anzubieten. Die Kosten für eine Implementierung des Trainings halten sich dabei in einem engen Rahmen.

Literatur

- Franz, M. (2014): wir2. Bindungstraining für Alleinerziehende. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Helfferich, C., Hendel-Kramer, A., Klindworth, H. (2003): Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 14. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Kouros, C.D., Garber, J. (2010): Dynamic associations between maternal depressive symptoms and adolescents' depressive and externalizing symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 8. 1069–1081.
- Scharte, M., Bolte, G. (2013): Increased health risks of children with single mothers: the impact of socio-economic and environmental factors. *The European Journal of Public Health*, 23, 3. 469–475.
- Weihrauch, L., Schäfer, R., Franz, M. (2014): Long-term efficacy of an attachment-based parental training program for single mothers and their children: A randomized controlled trial. *Journal of Public Health*, 22, 2. 139–153.

Mobbing-Erleben in stationärer psychosomatischer Rehabilitation: Prävalenz und Charakteristika von Patienten mit Mobbing Erfahrungen

Mestel, R., Jelitte, M.

HELIOS Kliniken Bad Grönenbach

Mobbingerfahrungen gelten in der Rehabilitation als ein häufiges, verkomplizierendes Problem für Arbeitsunfähigkeitszeiten oder Frühberentungsanträge im Speziellen (vgl. Kobelt et al., 2010), auch wenn die Ursache-Wirkungs-Richtung unklar bleibt. Es liegen kaum Prävalenzschätzungen an psychosomatischen Patienten mit wissenschaftlich fundierten Instrumentarien vor.

Fragestellungen:

1. Wie häufig sind Mobbing Erfahrungen bei Patienten in stationärer psychosomatischer Rehabilitation?
2. Wie unterscheiden sich Patienten mit starken Mobbing Erfahrungen von solchen ohne Mobbing Erfahrungen bezogen auf berufliche Charakteristika, Symptom- und Persönlichkeitsmaße?

Methoden

Untersucht wurden n= 1.208 aller 2014 und 2015 angereisten Rehabilitanden einer psychosomatischen Rehaklinik mit vollständigen Messungen und welche am Erwerbsleben teilnahmen.

70 % waren Frauen, die DRV Bund war bei 70,4 % Kostenträger, DRV Regionalträger zu 16,4 %. 76,2 % wurden in einer allgemeinen Reha-Station behandelt, die übrigen in einer Station für strukturelle Störungen (z. B. Borderline Persönlichkeitsstörung). 62,7 % hatten als Hauptdiagnose eine affektive Störung, 14,1 % eine „neurotische Störung“ (F4.x im ICD-10) und 19,3 % irgendeine Persönlichkeitsstörung. Die Patienten waren im Mittel 44,3 Jahre alt (SD: 11,6). 38,5 % hatten Abitur, 37,2 % Realschulabschluss, 22,4 % Hauptschulabschluss. 50,6 % waren vollzeitig berufstätig, 17,2 % Teilzeit. 13,5 % waren arbeitslos gemeldet.

Behandlung

Das Rehabilitationskonzept der Klinik ist integrativ psychodynamisch-verhaltenstherapeutisch mit zahlreichen berufsorientierten, ergo-, Sport und körpertherapeutischen Angeboten. Die Behandlungsdauer betrug im Mittel 38,7 Tage (SD: 10,4) in der Abt. Allgemeine Rehabilitation und 70 Tage (SD: 26,2) in der Strukturellen Rehabilitation.

Instrumente

Verwendet wurde neben einer üblichen Basisdokumentation die Trierer Mobbing-Kurzskala (TMKS; Klusemann et al., 2008), der SIBAR (Sozialmedizinischer Index; Bürger, Deck, 2009), der Work Ability Index (WAI Netzwerk, 2013), Skalen des HEALTH-49 (Rabung et al., 2009) und des Patient Health Questionnaire (PHQ; Löwe et al., 2002; Depressivität, Körperbeschwerden, Ängstlichkeit). Stark Mobbing Betroffene wurden nach dem TMKS definiert als Personen, die mindestens ein halbes Jahr und mindestens wöchentlich

von Mobbing betroffen waren und welche mindestens eines der zehn Items zutreffend beantwortet haben.

Ergebnisse

Nach den TMKS Algorithmen erlebten 9,9 % starkes Mobbing, 19,9 % mittelgradiges und 1,9 % schwaches Mobbing, wobei 68,4 % subjektiv gesehen gar kein Mobbing erfuhren. Unter den 31,6 % der Mobbing Betroffenen litten 29,1 % unter täglichem, 28,3 % unter wöchentlichem und die übrigen unter seltenerem Mobbing. Unter den Betroffenen waren 69,7 % länger als ein Jahr betroffen, 14 % mindestens ein halbes Jahr, die weiteren seltener.

Die Kontrastierung der stark Mobbing betroffenen (n= 187) mit den nicht Betroffenen (n= 832) bei Auslassung der unterschwelliger von Mobbing Betroffenen zur Verdeutlichung der Ergebnisse, ergab zahlreiche signifikante Unterschiede ($p < .05$) zwischen beiden Gruppen. Patienten mit starken Mobbing Erfahrungen waren älter (M: 47,7 vs. M: 43,3 Jahre) und sozialmedizinisch und psychisch deutlich stärker belastet als Patienten ohne Mobbing Angaben.

Stark Mobbing Belastete waren häufiger Vollzeit berufstätig (64,2 % vs. 49,3 %) bezogen häufiger Krankengeld (45,5 % vs. 23,1 %), gaben im SIBAR eine geringere berufliche Leistungsfähigkeit an (52 % vs. 30 %), sahen ihren Gesundheitszustand dauerhaft häufiger gefährdet (73,8 % vs. 53,8 %) und waren häufiger davon überzeugt, nicht bis ins Rentenalter arbeiten zu können (51% vs. 36 %). Zudem planten sie häufiger, einen Frührentenantrag zu stellen (31 % vs. 13 %) und hatten nach den SIBAR Algorithmen „Bedarf an MBOR-Leistungen an der Klinik“ (25,7 % vs. 11,6 %). Ihre Arbeitsfähigkeit war häufiger „schlecht“ im WAI (84,5 % vs. 63 %).

Diskussion

Die vorliegenden Befunde konnten die Prävalenzen von Kobelt et al. (2010) bei allgemeinen Reha-Patienten mit rein psychosomatischen Rehabilitanden bestätigen. Mobbing Erfahrungen gehen mit deutlich problematischeren sozialmedizinischen Entwicklungen, stärkerer Beeinträchtigungsschwere psychischer Symptomatik und mehr Persönlichkeitsauffälligkeiten einher, wobei die Kausalität in Längsschnittdesigns zu erforschen wäre. Rehabilitationskliniken sind angeraten, die Mobbing-Thematik mit MBOR-Angeboten zu Konfliktmanagement und Sozialen bzw. Emotionalen Kompetenztrainings zu bereichern und dabei auch auf das häufig erlebte „Verbitterungserleben“ von gemobbten Personen z. B. mittels „Weisheitstherapie“ (Baumann, Linden, 2008) oder Achtsamkeitsangeboten zu reagieren.

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.
- Klusemann, J., Nikolaidis, A., Brunn, M., Schwickerath, J., Kneip, V. (2008): Trierer Mobbing-Kurz-Skala (TMKS). Validierung eines Screening-Instrumentes zur diagnostischen

Erfassung von Mobbing am Arbeitsplatz. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 82. 323–334.

Kobelt, A., Gutenbrunner, C., Schmid-Ott, G., Schwickerath, J., Petermann, F. (2010): Haben Menschen mit Mobbing Erfahrungen, die einen Antrag auf medizinische Rehabilitation stellen, eine auffällige Persönlichkeit? Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 60. 279–285.

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.

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

Regionaler Einfluss des Arbeitsmarkts und der ärztlichen/psychotherapeutischen Versorgung auf das Reha-Antrags- und Ablehnungsgeschehen

Köckerling, E. (1), Hesse, B. (2), Breckenkamp, J. (3), Körner, M. (2)

(1) Institut für Rehabilitationsforschung Norderney e.V., (2) Deutsche Rentenversicherung Westfalen, Münster, (3) Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld

Hintergrund

Ursachen der gestiegenen Inanspruchnahme des Sozialversicherungssystems durch psychisch erkrankte Menschen werden kontrovers diskutiert. Lediglich Zusammenhänge zwischen psychischen Erkrankungen und Arbeitslosigkeit können als gesichert angesehen werden, die Wirkungsrichtung ist jedoch nicht geklärt (Creed, Bartrum, 2006).

Selbst in formal überversorgten Regionen, wie z. B. in Bochum mit einem Versorgungsgrad von 281 % in 2014, gibt es lange Wartezeiten auf einen psychotherapeutischen Behandlungsplatz (Psychotherapeutenkammer NRW, 2014). Als Folge dessen wird eine Verlagerung der Kuration in die Rehabilitation vermutet. Probleme mit dem Beantragungsverfahren für eine (psychosomatische) Rehabilitation sind von behandelnden Ärzten bekannt (Pohontsch et al., 2013).

Es wurde untersucht, ob der regionale Arbeitsmarkt (Arbeitslosenquote, verfügbares Einkommen, etc.) und die ambulante und stationäre ärztliche/psychotherapeutische Versorgung (Haus- und Fachärzte, Psychotherapeuten, psychiatrische Krankenhausbetten, etc.) Einfluss auf das Reha-Antrags- und Ablehnungsgeschehen in der psychosomatischen Rehabilitation haben.

Methodik

Daten des Arbeitsmarkts und der ambulanten und stationären ärztlichen/psychotherapeutischen Versorgung auf Kreisebene in Westfalen wurden in öffentlichen Datenbanken ermittelt. Daten zum Antrags- und Ablehnungsgeschehen wurden basierend auf der Reha-Antrags- und Erledigungsstatistik, ergänzt um Angaben zu Versicherungszeiten im 12-Monats-Zeitraum vor einem Reha-Antrag, von der DRV Westfalen anonymisiert zur Verfügung gestellt. Da Ablehnungsdiagnosen nicht im Datensatz erfasst werden, wurden diese händisch für eine Stichprobe von 15 aus 27 Kreisen des Zuständigkeitsgebiets der DRV Westfalen nacherfasst. Die Daten wurden für einen regionalen Vergleich auf Kreisebene (15 Kreise) zusammengeführt. Für den Arbeitsmarkt und die ärztliche/psychotherapeutische Versorgung standen jeweils mehrere Variablen zur Verfügung, die zu einem ungewichteten Index zusammengefasst wurden. Die Auswertung erfolgte deskriptiv und regressionsanalytisch (Poisson-Regressionen).

Ergebnisse

Die deskriptive Analyse zeigte deutliche regionale Unterschiede in der ambulanten und stationären ärztlichen/psychotherapeutischen Versorgung und beim Arbeitsmarkt. Die Regressionsanalyse ergab keine statistisch signifikanten Assoziationen von Arbeitsmarkt und Reha-Antrags- und Ablehnungsgeschehen. Tendenziell zeigten sich höhere Reha-Antragsquoten bei steigenden Arbeitslosenzahlen.

In Regionen mit einer schlechteren ambulanten und stationären ärztlichen/psychotherapeutischen Versorgung zeigte die Regressionsanalyse ein statistisch signifikant höheres relatives Risiko für hohe Antragszahlen (z. B. bei geringer Anzahl an Hausärzten ein RR von 1,28; $p=0,0166$) und gleichzeitig tendenziell ein niedrigeres relatives Risiko für hohe Ablehnungsquoten (Index Versorgung: RR: 0,84; $p=0,0878$).

Diskussion und Schlussfolgerungen

Es fanden sich Hinweise auf eine Kompensation fehlender ambulanter Versorgungskapazitäten durch stationäre psychosomatische Rehabilitation. Dies ist als ungünstig zu beurteilen, da damit zwangsläufig kurative Behandlungsanteile in die Rehabilitation verlagert werden und die rehabilitativen Ziele erst spät im Reha-Verlauf fokussiert werden können. Nur die Verbesserung der ambulanten Versorgungsstrukturen kann dazu beitragen, dass die Rehabilitation sich auf ihre originären Aufgaben konzentrieren kann und eine Weiterbehandlung nach Reha-Ende gewährleistet ist. Auch eine Chronifizierung und eine damit verbundene schlechtere Reha-Erfolgsprognose kann nur durch frühzeitige adäquate Behandlung vermieden werden.

Für einen Einfluss des Arbeitsmarkts auf das Antrags-/Ablehnungsgeschehen fanden sich keine eindeutigen Hinweise. Weitere Analysen mit einer größeren Anzahl von Regionen könnten hier präzisere Aussagen ermöglichen. Eine standardisierte Erfassung der Ablehnungsdiagnosen in den Statistiken der Deutschen Rentenversicherung ist deshalb wünschenswert. Dies würden Berechnungen auf der Gesamtebene der Deutschen Rentenversicherung ermöglichen.

Förderung: Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e.V. Norderney

Literatur

- Creed, P. A., Bartrum, D. (2006): Explanations for deteriorating wellbeing in unemployed people: specific unemployment theories and beyond. In: T. Kieselbach, A.H., Winefield, C. Boyd, Anderson, S. (Ed.): Unemployment and Health. Bowen Hills Qld: Australian Academic Press. 1–20.
- 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 (05). 322–328.
- Psychotherapeutenkammer NRW (2014): Stellungnahme der Psychotherapeutenkammer NRW vom 02.09.2014 zur Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Integration des Landtags Nordrhein-Westfalen am 22.05.2014. URL: https://www.ptk-nrw.de/fileadmin/user_upload/pdf/Aktuelle_Informationen/2015/03_2015/15_03_05_PTK_NRW_STN_hausaerztlichen_Versorgung_sicherstellen_vom_02.09.2014.pdf. Abruf 15.09.2016.

Inanspruchnahme psychosomatischer Rehabilitationsmaßnahmen und Beratungen wegen Erwerbsminderung aufgrund psychischer Erkrankungen – Eine qualitative Analyse

Herget, S. Roski, C., Grande, G.

Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur Leipzig

Hintergrund/Untersuchungszweck

Mit 49 % sind psychische Diagnosen 2015 einer der häufigsten Gründe für den Bezug einer Erwerbsminderungsrente (DRV Bund, 2016). Trotz des Grundsatzes „Reha vor Rente“ haben in Deutschland nur ca. 50 % der Betroffenen vor der EM-Berentung wegen einer psychischen Erkrankung rehabilitative Leistungen in Anspruch genommen, was effektiv eine erhebliche Belastung für das Sozialsystem darstellen kann (DRV Bund 2016). Ziel der vorliegenden Untersuchung war deshalb, mit einem qualitativen Studiendesign individuelle und organisatorische Einflussfaktoren zu identifizieren, welche den Zugang zur psychosomatischen Rehabilitation bei bestehendem Bedarf verhindern und das Risiko einer frühzeitigen EM-Berentung erhöhen.

Methoden/Studiendesign

Telefonische, leitfaden-gestützte Interviews nach Witzel (Witzel, 2000) mit 27 DRV-Versicherte aus Mitteldeutschland wurden durchgeführt. Die Gruppe der Versicherten setzte sich zusammen aus Personen, die (1) bisher noch keine Rehabilitation oder Erwerbsminderungsrente aufgrund psychischer Leistungsdiagnose erhalten haben (n=6), (2) bereits an einer Rehabilitation mit psychischer Indikation teilgenommen haben (n=7), (3) bisher noch keine Rehabilitation wegen psychischer Indikation, aber eine Erwerbsminderungsrente aufgrund dessen beziehen (n=7), (4) bereits an einer Rehabilitationsmaßnahme aufgrund psychischer Diagnose teilgenommen haben und nun Erwerbsminderungsrente beziehen (n=7). Des Weiteren wurden 20 Experten (6 DRV-interne Gutachter, 2 Klinikärzte, 3

Hausärzte, 4 Sozialarbeiter, 2 Jobcenter-Mitarbeiter, 3 externe Gutachter) in Leitfadengestützten Interviews nach Witzel (Witzel, 2000) bezüglich Reha-Inanspruchnahme und Erwerbsminderungsberentung aufgrund psychischer Erkrankung befragt. Anschließend erfolgte eine inhaltsanalytische Auswertung nach Mayring (Mayring, 2015) unter Verwendung der Software MaxQDA.

Ergebnisse

Versicherte benennen Vorhandensein von psychosozialen Beratungsangeboten, ärztliche und psychotherapeutische Betreuung im Vorfeld der Rehabilitation und Rente sowie Bewältigung der Antragsstellung als drei entscheidende Kriterien für eine Inanspruchnahme einer Rehabilitation. In 75 % der Interviews wurden Schwierigkeiten in der Bearbeitung der Antragsfragestellung als Barriere für eine erfolgreiche Reha-Beartragung genannt. Eine für die Versicherten nicht nachvollziehbare Bewilligungsmethodik der Rehabilitations- und Rentenansprüche wurde zudem von einer Mehrheit von 80 % der Versicherten als Hindernisgrund für eine Beantragung angegeben. Alle Experten aus dem Tätigkeitsbereich innerhalb der DRV betonten die Einfachheit der Antragstellung sowie die Problematik bei Antragsbearbeitung aufgrund nicht ausreichender Informationen des Versicherten zur Krankheitsgeschichte. Mangelnde Vernetzung zwischen Akteuren des Sozial- und Gesundheitswesens wurde zudem von Hausärzten, Psychiatern und Jobcenterangestellten benannt.

Diskussion

Die vorliegende Untersuchung verdeutlicht, dass die Einschätzung und Bewertung der Versorgungsrealitäten durch DRV-Versicherte und Experte teilweise erhebliche Diskrepanzen aufweisen und über Änderungen im Beantragungs-, Begutachtungs- und Bewilligungsprozess von Anträgen auf Rehabilitation und Erwerbsminderungsrente aufgrund psychischer Erkrankung diskutiert werden muss. Dies stellt die Voraussetzung für zukünftige, gezielte Interventionen zur Verbesserung der bedarfsgerechten Inanspruchnahme von psychosomatischen Rehabilitationsleistungen dar.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2016): Rentenversicherung in Zahlen. URL: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/238692/publicationFile/61815/01_rv_in_zahlen_2013.pdf. Abruf: 26.10.2016.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2015): Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung. URL: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/339288/publicationFile/64601/pospap_psych_Erkrankung.pdf. Abruf 26.10.2016.

Witzel, A. (2000): Das problemzentrierte Interview, Forum Qualitative Sozialforschung, 1, 14.

Mayring, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick, U., von Kardoff, E., Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag. 468–475.

Psychosomatische Rehabilitation bei Versicherten der Rentenversicherung mit deutscher und anderer Nationalität – Vergleich anhand von Routinedaten

Rose, A. D., Zollmann, P., Pimmer, V., Erbstößer, S.
Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Hintergrund

Etwa ein Fünftel der Bevölkerung in Deutschland (16,5 Mio. Personen) hat einen Migrationshintergrund, davon etwas weniger als die Hälfte (6,8 Mio.) keine deutsche Staatsbürgerschaft (Statistisches Bundesamt, 2015). Studien weisen auf eine Benachteiligung von Personen mit Migrationshintergrund bei der Teilhabe an gesellschaftlichen Ressourcen hin (Autorengruppen Bildungsberichterstattung, 2016; BMAS, 2009). Zur Versorgungssituation von Menschen mit Migrationshintergrund speziell in der psychosomatischen Rehabilitation liegen bisher nur wenige Studien vor (Brzoska et al., 2010). Es zeigen sich keine Unterschiede bezogen auf das Reha-Setting, die Behandlungsdauer sowie die therapeutische Versorgung (Erbstößer, Zollmann, 2015; Kobelt et al., 2013). Studien zum Erfolg der Rehabilitation belegen allerdings schlechtere Ergebnisse für Personen mit Migrationshintergrund (Brause, Schott, 2013; Brause et al., 2012). Hinsichtlich der Einflussfaktoren auf den Reha-Erfolg liegen heterogene Befunde vor. Nach Mösko et al. (2011) scheint der stärkste Prädiktor für den Reha-Erfolg bei Rehabilitanden mit und ohne Migrationshintergrund die Symptombelastung zu Beginn ihrer psychosomatischen Rehabilitation zu sein. Nach Brause et al. (2012) bleibt der türkische Migrationshintergrund auch nach Adjustierung sozio-ökonomischer und versorgungsbezogener Merkmale ein eigenständiger Einflussfaktor auf den Behandlungserfolg.

Das Versorgungsgeschehen in der psychosomatischen Rehabilitation kann mit den Routinedaten der Rentenversicherung abgebildet werden; diese ermöglichen bislang allerdings nur Auswertungen nach der Staatsangehörigkeit.

Fragestellungen

Wie unterscheiden sich psychosomatische Rehabilitanden mit deutscher und ausländischer Staatsangehörigkeit bei Inanspruchnahme, soziodemographischer, erwerbsbezogener Merkmale und bei den Reha-Ergebnissen? Welche Einflussfaktoren können die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit vorhersagen?

Methodik

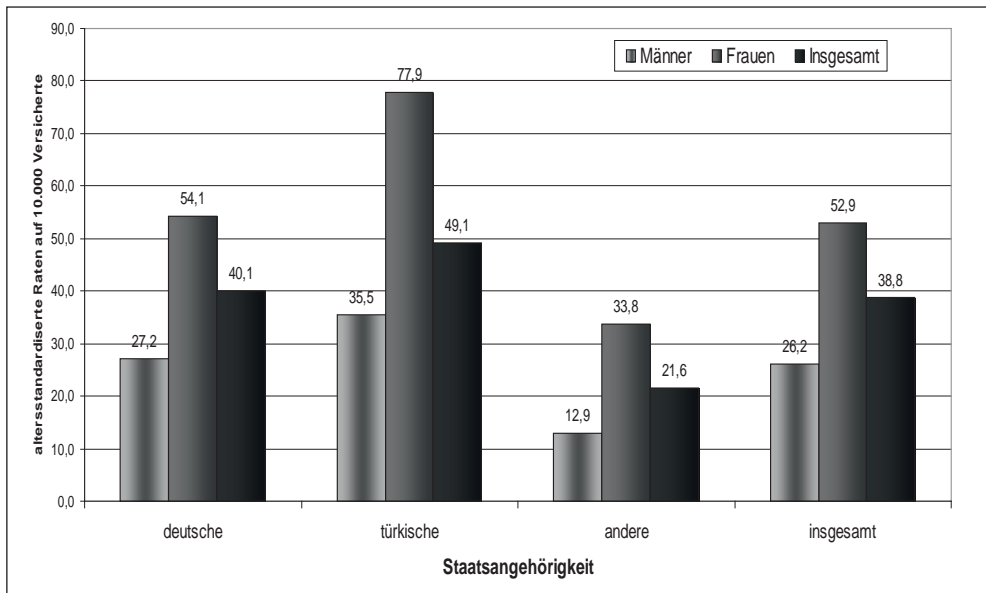
Datengrundlage sind rentenversicherungsweite und aktuelle Routinedaten zur psychosomatischen Rehabilitation der Rentenversicherung aus der Reha-Statistik-Datenbasis

(RSD) 2007–2014. Eingeschlossen wurden 128.165 Pflichtversicherte, die im Jahr 2012 eine psychosomatische Rehabilitation in Anspruch genommen haben.

Die Staatsangehörigkeit wurde für diese Analysen in drei Gruppen zusammengefasst: Versicherte mit deutscher Staatsangehörigkeit (1), Versicherte mit türkischer Staatsangehörigkeit (2) sowie Versicherte mit einer anderen bzw. unbekanntem Staatsangehörigkeit bzw. Staatenlose (3). Mithilfe von deskriptiven Auswertungen und multivariaten logistischen Regressionen (SPSS 22) wurde der Return to Work (RTW) sowie die relevanten Einflussfaktoren ermittelt.

Ergebnisse

Von den psychosomatischen Rehabilitanden in 2012 hatten 5,8 % eine ausländische Staatsangehörigkeit. 2 %, die größte Gruppe, waren türkischer Nationalität. Die häufigsten Diagnosen waren für alle Gruppen affektive Störungen und neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen. Im Unterschied zu anderen Reha-Indikationen zeigt sich keine Benachteiligung von türkischen Versicherten im Zugang zur psychosomatischen Rehabilitation. Die altersstandardisierten Inanspruchnahmeraten der türkischen Versicherten, insbesondere der Frauen, liegen im Gegenteil deutlich über denjenigen deutscher Versicherten (vgl. Abb.): Während von den deutschen pflichtversicherten Frauen 54 auf 10.000 Pflichtversicherte eine psychosomatische Rehabilitation in Anspruch nehmen, sind es bei türkischen Frauen 78, bei Frauen mit einer anderen oder unbekanntem Staatsangehörigkeit aber nur 34. Bei den pflichtversicherten Männern gehen die Unterschiede in der Inanspruchnahme in die gleiche Richtung, sind aber auf deutlich niedrigerem Niveau und geringer ausgeprägt.



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD), 2007–2014, Pflichtversicherte im Jahr 2012, Vergleichsbevölkerung: Pflichtversicherte in Deutschland insgesamt, eigene Berechnungen.

Abb.: Altersstandardisierte Inanspruchnahmeraten von Leistungen zur psychosomatischen Rehabilitation im Jahr 2012 (auf 10 000 Versicherte).

Hinsichtlich der Reha-Ergebnisse, hier die Wiedereingliederung ins Berufsleben, zeigen sich schlechtere Erfolge für türkische Rehabilitanden. Als Einflussfaktoren auf die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit (Return to Work) aller Rehabilitanden wurden insbesondere die Beschäftigungsdauer in den 12 Monaten vor Reha-Beginn, die ärztlich festgestellte Leistungsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit, das Alter sowie das sozialversicherungspflichtige Entgelt im Jahr vor Reha-Beginn ermittelt. Ein eigenständiger Einfluss der türkischen Staatsbürgerschaft bleibt auch nach Einschluss dieser Faktoren bestehen, verringert sich aber.

Diskussion

Insgesamt scheinen die Rehabilitanden mit türkischer Nationalität eine spezifische Gruppe zu bilden, wobei vor allem die Frauen durch eine hohe Problembelastung gekennzeichnet sind: Sie weisen die höheren Ausgangsbelastungen (geschieden, ohne Berufsabschluss) auf, nehmen mehr psychosomatische Rehabilitation in Anspruch und erzielen (noch) schlechtere Reha-Ergebnisse als ihre männlichen Landsleute. Auch wenn die negativen Reha-Ergebnisse zum Teil auf die schlechteren Ausgangsbedingungen zurückzuführen sind, bleibt die Staatsangehörigkeit auch nach Adjustierung weiter bedeutsam.

Interessenskonflikte: Die Autorinnen sind Mitarbeiterinnen der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Literatur

- Statistisches Bundesamt (2015): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2014. Fachserie 1, Reihe 2.2, Wiesbaden.
- Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2016): Bildung in Deutschland 2016 – Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse z. B. Bildung und Migration.
- Bundesministerium für Arbeit und Gesundheit (BMAS) (Hrsg.) (2009): Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.
- Möske, M., Pradel, S., Schulz, H. (2011): Die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in der psychosomatischen Rehabilitation. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz; 54. 465–474.
- Brzoska, P., Voigtländer, S., Spallek, J., Razum, O. (2010): Utilization and effectiveness of medical rehabilitation in foreign nationals residing in Germany. Eur J Epidemiol; 25: 651–660.
- Kobelt, A., Göbber, J., Pfeiffer, W. (2013): Die sozioökonomische Schicht ist wichtiger für das Behandlungsergebnis in der psychosomatischen Rehabilitation als der Migrationshintergrund. Phys Med Rehab Kuror; 23. 353–357.
- Erbstößer, S., Zollmann, P. (2015): Versorgungsunterschiede zwischen deutschen und ausländischen Rehabilitanden. RVaktuell; 4/2015. 88–99 (mit Erratum in RVaktuell 5/2015).
- Brause, M., Schott, T. (2013): Reha-Inanspruchnahme und Erfolg bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund. In: Schott, T., Razum, O. (Hrsg.): Migration und medizinische Rehabilitation. Weinheim, Basel: Beltz Juventa Verlag. 62–91.
- Brause, M., Reutin, B., Razum, O et al. (2012): Rehabilitationserfolg bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund – Eine Auswertung von Routinedaten der Deutschen Rentenversicherungen Rheinland und Westfalen. Die Rehabilitation; 51. 282–288.

Effektivität einer psychotherapeutischen E-Mail-Nachsorge (eMaNa) nach kognitiv-verhaltenstherapeutischer rehabilitativer Depressionsbehandlung

Watzke, B. (1), Krause, S. R.-M. (2), Bassler, M. (3), Köllner, V. (4), Schneider, J. (5), Schulz, H. (6), Ceynowa, M. (6)

(1) Universität Zürich, (2) Mediclin Deister Weser Kliniken, Bad Münder am Deister, (3) Rehasentrum Oberharz, Clausthal-Zellerfeld, (4) Rehasentrum Seehof, Deutschen Rentenversicherung Bund, Teltow, (5) MediClin Klinik für Akutpsychosomatik und Rehasentrum am Hahnberg, Bad Wildungen, (6) Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Hintergrund

Web- und computerbasierte Versorgungsmodelle haben sich im Bereich von E-Mental Health als effektiv insbesondere auch für Depressionspatienten erwiesen (z. B. Spek et al., 2007; Bee et al., 2008; Kordy et al., 2016). Sie beinhalten die Option, die Effekte nach einer stationären Rehabilitationsbehandlung längerfristig zu stabilisieren und die Reduzierung des Behandlungserfolges beim Übergang in den Alltag zu minimieren.

Neben der Wohnortunabhängigkeit dieses Versorgungsangebots besitzen E-Mental-Health-Interventionen das Potential, für Patienten zeitnah nach stationärer Behandlung sowie kostengünstig adäquate psychotherapeutische Unterstützung bereitzustellen und so die dort bestehenden Defizite in der Versorgung zu ergänzen. Dieses konnte bisher für den Einsatz von Chatgruppen gezeigt werden (Golkaramnay et al., 2007), für E-Mail-Kontakte steht die Überprüfung noch aus.

Primäre Zielsetzung der Studie war die Untersuchung der Effektivität einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen E-Mail-Nachsorge (eMaNa) für Rehabilitationspatienten mit depressiven Störungen unter klinisch repräsentativen Bedingungen.

Methodik und Studiendesign

Zur Effektivitätsüberprüfung von eMaNa wurde eine prospektive Mehrzeitpunktbefragung (zu Beginn der stationären Behandlung (T0), nach Beendigung der stationären Behandlung (T1) und nach Beendigung der E-Mail-Nachsorge (T2)) im Rahmen eines randomisiert-kontrollierten Studiendesigns realisiert. Die Patienten (mit einer Depressionsdiagnose: F32, F33 gemäß ICD-10) wurden in vier psychosomatischen Rehabilitationsfachkliniken mit verhaltenstherapeutischem Behandlungsschwerpunkt gewonnen. Patienten, die eMaNa erhielten (Interventionsgruppe, IG), wurden mit Patienten, die „Treatment as usual“ (Kontrollgruppe, KG) erhielten, hinsichtlich der Veränderung der depressiven Symptomatik (BDI-II; primäres Outcome) und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (psychische Subskala des SF-12; sekundäres Outcome) von T1 zu T2 verglichen.

In der Interventionsgruppe eMaNa wurde direkt im Anschluss an die stationäre Behandlung zwischen dem Patienten und dem Behandler ein E-Mail-Kontakt etabliert, der einmal

wöchentlich über einen Zeitraum von 12 Wochen stattfand. Zentraler Inhalt von eMaNa ist die gemeinsame Vor- und Nachbereitung von verhaltensnahen Übungen und deren Umsetzung im häuslichen Lebensumfeld. In der KG erhielten die Patienten keine spezifische Nachsorge. Die Primäranalysen (Kovarianzanalysen zu T2) beziehen sich auf einen Intention-to-Treat (ITT)-Ansatz (Ersetzung fehlender Werte: LOCF); ergänzt werden diese von Sensitivitätsanalysen mit Bezug auf die Completer-Stichprobe.

Ergebnisse

Es konnten 92 Patienten (IG: n=49; KG: n=43; 65 % Frauen; Alter: M=47,7 Jahre; SD=8,3; depressive Symptomatik BDI-II: M=14,52; SD=11,3) in die Intention-to-Treat (ITT)-Analysen und N=57 Patienten (IG: n=28; KG: n=29) in die Completer-Analysen einbezogen werden. Die Stichprobengröße blieb – trotz Bemühungen auf verschiedenen Ebenen – hinter den ursprünglich angestrebten Fallzahlen zurück.

Im Rahmen der durchgeführten Kovarianzanalysen (Überprüfung des Haupteffektes IG vs. KG zu T2) lässt sich für das primäre Outcome depressive Symptomatik sowohl für die ITT- als auch für die Completer-Stichprobe keine Überlegenheit von eMaNa nachweisen (ITT: $F(1)=.278$, $p=.599$; $\eta^2=.003$; Completer: $F(1)=.154$, $p=.696$; $\eta^2=.003$); die entsprechenden Effekte liegen dabei noch unterhalb einer kleinen Effektstärke. Für das sekundäre Outcome der gesundheitsbezogenen Lebensqualität resultiert ein heterogenes Ergebnis: Hier zeigt sich nicht in den ITT-Analysen, wohl aber in den Completer-Analysen (und unter zusätzlicher statistischer Kontrolle der Veränderungen der Lebensqualität während der stationären Behandlung, d. h. von T1 zu T2) ein signifikanter Haupteffekt von mittlerer Größe ($F(1)= 2.62$, $p=.113$; $\eta^2=.056$). Die Hypothesen lassen sich somit zum überwiegenden Teil nicht bestätigen.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Aufgrund der unter den Erwartungen zurückbleibenden Fallzahlen sind die vorgestellten Ergebnisse als vorläufig zu betrachten, so dass eine Replikation anzustreben ist. Die vorliegenden Befunde deuten wenn dann eher auf einen allgemeinen, weniger auf einen symptom-spezifischen Effekt der durchgeführten Nachsorge hin, was in nachfolgenden Studien weiter zu untersuchen ist. Hinsichtlich der eMaNa-Intervention ist zu diskutieren, inwieweit ein noch stärker standardisierter und direkter auf die Symptomatik abzielende E-Mail-Austausch sinnvoll sein könnte. Wichtig ist die Weiterentwicklung und -beforschung des Bereiches, da ein Bedarf an systematischer Nachsorge für die Routineversorgung für Patienten mit depressiven Erkrankungen und anderen psychischen Erkrankungen weiterhin besteht.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Bee, P.E., Bower, P., Lovell, K. (2008): Psychotherapy mediated by remote communication technologies: a meta-analytic review. *BMC Psychiatry*, 8. 60.
- Golkaramnay, V., Bauer, S., Haug, S. (2007): The exploration of the effectiveness of group therapy through an Internet chat as aftercare: a controlled naturalistic study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76. 219–225.

- Kordy, H., Wolf, M., Aulich, K., Bürgy, M., Hegerl, U., Hüsing, J., Puschner, B., Rummel-Kluge, C., Vedder, H., Backenstrass, M. (2016): Internet-delivered disease management for recurrent depression: A multicenter randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85 (2). 91–98.
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklicek, I. (2007): Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37. 319–328.

Entwicklung und Evaluation eines ADHS Behandlungskonzeptes für Erwachsene in der psychosomatischen Rehabilitation

Heise, K., Benoit, D., Deibler, P., Morgen, K.
AHG Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim

Hintergrund

Die hohe Prävalenz (2,5 %) von ADHS¹ im Erwachsenenalter (Sobanski, 2015) mit Auswirkungen auf alle Lebensbereiche, zu denen auch die von einem Großteil der Betroffenen angegebenen mittleren bis starken Leistungseinschränkungen in der Berufstätigkeit gehören (Lehmkuhl, Schubert, 2013), markiert die große Bedeutung für die Rehabilitation.

Die Grundsätze einer psychosomatischen Rehabilitation, arbeitsspezifische Probleme aufzudecken und entsprechende Kompetenzen zu vermitteln, erfordern es, eine spezifische Behandlung für ADHS anzubieten. Um diese zu gewährleisten, entwickelten wir ein spezifisches Behandlungsprogramm.

Die Evaluation dieses Behandlungskonzeptes soll prüfen, ob die Kombination eines spezialisierten ADHS-Programms mit MBOR- und Basisangeboten unserer Klinik zu einer Verbesserung symptomspezifischer Parameter (Aufmerksamkeit, Überaktivität, Impulsivität), unspezifischer (z. B. Selbstwirksamkeit und interaktionelle Schwierigkeiten) sowie erwerbsrelevanter Parameter (Arbeitsfähigkeit) führt. Zusätzlich wurde die Patientenzufriedenheit mit dem Behandlungskonzept evaluiert.

Methodik

Seit Ende 2014 erhalten ADHS-PatientInnen während ihres durchschnittlich 6-wöchigen Aufenthaltes ein Therapieprogramm, das neben MBOR- und Basis-Angeboten das neu entwickelte Behandlungskonzept ADHS enthält. Das ADHS-Programm sieht eine Mindestteilnahmedauer von 4 Wochen vor. Dieses störungsspezifische Konzept orientiert sich am bekannten ADHS-Gruppenmanual von Hesslinger et al. (2004).

Das ADHS-Programm umfasst vier inhaltliche Einheiten (Psychoedukation, biografische Arbeit, Verhaltensanalyse, Emotionsregulation, Ordnung und Chaos) als wöchentliche gruppentherapeutische Sitzungen à 90 Minuten mit max. 12 Teilnehmern, zusätzlich wöchentliche Sitzungen der Bezugsgruppe in Eigenregie und ein verpflichtendes Sport- und Achtsamkeitsprogramm.

Die Therapieevaluation erfolgt im Rahmen eines Ein-Gruppen-Prä-Post-Designs für die TeilnehmerInnen des ADHS-Programms auf Patientenzufriedenheit, Besserung der Symptomatik mit begleitender Erhebung von soziodemographischen Daten, Diagnosen und Medikation.

Dazu wurden eigene Instrumente eingesetzt, die folgende Angaben erfassen: Medikation, Erwartungen und Zufriedenheit. Im Rahmen der psychometrischen Routinediagnostik unserer Klinik erhielten die PatientInnen zu Beginn und am Ende der Behandlung die Fragebögen HEALTH-49 (Rabung et al., 2007), WURS-K und ADHS-SB (Rösler et al., 2008), AVEM (Schaarschmidt, Fischer, 2008), SIMBO-C (Streibelt et al., 2009) und SPE (Mittag, Raspe, 2003).

Ergebnisse

58 % aller TeilnehmerInnen (n=148) haben als Hauptdiagnose ein ADHS oder ADS, 42 % als behandlungsrelevante Nebendiagnose. Als häufigste weitere Diagnose treten depressive Störungen auf (80 %), gefolgt von PTBS (16 %). 53 % der TeilnehmerInnen sind weiblich, das mittlere Alter liegt bei 37 Jahren (17–61 J.). Die mittlere Verweildauer beträgt 41 Tage. 43 % der PatientInnen sind bei Aufnahme arbeitsfähig, 52 % arbeitsunfähig, (5 % Beurteilung nicht erforderlich), bei Entlassung 55 % arbeitsfähig und 40 % arbeitsunfähig.

Bezogen auf die symptomspezifischen Parameter (ADHS-SB) zeigt die Prä-, Postmessung hoch signifikante ($p < 0,0001$) Veränderungen in den Problembereichen „Aufmerksamkeit“ (im Mittel 16,9+5,7 auf 13,9+6,6), „Überaktivität“ (8,2+3,8 auf 6,5+3,6) und „Impulsivität“ (5,9+3,5 auf 4,7+3,5), Gesamtscore (30,9+10,4 auf 25,2+11,7); hier liegt die Stichprobengröße für gepaarte Stichproben leider nur bei n=94.

Hinsichtlich unspezifischer Zielgrößen (HEALTH-49) zeigen sich ebenfalls hoch signifikante Veränderungen ($p < 0,0001$), hohe Effekte (SES) auf das „psychische Wohlbefinden“ und die „Selbstwirksamkeit“, mittlere Effekte auf den Rückgang der „Depressivität“, die „Interaktionellen Schwierigkeiten“ und die „Aktivität und Partizipation“.

Die TeilnehmerInnen bewerten unser ADHS-Behandlungskonzept in Schulnoten überwiegend gut: insgesamt „2,0“, Verhaltensanalyse „2,1“, Achtsamkeit „2,1“, Gefühlsregulation „2,5“, Umgang mit Aggression „2,5“, Umgang mit Hyperaktivität „2,4“ und Psychoedukation „1,6“.

Diskussion und Ausblick

Die Verbesserungen in den symptomspezifischen und unspezifischen Zielgrößen, die hohe Gruppenakzeptanz und gute Patientenzufriedenheit bei einer deutlichen Zunahme der Arbeitsfähigkeit erlauben Hinweise auf Vorteile eines spezifischen ADHS-Behandlungskonzeptes auch bei relativ kurzen Behandlungsdauern. Die Evaluation der bisherigen Ergebnisse weist uns zudem auf Aspekte des Konzeptes hin, die wir nachjustieren können. Hierbei sollten die Themen Gefühlsregulation, Umgang mit Aggression mit Hyperaktivität fokussiert werden, die von den PatientInnen nur als knapp gut bis befriedigend eingeschätzt werden. Nachhaltige Effekte messen wir mit der Katamnese ein Jahr nach Entlassung und hoffen auf einen langfristigen Behandlungserfolg.

Literatur

- Hesslinger, B., Philipsen, A., Richter, H. (2004): Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter: Ein Arbeitsbuch (Therapeutische Praxis). Göttingen: Hogrefe.
- Lehmkuhl, G., Schubert, I. (2013): Versorgung bei ADHS im Übergang zum Erwachsenenalter aus Sicht der Betroffenen. Gesundheitsmonitor 1/2013.
- Sobanski, E. (2015): Multimodale Therapie der ADHS im Erwachsenenalter. In: Neue Konzepte in der Therapie chronisch-psychischer Erkrankungen. Schriftenreihe des Wissenschaftsrates der AHG, Bd 6. 59–65.

Wirkungen einer regenerations- versus resistenz-orientierten Ergotherapie auf die Stresstoleranz

Linden, M. (1), Otto, J. (1), Hufenreuther, J. (2)

(1) Charité – Universitätsmedizin Berlin,

(2) Rehazentrum Seehof, Deutsche Rentenversicherung Bund, Teltow

Hintergrund

Ein vorrangiges Problem von Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation ist, dass sie durch die Lebensanforderungen und Stress überlastet sind. Das Thema der Stresstoleranz und Stressbewältigungsfähigkeiten ist somit ein zentrales Thema in der psychosomatischen Rehabilitation.

In der wissenschaftlichen Diskussion wie auch in der Praxis der psychosomatischen Rehabilitation werden zwei Ansätze zur Stressbewältigung diskutiert. Der eine ist, sich aktiv mit Stressoren auseinanderzusetzen, mit der Bereitschaft, sich Widrigkeiten aktiv zu stellen, sich mit ihnen auseinanderzusetzen und ohne zu klagen durchzuhalten (Resistenzorientierung). Der zweite Ansatz zielt darauf ab, unter Stress dafür zu sorgen, dass man sich nicht überfordert, seine Grenzen einhält, sich gerade bei Belastung hinreichend selbst pflegt, Erholungszeiten einhält und dabei auch die eigenen Emotionen unter einem salutogenetischen Konzept pflegt (Regenerationsorientierung).

Die Förderung der Resistenz- wie der Regenerationsbereitschaft ist in den psychosomatischen Rehakliniken wesentlich eine Aufgabe der Ergotherapie. Obwohl die Ergotherapie zu den Standardtherapieangeboten in den Kliniken gehört und dafür viel Personal und Zeit zur Verfügung gestellt wird, gibt es kaum elaborierte und evaluierte Behandlungskonzepte oder Manuale. Eine Evidenzbasierung dieses wichtigen Therapiebausteins erscheint daher vordringlich.

Ziel der vorliegenden Studie ist die differentiellen Wirkungen einer resistenz- versus regenerationsorientierten Ergotherapie zu untersuchen.

Methode

70 Patienten wurden randomisiert einer regenerationsorientierten Gruppe unter dem Namen „Selbstpflege, SP“ und 70 einer resistenzorientierten Gruppe unter dem Namen „Wi-

derstandsfähigkeit, WF“ zugewiesen. Zusätzlich wurden 124 Patienten aus der klinischen Routinebehandlung befragt. Die Gruppen waren manualisiert mit nachgewiesener hoher Manualtreue. In der SP-Gruppe wurden die Patienten angehalten, sich selbst zu pflegen, zu entspannen und positive Aktivitäten und soziale Interaktionen aufzunehmen. In der WF-Gruppe wurden die Patienten angehalten zu lernen, sich Widrigkeiten und Herausforderungen zu stellen, durchzuhalten und nicht zu klagen. Dies erfolgte unter Einsatz ergotherapeutischer Materialien.

Die Stresstoleranz wurde vor und nach der Behandlung gemessen mit der Distress-Intoleranz-Skala. Je niedriger der Wert ist, desto geringer die Stressintoleranz bzw. desto besser die Stresstoleranz.

Ergebnisse

Die Abb. 1 zeigt die Prä- und Post-Werte für die drei Gruppen. Die Routinepatienten zeigen zum Ende der Reha eine leicht verbesserte Stresstoleranz und die SP-Patienten eine deutlich verbesserte Stresstoleranz. Entgegen der ursprünglichen Hypothese zeigen die WF-Patienten keine Besserung, obwohl sie auch an der sonstigen psychosomatischen Behandlung mit Psychotherapie, allgemeiner Ergotherapie oder Bewegungstherapie teilnahmen.

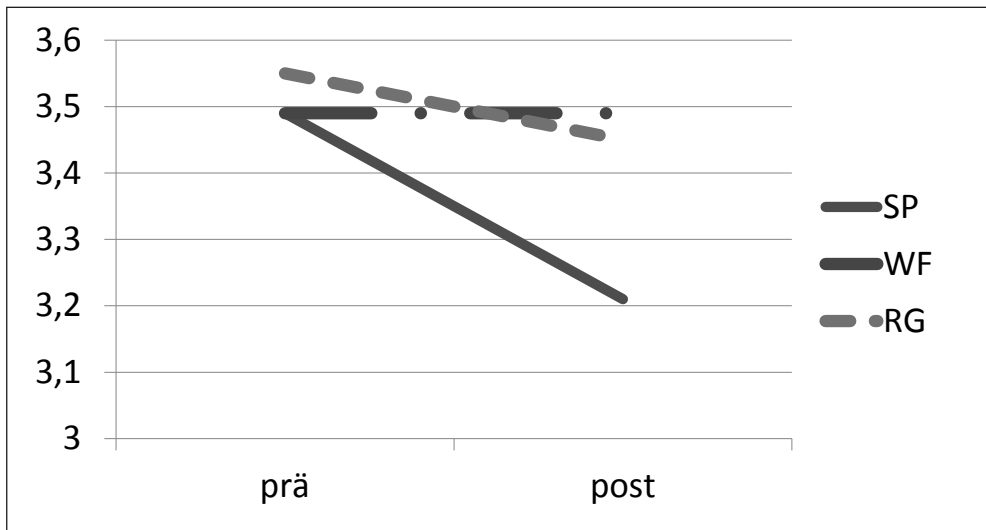


Abb. 1: Distress-Intoleranz-Skala unter Selbstpflege-Therapie, Widerstandsfähigkeits-Therapie und Routine-Therapie in der Ergotherapie

Diskussion

Die Ergebnisse sind für die Behandlungsplanungen in der psychosomatischen Rehabilitation von grundsätzlicher Bedeutung. Psychosomatische Patienten sind offenbar schnell zu überfordern mit negativen Folgen für die psychische Entwicklung und Heilung. Stattdessen benötigen sie eine langsame Heranführung an Aktivitäten und Stressoren und eine (Selbst-)Pfleger zur Wiederherstellung einer besseren Psyche. Die moderne Rehabilitation

darf also ihre Wurzeln aus der „Kurmedizin“ nicht in Vergessenheit geraten lassen. Die Ergebnisse stehen auch in Übereinstimmung mit modernen wissenschaftlichen Befunden zur „Salutotherapie“ und „positiven Psychologie“ (Duckworth et al., 2005) bzw. „Salutotherapie“ (Linden, Weig 2009).

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

Linden, M., Weig, W. (Hrsg.) (2009): Salutotherapie. Deutscher Ärzteverlag, Köln.
Duckworth, L.E., Stehen, T.A., Seligman, M.E.P. (2005): Positive psychology in clinical practice. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 1. 629–651.

Blended interventions in psychosomatischer Rehabilitation und Psychotherapie: Kombinationen aus klassischer und internetbasierter Behandlung von psychischen Störungen. Ein systematisches Review

Erbe, D. (1), Eichert, H.-C. (2), Riper, H. (3), Ebert, D. D. (4)

(1) Universität zu Köln, (2) TERTIA Berufsförderung GmbH, Bonn, (3) VU University Amsterdam, (4) Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen

Hintergrund

Die Wirksamkeit von internetbasierter Psychotherapie ist vielfältig belegt (z. B. Andersson et al., 2016). Ein neuerer Ansatz von Interventionen kombiniert die Vorteile von klassischen und internetbasierten Ansätzen („blended interventions“ bzw. kombinierte Behandlungen). Dieses Review bietet einen Überblick über die verschiedenen Formen von blended treatments.

Methodik

Englisch- und deutschsprachige Studien zu kombinierten Behandlungen wurden in einer systematischen Suche in den Datenbanken Medline, PsycInfo, Cochrane und Pubmed gefunden. Die Stichwörter enthielten Begriffe, die mit klassischer Psychotherapie von Angesicht zu Angesicht verbunden sind („inpatient“, „outpatient“, „face-to-face“ und „residential treatment“) und wurden mit Begriffen aus der internetbasierten Behandlung („internet“, „online“ und „web“) sowie mit Begriffen aus der Terminologie von psychischen Störungen („mental health“, „depression“, „anxiety“ und „substance abuse“) kombiniert. Der Fokus lag dabei auf dreien der häufigsten psychischen Störungen (Depressionen, Angst- sowie Suchterkrankungen).

Ergebnisse

Wir fanden 35 Studien, 22 davon waren randomisierte Kontrollgruppenstudien. Die ersten Ergebnisse legen nahe, dass kombinierte Behandlungen im Vergleich zu klassischer Therapie Zeitersparnisse auf Seiten der Behandelnden ermöglichen (z. B. Marks et al., 2004), zu geringeren Rückfallquoten und/oder höheren Abstinenzraten bei Suchterkrankungen

führen (z. B. Campbell et al., 2014), zur Aufrechterhaltung der Therapieeffekte von psychosomatischen RehaMaßnahmen beitragen (z. B. Ebert et al., 2013) und Wartezeiten auf einen ambulanten Therapieplatz überbrücken können (z. B. Kenter et al., 2013). Allerdings wurden bisher noch zu wenige Studien veröffentlicht, die die Überlegenheit von kombinierten im Vergleich zu ausschließlich klassischen und/oder ausschließlich internetbasierten psychotherapeutischen Behandlungen überprüfen.

Diskussion

Die ersten Erfahrungen mit kombinierten psychotherapeutischen Behandlungen sind vielversprechend. Jedoch ist dieses Feld noch vergleichsweise neu und die bisherige Forschung lässt viele Fragen offen. Beispielsweise ist unklar, für welche Patient*innen welches Verhältnis der Anzahl von face-to-face-Sitzungen zur Anzahl internetbasierter Einheiten von Vorteil ist, welche Elemente aus der klassischen Psychotherapie am besten dafür geeignet sind, sie als internetbasierte Einheiten auszulagern sowie welche Kostenersparnis durch die Kombination möglich ist.

Schlußfolgerungen und Ausblick

Das Review legt dar, dass kombinierte Behandlungen praktikabel und nutzbringend sein können. Weitere Forschung auf diesem Feld sollte sich mit der Wirksamkeit und Kosteneffektivität dieser Behandlungsformen beschäftigen, insbesondere im Vergleich zu aktiven Kontrollgruppen, die mit nur klassischer oder nur internetbasierter Psychotherapie behandelt werden.

Literatur

- Andersson, G., Topococo, N., Havik, O., Nordgreen, T. (2016): Internet-supported versus face-to-face cognitive behavior therapy for depression. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 16 (1). 55–60. <http://doi.org/10.1586/14737175.2015.1125783>.
- Campbell, A., Nunes, E., Matthews, A., Stitzer, M., Miele, G., Polsky, D., ... Ghitza, U. (2014): Internet-delivered treatment for substance abuse: a multisite randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 6 (June). 683–690. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13081055>.
- Ebert, D. D., Tarnowski, T., Gollwitzer, M., Sieland, B., Berking, M. (2013): A transdiagnostic internet-based maintenance treatment enhances the stability of outcome after inpatient cognitive behavioral therapy: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82 (4). 246–256. <http://doi.org/10.1159/000345967>.
- Kenter, R., Warmerdam, L., Brouwer-Dudokewit, C., Cuijpers, P., Van Straten, A. (2013): Guided online treatment in routine mental health care: an observational study on uptake, drop-out and effects. *BMC ...*, 13 (43). Retrieved from [http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/43?utm_source=feedburner&utm_medium=feed&utm_campaign=Feed%3A+Bmc%2FPsychiatry%2FLatestArticles+\(BMC+Psychiatry++Latest+articles\)](http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/43?utm_source=feedburner&utm_medium=feed&utm_campaign=Feed%3A+Bmc%2FPsychiatry%2FLatestArticles+(BMC+Psychiatry++Latest+articles)).
- Marks, I. M., Kenwright, M., McDonough, M., Whittaker, M., Mataix-Cols, D. (2004): Saving clinicians' time by delegating routine aspects of therapy to a computer: a randomized

controlled trial in phobia/panic disorder. *Psychological Medicine* (Vol. 34). Cambridge Univ Press. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14971623>.

IRENA-Gruppen im Rahmen der Psychosomatischen Rehabilitation – Ergebnisse einer naturalistischen Studie

Weber, R. (1), Schonneck, M. (2), Langens, T. (2)

(1) Universitätsklinikum Köln, (2) Psychosomatische Tagesklinik Köln am Hansaring

Einleitung und Fragestellung

Intensivierte Reha-Nachsorge-Programme (IRENA) wurden eingeführt um die während der Rehabilitation erreichten Behandlungsergebnisse zu sichern und einen nachhaltigen und überprüfbaren Transfer des Gelernten in den Alltag zu unterstützen. Für den Bereich der psychosomatischen Rehabilitation werden ambulante Gruppen nach dem Curriculum Hannover angeboten (Kobelt, 2002). Trotz der weiten Verbreitung dieser wohnortnahen Nachsorgemaßnahme ist das gesicherte Wissen über das Zustandekommen der erzielten Effekte vergleichsweise gering.

Material und Methoden

Es wird über die Ergebnisse einer naturalistischen Studie berichtet, die in einer psychosomatischen Tagesklinik über einen Zeitraum von einem Jahr durchgeführt wurde. Neben einem Fragebogen zur Symptomausprägung (Klinisch Psychologische Diagnostik; KPD-38) kamen das IIP-32 (Inventar Interpersoneller Probleme) und der Bielefelder Fragebogen zur Klientenerwartungen (BFKE) zum Beginn der Maßnahme zum Einsatz. Der KPD-38 wurde den Teilnehmern zusätzlich nach Abschluss der 10. und der 25. Sitzung noch einmal vorgelegt. Darüber hinaus wurde der gruppentherapeutische Prozess mit der deutschen Version des Therapeutic Factors Inventory (TFI) und dem Gruppenfragebogen (GQ-D) untersucht.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 323 Patienten (26 Gruppen) in die Studie eingeschlossen. 74 Patienten (22,9 %) beendeten die Maßnahme vorzeitig (i. d. R. nach den ersten zwei bis drei Sitzungen). 46 Gruppenmitglieder (14,2 %) lehnten die Beteiligung an der Studie ab. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf das Alter, das Geschlecht, der symptomatischen Belastung, der Bindungsorganisation und dem Ausmaß der interpersonellen Probleme zwischen den Gruppen (Teilnehmer, Abbrecher und Teilnahmeverweigerer).

Hinsichtlich der symptomatischen Belastung (KPD-38), des Ausmaßes der Interpersonellen Probleme (IIP-32) und der Bindungskonfiguration (BFKE) lassen sich für die Gruppe der Teilnehmer (n=203) folgende Ergebnisse kennzeichnen: Der Gesamtbelastungswert des KPD-38 stellt sich zum Ende des Nachsorgeprogramms signifikant reduziert dar ($t(df=140)=6,61; p<0.01$), bei einer mittleren Effektstärke ($ES=.42$).

Im Korrelationsmodell kann ein signifikanter Zusammenhang zwischen der symptomatischen Belastung zu Beginn der Maßnahme (KPD-38) und den Skalen des BFKE gezeigt werden (Akzeptanzprobleme .44**, Öffnungsbereitschaft, -.34**, Zuwendungsbedürfnis .36**). Vergleichbare Korrelationen zeigten sich sowohl im Verlauf (10. Sitzung: Akzeptanzprobleme .36**, Öffnungsbereitschaft -.26**, Zuwendungsbedürfnis .311**) als auch zum Ende des Nachsorgeprogramms (25. Sitzung: Akzeptanzprobleme .32**, Öffnungsbereitschaft -.25**, Zuwendungsbedürfnis .32**). Es lässt sich ebenfalls ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert des IIP-32 und den Skalen des BFKE nachweisen (Akzeptanzprobleme .53**, Öffnungsbereitschaft -.27**, Zuwendungsbedürfnis .51**).

Diskussion

Es zeigten sich sinnvolle Zusammenhänge zwischen den Skalen des BFKE und den Symptombeschwerden (KPD-38): Skala Öffnungsbereitschaft korreliert negativ mit allen Symptombeschwerdeskalen, Skala Akzeptanzprobleme und Skala Zuwendungsbedürfnis korrelieren positiv. Dasselbe Muster findet sich für den Gesamtwert interpersoneller Probleme. Die Bindungsorganisation eines Individuums scheint im Rahmen der rehabilitativen Nachsorgegruppen eine ebenso wichtige Bedeutung zu haben wie in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie.

Literatur

- Bormann, B., Burlingame, G.M., Strauß, B. (2011): Der Gruppenfragebogen: Die deutsche Version des Group Questionnaire (GQ-D) – Ein Instrument zur Messung von therapeutischen Beziehungen in der Gruppenpsychotherapie. *Psychotherapeut*, 56 (4). 297–309.
- Höger, D. (1999): Der Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE). Ein Verfahren von Bindungsstilen bei Psychotherapie-Patienten. *Psychotherapeut*, 44. 159–166.
- Kobelt, A., Grosch, E., Lamprecht, F. (2002): *Ambulante psychosomatische Nachsorge*. Schattauer, Stuttgart.
- Percevic, R., Gallas, C., Wolf, M., Haug, S., Hünerfauth, T., Schwarz, M. Kordy, H. (2005): Das Klinisch Psychologische Diagnosesystem 38 (KPD-38). Entwicklung, Normierung und Validierung eines Selbstbeurteilungsbogens für den Einsatz in Qualitätssicherung und Ergebnismonitoring in der Psychotherapie und psychosomatischen Medizin. *Diagnostica*, 51 (3). 134–144.
- Thomas, A., Brähler, E., Strauß, B. (2011): IIP-32: Entwicklung, Validierung und Normierung einer Kurzform des Inventars zur Erfassung interpersonaler Probleme. *Diagnostica*. 57. 68–83.
- Weber, R. (2017): *Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie – Übersetzung und initiale Validierung des Therapeutic Factors Inventory (in Vorbereitung)*.

Teilleistungsstörungen in der psychosomatischen Rehabilitation

Bahri, S. (1), Köllner, V. (1), Linden, M. (2), Noack, N. (2)

1 Rehazentrum Seehof, Deutschen Rentenversicherung Bund, Teltow,
(2) Charité – Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund

In den letzten Jahren wurde die Bedeutung der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Erwachsenen zunehmend deutlich und dies gerade auch unter Teilhabegesichtspunkten und damit ihrer Rehabilitationsrelevanz (Hoxhaj, Philipsen, 2015; Linden, Weddigen, 2016). Diese Patienten leiden jedoch nicht nur unter Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen sondern in der Regel auch noch unter weiteren Teilleistungsstörungen, wie z. B. kognitiven Leistungsminderungen bzgl. Mnestic, Orientierung oder Denkflüssigkeit, motorischer Ungeschicklichkeit, vegetativer Instabilität oder einer mangelnden Affektkontrolle, die erhebliche Probleme in der Alltagsbewältigung verursachen können. Sie verdienen daher in der psychosomatischen Rehabilitation und sozialmedizinischen Beurteilung fachkundige Beachtung.

Ziel der vorliegenden Studie war, eine Abschätzung der Art, Häufigkeit und Folgen von Teilleistungsstörungen bei Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation.

Methode

1.453 unausgelesene Patienten einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik wurden mit dem ADHS-SB (Rösler et al., 2008) und dem MCD-TLS-FB (Linden, 2013) hinsichtlich selbstberichteter ADHS-Symptome und Teilleistungsstörungen untersucht.

Ergebnisse

Bei 0,8 % der Patienten wurde eine ADHS als klinische Entlassungsdiagnose explizit aufgeführt.

Berücksichtigt man auf dem ADHS-SB Beschwerden mittlerer und schwerer Intensität, dann erfüllen 14,6 % der Patienten die Diagnosekriterien einer ADHS.

Unabhängig davon geben die Patienten ein breites Spektrum an Teilleistungsstörungen mittlerer und schwerer Ausprägung an. Geklagt werden u. a. Probleme mit Orientierungsschwäche in der Stadt (23,5 %), Gesichtererkennen (9,1 %), Namensgedächtnis (27,8 %), Wortfindungsstörungen (26,3 %), Dysgrammatismus (12,9 %), Stottern (17,1 %), vegetative Irritabilität (23,3 %), Affektinkontinenz (14,3 %), Störung der Feinmotorik (12,7 %), Gangstörungen (8,1 %), Ablenkbarkeit 20,9 % Sitzunruhe 18,9 %).

Schlussfolgerungen

Die Daten zeigen, dass ADHS und Teilleistungsstörungen häufige Probleme bei Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation sind und stehen in Übereinstimmung mit einschlägigen Prävalenzzahlen aus der Literatur. Eine sorgfältige diesbezügliche Abklärung ist daher in psychosomatischen Rehabilitationskliniken unverzichtbar. Bei Leistungsproblemen am Arbeitsplatz sollte immer auch differentialdiagnostisch an Teilleistungsstörungen gedacht werden. Therapeuten müssen dieses Problem sehr gut kennen. Je nach Fall ist die Therapie dann auf spezifische kompensatorische Strategien aufzubauen. Wenn die Probleme derartige Patienten nur nach der vordergründigen Symptomatik als Depression, Angststörung, Anpassungs- oder Überlastungsstörung diagnostiziert werden, wird das dem eigentlichen Problem nicht gerecht und eine Therapie kann nicht zielführend sein.

Literatur

- Hoxhaj, E., Philipsen, A. (2015): Psychotherapie bei ADHS im Erwachsenenalter: Eine Bestandsaufnahme. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 63. 25–31.
- Linden, M. (2013): Manual zur MCD-TLS-Skala. Selbstverlag, Berlin.
- Linden, M., Weddigen, J. (2016): Teilleistungsstörungen/MCD und ADHS im Erwachsenenalter. Der Nervenarzt. DOI 10.1007/s00115–015-0063-z.
- Röslér, M., Retz-Junginger, P., Retz, W., Stieglitz, R.D. (2008): HASE-Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene. Hogrefe, Göttingen.

Stellenwert der Konsistenzprüfung bei Systemen zur Functional Capacity Evaluation (FCE)

Geissler, N. (1), Andreeva, E. (2), Moesch, W. (3), Gutenbrunner, C. (2)

(1) Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, Laatzen,

(2) Medizinische Hochschule Hannover, (3) Braunschweig

Hintergrund

Zur Objektivierung der Leistungsfähigkeit des Stütz- und Bewegungsapparates dienen FCE-Systeme (functional capacity evaluation), da die medizinischen Befunde nur Schätzungen der erwerbsbezogenen Belastungsfähigkeit erlauben. EFL (Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit) nach Isernhagen und ERGOS/Sapphire (SIM-Work-Systems) sind in Deutschland etablierte Verfahren, die im Verlauf vorgegebener Testabläufe die Probanden sukzessive steigenden körperlichen Belastungen aussetzen, um so die Leistungsgrenzen zu erfassen. Diese Verfahren liefern eine differenzierte Beurteilung der motorischen Funktionseinschränkungen im Rahmen der sozialmedizinischen Begutachtung oder dienen der Anpassung von arbeitsbezogenen Trainingsprogrammen an die motorische Funktionsfähigkeit der Rehabilitand/-innen (Büschel et al., 2008; Jamel et al., 2016). Valide Messergebnisse ergeben derartige Verfahren aber nur dann, wenn die Probanden/-innen ihre maximalen Leistungsgrenzen ausschöpfen. Konsistenzanalysen dienen der Überprüfung, ob die Testperson ihre individuellen Leistungsgrenzen ausgeschöpft hat oder durch

negative Befundverzerrung ein zu niedriges Leistungsvermögen dargestellt wurde. Systematische Konsistenzanalysen mit strukturierten Scores waren bisher nur mit dem Assessmentverfahren nach Isernhagen möglich. Bei dem deutlich weniger zeitaufwendigen ERGOS und Sapphire Systemen fehlte es jedoch an einer strukturierten Auswertung der Ergebnisse. Ziel der Studie war es, gewichtete Inkonsistenzscores für die ERGOS/Sapphire-Systeme zu entwickeln und an einem Kollektiv orthopädischer Patient/-innen in stationären Rehazentren zu testen.

Methodik

Eine Liste der Konsistenzparameter wurde aus dem Testmanual des Herstellers von Sapphire/ERGOS Systeme aufgestellt. Diese Parameter wurden um bewährte Elemente der Konsistenzprüfung des EFL-Verfahrens nach Isernhagen ergänzt und nach Zuverlässigkeit gewichtet. So wurde beispielsweise ein geringer – weniger als 20 % – Anstieg der Herzfrequenz im Verhältnis zum Schweregrad der Arbeit als ein wichtiges Inkonsistenzkriterium mit 4 Punkten bewertet, sofern keine negativ chronotropen Pharmaka verwendet wurden. Unsere Prüflisten umfassten jeweils 10 und 11 gewichtete Inkonsistenzkriterien bei Assessmentverfahren Sapphire und ERGOS (Tabellen 1–2).

		Punkte
1.	Inadäquater Anstieg der Herzfrequenz im Verhältnis zum Schweregrad der Arbeit (Hebe- u. Tragetests statisch u. dynamisch)	4 P.
2.	Abbruch Handfunktionstest nach 10 Minuten (Hannover)	4 P.
3.	Statische Kraft Heben Höhe Mittelhand kleiner Höhe Sprunggelenk	4 P.
4.	Auffälliger Variationskoeffizient (>15 % > 2 Teste)	4 P.
5.	Fehlende Übereinstimmung zwischen klinischen Befunden und demonstrierter Funktion nach ärztlicher Beurteilung	2 P.
6.	Wechselnde Kraftunterschiede re./li. Hand bei statischer Greifkraftmessung und statischem Heben Höhe Mittelhand (>20 %)	2 P.
7.	Dynamische Kraft beim Heben Höhe Bank kleiner der statischen Kraft Heben Höhe Mittelhand (bei ungestörter LWS-Beweglichkeit)	2 P.
8.	Fingerkraftmessung im Lateralgriff und 3-Punkte Griff nicht in gleicher oder unmittelbar angrenzender Leistungskategorie	2 P.
9.	Auffälliger Greifkraftunterschied dominante/nicht dominante Hand (>20 %)	1 P.
10.	Kraftmessungen bei statischem Heben und Greifen nicht in gleicher oder unmittelbar angrenzender Leistungskategorie	1 P.

Tab. 1: Sapphire Inkonsistenzscore

		Punkte
1.	Inadäquater Anstieg der Herzfrequenz* im Verhältnis zum Schweregrad der Arbeit (in Panel 1)	4 P.
2.	Abbruch Handfunktionstest nach 20 Minuten	4 P.
3.	Dynamische Hebelast auf Ablagenhöhe ist größer oder gleich der Last beim Heben auf Bankhöhe	4 P.
4.	Auffälliger Variationskoeffizient (>15 % > 2 Teste)	4 P.
5.	Fehlende Übereinstimmung zwischen klinischen Befunden und demonstrierter Funktion nach ärztlicher Beurteilung	2 P.

		Punkte
6.	Wechselnde Kraftunterschiede re./li. Hand bei einzelnen Testen >20 %	2 P.
7.	Dynamische Kraft beim Heben Höhe Bank kleiner der statischen Kraft Heben Höhe Mittelhand (bei ungestörter LWS-Beweglichkeit)	2 P.
8.	Handkraftmessung beim Greifen und im Lateralgriff nicht in gleicher oder unmittelbar angrenzenden Leistungskategorie	2 P.
9.	Auffälliger Greifkraftunterschied dominante/nicht dominante Hand (>20 %)	1 P.
10.	Kraftmessungen bei statischen Testen nicht in gleicher oder unmittelbar angrenzender Leistungskategorie (15% Abweichung)	1 P.
11.	Statische Kraft Heben Höhe Sprunggelenk kleiner gleich Heben Höhe Mittelhand	1 P.

Tab. 2: ERGOS Inkonsistenzscore

Im Reha-Zentrum Clausthal-Zellerfeld wurden 50 ERGOS-Protokolle eines auswärtigen Testanbieters analysiert. Im Reha-Zentrum Bad Pyrmont wurden 129 Sapphire-Teste und 310 EFL-Protokolle ausgewertet. Die EFL-Testungen wurden entsprechend der von der EFL-Akademie Deutschland vorgegebenen Konsistenzliste überprüft.

Ergebnisse

Die Auswertung der EFL-Protokolle erbrachte bei 10% der Probanden eindeutig inkonsistente Testergebnisse; in der Sapphire-Untersuchungsserie lag der Anteil bei 44 %. In beiden Systemen kam die Inkonsistenz gehäuft in der Gruppe der Rentenantragsteller/-innen vor: der Anteil inkonsistenter Ergebnisse bei Personen mit Renten(wunsch) lag bei 29 % im EFL-Verfahren und bei ca. zwei Dritteln im Sapphire.

Die extern angefertigten ERGOS-Untersuchungen wurden von den Testern ohne Anwendung einer systematischen Ergebnisanalyse zu 98 % als konsistent bewertet. Die dabei festgestellten niedrigen Leistungswerte widersprachen allerdings häufig den ärztlichen Einschätzungen der Belastbarkeit. Die Anwendung unseres strukturierten Scores führte zum Nachweis von 60 % inkonsistenter Testergebnisse in diesem Patientenkollektiv.

Diskussion

FCE-Systeme dienen der diagnoseunabhängigen Objektivierung der funktionellen motorischen Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben. In Deutschland ist das EFL System nach Isernhagen das am weitesten verbreitete Assessmentsystem; hierbei schätzen geschulte Tester nach Beobachtungskriterien das Erreichen der Maximalbelastung der Probanden ab. Nachteilig bei diesem Verfahren ist der hohe Zeitbedarf mit 8 Stunden verteilt auf zwei Tage zuzüglich der Erstellung des Auswertungsberichts. Die deutlich weniger zeitaufwendigen Sapphire und ERGOS Systeme erfassen Kraft- und Bewegungsparameter direkt durch Messsensoren und vergleichen sie geräteintern mit einer computerisierten Normdatenbank; eine systematische Auswertung der Ergebniskonsistenz war zuvor jedoch nicht möglich. Wir haben gewichtete Inkonsistenzscores für die ERGOS/Sapphire-Systeme entwickelt, Prüflisten erstellt und getestet. Die Anwendung dieser Prüflisten führte bei allen Verfahren zum Nachweis eines erheblichen Anteils negativer Befundverzerrungen mit submaximalem Einsatz. Übereinstimmend wurde eine deutliche Zunahme von Befundverzer-

rungen bei Rentenantragstellern beobachtet. Weitere Studien sind notwendig, um die Ursache dieser Erhöhung – z. B. motivationale Hemmung – zu überprüfen.

Fazit

Die Anwendung der strukturierten Inkonsistenzscores kann zur Steigerung der Qualität in der Leistungsdiagnostik mit Sapphire/ERGOS Systemen beitragen.

Literatur

- Büschel, C., Greitemann, B., Schaidhammer, M. (2008): Stellenwert der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit nach Isernhagen (EFL) in der sozialmedizinischen Begutachtung des Leistungsvermögens. Teil 1: Möglichkeiten und Grenzen des Verfahrens nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft. Der medizinische Sachverständige, 104 (5). 195–200.
- James, C.L., Reneman, M.F., Gross, D.P. (2016): Functional Capacity Evaluation Research: Report from the Second International Functional Capacity Evaluation Research Meeting. J Occup Rehabil 26 (1). 80–83.

Sozialmedizinisch auffällige Patienten in der Psychosomatischen Rehabilitation

Nübling, R. (1), Schmidt, J. (1), Kriz, D. (1), Kobelt, A. (2), Bassler, M. (3)

(1) Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen, Karlsruhe

(2) Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, Laatzen

(3) Rehasentrum Oberharz, Clausthal-Zellerfeld

Hintergrund

Sozialmedizinisch auffällige Patienten haben ein erhöhtes Frühberentungsrisiko. Zur Abschätzung der BBPL werden unterschiedliche Screeningverfahren eingesetzt, u. a. der von Bürger, Deck (2009) entwickelte SIBAR. Die Autoren ermittelten für die Psychosomatische Rehabilitation einen Anteil von 26 % mit einem erhöhtes Risiko zur Frühberentung (SIBAR \geq 8). Für die spezielle Stichprobe der psychosomatische Rehabilitation einer regionalen Rentenversicherung soll überprüft werden, wie hoch der Anteil an Patienten mit einem Frühberentungsrisiko ist und wie sich diese Patienten von denen mit niedrigerem Risiko bei Beginn der Maßnahme sowie auch hinsichtlich der (kurzfristigen) Behandlungsergebnisse unterscheiden.

Methodik

Methodische Grundlage bildet das Routine-Assessment Psychosomatik (RAP), das in den vergangenen Jahren für die Psychosomatische Rehabilitation entwickelt und erprobt wurde. Die Entwicklung wurde unterstützt und begleitet von der Deutschen Gesellschaft für Klinische Psychologie und Psychosomatische Rehabilitation (DGPPR) und der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover. Es enthält vorwiegend lizenzfreie Verfahren (Ausnahme: BDI), u. a. die Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte der

psychosozialen Gesundheit (HEALTH49), Screening-Instrument Arbeit und Beruf (SIBAR), den Fragebogen zur Selbstbeurteilung von Aktivitäten und Teilhabe bei psychischen Störungen (ICF AT 50 – Psych) oder den Helping Alliance Questionnaire (HAQ). Darüber hinaus werden Fremdeinschätzungen des Behandelnden Therapeuten (u. a. GAF, GARF) erhoben (vgl. Nübling et al., 2015).

Stichprobe

Betrachtet werden n=2.396 Rehabilitanden (48,2 % weiblich, Durchschnittsalter 47,3 Jahre (sd=9,4), 46,5 % Hauptschulabschluss, 59,8 % Arbeiter, 44,0 % Affektive Störungen (F3), 49,7 % Neurotische, Belastungs- und Somatoforme Störungen (F4)) aus zwei Psychosomatischen Kliniken der DRV Braunschweig-Hannover, für die SIBAR-Werte vorliegen.

Ergebnisse

Der Anteil der Patienten, die einen sozialmedizinisch auffälligen SIBAR-Wert und damit ein erhöhtes Frühberentungsrisiko aufweisen lag bei 25,3, das SIBAR Skalenmittel bei M=5,18 (sd=4,58). Die Anteile schwanken je nach Diagnosegruppe zwischen 19,4 % (F5 Verhaltensauffälligkeiten) und 42 % (Persönlichkeitsstörungen). Rehabilitanden mit erhöhtem Frühberentungsrisiko unterscheiden sich bei Rehabeginn sehr deutlich von denen ohne Risiko. So ergeben sich erhöhte Werte hinsichtlich der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (Arztbesuche, Klinikaufenthalte, ambulante Psychotherapie) sowie auch in den psychometrischen Parametern, wie Depressivität, Angst oder somatoforme bzw. psychosomatische Beschwerden (vgl. Tabelle 1). Darüber hinaus werden sie von den behandelnden Therapeuten kritischer u.a. hinsichtlich Zugänglichkeit für Psychotherapie bzw. Therapiemotivation eingestuft.

Merkmal	n	Unauf- fällig SIBAR<8	Auffällig SIBAR≥8	T/Chi²	p
Arztbesuche letzte 12 Monate (Anzahl)	2.359	12,7	22,7	-14,90	.000
Klinikaufenthalte Sucht/Psych Gesamtdauer letzte 12 Monate (Wochen)	2.373	1,91	3,86	-5,23	.000
Aufenthalte Tagesklinik Sucht/Psych Gesamtdauer letzte 12 Monate (Wochen)	2.372	0,55	1,63	-6,11	.000
Aufenthalte Akutkrankenhaus Gesamtdauer letzte 12 Monate (Tage)	2.363	1,74	23,76	-4,13	.008
Ambulante Psychotherapie direkt vor Aufnahme (%)	2.396	27,4	42,6	-4,87	.000
ISR Gesamtscore Aktivitäten und Teilhabe	2.393	1,47	2,03	-15,62	.000
HEALTH Somatoforme Beschwerden	2.396	1,78	2,32	-12,69	.000
HEALTH Depressivität	2.396	1,60	2,27	-14,80	.000
HEALTH Phobische Angst	2.396	0,87	1,59	-15,28	.000
BDI	2.392	20,5	29,3	-15,80	.000

Tab. 1: Unterschiede bei Aufnahme zwischen sozialmedizinische auffälligen (SIBAR ≥ 8) und unauffälligen (SIBAR < 8) Patienten. Angaben/Einschätzungen der Patienten

Diskussion

Sozialmedizinisch auffällige Patienten zeichnen sich nicht nur durch viele Fehlzeiten oder Rentenwunsch aus, sondern darüber hinaus durch hohe Inanspruchnahme unterschiedlicher Angebote des Gesundheitswesens sowie durch erhöhte Depressivität und Angst sowie geringere Aktivitäten und Teilhabe. Ähnliche Ergebnisse finden sich auch in somatischen Indikationen (vgl. z. B. Schmidt et al., 2016). Es erscheint daher sinnvoll, in der Umsetzung der MBOR-Konzepte klinisch-psychologische bzw. psychotherapeutische Leistungen verstärkt zu integrieren.

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.
- Nübling, R., Schmidt, J., Kriz, D., Kobelt, A., Bassler, M. (2015): Routine-Assessment in der psychosomatischen Rehabilitation – Behandlungsergebnisse auf der Grundlage eines EDV-gestützten Routine-Assessment-Systems. *DRV-Schriften*, Bd 107. 336–338.
- Schmidt, J., Kaiser, U., Kriz, D., Nübling, R. (2016): Psychische Komorbidität bei stationären Patienten mit Atemwegs- und Lungenkrankheiten – Korrelate und Verlauf. *Prävention & Rehabilitation*, 28. 85–101.

Entwicklung und Kalibrierung eines rasch-basierten Kurzscreenings zur Ängstlich-Vermeidenden Persönlichkeitsstörung auf Basis der Itembank – AvPD-IB

Scharm, H., Basak, M., Kallinger, S., Abberger, B., Baumeister, H.
Universität Ulm

Hintergrund

Die Ängstlich-Vermeidende Persönlichkeitsstörung (AvPD) zählt zu den häufigsten Persönlichkeitsstörungen (Alden et al., 2002). Die hohe Prävalenzrate und die Auswirkungen der AvPD, z. B. auf den Verlauf akuter psychischer Störungen, unterstreichen den Bedarf an validen Assessmentverfahren für deren Erfassung (Herbert et al., 1992). Bestehende Fragebögen weisen zumeist eine Vielzahl an Items auf, was deren Nützlichkeit für den klinischen Einsatz substantiell beschränkt. Ein Item-Response-Theorie (IRT)-basiertes Kurz-Screening bietet eine psychometrisch hochwertige und ökonomische Grundlage für die Diagnostik der Ängstlich-Vermeidenden Persönlichkeitsstörung. Basierend auf der Itembank AvPD-IB (Abberger et al., 2015) wurde eine raschbasierte Kurzform, das AvPD-S entwickelt.

Methode

Als Grundlage zur Erstellung des rasch-basierten Kurzscreenings diente die eindimensionale, kalibrierte Itembank OCPD-IB, bestehend aus 33 Items. Diese Itembank weist gute

psychometrische Eigenschaften auf (Abberger et al., 2015). Die Stichprobe zur Entwicklung des AvPD-S bestand aus 463 Patienten aus psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtungen/Ambulanzen. Für das entwickelte Kurzscreening, AvPD-S, wurden Patienten, aufgrund von Misfit zu den Daten oder fehlender Daten, eliminiert, sodass die Stichprobengröße auf $n=205$ reduziert wurde. Soziodemografische Variablen wurden durch Selbstbeurteilungsfragbögen erhoben, die Informationen über spezifische psychiatrische Diagnosen stammen aus den jeweiligen Krankenakten der Patienten. Auf Basis dieser Stichprobe wurde mittels Rasch-Analyse das Kurzscreening entwickelt. Die Bestimmung der Modellgüte erfolgte durch globale und lokale Fit-Indikatoren beziehungsweise Indizes.

Ergebnisse

Das entwickelte Kurzscreening AvPD-S besteht aus 10 Items und zeigt eine gute Anpassung an das Rasch-Modell ($\chi^2 = 21.94$, $df=30$, $p=.85$) mit einem Person-Separation Index von .85, einer gegebenen Eindimensionalität und Fehlen von Differential Item Functionings (DIFs).

Diskussion

Es konnte ein rasch-basiertes, ökonomisches und reliables Diagnostikinstrument zur Erfassung der Ängstlich-Vermeidenden Persönlichkeitsstörung entwickelt werden. Um das Kurzscreening in die Praxis zu implementieren, bedarf es einer Validierung des Kurzscreenings.

Literatur

- Abberger, B., Kröhne, U., Wirtz, M., Bengel, J., Baumeister, H. (2015): Screening und Beurteilung des Schweregrads der Vermeidend-Selbstunsicheren und der Zwanghaften Persönlichkeitsstörung mittels des computer-adaptiven Testverfahrens „CAT-PS“. DRV-Schriften.
- Alden, L.E., Laposa, J.M., Taylor, C.T., Ryder, A.G. (2002): Avoidant personality disorder: Current status and future directions. *Journal of Personality Disorders*, 16 (1). 1–29.
- Herbert, J., Hope, D., Bellack, A. (1992): Validity of the distinction between generalized social phobia and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 101 (2). 332–339.

Entwicklung und Kalibrierung eines rasch-basierten Kurzscreenings zur Diagnostik der Zwanghaften Persönlichkeitsstörung

Kallinger, S., Eder, S., Scharm, H., Abberger, B., Baumeister, H.
Universität Ulm

Theoretischer Hintergrund und Ziele

Die Zwanghafte Persönlichkeitsstörung gehört zu den häufigsten Persönlichkeitsstörungen mit einer Prävalenz von 2.1 – 7.9 % in der Allgemeinbevölkerung (American Psychiatric Association, 2013). Da es bei einer Zwanghaften Persönlichkeitsstörung zu substantiellen

Beeinträchtigungen im Alltag kommt und sie auch als Risikofaktor für die Entwicklung einer komorbiden Achse-I Störung gilt (Fiedler, 2007), ist eine valide, reliable und zeiteffektive Diagnostik von großer Bedeutung. Die Studie zielte auf die Entwicklung eines Kurzscreenings ab. Ein Kurzscreening kann auf Grund der geringen Itemanzahl effizient und ökonomisch im Klinikalltag eingesetzt werden.

Methodik

Als Grundlage zur Erstellung des rasch-basierten Kurzscreenings diente die eindimensionale, kalibrierte Itembank OCPD-IB, die die Grundlage für die Entwicklung Item-Response-Theorie-basierter Testverfahren wie Computer-adaptive Tests (CAT) und Screeningverfahren bildet. Die OCPD-IB beinhaltet 33 Items mit sehr guten psychometrischen Eigenschaften (Abberger et al., 2015). Mittels Rasch-Analysen wurde das Kurzscreening auf Basis der Daten von 464 Patienten aus psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtungen/Ambulanzen entwickelt. Bei der Entwicklung des Kurzscreenings mussten 262 Patienten auf Grund von fehlenden Daten ausgeschlossen werden, sodass die letzte Analyse mit n=202 Patienten durchgeführt werden konnte. Die Güte der Modelle wurde durch globale und lokale Fit-Indikatoren beziehungsweise Indizes bestimmt.

Ergebnisse

Es konnte ein Kurzscreening bestehend aus 11 Items entwickelt werden. Alle erforderlichen Rasch-spezifischen Fit-Indizes erreichten die erforderlichen kritischen Kriteriumswerte mit einer nicht signifikanten Item-Trait-Interaktion von $p=.66$ ($\chi^2=29.21$; $df=33$), einem Person-Separation-Index von .76, mit einer gegebenen Eindimensionalität und Fehlen von Differential Item Functionings (DIFs).

Diskussion und Ausblick

Es konnte ein psychometrisch hochwertiges, ökonomisches Kurzscreening mit 11 Items für die Zwanghafte Persönlichkeitsstörung entwickelt werden. Eine Reduktion der zugrundeliegenden Items (OCPD-IB: 33 Items) um 66 % konnte erreicht werden. Trotz der geringen Itemanzahl konnten alle Modellannahmen des Rasch-Modells bestätigt werden. Um das Kurzscreening im klinischen Alltag zu verwenden, bedarf es als nächsten Schritt einer Validierung des Kurzscreening. Erste Validierungsergebnisse werden präsentiert.

Literatur

- Abberger, B., Kröhne, U., Wirtz, M., Bengel, J., Baumeister, H. (2015): Screening und Beurteilung des Schweregrads der Vermeidend-Selbstunsicheren und der Zwanghaften Persönlichkeitsstörung mittels des computer-adaptiven Testverfahrens „CAT-PS“. DRV-Schriften.
- American Psychiatric Association (2013): Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Fiedler, P. (2007): Persönlichkeitsstörungen (6.Aufl.). Weinheim: Beltz Verlag.

Kinder mit Migrationshintergrund – Sichtweise der Rehabilitationskliniken

Berghem, S.

Fachklinikum Borkum

Hintergrund und Stand der Literatur, Zweck der Untersuchung

Dass erwachsene Migranten seltener und mit weniger Erfolg an einer Rehabilitationsmaßnahme teilnehmen, ist bekannt (z. B. Maier, 2008). Da der Migrationsstatus weder von den gesetzlichen Krankenkassen noch von der Deutschen Rentenversicherung systematisch erfasst wird, gibt es keine präzisen Informationen über den Anteil von Kindern in der stationären Rehabilitation. Es gibt jedoch Hinweise auf eine geringere Inanspruchnahme der Rehabilitation für Kinder und Jugendliche durch Kinder aus Migrationsfamilien.

Von unterschiedlichen Kostenträgern gibt es bereits Beratungs- und Informationsmaterial zur Rehabilitation in unterschiedlichen Sprachen auch zur Rehabilitation für Kinder und Jugendliche. In eigenen Untersuchungen (Berghem, 2016a; Berghem 2016b) konnte gezeigt werden, dass der Informationsstand von Eltern mit einer Herkunft außerhalb Deutschlands zu allen Rehabilitationsformen, besonders zur Kinderrehabilitation, wesentlich schlechter ist als der ohnehin schon schlechte Informationsstand deutscher Eltern.

Möglicherweise ist auch ein nicht adäquates Angebot der Rehabilitationskliniken einer der Gründe, warum der Anteil der Rehabilitanden mit Migrationshintergrund niedriger als in der Bevölkerung ist. Untersuchungen über migrationsspezifische Besonderheiten in der Kinderrehabilitation fehlen bisher. Mit dieser Untersuchung sollte zudem ein Status erhoben werden, welche Angebote schon heute in den Kliniken vorgehalten werden.

Methodik, Studiendesign

Chefärzte und Verwaltungsleiter von 42 Rehabilitationskliniken wurden zur Teilnahme an einer anonymen Online – Umfrage eingeladen. 56 Verwaltungsleiter und Chefärzte beteiligten sich an dieser Befragung.

Ergebnisse

73 % der Teilnehmer gaben an, dass in ihrer Klinik der Anteil an Rehabilitanden mit Migrationshintergrund niedriger oder wesentlich niedriger als in der Gesamtbevölkerung ist. Die meisten Rehabilitanden haben Wurzeln in der Türkei, gefolgt von Russland, Polen und dem übrigen Osteuropa. Die Sprachkompetenzen werden besonders bei Rehabilitanden aus dem übrigen Osteuropa und aus Afrika als sehr gering eingestuft.

Als größtes Problem während der Rehabilitation wird von 76,9 % die Sprachkompetenz der Eltern angegeben, gefolgt von kulturell bedingt unterschiedlichen Sichtweisen von Gesundheit und Krankheit (61,5 %) und unterschiedlichen Bekleidungs Vorstellungen (50 %). Rassismus durch Erwachsene wurde von 17,4 % der Teilnehmer als ein relevantes Prob-

lem benannt, während Rassismus durch Schulkinder in Begleitung und durch unbegleitete Jugendliche mit 4,5 % bzw. 4,3 % eine untergeordnete Rolle zu spielen scheint.

In einzelnen Rehakliniken gibt es ein spezielles Angebot für Patienten mit Migrationshintergrund. 15 Antworten gaben russische Sprachkompetenz, 5-mal arabisch, 3-mal türkisch an. Achtmal wurde ein halal-Speiseangebot angegeben, je einmal Schwerpunktmaßnahmen für Rehabilitanden mit Migrationshintergrund und Schulungen in der Muttersprache der Migranten.

Diskussion

In der stationären Kinderrehabilitation gibt es Hinweise für noch bestehende sprachliche und kulturelle Barrieren, auch wenn Ansätze für eine Zuwendung zu Rehabilitanden mit Migrationshintergrund bestehen. Einerseits erzwingt ein niedriger Anteil von solchen Patienten in der Rehabilitation keine weitere Zuwendung, andererseits ist auch die Attraktivität einer Rehaklinik ohne eine weitere Zuwendung zu anderen Kulturen eingeschränkt.

Ausblick

Die Integration von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund scheint in der stationären Rehabilitation noch nicht vollständig gelungen zu sein. Um dieses Ziel zu erreichen, sollten sowohl die Bemühungen intensiviert werden, Eltern mit Migrationshintergrund zu informieren, als auch die Bemühungen der Kliniken, adäquate Angebote zu entwickeln.

Literatur

- Berghem, S. (2016a): Weniger Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund wegen geringerer Kenntnisse der deutschen Rehabilitationslandschaft? DRV-Schriften, Bd 109. 463–464.
- Berghem, S. (2016b): Migranten in der stationären Rehabilitation: Chancen und Hindernisse – Ergebnisse einer Befragung Vortrag auf der 112. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), 15.9.2016, Hamburg.
- Maier, C., Razum, O., Schott, T. (2008): Migration und rehabilitative Versorgung in Deutschland – Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation und Rehabilitationserfolg bei Personen mit türkischem Migrationshintergrund. In: Muthny, F.A., Bermejo, I. (Hrsg): Interkulturelle Medizin. Laientheorien, Psychosomatik und Migrationsfolgen. Köln: Deutscher Ärzte Verlag. 85–101.

Psychosoziale Belastungen von Kindern und Jugendlichen mit seltenen Hauterkrankungen und der Wunsch nach einer Rehabilitationsmaßnahme

Stachow, R. (1), Scheewe, S. (1), Ufer, F. (1), Hampel, P. (2), Küppers-Chinnow, M. (1)
(1) Fachklinik Sylt für Kinder und Jugendliche, Sylt, (2) Europa-Universität Flensburg

Hintergrund

In der Fachklinik Sylt werden seit mehreren Jahren Kinder und Jugendliche mit den seltenen, genetisch bedingten, derzeit nicht heilbaren Hauterkrankungen Epidermolysis bullosa (EB) und Ichthyosis (ICH) behandelt. Kinder mit EB weisen eine extreme Fragilität der Haut mit Blasenbildung und daraus folgenden ausgeprägten Hautdefekten und Sekundärkomplikationen auf (Fine et al., 2009). Sehr schmerzhaftes Verbandswechsel nehmen mehrere Stunden am Tag in Anspruch. Ichthyosen sind eine heterogene Erkrankungsgruppe generalisierter Verhornungsstörungen der Haut mit schmerzhafter Bewegungseinschränkung und eingeschränkter Schwitzfähigkeit mit Hitzestau bei körperlicher Belastung. Zur Therapie werden stundenlange Bädern, mechanische Entschuppungs-Maßnahmen und eine spezielle Salbentherapie durchgeführt (Oji, 2010). Bei beiden Patientengruppen besteht eine erhöhte psychosoziale Belastung der ganzen Familie mit Einschränkung der Lebensqualität und Teilhabe sowie Stigmatisierung und sozialer Ausgrenzung (Tabolli et al., 2009). Zwischen 2014 und 2015 wurde eine Studie mit dem Ziel durchgeführt, Familien und Experten z. B. Lastung, Lebensqualität und Teilhabe sowie z. B. Bedürfnissen nach einer Rehabilitationsmaßnahme und Therapieinhalten zu befragen.

Methode

139 Familien (47 EB und 92 ICH, 54 % Rücklaufquote) wurden mittels standardisierter Verfahren befragt (Küppers-Chinnow et al., 2015). An qualitativen Fokusgruppeninterviews nahmen 45 Experten aus Spezialzentren in Deutschland und Österreich und den Selbsthilfvereinen teil. Es erfolgte eine deskriptive Auswertung der Fragebögen und eine inhaltsanalytische Auswertung der Interviews.

Ergebnisse

Die Befragung der Familien erzielte folgende Ergebnisse: 29 % der EB-Kinder und 22 % der ICH-Kinder gaben eine ‚starke bis sehr starke‘ Belastung der Familie durch ihre Erkrankung an. Die Eltern schätzten die Belastung mit 31 % in beiden Erkrankungsgruppen höher ein als ihre Kinder. Konkrete Belastungsfaktoren waren zum Beispiel die tägliche Pflege der Kinder: 49 % der EB- und ICH-Eltern gaben eine tägliche Behandlungs- und Pflegedauer von mehr als 60 Minuten an. 58 % der EB-Eltern und 68 % der EB-Kinder gaben einen ‚starken bis sehr starken‘ Wunsch nach einer Rehabilitationsmaßnahme an, bei den ICH-Betroffenen waren es entsprechend 43 % bzw. 59 %. Informationen über eine Rehabilitationsmaßnahme erhielten die Befragten hauptsächlich über die Selbsthilfvereine (EB: 51 %, ICH: 71 %) gefolgt von den sie betreuenden Spezialzentren (29 % bzw. 39 %). Als Hinderungsgründe für die Nicht-Inanspruchnahme einer Rehabilitationsmaßnahme wurden hauptsächlich ‚zeitliche‘ Gründe angegeben (43 % der EB-Eltern, 35 % der ICH-

Eltern), dabei spielte die Jahres/Ferienzeit oder das Alter der Kinder eine Rolle. Familiäre Gründe wie eine unklare Versorgung der Geschwisterkinder wurden von 14 % der EB-Eltern und 20 % der ICH-Eltern angegeben.

In den qualitativen Experten-Interviews wurde die starke psychische Belastung der ganzen Familie hervorgehoben. Die Experten sahen eine Rehabilitationsmaßnahme als notwendige Ergänzung der ambulanten Intervention gerade aufgrund der Komplexität der Erkrankungen. Vertreter der Selbsthilfegruppen wünschten sich einen familienorientierten, multidisziplinären Behandlungsansatz in der Rehabilitation.

Diskussion und Schlussfolgerung

Die physischen und psychosozialen Belastungen und Einschränkungen bei Kindern und Jugendlichen mit seltenen Hauterkrankungen und deren Familien sind hoch. Ein hoher Anteil dieser Familien wünscht sich eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Prognose sowie eine ganzheitliche Therapie der ganzen Familie über eine Rehabilitationsmaßnahme. Hinderungsgründe sind oft zeitlicher und familiärer Art. Ein familienorientierter, individualisierter Ansatz unter Einbeziehung der meist stark belasteten Geschwister und Berücksichtigung der Eltern-Patient-Interaktion erscheint für diese Patienten und Familien notwendig. Aufgrund der Komplexität der Erkrankungen ist eine enge Kooperation zwischen ambulantem Zentrum und der Rehabilitationsklinik notwendig. Langfristiges Ziel muss eine größtmögliche Integration dieser Patienten in die Gesellschaft und eine ihren Einschränkungen entsprechenden Berufstätigkeit sein.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Nord

Interessenskonflikte: Der Autor R. Stachow ist Ärztlicher Direktor der Fachklinik Sylt für Kinder und Jugendliche und damit Beschäftigter der Deutschen Rentenversicherung Nord.

Literatur

Fine, J.D., Mellerio, J.E. (2009): Extracutaneous manifestations and complications of inherited epidermolysis bullosa: part I. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 61. 367–384.

Küppers-Chinnow, M. et al. (2015): vffr: Entwicklung und Implementierung eines Konzeptes für die Rehabilitation von Kindern mit seltenen, schweren Hauterkrankungen (ReSha) – Projektnr. 188 – Unveröffentlichter Abschlussbericht.

Oji, V. (2010): Klinik und Ätiologie der Ichthyosen. *Der Hautarzt*, 61. 891–905.

Tabolli, S. et al. (2009): Quality of life in patients with epidermolysis bullosa. *British Journal of Dermatology*, 161. 869–877.

Zusammenhänge zwischen Depressivität, Persönlichkeitsmerkmalen und Typ-1-diabetespezifischen Outcomes in der stationären Kinder- und Jugendlichenrehabilitation

Paape, F., Hermann, T.

Fachklinik Prinzregent Luitpold, Scheidegg

Hintergrund

In unserer letzten Untersuchung konnten wir zeigen, dass sich ein erheblicher Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes (T1D) in der stationären Rehabilitation als besonders depressiv, ängstlich, wenig von sich überzeugt, impulsiv und minderwertig erlebt (Paape, Hermann, 2015). Forschungsergebnisse zeigen, dass die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit T1D einen wesentlichen Einfluss auf deren Stoffwechsellage hat (Lange, 2010). Dabei wurde insbesondere der Einfluss depressiver Symptome untersucht. Beispielsweise zeigen unter 25-jährige T1D-Patienten mit depressiven Symptomen schlechtere Outcomes wie höhere HbA1C-Werte (Plener et al., 2015). Depression, ein negatives Selbstbild und Therapievernachlässigung werden bei jugendlichen Typ-1-Diabetikern häufiger beobachtet (Lange, 2010). Bei Jugendlichen mit erhöhter Depressivität ist zudem die Häufigkeit der Blutzuckerselbstkontrollen signifikant geringer (Hermanns, 2009).

Ziel dieser Untersuchung war es, Zusammenhänge zwischen Depressivität, Persönlichkeitsmerkmalen und diabetesspezifischen Outcomes bei T1D-Patienten in der stationären Kinder- und Jugendlichenrehabilitation aufzuzeigen.

Methode

n = 229 (108 weiblich), Durchschnittsalter 13,86 Jahre (SD = 2,31), durchschnittliche Diabetesdauer 5,67 Jahre (SD = 3,57), durchschnittlicher HbA1C-Wert 9,19 % (SD = 1,88), durchschnittliche tägliche Blutzuckermessungen 5,83 (SD = 2,92)

Zur Erfassung der Depressivität kamen altersabhängig das Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (Stiensmeier-Pelster) oder die Allgemeine Depressionsskala (Hautzinger) zum Einsatz, zur Erfassung der Persönlichkeitsmerkmale der Persönlichkeitsfragebogen für Kinder zwischen 9 und 14 Jahren (Seitz, Rausche) sowie der Angstfragebogen für Schüler (Wieczerkowski).

Als diabetesspezifische Outcomes wurden die Anzahl der täglichen Blutzuckermessungen (Angaben der Eltern im Aufnahmefragebogen) und der HbA1C-Wert nach Anreise untersucht.

Ergebnisse

Tabelle 1 zeigt die signifikanten Zusammenhänge mit dem Alter.

Dabei zeigte sich: Je älter die Jugendlichen, desto höhere HbA1C-Werte, desto weniger Blutzuckermessungen, desto depressiver, desto weniger ängstlich, desto weniger Gehorsam gegenüber Erwachsenen, desto geringer der schulische Ehrgeiz.

Tabelle 2 zeigt die signifikanten Zusammenhänge mit der Stoffwechseleinstellung (HbA1C). Dabei zeigte sich: Je höher der HbA1C-Wert, desto weniger Blutzuckermessungen, desto länger die Diabetesdauer, desto höher die Schulunlust, desto höher die egozentrische Selbstgefälligkeit, desto höher die Selbstüberzeugung.

Für die Stichprobe der Mädchen zeigte sich zudem: Je depressiver, desto höher der HbA1C-Wert ($r = .24^*$), desto länger die Diabetesdauer ($r = .20^*$).

	HbA1C	BZ-Messungen	Depressivität	Allgemeine Angst	Gehorsam gegenüber Erwachsenen	Schulischer Ehrgeiz
Alter	0.37**	-0.33**	0.20**	-0.23**	-0.29**	-0.23**

Anm.: Pearson-Korrelationen; * $p < .05$; ** $p < .01$.

Tab. 1: Zusammenhänge mit dem Alter

	BZ-Messungen	Diabetesdauer	Schulunlust	Egozentrische Selbstgefälligkeit	Selbstüberzeugung
HbA1C	-0.22**	0.32**	0.14*	0.20*	0.20*

Anm.: Pearson-Korrelationen; * $p < .05$; ** $p < .01$.

Tab. 2: Zusammenhänge mit der Stoffwechseleinstellung

Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass Kinder und Jugendliche mit T1D eine ungünstigere Stoffwechseleinstellung und Diabetes selbstbehandlung zeigen und sich depressiver fühlen, je älter sie sind. Auch bei Plener und Kollegen (2015) war der Anteil an depressiven T1D-Patienten in den älteren Altersgruppen höher. Zudem fanden wir signifikante Zusammenhänge zwischen dem Alter bzw. der Stoffwechseleinstellung und Selbstbildaspekten und Motiven, die mit dem Verhalten und Erleben in der Pubertät assoziiert werden können. Lange (2010) spricht von einer „Null-Bock-Haltung“ vieler Jugendlicher, die hohe HbA1C-Werte zeigen und ihre Therapie vernachlässigen.

In der Forschung sind höhere Depressionswerte bei jugendlichen Typ-1-Diabetikern mit erhöhten HbA1C-Werten assoziiert (Lange, 2010; Hermanns, 2009). Wir konnten diesen Zusammenhang für die Stichprobe der Mädchen finden. Je depressiver sich Mädchen fühlen, desto weniger scheinen sie in der Lage zu sein, sich um ihren Diabetes zu kümmern.

Fazit

Unsere Ergebnisse weisen auf die Relevanz einer intensiven Betreuung von T1D-Patienten während der Pubertät hin. Eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme kann dabei eine wirksame Maßnahme sein. Ein multidisziplinärer Behandlungsansatz mit dem Ziel der emotionalen Stabilisierung, der Verbesserung der Krankheits- und Behandlungsakzeptanz sowie der Stoffwechseloptimierung erscheint aufgrund der Ergebnisse besonders wichtig.

Literatur

Hermanns, N. (2009): Erhöhte Depressivität ist bei jugendlichen Diabetespatienten häufig mit einer suboptimalen glykämischen Kontrolle assoziiert. *Diabetologie*, 5. 291.

- Lange, K. (2010): Depressive Stimmung und Depression bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes. *Diabetologie*, 6. 287–293.
- Paape, F., Hermann, T. (2015): Aspekte der psychischen Befindlichkeit bei Kindern und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes in der stationären Rehabilitation. *DRV-Schriften*, Bd 107. 398–400.
- Plener, P., Molz, E., Berger, G., Schober, E., Mönkemöller, K., Denzer C., Goldbeck, L. Holl, R. (2015): Depression, metabolic control, and antidepressant medication in young patients with type 1 diabetes. *Pediatric Diabetes*, 16. 58–66.

Motivation zur Veränderung adipogener Verhaltensweisen bei adipösen Jugendlichen während einer stationären Rehabilitation

Kurzinsky-Stachow, U. (1), Hagedorn, N. (2), Wienert, J. (3), Wiegand, S. (4), Hampel, P. (2), Stachow, R. (1)

(1) Fachklinik Sylt für Kinder und Jugendliche, Sylt, (2) Europa-Universität Flensburg, (3) Universität zu Lübeck, (4) Charité – Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund

In Studien zeigte sich, dass die Motivation von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas in der stationären Rehabilitation sehr heterogen erscheint (Stachow et al., 2015). Geeignete Instrumente zur Untersuchung der Veränderungsmotivation adipogener Verhaltensweisen existieren für adipöse Jugendliche bislang nicht. Dementsprechend wurde ein Gesprächsleitfaden zur Motivationsdiagnostik entwickelt, der auf Erkenntnissen aus Fokusgruppeninterviews mit Experten aus dem Bereich der Adipositasbehandlung und Schulung zur Thematik „Woran erkennt man Veränderungsmotivation bei adipösen Jugendlichen?“ basiert.

Ziel der Studie war es, nach der Pilotierungsphase den Gesprächsleitfaden an einer größeren Anzahl von Patienten zu untersuchen und Unterschiede in soziodemographischen und subjektiven Kennwerten hinsichtlich des Motivationsstadiums zu ermitteln.

Methode und Studiendesign

Das Gespräch wird mit Methoden des „Motivational Interviewing“ geführt (Miller, Rollnick, 2015). Neben der Thematisierung von zahlreichen Kontextfaktoren kommen Aspekte der möglichen Verhaltensänderung beim Essen, der Bewegung und der Mediennutzung zur Sprache und können vom Klienten mit visuellen Arbeitsmaterialien konkretisiert werden. Mit Hilfe einer Checkliste achtet der Gesprächsführer auf Äußerungen des Jugendlichen, die Veränderungsbereitschaft und, -zuversicht aber auch Ambivalenz und Widerstand signalisieren und kann diese mit Likertskalen bewerten. Diese Bewertung wird drei Motivationsstadien zugeordnet, die auf dem sozialkognitiven Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens von Schwarzer (1996) basieren und „Non-Intenders“, „Intenders“ und „Actors“ unterscheidet. Seit Mai 2016 wurde der Gesprächsleitfaden als Routineinstrument zur Diagnostik bei adipösen Jugendlichen mit einem Alter ab 12 Jahren in das Behandlungsetting der stationären Rehabilitation in der Fachklinik Sylt eingeführt. Die Gespräche wurden

nach der Anreise der Patienten von zwei Ärzten und einer Gesundheitspädagogin geführt, die auf die Anwendung des Leitfadens und der motivierenden Gesprächsführung besonders geschult waren. Unterschiede in Personenmerkmalen und subjektiven Kennwerten in Abhängigkeit des Motivationsstadiums wurden mit Kruskall-Wallis Chi-Quadrat-Tests bzw. Mann-Whitney U-Test ermittelt.

Ergebnisse

Es wurden 67 Gespräche (38 Mädchen; 56 %) geführt. Mittleres Alter 14,08 (SD= 1,44), mittlerer BMI-SDS bei Aufnahme 2,58 (SD= 0,500). Die mittlere Gesprächsdauer betrug 35,3 Minuten (SD= 11,0). 54,6 % der Patienten waren aktiv an der Entscheidung zur Durchführung der Rehabilitation beteiligt. Die Bereitschaft zur aktiven Teilnahme an der Rehabilitation war auf einer Visuellen Analogskala (max. 10) mit im Mittel 8,55, hoch. Mehrheitlich waren die Patienten im mittleren Motivationsstadium bezüglich der allgemeinen Motivation zur Gewichtsreduktion sowie der Veränderung des Ess-, Ernährungs- und Bewegungsverhaltens („Intenders“; Tab. 1). Dagegen bestand mehrheitlich eine niedrige Bereitschaft, das Medienverhalten zu verändern („Non-/Pre-Intenders“).

Motivationsstadien	Hohe Motivation (Actor)	Mittlere Motivation (Intender)	Niedrige Motivation (Non-/Pre-Intender)
Verhaltensänderungen			
Allgemeine Motivation zur Gewichtsreduktion	31,3 %	49,3 %	19,4 %
Ess-/Ernährungsverhalten	29,4 %	56,7 %	13,4 %
Bewegungsverhalten	35,8 %	55,2 %	9,0 %
Medienverhalten	12,1 %	37,9 %	50,0 %

Tab. 1: Häufigkeiten der Motivation zur Veränderung des Lebensstils in Abhängigkeit des Motivationsstadiums.

Differenzierte Analysen zeigten: Bei der allgemeinen Motivation zur Gewichtsreduktion sind Jungen signifikant häufiger bei den „Actors“ als bei den „Intenders“ (Chi2-Test: $p = 0,032$).

Ältere Jugendliche zeigten eine hohe Motivation signifikant häufiger bei der Veränderung des Ess- und Ernährungsverhaltens (Chi2-Test: $p = 0,034$) und des Bewegungsverhaltens (Chi2-Test: $p = 0,049$). Jugendliche mit einer Reduktion ihres BMI-SDS von über 0,2 über vier Wochen wiesen signifikant häufiger sowohl eine hohe Motivation zur Änderung des Ess- und Ernährungsverhaltens (U-Test: $p=0,019$) als auch des Bewegungsverhaltens (U-Test: $p=0,39$) auf.

Diskussion und Schlussfolgerung

Der Gesprächsleitfaden zur Motivationsdiagnostik ermöglicht eine Beurteilung der Veränderungsmotivation von Jugendlichen bezüglich einzelner adipogener Verhaltensweisen während der Rehabilitation. Die überwiegende Zahl der Rehabilitanden zeigte eine mittlere und hohe Motivation zur Änderung ihres Ess-, Ernährungs- und Bewegungsverhaltens. Dagegen waren nur wenige Patienten bereit, ihr Mediennutzungsverhalten zu verändern. Patienten, bei denen zu Beginn der Reha, auf Grund des diagnostischen Gesprächs, eine

hohe Motivation zur Änderung der Ess- und Bewegungsgewohnheiten festgestellt wurde, reduzierten ihr Übergewicht stärker, als Patienten mit einer geringeren Motivation.

Das vorliegende diagnostische Tool soll zukünftig dazu genutzt werden, Patienten entsprechend ihrer Motivation in differenzierte motivations- und volitionsfördernde Rehabilitationsmodule der Bereiche Ess-/Ernährungsverhalten und Bewegungsverhalten zu zuweisen. Beim Medienverhalten hingegen sollte insbesondere eine Risikowahrnehmung und Veränderungsabsicht seitens der Jugendlichen gefördert werden.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Nord

Literatur

Miller, W. R., Rollnick, S. (2015): Motivierende Gesprächsführung (4. Aufl.). Freiburg, Br.: Lambertus.

Schwarzer, R. (1996): Psychologie des Gesundheitsverhaltens (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Stachow, R., Hampel, P., Tiedjen, U., Pankatz, M. (2015): Kinder- und Jugend-Rehabilitation: Nachsorge 1 (KiJuRNA-Studie 1). Unveröffentlichter Abschlussbericht. Sylt/OT Westerland: Rahaforschung Fachklinik Sylt e.V.

Welche Erfahrungen haben Lehrer und Pädagogen mit chronischen Erkrankungen der Kinder und der stationären Rehabilitation?

Berghem, S.

Fachklinikum Borkum

Hintergrund und Stand der Literatur, Zweck der Untersuchung

Dass Kinder mit chronischen Erkrankungen Lehrer vor besondere Herausforderungen stellen und Schule für sie häufig eine besondere Belastung darstellt, wurde umfangreich dargestellt (z. B. Wertgen, 2013). In einer Befragung von 164 Schulen in Reutlingen und Tübingen wurde der Anteil von chronisch kranken Schülern mit 14,9 % ermittelt (Kimmig, 2013). Über die Erfahrung von Lehrern und Erziehern mit der stationären Rehabilitation von Kindern mit chronischen Erkrankungen liegen bislang keine Erkenntnisse vor. Mittels einer Befragung von sowohl Lehrern als auch Pädagogen sollte ermittelt werden, welche chronischen Erkrankungen von Kindern im Berufsalltag bewusst wahrgenommen werden und mit welchen Erkrankungen besondere Probleme wahrgenommen werden. Eine weitere Fragestellung befasste sich mit den Erwartungen der Lehrer, welche Art von Beschulung sie in der Rehabilitation für angemessen halten.

Methodik, Studiendesign

Per Email an Schulen und Kindergärten und über Facebookgruppen wurden Lehrer und Erzieher gebeten, sich an einer Onlinebefragung zu beteiligen. 112 Lehrer und 114 Erzieher gaben Auskunft zu ihren Erfahrungen und Erwartungen.

Ergebnisse

Während Lehrer als häufigste chronische Erkrankung von Schülern in ihrem Berufsalltag mit 42,2 % schwerste allergische Reaktionen / allergischer Schock und ADHS bzw. andere Verhaltensprobleme (37,1 % / 40,0 %) angaben, sind häufige Infekte der Kinder bei Erziehern mit 91,0 % das gesundheitliche Problem, das am häufigsten erlebt wird, gefolgt von Entwicklungsverzögerung (77,0 %). Lehrer gaben zu 72,2 % an, noch niemals Kinder mit Asthma bronchiale erlebt zu haben, dieser Anteil war bei Erziehern mit 26,3 % deutlich niedriger.

Insgesamt beurteilten Lehrer die meisten chronischen Erkrankungen wesentlich häufiger als ein persönliches Problem als die Erzieher (bis zu 85,05 % für Entwicklungsverzögerung). Körperliche / geistige Behinderung wurde von keinem Lehrer als schwierig oder problematisch angegeben (18,1 % der Erzieher), schwere Nahrungsmittelallergien nur zu 2,4 %; bei den Erziehern betrug diese Rate 19,0 %.

Sowohl die Lehrer als auch die Erzieher hatten ein durchaus positives Bild von der Rehabilitation: Über 70 % der Teilnehmer halten Rehabilitationsmaßnahmen für hilfreich, die meisten gaben an, schon Kinder mit Rehabilitationserfahrung betreut zu haben. Zu 38 % / 43 % berichteten die Lehrer bzw. Erzieher, sogar bereits Rehabilitation empfohlen zu haben.

Bei der Frage nach der in der Rehabilitation erforderlichen Form der Beschulung gaben die Lehrer etwa in gleicher Häufigkeit an, dass Schulunterricht dann nicht wichtig ist, dass es ausreicht, mitgebrachte Hausaufgaben zu erledigen oder dass Regelunterricht in geringem Umfang in Kleingruppen stattfinden sollte. Der Bedarf an intensiverem Unterricht wird ab der Klasse 10 deutlich höher als in den unteren Klassenstufen angegeben.

Diskussion

In der Schule und im Kindergarten sind in jeder Klasse und in jeder Gruppe Kinder, die unter einer chronischen Erkrankung leiden. Lehrer nehmen das in nicht ausreichendem Maße wahr. Das Konzept Rehabilitation ist den meisten Teilnehmern geläufig und wird von ihnen befürwortet, wobei allerdings berücksichtigt werden muss, dass sich vermutlich nur solche Lehrer und Erzieher beteiligt haben, die eine gewisse Reha-Affinität mitbringen. Das Thema Schule wird von den Lehrern deutlich weniger als von den Eltern problematisiert.

Schlussfolgerungen, Umsetzung und Ausblick

Lehrer und Erzieher scheinen grundsätzlich geeignete Berufsgruppen zu sein, um Kinder mit chronischer Erkrankung zu unterstützen. Hierfür sind jedoch weitere Informationen erforderlich.

Literatur

Kimig, A. (2013): Was hilft chronisch kranken Kindern in den allgemeinen Schulen? In: Flitner, E., Ostkämper, F., Scheid, C., Wertgen, A. (Hrsg.): Chronisch kranke Kinder in der Schule. Stuttgart: Kohlhammer. 191–195.

Wertgen, A., Scheid, C. (2013): Chronisch kranke Schüler/innen – Ein thematischer Abriss. In: Flitner, E., Ostkämper, F., Scheid, C., Wertgen, A. (Hrsg.): Chronisch kranke Kinder in der Schule. Stuttgart: Kohlhammer. 17–26.

Evaluation eines integrativen verhaltenstherapeutischen Behandlungsprogramms für Jugendliche mit Essstörungen in der medizinischen Rehabilitation

Frese, C., Benoit, D., Deibler, P.

AHG Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim

Hintergrund

Essstörungen gehören im Kindes- und Jugendalter zu den häufigsten chronischen Gesundheitsproblemen. Anorexia nervosa (AN) ist die dritt häufigste chronische Erkrankung junger Mädchen und Frauen (Herpertz et al., 2015).

Der Erkrankungsgipfel der Anorexia und Bulimia nervosa (BN) in der späten Adoleszenz hat nachhaltige Folgen für die soziale und berufliche Entwicklung (AWMF, 2010).

Eine medizinische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen sollte den eigenverantwortlichen Umgang mit der spezifischen Erkrankung verbessern unter besonderer Berücksichtigung der mit dem Jugendalter verbundenen Entwicklungsaufgaben (Deutsche Rentenversicherung, 2011). Unsere Klinik bietet die Möglichkeit, den bereits langfristig bestehenden Behandlungsschwerpunkt für Jugendliche und junge Erwachsene mit einem neu implementierten Essstörungsprogramm zu vernetzen und damit Synergien zwischen jugendbezogenen und störungsspezifischen Angeboten nutzen zu können.

Folgende Hypothesen sollen geprüft werden:

1. Das Gesamtbehandlungsprogramm führt zu einer Verbesserung essstörungsspezifischer Zielgrößen (Essverhalten, Gewichtssteigerung).
2. Das Gesamtbehandlungsprogramm führt zu einer Verbesserung unspezifischer Zielgrößen. Fokussiert wird dabei auf die für Jugendliche besonders relevanten Zielgrößen der Aktivität und Teilhabe, sozialen Kompetenz, Selbstwirksamkeit und die Angst vor dem Erwachsenwerden.

Methoden

Treatment

Beide eng vernetzte Behandlungsprogramme (s. u.) sollen Reifungsprozesse und Interaktionsfähigkeit durch eine hohe Behandlungsdichte innerhalb einer stabilen Patientenpeer-group fördern und auf der Basis verbindlicher Therapievereinbarungen die Bewältigungs- und Alltagskompetenz unterstützen. Die Etablierung eines geregelten Basisessverhaltens steht im Vordergrund des leitlinienorientierten Anorexie/Bulimieprogramms (Dauer 5 Wochen).

Module des Jugendprogramms

- Vorgespräch

- Jugend-Problemlösegruppe
- Soziales Kompetenztraining für Jugendliche
- DBT basierte Skillsgruppe für Jugendliche
- Jugendtreff/Jugendprojektgruppe
- Angehörigengespräche
- Sozialberatung für Jugendliche (Berufsberatung, Planung Nachsorge)

Module des Anorexie-/Bulimieprogramms

- Anorexie/Bulimie Basisgruppe
- Essprotokollgruppe
- Erstellen strukturierter Esspläne/Gewichtszunahmeprogramm
- Therapeutisch angeleitetes Essen, Kochen, Einkaufen
- Strukturphase (im Anschluss an Mahlzeiten).
- Körpererfahrungsgruppe

Untersuchungsdesign

Die Therapieevaluation erfolgt im Rahmen eines Ein- Gruppen- Prä- Post- Designs für die Patientinnen des Jugendprogramms, die zusätzlich am Anorexie/Bulimieprogramm teilnahmen. Zur Erfassung o. g. Parameter erhielten die Patientinnen zu Beginn und am Ende der Behandlung sowie ein Jahr nach Entlassung folgende Fragebögen: HEALTH-49 (Rabung et al., 2007), EDI-2 (Paul et al., 2005). Das mittlere Alter der ausschließlich weiblichen Teilnehmerinnen (N=53) liegt bei 18.6 Jahren. 66 % der Patientinnen haben eine BN, 28,3 % eine AN, 5,7 % eine n. n. b. Essstörung. Depression ist die häufigste komorbide Störung (66 %). 17 % der Teilnehmerinnen haben die Diagnose einer Verhaltens- und emotionalen Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend. 90 % der Patientinnen befanden sich zuvor in ambulanter, 45,3 % bereits in stationärer Therapie.

Ergebnisse

Bezogen auf die essstörungsspezifischen Parameter zeigen die das Essverhalten erfassenden Skalen hohe Effektstärken bei den bulimischen Patientinnen, mittlere Effekte bei den anorektischen Patientinnen, die eine als gut zu bewertende durchschnittliche Gewichtszunahme von 4,3 Kilo erzielen. Hinsichtlich unspezifischer Zielgrößen erreicht die Gesamtgruppe hohe Therapieeffekte für die Dimensionen Aktivität/Partizipation, Selbstwirksamkeit, interaktionelle Schwierigkeiten und Depression (als häufigster komorbider Diagnose). Die anorektischen Patientinnen zeigen darüber hinaus hohe Effekte in der Skala Angst vor dem Erwachsenwerden. Die erreichten Therapieeffekte in den Skalen Selbstwirksamkeit und Aktivität / Partizipation erlauben zusätzlich Hinweise auf die Nachhaltigkeit der erreichten Veränderungen (Benoit, Bischoff, 2013). Die vorläufigen Ergebnisse der laufenden Kataneseeerhebung zeigen auch ein Jahr nach Entlassung messbare Effekte für interaktionelle Schwierigkeiten, Aktivität/Partizipation, Schlankheitsstreben und Angst vor dem Erwachsenwerden.

Diskussion

Die vorliegende Therapiestudie zeigt, dass bei jugendlichen Patientinnen mit einer AN oder BN im Rahmen einer stationären Rehabilitation signifikante Verbesserungen im Bereich essstörungsspezifischer und relevanter störungsunspezifischer Parameter erzielt werden können. Die hohe Akzeptanz (Asmus, work in progress) der Teilnehmerinnen insbesondere mit den Modulen des Ernährungsmanagements unterstreicht die Vorteile eines ausdifferenzierten Essstörungsprogramms.

Kritisch stellt sich die Entwicklung der Selbstwirksamkeitsvariable im zeitlichen Verlauf dar. Trotz der erreichten Steigerung bei Entlassung liegt der Wert zum Katamnesezeitpunkt unter dem Aufnahmewert. Eine langfristige Verschlechterung dieser auch für weitere Merkmalsbereiche relevanten Dimension weist auf die Bedeutung selbstwirksamkeitsorientierter Interventionen gerade auch im Rahmen der Nachsorge hin.

Literatur

- AWMF (2010): S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen. www.awmf.org/leitlinien/detail/II051-026.html.
- 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.
- Deutsche Rentenversicherung (2011): Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. Heidelberg: Springer.
- Herpertz, S., de Zwaan, M., Zipfel, S. (Hrsg.) (2015): Handbuch Essstörungen und Adipositas. Heidelberg: Springer.
- Paul, T., Thiel, A. (2005): Eating Disorder Inventory -2, 2. Aufl., Deutsche Version (EDI-2). Göttingen: Hogrefe.
- Rabung, S., Harfst, T., Koch, U. Schulz, H. (2007): Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH).

Die Rolle der Selbstregulation im Rahmen der stationären Adipositasbehandlung bei Kindern und Jugendlichen

Warschburger, P., Gmeiner, M., Morawietz, M.
Universität Potsdam

Hintergrund

Im Rahmen jüngerer Genesemodelle wird die Bedeutung der Selbstregulation für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Adipositas diskutiert (Jansen et al., 2015; Turton et al., 2016). Zur Ausprägung und Veränderung der selbstregulatorischen Fähigkeiten bei Kindern und Jugendlichen in der Adipositasbehandlung ist jedoch bisher wenig bekannt.

Ziel

Im Kontext einer DRV-geförderten multizentrischen Studie wurden Zusammenhänge von Gewichtsstatus und Selbstregulation sowie deren Veränderung über die Rehabilitation hinweg untersucht.

Methode

Anhand von reliablen und validen Selbstberichtsverfahren wurden Selbstkontrolle (Brief Self-Control Scale), Impulsivität (BIS-15), gewichtsbezogene Selbstwirksamkeit (GW-SW-KJ) und gewichtsbezogene Lebensqualität (GW-LQ-KJ) der Kinder und Jugendlichen zu Beginn und Ende der Rehabilitation erfasst. Zusätzlich wurden die Kinder und Jugendlichen durch medizinisches Personal gewogen.

Ergebnisse: 236 Kinder und Jugendliche (53.4 % Mädchen und 46.6 % Jungen) im Alter von 8 bis 16 Jahren ($M = 13.09$, $SD = 1.84$) mit Adipositas ($BMI > 97.$ Perzentile) nahmen an der Studie teil. Der mittlere BMI-SDS lag zu Beginn der Rehabilitation bei 2.7 ($M = 2.70$, $SD = 0.47$) und zu Ende der Rehabilitation bei 2.4 ($M = 2.4$, $SD = 0.51$). In der stationären Adipositasbehandlung erzielten 70.1 % der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen eine erfolgreiche Gewichtsreduktion ($\Delta BMI-SDS < -0.2$). Die Mädchen zeigten zu Beginn der Rehabilitation einen höheren BMI-SDS als die Jungen ($T(233) = -2.18$, $p = .030$) und über den Verlauf der Behandlung eine höhere Gewichtsabnahme ($T(232) = 2.50$, $p = .013$). Während sich für Impulsivität und gewichtsbezogene Selbstwirksamkeit im Laufe der Therapie keine Veränderungen ergaben, nahmen Selbstkontrolle ($F(1,203) = 12.39$, $p = .001$, $\eta^2 = .058$) und gewichtsbezogene Lebensqualität ($F(1,207) = 82.91$, $p < .001$, $\eta^2 = .286$) zu. In einer multiplen Regression zur Vorhersage der Gewichtsreduktion erwies sich neben Alter, Geschlecht und BMI-SDS zu Beginn der Behandlung die Zunahme der Selbstkontrolle über die Rehabilitation hinweg als Prädiktor der Gewichtsabnahme ($F(4,179) = 8.582$, $p = .000$, $R^2 = .161$).

Diskussion

Die Ergebnisse bestätigen die Rolle der Selbstregulation in der Adipositasbehandlung auch für das Kindes- und Jugendalter und unterstreichen die Notwendigkeit in der Therapie an diesen kognitiven Prozessen anzusetzen.

Ausblick

Im Weiteren wird untersucht, inwieweit sich die Befunde auch in der Ein-Jahres-Katamnese zeigen.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Jansen, A., Houben, K., Roefs, A. (2015): A Cognitive Profile of Obesity and Its Translation into New Interventions. *Frontiers in Psychology*, 6 (Suppl), 282. doi:10.3389/fpsyg.2015.01807.
- Turton, R., Bruidegom, K., Cardi, V., Hirsch, C.R., Treasure, J. (2016): Novel methods to help develop healthier eating habits for eating and weight disorders: A systematic review

and meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 61, 132–155. doi:10.1016/j.neubiorev.2015.12.008.

Wie verändert sich die Gesundheit nach einer Kinder- und Jugendrehabilitation und wie nachhaltig sind diese Veränderungen?

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

Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm, Bad Buchau

Hintergrund

Chronische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter können bei unzureichender Behandlung zu Einschränkungen der Lebensqualität sowie der Schul- und Ausbildungsfähigkeit führen. Eine Rehabilitation für chronisch kranke Kinder und Jugendliche kann zur frühzeitigen Verbesserung des Gesundheitszustands sowie zur Steigerung der Lebensqualität und Leistungsfähigkeit beitragen. Zur weiteren Entwicklung der Kinder- und Jugendrehabilitation ist die Erfassung der Rehabilitationsergebnisse und der Zufriedenheit mit der Maßnahme aus verschiedenen Blickwinkeln notwendig. Ziel dieses Projekts ist es daher, die Veränderungen verschiedener Ergebnisparameter nach einer Rehabilitation zu beschreiben und deren Nachhaltigkeit zu überprüfen.

Methodik

Das Projekt Nachhaltigkeit der Effekte einer Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen wird von der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg (DRV BW) gefördert und ist multiperspektivisch angelegt. Anhand von Fragebogenerhebungen wurden die Sichtweisen der Kinder- und Jugendmediziner sowie der Eltern (Fremdeinschätzung) und der Kinder bzw. Jugendlichen über 11 Jahren (Selbsteinschätzung) erfasst. Das Kollektiv umfasst Kinder bzw. Jugendliche, die eine Rehabilitationsmaßnahme im Jahr 2014 unter Leistungsträgerschaft der DRV BW durchführten. Diese erhielten acht bis 14 Monate nach Rehabilitationsende den Fragebogen. Zur Beschreibung der Veränderung gesundheitlicher Parameter (direkte Veränderungsmessung), der Zufriedenheit mit den erreichten Veränderungen sowie der Dauer des Behandlungserfolgs wurden 1.262 Eltern- und 506 Kinderfragebögen deskriptiv ausgewertet.

Ergebnisse

Das Durchschnittsalter aller Kinder betrug zum Zeitpunkt der Rehabilitation 10,2 Jahre (\pm 4,7; Min: 0; Max: 25). Mit einem Anteil von 52,1% waren etwas mehr Jungen als Mädchen vertreten. Die vier häufigsten Erstdiagnosen waren Adipositas (20,7 %), Asthma bronchiale (19,5 %), Neurodermitis (7,7 %) und Belastungs- und Anpassungsstörungen (6,4 %). Für die gesundheitlichen Parameter Belastung durch die Erkrankung, gesundheitliche Beschwerden, Zuversicht, Umgang mit Medikamenten, Zurechtkommen in der Schule, Wissen über die Erkrankung, Bewegungsverhalten und Gesundheit insgesamt konnte laut den Eltern direkt nach der Rehabilitation im Vergleich zu vor der Rehabilitation eine Verbesserung erzielt werden. Diese Verbesserungen blieben nach der Rehabilitation bis zum Befra-

gungszeitpunkt (8–14 Monate nach Rehabilitationsende) stabil. Die Beziehung zu den Eltern/Geschwistern, die Schlafgewohnheit, das Ernährungsverhalten und der Medienkonsum veränderten sich weder direkt nach der Rehabilitation noch im Zeitraum bis zur Befragung. Bei detaillierter Betrachtung der Veränderung der Gesundheit insgesamt zeigten sich signifikante Unterschiede je nach Diagnose ($p < 0,0001$). Während 85 % der Eltern von Kindern mit Asthma der Meinung waren, dass sich die Gesundheit verbesserte, waren es nur 69 % der Eltern mit adipösen Kindern und lediglich 55 % der Eltern von Kindern mit Belastungs- und Anpassungsstörungen. Insgesamt waren sowohl die Eltern als auch die Kinder mehrheitlich (85 %) zufrieden bis sehr zufrieden mit den erreichten Veränderungen. Der Behandlungserfolg dauerte laut 72 % der Eltern und 69 % der Kinder einige Monate bis ein Jahr an.

Diskussion

Bei zehn von vierzehn erhobenen Ergebnisparametern konnte eine Verbesserung direkt nach der Rehabilitation aus Sicht der Eltern erreicht werden. Vier Ergebnisparameter veränderten sich nicht, wobei hier anzumerken ist, dass nicht jede Problemlage jedes Kind gleichermaßen betrifft. Eltern von Kindern mit psychischen Auffälligkeiten sehen eine geringere gesundheitliche Verbesserung. Dies könnte damit erklärt werden, dass diese Störungsbilder eine längere Behandlung erfordern, um deutlichere und anhaltende Erfolge zu erzielen. Bezüglich der Nachhaltigkeit der Rehabilitationsergebnisse sind die erzielten Verbesserungen als mittelfristig einzuschätzen.

Ausblick

Im weiteren Verlauf der Studie werden die Fragebogenangaben der Eltern und Jugendlichen mit den entsprechenden Angaben der Kinderärzte verglichen. Damit können unter anderem Aussagen zur Schul- und Ausbildungsfähigkeit aus Pädiaterperspektive getroffen werden. Zuletzt sollen Prädiktoren der Rehabilitationsergebnisse und der Nachhaltigkeit in multivariaten Modellen analysiert werden.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Auswertung von Kinderrehabilitationsanträgen der Jahre 2014 – 2016 der DRV Rheinland-Pfalz: Erste Ergebnisse

Obenauer, P., Stapel, M.

Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz, Speyer

Hintergrund

In den letzten Jahren konnte die Deutsche Rentenversicherung (DRV) einen nicht nur demographiebedingten stetigen Rückgang der Anträge auf Rehabilitation für Kinder und Jugendliche verzeichnen. Ein Teil der Abnahme geht auf unzureichende Informationen auf Seiten der Eltern und der behandelnden Ärzte zurück (Berghem, 2014). Auch eine Bagatellisierung der chronischen Erkrankung und die Sorge um Schulzeitverlust sind wichtige

Gründe für eine Nicht-Inanspruchnahme. Aufgrund der Zunahme der Prävalenz von Adipositas (Kurth, 2007), Asthma bronchiale und der gleichbleibend hohen Prävalenz von psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen (KiGGS-Studie, 2014) muss davon ausgegangen werden, dass derzeit nur ein Bruchteil der rehabilitationsbedürftigen Kinder und Jugendliche auch eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nehmen.

Vor dem Hintergrund einer insgesamt höheren Inanspruchnahme und signifikanter Unterschiede von Kinder- und Jugendärzten im Stadt-Land-Vergleich (KiGGS-Studie 2014) soll der Frage nachgegangen werden, ob sich diese Befunde innerhalb von Rheinland-Pfalz, als Flächenland mit wenigen Ballungszentren, wiederfinden, und wie groß diese regionalen Unterschiede hinsichtlich der Reha-Antragstellung ausfallen, um entsprechende Informationskampagnen auf regionaler Ebene möglichst effektiv und effizient zu gestalten.

Methode

Für den Zeitraum vom 01.01.2014 bis zum 30.09.2016 wurden alle Anträge auf Kinder- und Jugendrehabilitation bei der DRV Rheinland-Pfalz mit Antragsdatum und amtlichen Gemeindeschlüssel (AGS) erfasst. Über den Gemeindeschlüssel können die jeweiligen Landkreise und kreisfreien Städte den Wohnorten der Antragsteller zugeordnet werden. Zudem stellt das Statistische Landesamt die Einwohnerzahlen von den Landkreisen und kreisfreien Städten getrennt nach Altersgruppen zur Verfügung, so dass die Einwohnerzahlen für die interessierende Altersgruppe von Kindern und Jugendlichen bis zu einem Alter von unter 20 Jahren erreichbar sind. Um einen Vergleich zu ermöglichen, wurde die Anzahl an Anträgen auf eine Kinder-Reha an 1.000 Personen je Wohnort standardisiert. Somit konnte für den Wohnort die Anzahl von Kinderrehabilitationsanträgen pro 1.000 Einwohner unter 20 Jahren errechnet und die Ergebnisse verglichen werden.

Ergebnisse

Im o. g. Untersuchungszeitraum gingen bei der DRV Rheinland-Pfalz $N=4.287$ Anträge auf Kinderrehabilitation ein. Der Landesdurchschnitt pro Landkreis bzw. kreisfreie Stadt beträgt $N=5,9$ ($SD=1,9$) Anträge auf Kinder- und Jugendrehabilitation pro 1.000 Einwohner unter 20 Jahren (Abb. !). Dabei zeigt sich, dass es bis auf die Stadt Bad Kreuznach und den Landkreis Birkenfeld, innerhalb des Landes Rheinland-Pfalz nur zu marginalen regionalen Unterschieden im Antragsverhalten kommt.

Insgesamt widersprechen die Ergebnisse den Befunden der KiGGS-Studie, die einen deutlich höheren Anteil an chronisch kranken Kindern und Jugendlichen mit entsprechendem Rehabilitationsbedarf für städtische Regionen erwarten lassen.

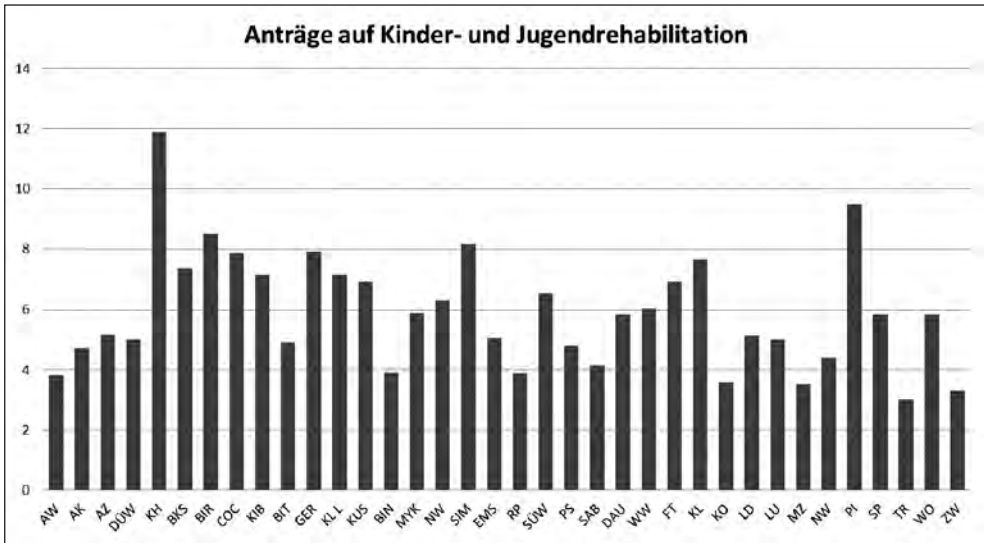


Abb. 1: Anträge auf Kinder- und Jugendrehabilitation pro 1.000 Einwohner

Diskussion und Ausblick

Die Antragsverteilung innerhalb des Landes Rheinland-Pfalz war so nicht erwartet worden. Die überdurchschnittlichen Antragszahlen in Bad Kreuznach und dem Landkreis Birkenfeld könnten durch die dort beheimateten Kinder-Rehabilitationskliniken bedingt sein.

Die deutlich unterdurchschnittlichen Zahlen in den Städten Mainz, Trier und Koblenz stehen dem zu erwartenden Rehabilitationsbedarf entgegen. Geht man davon aus, dass eine häufigere Vorstellung beim Kinder- und Jugendarzt auch zu einer häufigeren Antragstellung auf Kinderrehabilitation führt, widersprechen die Antragszahlen o. g. Städte den Befunden der KiGGS-Studie (KiGGS-Studie, 2015).

Die Ergebnisse sollten in Hinblick auf mögliche Ursachen der Ungleichverteilung weiter untersucht werden und veranlassen dazu, gezielte Maßnahmen zur Förderung des Antragsverhaltens in Orten mit unterdurchschnittlichem Antragsverhalten einzuleiten. Neben Referaten in Arbeitskreisen niedergelassener Haus- und Kinderärzte wird ein direktes Ansprechen von Eltern und den von chronischen Erkrankungen betroffenen Kindern und Jugendlichen durch Plakate mit Aufforderungscharakter in Schulen diskutiert.

Literatur

- Berghem, S. (2014): Gründe für den Antragsrückgang in der Rehabilitation für Kinder und Jugendliche aus der Sicht unterschiedlicher Prozessbeteiligter. DRV Schriften, Bd 103. 525–526.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2012): Positionspapier der gesetzlichen Rentenversicherung zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen.

Kurth, B.-M. (2007): Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 50. 736–743.

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015): Inanspruchnahme von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten für Kinder- und Jugendmedizin. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung.

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2014): Psychische Auffälligkeiten. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung.

Rehabilitandenbefragung bei Kindern und Jugendlichen der Deutschen Rentenversicherung – Analyse und Modifikation der QS-Instrumente

Mitschele, A. (1), Knittel, T. (2), Mohr, S. (2)

(1) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin, (2) Prognos AG, Freiburg

Hintergrund

Die rentenversicherungseinheitliche Befragung von Rehabilitanden ist ein zentraler Bestandteil der Reha-Qualitätssicherung (Reha-QS). Sie stellt die Rehabilitanden in den Mittelpunkt mit dem Ziel, sie als Experten ihrer eigenen Gesundheit aktiv in den Verbesserungsprozess der Rehabilitation einzubeziehen (Widera, Klosterhuis, 2007).

Seit 2012 wird eine kontinuierliche Rehabilitandenbefragung in der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation mittels zweier Fragebögen durchgeführt. Sie basiert auf einem Projekt zur Ergebnisqualität in der Kinder- und Jugendlichen Rehabilitation (Farin et al., 2012). Die Befragung in der Kinder-Rehabilitation erfolgt indirekt (kinderbezogene Eltern-Befragung) und in der Jugendlichen-Rehabilitation direkt. Beide Fragebögen erheben einerseits die Zufriedenheit mit der Rehabilitation, den Rehabilitationserfolg aus Kinder- bzw. Jugendlingsicht nach der Rehabilitation und andererseits die Zusammenarbeit und Weiterempfehlung der Rehabilitation. Die Ergebnisse werden den Reha-Einrichtungen regelmäßig zurückgemeldet, um Qualitätsverbesserungen anzuregen.

Aufgrund einiger Anhaltspunkte wurde deutlich, dass die Fragebögen zu aktualisieren waren. Daher wurde eine umfassende Überarbeitung der Bögen in einem Forschungsprojekt zur „Analyse und Modifikation der Fragebögen in der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation“ von der DRV Bund gemeinsam mit Prognos AG im Zeitraum Dezember 2015 bis Juli 2016 durchgeführt.

Methodik

Zur Analyse und Modifikation wurde ein iteratives Vorgehen mit quantitativen und qualitativen Methoden gewählt.

In einer ersten Phase wurden die bisher eingesetzten Fragebögen im Rahmen eines Experten- und Praktiker-Workshops auf möglichen Überarbeitungsbedarf geprüft. Weiter wurden mit jugendlichen Rehabilitanden und Eltern kognitive Interviews zu den Fragebö-

gen geführt und sequenzanalytisch interpretiert. Zudem wurde eine testtheoretische statistische Analyse der bisher von der DRV Bund erhobenen Befragungsdaten durchgeführt, um ebenfalls Hinweise auf die Validität und Praktikabilität der bisherigen Operationalisierungen zu erhalten. Auf Grundlage der gewonnenen Ergebnisse wurden die Fragebögen weitgehend neu konzipiert und in einer zweiten Projektphase mittels eines quantitativen Pretests (n = 314) und weiteren qualitativen Interviews mit Rehabilitanden abermals getestet und angepasst. Im Rahmen des quantitativen Pretests wurden zudem Fragen zur Beurteilung des Fragebogens selbst gestellt.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Prüfungen gaben Anlass für eine weitgehende Neukonzeption der bislang eingesetzten Fragebögen. Hierbei musste insbesondere die Vielfalt der altersspezifischen Lebensumstände im Kinder- und Jugendalter innerhalb und außerhalb der Reha berücksichtigt werden. Als Herausforderung erwiesen sich zudem die verbreiteten Mehrfachbelastungen, die von den jugendlichen Rehabilitanden verglichen mit den ärztlichen Diagnosen subjektiv zum Teil durchaus unterschiedlich gewichtet werden – und damit letztlich diagnosespezifische Auswertungen der Antworten in Frage stellen.

In der neukonzipierten Befragung werden vier verschiedene Qualitätsdimensionen systematisch und differenziert berücksichtigt:

- I. Zufriedenheit mit der Reha-Maßnahme gesamt,
- II. Subjektive unspezifische Bewertung der Reha-Maßnahme (Erlebnisqualität), darunter von Rahmenbedingungen der Reha-Einrichtung sowie von Therapien, Behandlungen und Schulungen,
- III. Bewertung der Leistungs- und Prozessqualität bezogen auf Schulungen und Gespräche, die Abstimmung der Reha-Ziele, das Rehabegleitende schulische Angebot sowie die Servicequalität allgemein,
- IV. Reha-Outcome, differenziert nach verhaltens- und kompetenzbezogenem Outcome sowie – bei einer singulären Messung methodisch allerdings nur eingeschränkt validem (Farin et al, 2009) – subjektivem gesundheitsbezogenen Reha-Erfolg.

Generell zeigen die Ergebnisse der qualitativen und quantitativen Pretests, dass die standardisierte Befragung bei Kindern und Jugendlichen eine geeignete und valide Informationsgrundlage für die Qualitätssicherung darstellt. Im Rahmen der quantitativen Pretest-Befragung bewerteten lediglich jeweils weniger als zwei Prozent der Kinder und Jugendlichen den Fragebogen als „sehr schwierig“ zu beantworten bzw. als „viel zu lang“ – wohingegen über drei Viertel der Befragten von keinen Schwierigkeiten berichteten.

Bei dem von Eltern auszufüllenden Fragebogen für unter 12jährige Rehabilitanden zeigte sich, dass mit 91 Prozent in den allermeisten Fällen Erziehungsberechtigte als Begleitpersonen mit in die Reha aufgenommen werden und entsprechend fundierte Einschätzungen geben können.

Interessenskonflikte: Die Autorin A. Mitschele ist Mitarbeiterin der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Literatur

- Farin E., Dudeck A., Meffert C., Glattacker M., Jäckel, W. H. et al. (2009): Direkte und indirekte Veränderungsmessung in der ambulanten Rehabilitation muskuloskeletaler und kardiologischer Erkrankungen. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin* 19,. 149–161.
- Farin, 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. 358–370.
- Widera, T., Klosterhuis, H. (2007): Patientenorientierung in der Praxis – 10 Jahre Rehabilitandenbefragung im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. *RVaktuell*, Jg. 54, H. 6. 177–182.

Autorenindex

- Abberger, B. 441, 442
 Ahnert, J. 94, 96
 Akbulut, N. 90
 Aksakal, T. 90, 91
 Alexanderson, K. 42
 Alles, T. 185, 195
 Altenhöner, T. 161
 Altstidl, R. 170
 Andreeva, E. 436
 Arling, V. 174, 203, 217, 219, 221
 Auer, R. 44
 Babaev, V. 137
 Bachmeier, R. 400
 Bahri, S. 435
 Banzer, W. 294
 Barre, F. 134
 Bartels-Reinisch, B. 111
 Basak, M. 441
 Bassler, M. 48, 56, 115, 425, 439
 Bauer, J. 201, 257
 Baumeister, H. 30, 272, 273, 277, 279, 335, 441, 442
 Baumgärtner, A. 343
 Becker, J. 275
 Beddies, A. 320, 333
 Behrens, J. 131
 Beneke, R. 374
 Bengel, J. 103, 164, 408
 Benoit, D. 427, 455
 Bergelt, C. 379
 Berghem, S. 388, 444, 452
 Bergmann, J. 86
 Bergs, L. 269
 Berking, M. 272, 277
 Bernert, S. 124
 Berwanger, C. 350
 Bethge, M. 76, 78, 139, 180, 205, 210, 224, 231, 242, 255, 317
 Beutel, M. E. 210, 275
 Biallas, B. 250
 Bitzer, E.-M. 168, 372, 375
 Blumenthal, M. 85
 Boltzmann, M. 213
 Boncu, B. 326
 Brandes, I. 52, 183
 Braun, J. 324
 Breckenkamp, J. 417
 Breitenstein, C. 343
 Brendel, L. 105
 Brinkmann, E. 269
 Brüggemann, S. 290
 Brünger, M. 72
 Brütt, A.L. 83
 Brzoska, P. 27, 90, 91
 Buchholz, I. 60, 75
 Buchholz, M. 60, 75
 Bühne, D. 185, 195
 Bullinger, R. 44
 Buntrock, C. 272, 277
 Burbaum, C. 164
 Bürger, W. 192
 Busse, J. W. 42
 Caspari, R. 370
 Ceynowa, M. 425
 Christoffer, A. 161
 Claros-Salinas, D. 54, 345
 Coenen, M. 36, 38
 Cuijpers, P. 272
 Dannenmaier, J. 126, 129, 307, 309, 315, 459
 Dapprich, M. 350
 Däschlein, G. 111
 Dauelsberg, T. 370
 Deck, R. 91, 137, 154
 Deeg, P. 146, 330
 Deibler, P. 427, 455
 Dejonghe, L. 250
 Deprens, J. 284, 288
 Dereskewitz, C. 36, 38
 Derlien, S. 259
 Dibbelt, S. 108, 201
 Dillenburg, A. 142
 Dinius, J. 103
 Dorr, F. 408
 Dörr, G. 358
 Drechsel-Schlund, C. 94
 Ebert, D. D. 431
 Eder, S. 442
 Egen, C. 85, 322
 Eggens, U. 124
 Egner, U. 122
 Ehegartner, V. 38
 Ehlebracht-König, I. 172, 324
 Eichert, H.-C. 233, 431
 Eichler, S. 302
 Englert, I. 406
 Erbe, D. 431
 Erbstößer, S. 421
 Falk, J. 364
 Faller, H. 146, 170, 172
 Fankhänel, T. 404
 Farin-Glattacker, E. 313, 408
 Feindel, H. 66
 Feist, M. 229
 Feng, Y.-S. 75
 Fischer, H. 151, 374
 Fischer, T. 66
 Fittig, E. 411
 Flöel, A. 343
 Foth, C. 298
 Franche, R. 56
 Franke, G. H. 64, 68
 Franke, W. 275
 Franz, M. 413
 Freidel, K. 305
 Frese, C. 455
 Froböse, I. 185, 195, 250
 Fröhlich, S. 144
 Fuchs, S. 120
 Füzéki, E. 294
 Gaupp, R. 103
 Gehlen, M. 326
 Geidl, W. 284, 288
 Geigner, B. 320
 Geissler, N. 113, 117, 322, 436
 Gerdes, N. 46
 Gerken, M. 413
 Gerlich, C. 172, 180
 Giesler, J. M. 337, 339, 341
 Gladow, T. 259

Glattacker, M. 328, 337, 339, 341
 Glatz, L. 142
 Glombiewski, J. 331
 Glomm, D. 205
 Gmeiner, M. 457
 Göhle, M. 322
 Göhner, W. 168, 300, 372, 375
 Görge, M. 313
 Gottschling-Lang, A. 85
 Götz-Keil, G. 370
 Grande, G. 419
 Greitemann, B. 108, 144, 201
 Grewe, T. 343
 Gruner, A. 106
 Gundlach, F. 164
 Gutenbrunner, C. 33, 40, 58, 85, 86, 322, 436
 Gutermann, D. 115
 Haase, I. 80
 Haase, T. 106
 Hagedorn, N. 450
 Hagen-Aukamp, C. 379
 Hagen, D. 413
 Hahn, A. 311
 Hampel, P. 320, 333, 446, 450
 Häring, M. 64
 Hass, H. 370
 Haubold, K. 355
 Haug, G. 170
 Heber, E. 277
 Heide, M. 269
 Heidler, M. D. 353
 Heinze, V. 285, 392
 Heise, K. 427
 Helm, B. 374
 Hennemann, S. 210
 Herbold, D. 320
 Herget, S. 419
 Hermann, T. 448
 Hermes, S. 108
 Hesse, B. 108, 417
 Hessel, A. 198
 Heßling, A. 52, 183
 Hetzel, C. 244, 247
 Heuft, G. 161
 Heyduck, K. 328
 Heyne, K. 111
 Hinrichs, J. 161
 Hinz, C. 326
 Hinze-Selch, D. 406
 Höder, J. 34
 Hoffmann, L. 404
 Höfter, A. 172
 Holleder, A. 96
 Holme, M. 50
 Holzner, B. 384, 386
 Hoppe, C. 370
 Hottenrott, K. 285
 Hoving, J. L. 42
 Huber, W. 343
 Hufenreuther, J. 429
 Hüppe, A. 34
 Huta, D. 285
 Huth, F. 174
 Imgart, H. 80
 Jagla, M. 64, 68
 Jakob, L. 257
 Jakob, T. 328
 Jäniche, H. 324
 Jankowiak, S. 129, 207, 307, 309
 Jaster, M. 122
 Jelitte, M. 415
 Jelusic, D. 395, 397
 Jensen, K. 361
 Jöbges, M. 353
 John, M. 302
 Jolivet, B. 151
 Kaczmarek, C. 71
 Kählke, F. 277, 279
 Kähnert, H. 382
 Kaiser, U. 98, 100, 189
 Kallenberg, C. 205
 Kallinger, S. 441, 442
 Kaluscha, R. 98, 126, 129, 207, 239, 307, 309, 315, 459
 Kampling, H. 105
 Kasprowski, D. 50
 Kerschgens, C. 370, 379
 Kessemeier, F. 48, 56
 Kiefer-Trendelenburg, T. 111
 Kiesel, J. 76
 Kleeberg, K. 392
 Klement, A. 120, 404
 Klindtworth, K. 337, 339, 341
 Knispel, J. 217, 219
 Knittel, T. 463
 Knörzer, W. 142
 Kobelt, A. 48, 56, 113, 117, 439
 Koch-Gromus, U. 379
 Koch, M. 156
 Köckerling, E. 417
 Kohlmann, T. 60, 75, 106
 Kohte, W. 264
 Köllner, V. 425, 435
 König, V. 370
 Köpnick, A. 320
 Körner, M. 103, 108, 417
 Kovacic, F. 88
 Kranzmann, A. 290
 Krause, S. R.-M. 425
 Kraxner, M. 348
 Krebs, K. 239
 Krischak, G. 98, 126, 129, 207, 239, 307, 309, 315, 459
 Kriz, D. 98, 100, 189, 439
 Krüger, H.-U. 76
 Krüger, K. 76
 Kübke, R. 106
 Kübler, A. 50
 Küch, D. 333
 Küffner, R. 300, 324
 Kühn, U. 214
 Kulisch, K. 83, 122
 Kullich, W. 348
 Kunze, J. 411
 Kunz, R. 42
 Küppers-Chinnow, M. 446
 Kurzinsky-Stachow, U. 450
 Kus, S. 36, 38
 Lakomek, H.-J. 324
 Lakomek, M. 324
 Langbrandtner, J. 91, 154
 Langens, T. 433
 Lazarescu, A.-D. 326
 Lehnigk, B. 392
 Lehr, D. 272, 277
 Leibbrand, B. 382
 Leiber, K. 406
 Leniger, T. 52, 183

Licht, T. 384, 386
 Lid, N. 113, 117
 Linck-Eletheriadis, S. 305
 Lind-Albrecht, G. 324
 Lindemann-Sauvant, P. 156
 Linden, M. 62, 429, 435
 Lin, J. 279, 335
 Lippke, S. 198, 281
 Lohss, R. 85, 322
 Loth, F.L. 386
 Lottermoser, S. 406
 Lueger, S. 330
 Lueger, T. 330
 Lukaszczik, M. 96
 Lüking, M. 335
 Malzacher, B. 46
 Markin, K. 86
 Markus, M. 180, 317
 Martin, H. 98
 Mattukat, K. 296
 Maurer, L. 298
 Mau, M. 252
 Mau, W. 120, 178, 296
 Mayer-Berger, W. 149
 Meinke, A. 66
 Meng, K. 170
 Mestel, R. 415
 Metzendorf, M.-I. 361
 Meyer, J. 333
 Meyer, T. 166
 Michel, E. 78, 139, 255
 Mitschele, A. 463
 Mittag, O. 105
 Moesch, W. 436
 Mohr, S. 463
 Morawietz, M. 457
 Morfeld, M. 240
 Morgen, K. 427
 Müller, G. 98
 Muschalla, B. 62, 252
 Musekamp, G. 170, 172
 Mustak-Blagusz, M. 348
 Nawothnig, S. 156
 Nebe, A. 337, 339, 341
 Nebe, K. 265, 267
 Nebe, R. 406
 Nechwatal, R. M. 142
 Neik, C. 75
 Neuderth, S. 94, 180
 Nickels, A. 384, 386
 Niehaus, M. 257, 269
 Niemeyer, R. 144
 Noack, N. 435
 Nobis, S. 272
 Nolting, H. 106
 Nothroff, J. 111
 Nowik, D. 40, 86
 Nübling, R. 98, 100, 189, 192, 439
 Nugraha, B. 33, 58
 Obenauer, P. 460
 Ohlbrecht, H. 229
 Ommert, J. 240
 Oswald, S. 103
 Otto, F. 159
 Otto, J. 429
 Otto, U. 379
 Paape, F. 448
 Paganini, S. 279, 335
 Parthier, K. 120
 Petermann, F. 48, 56, 113
 Peters, E. 78, 139, 205, 255
 Pfeifer, K. 284, 288
 Pfeiffer, W. 48, 115
 Pfitzner, J. 370
 Pieper, C. 149
 Pimmer, V. 421
 Pollmann, H. 105, 174
 Portenlänger, F. 284
 Presl, A. 76
 Purucker, H.-C. 201, 298
 Rabe, K. 333
 Rabe, S. 302, 358
 Radoschewski, F. M. 78, 139, 255
 Raida, M. 379
 Ralf, L. 168, 372, 375
 Ramm, D. 262
 Rampoldt, D. 413
 Rasawieh, M. 214
 Rath, H. 379
 Rauch, B. 361
 Rausch, L. 273
 Rautenstrauch, J. 324
 Razum, O. 27, 90, 91
 Reck, C. 213
 Reer, M. 285
 Reibis, R. 214
 Reims, N. 226, 227
 Reinwand, D. 281
 Reißmann, L. 86
 Renzland, J. 98
 Rensch, A. 170, 172, 300, 324
 Reuss-Borst, M. 370
 Richard, M. 94
 Richter, M. 404
 Rick, O. 370
 Riedl, D. 384, 386
 Rieger, M. 205
 Riper, H. 272, 431
 Ritter, S. 129, 307, 309, 459
 Roch, S. 333
 Roggenhofer, S. 148
 Rohrbach, N. 284, 288
 Röhrig, B. 305
 Rolf, R. 168, 375
 Rollnik, J. D. 213
 Rose, A. D. 421
 Roski, C. 419
 Roßband, H. 320
 Rudolf, K.-D. 36, 38
 Rumpold, G. 384, 386
 Rüping, C. 406
 Sallfellner, E. 348
 Salman, R. 86
 Salzwedel, A. 214, 302, 353, 355, 358, 361
 Sander, L. 273, 279, 335
 Sauer, S. 146
 Saure, D. 361
 Schaafsma, F. 42
 Schäfer, A. 151
 Schäfer, H. 168
 Schäfer, R. 413
 Schagg, D. 300
 Schaidhammer, M. 108
 Schaller, A. 250
 Scharm, H. 441, 442
 Scharschmidt, R. 259

Schätzl, L. 50
 Scheewe, S. 446
 Schels, B. 227
 Scherer, W. 168
 Schikora, M. 111, 353
 Schlicker, S. 335
 Schlitt, A. 285, 392
 Schlittenhardt, D. 46, 172
 Schlöffel, M. 105
 Schmädeke, S. 275
 Schmid, L. 239
 Schmidt, J. 98, 100, 189, 439
 Schmidt, S. 178, 213
 Schneider, J. 425
 Schönle, P. 88
 Schonneck, M. 433
 Schreckenbach, D. 64
 Schröer, S. 149
 Schubert, M. 240
 Schuhler, P. 402
 Schuler, M. 50, 180, 330, 395, 397
 Schultz, K. 395, 397
 Schulz-Behrendt, C. 358
 Schulz, H. 425
 Schumacher, B. 156
 Schumann, N. 404
 Schumann, S. 348
 Schury, S. 275
 Schwabe, S. 178
 Schwarz, B. 180, 205, 231, 317, 345
 Schwarz-Eywill, M. 326
 Schwarz, M. 71
 Seekatz, B. 170
 Seifart, U. 374
 Senin, T. 166
 Sewöster, D. 290
 Sharief, T. 201
 Siepmann, M. 275
 Slavchova, V. 221
 Smit, F. 272, 277
 Sobottka, B. 66
 Spanier, K. 78, 139, 255
 Specht, T. 231
 Spies, M. 83
 Spijkers, W. 174, 217, 219, 221
 Spörhase, U. 168, 372, 375
 Spyra, K. 72, 124, 368
 Stachow, R. 446, 450
 Stamm-Balderjahn, S. 368
 Stapel, M. 460
 Steimann, G. 170
 Steinecker, B. 348
 Sternberg, A. 242
 Stevens, A. 113
 Stock Gissendanner, S. 161
 Stöckler, C. 48, 56
 Storm, V. 281
 Streber, R. 284, 288
 Streibelt, M. 54, 83, 122, 180, 192, 244, 247, 345
 Ströbl, V. 96
 Stump, R. 257
 Sturm, C. 85
 Sudeck, G. 284, 288
 Szcotkowski, D. 106
 Taurer, S. 348
 Tepohl, L. 315
 Thiel, C. 404
 Thielecke, J. 203, 217
 Thiel, M. 322
 Thukral, J. 210
 Tilgner, N. 302
 Toepler, E. 98
 Tophoven, S. 226
 Ufer, F. 446
 Ullrich, A. 379
 Vogelgesang, M. 66, 402
 Vogel, H. 50, 94, 96, 146
 Vogel, M. 156
 Vogel, N. 42
 Vogt, L. 294
 Voigtländer, E. 96
 Völler, H. 111, 214, 302, 353, 355, 358, 361
 Völter-Mahlknecht, S. 205
 Wagner, A. 402
 Wagner, K. 411
 Wallner, R. 375
 Walter, F. 113
 Walther, A. L. 137
 Walz, W. 326
 Warschburger, P. 457
 Watzke, B. 425
 Weber-Eckert, D. 46
 Weber, R. 433
 Wegscheider, K. 214, 353, 358
 Weida-Cuignet, R. 42
 Weissinger, V. 400
 Weitzmann, P. 406
 Welti, F. 262
 Wenzel, T.-R. 240
 Wichmann, D. 178
 Widmann, T. 148
 Wiegand, S. 450
 Wienert, J. 76, 281, 450
 Wilhelm, J. 94
 Willgosch, A. 259
 Willmes, K. 343
 Willrodt, C. 38
 Winkeler, M. 80
 Wintner, L. M. 384
 Wißmann, H. 46
 Witthöft, M. 210
 Wittmann, M. 395, 397
 Wochatz, M. 302
 Woitha, K. 408
 Wolf, U. 50
 Worringer, U. 320
 Wulfert, E. 201
 Wydra, G. 71
 Yilmaz-Aslan, Y. 90, 91
 Zaskia, P. 353
 Zentner, S. 406
 Ziegler, W. 343
 Ziehm, J. 313
 Zietz, B. 170
 Zollmann, P. 421
 Zwerenz, R. 210, 275

Erstautorenerverzeichnis

- Ahnert**, Jutta, Dr., Abteilung für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften, Universität Würzburg, 97070 Würzburg
- Aksulut**, Nurcan, Fakultät für Gesundheitswissenschaften/Epidemiologie & International Public Health, Universität Bielefeld, 33501 Bielefeld
- Aksakal**, Tuğba, Fakultät für Human- und Sozialwissenschaften, Institut für Soziologie, Juniorprofessur für Epidemiologie, Technische Universität Chemnitz, 09126 Chemnitz
- Arling**, Viktoria, Dr., Institut für Psychologie, RWTH Aachen, 52066 Aachen
- Auer**, Ramona, Rehabilitations- und Pflegeforschung, AOK Baden-Württemberg, 70191 Stuttgart
- Bachmeier**, Rudolf, Unternehmensentwicklung und Strategie, Johannesbad Gruppe, 94072 Bad Füssing
- Bahri**, Scharif, Reha-Zentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund, 14513 Teltow
- Barre**, Felix, Medizinische Soziologie, Medizinische Hochschule Hannover, 30625 Hannover
- Behrens**, Johann, Prof., 10117 Berlin
- Bergelt**, Corinna, Prof., Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 20246 Hamburg
- Berghem**, Stefan, Dr., Fachklinikum Borkum, 26757 Borkum
- Bernert**, Sebastian, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Charité – Universitätsmedizin Berlin, 10117 Berlin
- Berwanger**, Christoph, Dr., Hardtwaldklinik I, Werner Wicker GmbH & Co. KG, 34596 Bad Zwesten
- Bethge**, Matthias, Prof., Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck, 23562 Lübeck
- Boltzmann**, Melanie, Dr., Institut für neurorehabilitative Forschung, BDH-Klinik Hessisch Oldendorf, 31840 Hessisch Oldendorf
- Breitenstein**, Caterina, Dr., Klinik für Allgemeine Neurologie mit Institut für Translationale Neurologie, Universitätsklinikum Münster, 48149 Münster
- Brinkmann**, Elena, Lehrstuhl für Arbeit und berufliche Rehabilitation, Universität zu Köln, 50931 Köln
- Brüggemann**, Silke, Dr., Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation, Deutsche Rentenversicherung Bund, 10704 Berlin
- Brünger**, Martin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Charité – Universitätsmedizin Berlin, 10117 Berlin
- Buchholz**, Ines, Dr., Institut für Community Medicine | Abteilung Methoden der Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald, 17475 Greifswald
- Buchholz**, Maresa, Institut für Community Medicine | Abteilung Methoden der Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald, 17475 Greifswald
- Bühne**, David, Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln
- Buntrock**, Claudia, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, 91052 Erlangen

- Burbaum**, Christina, Dr., Institut für Psychologie, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, 79085 Freiburg
- Bürger**, Wolfgang, Dr., fbg forschung und beratung im gesundheitswesen, 76133 Karlsruhe
- Christoffer**, Andrea, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Münster, 48149 Münster
- Coenen**, Michaela, Dr., Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie, Ludwig-Maximilians-Universität München, 81377 München
- Dannenmaier**, Julia, Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm, 88422 Bad Buchau
- Deck**, Ruth, Dr., Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck, 23538 Lübeck
- Dejonghe**, Lea, Institut für Bewegungstherapie und bewegungsorientierte Prävention und Rehabilitation, Deutsche Sporthochschule Köln, 50933 Köln
- Deprins**, Judith, Institut für Sportwissenschaft, Eberhard Karls Universität Tübingen, 72074 Tübingen
- Derlien**, Steffen, Dr., Institut für Physiotherapie, Universitätsklinikum Jena, 07747 Jena
- Dibbelt**, Susanne, Dr., Institut für Rehabilitationsforschung Norderney e. V., Rehaklinikum Bad Rothenfelde – Klinik Münsterland, 49214 Bad Rothenfelde
- Dorr**, Florence, Institut für Psychologie, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, 79106 Freiburg
- Eichert**, Hans-Christoph, Dr., Fachbereich Rehabilitation, TERTIA Berufsförderung GmbH, 53115 Bonn
- Erbe**, Doris, Psychologie und Psychotherapie in Heilpädagogik und Rehabilitation, Universität zu Köln, 50931 Köln
- Falk**, Johannes, Dr., Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation, Deutsche Rentenversicherung Bund, 10704 Berlin
- Feist**, Mario, Lehrstuhl für allgemeine Soziologie/Mikrosoziologie, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, 39106 Magdeburg
- Fittig**, Eike, Dr. Celenus Klinik Carolabad Chemnitz, Medizinisches Rehabilitationszentrum für Psychotherapie, Psychiatrie und Psychosomatik, 09117 Chemnitz
- Foth**, Carolina, Georg-August-Universität Göttingen, 49201 Dissen am Teutoburger Wald
- Franke**, Gabriele Helga, Prof., Fachbereich Angewandte Humanwissenschaften, Hochschule Magdeburg-Stendal, 39576 Stendal
- Frese**, Claudia, AHG Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim, 67098 Bad Dürkheim
- Fröhlich**, Stephanie, Institut für Rehabilitationsforschung Norderney e. V., Rehaklinikum Bad Rothenfelde – Klinik Münsterland, 49214 Bad Rothenfelde
- Füzéki**, Eszter, Dr., Sportmedizin, Goethe Universität, 60487 Frankfurt
- Gehlen**, Martin, Dr., Klinik Der Fürstenhof, 31812 Bad Pyrmont
- Geidl**, Wolfgang, Dr., Institut für Sportwissenschaft und Sport, Arbeitsbereich, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, 91052 Erlangen
- Geissler**, Norbert, Dr., Ärztlicher Dienst, Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, 30175 Hannover

Gerken, Martin, Dr., Abteilung Psychosomatik, Celenusklinik Schömberg, 75328 Schömberg

Giesler, Jürgen M., Dr., Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung, Universitätsklinikum Freiburg, 79106 Freiburg

Glattacker, Manuela, Dr., Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung, Universitätsklinikum Freiburg, 79106 Freiburg

Glombiewski, Julia, Dr., Arbeitsgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie, Philipps-Universität Marburg, 35037 Marburg

Gutenbrunner, Christoph, Prof., Klinik für Rehabilitationsmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, 30625 Hannover

Gutermann, Daniel, Rehazentrum Oberharz, 38678 Clausthal-Zellerfeld

Hahn, Andreas, Dr., Clinical Research, Otto Bock HealthCare Products, 1110 Wien

Haubold, Kathrin, Dr., Professur für Rehabilitationswissenschaften, Universität Potsdam, 14469 Potsdam

Heise, Kathrin, Dr., AHG Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim, 67098 Bad Dürkheim

Hennemann, Severin, Abteilung für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Experimentelle Psychopathologie, Universität Mainz, 55122 Mainz

Herget, Sabine, Fakultät Architektur und Sozialwesen, Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur Leipzig, 04317 Leipzig

Hermes, Sebastian, Institut für Rehabilitationsforschung Norderney e. V., Rehaklinikum Bad Rothenfelde – Klinik Münsterland, 49214 Bad Rothenfelde

Heßling, Andrea, Dr. Becker Neurozentrum Niedersachsen, 49152 Bad Essen

Hetzel, Christian, Dr., Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln, 50933 Köln

Höder, Jürgen, Dr., Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, 22299 Hamburg

Hoffmann, Laura, Institut für Medizinische Soziologie, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 06112 Halle (Saale)

Jagla, Melanie, Hochschule Magdeburg-Stendal, 39576 Stendal

Jankowiak, Silke, Dr., Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm, 88422 Bad Buchau

Jolivet, Bénédicte, Dr., Institut für Rehabilitationsforschung Norderney e. V., Rehaklinikum Bad Rothenfelde – Klinik Münsterland, 49214 Bad Rothenfelde

Kaczmarek, Christian, Sportwissenschaftliches Institut, Universität des Saarlandes, 66123 Saarbrücken

Kählke, Fanny, Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, 91052 Erlangen

Kähnert, Heike, Dr., Institut für Rehabilitationsforschung Norderney e. V., Rehaklinikum Bad Rothenfelde – Klinik Münsterland, 49214 Bad Rothenfelde

Kaiser, Udo, Dr., Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen, 76185 Karlsruhe

Kallinger, Selina, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm, 89081 Ulm

Kaluscha, Rainer, Dr., Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm, 88422 Bad Buchau

Kessemeier, Franziska, Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen, 28359 Bremen

Kiefer-Trendelenburg, Thomas, Dr., Klinik am See, Fachklinik für Innere Medizin, Rüdersdorf

Kleeberg, Kathleen, Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 06112 Halle (Saale)

Klindtworth, Katharina, Dr., Sektion für Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung, Universitätsklinikum Freiburg, 79106 Freiburg

Knispel, Jens, Institut für Psychologie, RWTH Aachen, 52066 Aachen

Kobelt, Axel, Dr., Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, 30875 Laatzen

Köckerling, Elena, Institut für Rehabilitationsforschung Norderney e. V., Rehaklinikum Bad Rothenfelde – Klinik Münsterland, 49214 Bad Rothenfelde

Kohte, Wolfhard, Prof., Juristischer Bereich, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale)

Köpnick, Anne, Institut für Gesundheits-, Ernährungs- und Sportwissenschaften, Europa-Universität Flensburg, 24943 Flensburg

Körner, Mirjam, Dr., Medizinische Fakultät, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, 79104 Freiburg

Krüger, Hans-Ulrich, Dr., Abt. Innere Medizin/Onkologie, Klinik Bavaria Freyung, 94078 Freyung

Kurzinsky-Stachow, Ulrike, Fachklinik Sylt für Kinder und Jugendliche, 25980 Sylt

Kus, Sandra, Lehrstuhl für Public Health und Versorgungsforschung, Ludwig-Maximilians-Universität München, 81377 München

Langbrandtner, Jana, Dr., Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck, 23538 Lübeck

Leiber, Kristian, Fachklinik St. Marienstift Dammer Berge, Fachkliniken St.Marien-St.Vitus GmbH, 49434 Neuenkirchen-Vörden

Leniger, Tobias, Dr., Dr. Becker Neurozentrum Niedersachsen, 49152 Bad Essen

Lin, Jiayi, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Linck-Eleftheriadis, Sigrid, Dr., Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Rheinland-Pfalz, 55232 Alzey

Linden, Michael, Prof., Charité – Universitätsmedizin Berlin, 12200 Berlin

Lippke, Sonia, Prof., Gesundheitspsychologie und Verhaltensmedizin, Jacobs University Bremen, 28759 Bremen

Lohss, Regine, 4056 Basel

Lueger, Stefan, Deegenbergklinik, 97688 Bad Kissingen

Lukasczik, Matthias, Dr., Abteilung für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften, Universität Würzburg, 97070 Würzburg

Markus, Miriam, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität Lübeck, 23562 Lübeck

Mattukat, Kerstin, Dr., Institut für Rehabilitationsmedizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 06112 Halle (Saale)

Meinke, Anja, Dr., AHG Klinik Schweriner See, 19069 Lübstorf

Meng, Karin, Dr., Abteilung für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften, Universität Würzburg, 97070 Würzburg

Mestel, Robert, Dr., HELIOS Kliniken Bad Grönenbach, 87730 Bad Grönenbach

Mitschele, Anke, Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation, Deutsche Rentenversicherung Bund, 10704 Berlin

Mittag, Oskar, Prof., Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung, Universitätsklinikum Freiburg, 79106 Freiburg

Muschalla, Beate, Dr., Klinische Psychologie, Freie Universität Berlin, 14195 Berlin

Musekamp, Gunda, Abteilung für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften, Universität Würzburg, 97070 Würzburg

Mustak-Blagusz, Monika, Dr., Rehaklinik der PVA Gröbming, 8962 Gröbming

Nebe, Katja, Prof., Juristischer Bereich, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 06108 Halle (Saale)

Nechwatal, Robert Michael, Dr., Rehaklinik Heidelberg Königstuhl, 69117 Heidelberg

Niehaus, Mathilde, Prof., Lehrstuhl für Arbeit und berufliche Rehabilitation, Universität zu Köln, 50677 Köln

Nowik, Daniel, Klinik für Rehabilitationsmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, 30625 Hannover

Nübling, Rüdiger, Dr., Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen, 76185 Karlsruhe

Obenauer, Patrick, Dr., Beratungsärztlicher Dienst, Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz, 67346 Speyer

Otto, Friederike, Medizinische Soziologie, Medizinische Hochschule Hannover, 30625 Hannover

Paape, Franziska, Fachklinik Prinzregent Luitpold, 88175 Scheidegg

Paganini, Sarah, Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, 79085 Freiburg

Parthier, Katrin, Institut für Rehabilitationsmedizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 06112 Halle (Saale)

Rabe, Sophie, Professur für Rehabilitationswissenschaften, Universität Potsdam, 14469 Potsdam

Ralf, Leonie, Public Health & Health Education, Pädagogische Hochschule Freiburg, 79117 Freiburg

Reer, Marco, Paracelsus-Harz-Klinik Bad Suderode, 06449 Aschersleben

Reims, Nancy, Dr., Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 90478 Nürnberg

Reusch, Andrea, Zentrum Patientenschulung, Universität Würzburg, 97070 Würzburg

Rick, Oliver, Prof., Klinik Reinhardshöhe, 34537 Bad Wildungen

Riedl, David, Dr., Department für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Medizinische Universität Innsbruck, 6020 Innsbruck

Ritter, Sabrina, Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm, 88422 Bad Buchau

Roch, Svenja, Institut für Gesundheits-, Ernährungs- und Sportwissenschaften, Europa-Universität Flensburg, 24943 Flensburg

Rolf, Rebecca, Public Health & Health Education, Pädagogische Hochschule Freiburg, 79117 Freiburg

Rose, Anne Derke, Dr., Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation, Deutsche Rentenversicherung Bund, 10704 Berlin

Salzwedel, Annett, Dr., Professur für Rehabilitationswissenschaften, Universität Potsdam, 14469 Potsdam

Sander, Lasse, Abt. Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie, Universität Freiburg, 79085 Freiburg

Schagg, Daniela, Katholische Hochschule Freiburg, 79104 Freiburg

Scharm, Henry, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Ulm, 89081 Ulm

Schätzl, Lucia, Medizinische Psychologie und Rehabilitationswissenschaften, Universität Würzburg, 97070 Würzburg

Schlittenhardt, Daniel, Dr., Rehaklinikum Bad Säckingen GmbH, 79713 Bad Säckingen

Schmid, Lucia, Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm, 88422 Bad Buchau

Schmidt, Stefanie, Institut für Rehabilitationsmedizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 06110 Halle (Saale)

Schönle, Paul, Prof., MATERNUS Klinik für Rehabilitation, 32545 Bad Oeynhausen

Schröer, Sarah, Universitätsklinikum Essen

Schuhler, Petra, Dr., AHG Klinik Münchwies, 66540 Neunkirchen

Schuler, Michael, Dr., Abteilung für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften, Universität Würzburg, 97070 Würzburg

Schultz, Konrad, Dr., Zentrum für Rehabilitation Pneumologie und Orthopädie der Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd, Klinik Bad Reichenhall, 83435 Bad Reichenhall

Schwarz, B.tje, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck, 23562 Lübeck

Seifart, Ulf, Dr., Klinik Sonnenblick, Deutsche Rentenversicherung Hessen, 35043 Marburg

Senin, Tatjana, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover, 30625 Hannover

Slavchova, Veneta, Institut für Psychologie, RWTH Aachen, 52066 Aachen

Spanier, Katja, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck, 23562 Lübeck

Spies, Maren, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 20246 Hamburg

Stachow, Rainer, Dr., Fachklinik Sylt für Kinder und Jugendliche, 25980 Sylt

Stamm-Balderjahn, Sabine, Dr., Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Charité – Universitätsmedizin Berlin, 10117 Berlin

Sternberg, Annika, Universität Lübeck

Stevens, Andreas, Prof., Medizinisches Begutachtungsinstitut, Universität Tübingen, 72074 Tübingen

Stöckler, Christiane, Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen, 28359 Bremen

Streibelt, Marco, Dr., Abteilung Rehabilitation, Deutsche Rentenversicherung Bund, 10704 Berlin

Szczotkowski, Daniel, Institut für Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald, 17475 Greifswald

Tepohl, Lena, Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm, 88422 Bad Buchau

Thielecke, Janika, Institut für Psychologie, RWTH Aachen, 52066 Aachen

Topfhoven, Silke, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 90478 Nürnberg

Vogel, Heiner, Dr., Abteilung für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften, Universität Würzburg, 97070 Würzburg

Vogel, Martin, Dr., Mühlenbergklinik, 23714 Bad Malente

Völler, Heinz, Prof., Klinik am See, Fachklinik für Innere Medizin, 15562 Rüdersdorf

Warschburger, Petra, Prof., Beratungspsychologie, Universität Potsdam, 14476 Potsdam

Watzke, Birgit, Prof., Lehrstuhl für Klinische Psychologie mit Schwerpunkt Psychotherapieforschung, Universität Zürich, 8050 Zürich

Weber, Rainer, Dr., Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Köln, 50924 Köln

Weida-Cuignet, Rebecca, Evidence-based Insurance Medicine, Universitätsspital Basel, 4031 Basel

Welti, Felix, Prof., Institut für Sozialwesen, Universität Kassel, 34127 Kassel

Wenzel, Tobias-Raphael, Hochschule Magdeburg-Stendal, 39576 Stendal

Widmann, Thomas, Dr., Ärztliche Abteilung, Asklepiosklinik Tribberg, 78098 Tribberg

Wienert, Julian, Dr., Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck, 23562 Lübeck

Winkeler, Markus, Dr., Parkland-Klinik, 34537 Bad Wildungen

Wittmann, Michael, Dr., Zentrum für Rehabilitation Pneumologie und Orthopädie der Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd, Klinik Bad Reichenhall, 83435 Bad Reichenhall

Ziehm, Jeanette, Dr., Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung, Universitätsklinikum Freiburg, 79106 Freiburg

Zwerenz, Rüdiger, Dr., Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz, 55131 Mainz