

28. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium

Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung

15th Congress of EFRR
**Congress of the European Forum
for Research in Rehabilitation**

Rehabilitation – Shaping healthcare for the future
15–17 April 2019 in Berlin

April 2019



Herausgeber:
Deutsche
Rentenversicherung
Bund

**28. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium
Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung**

15th Congress of EFRR

Congress of the European Forum for Research in Rehabilitation

**Deutsche Rentenversicherung Bund
Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg**
in Zusammenarbeit mit | in cooperation with
European Forum for Research in Rehabilitation (EFRR)
Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)

Wissenschaftliche Leitung | Scientific Committee Chairs

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

Prof. Dr. Wilfried **Mau**,
Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)

Europäisches Organisationskomitee | European Organising Committee

Dr. Susanne **Weinbrenner** (EFRR-Congress President 2019, EFRR Vice-President)
Prof. Dr. Frederike **van Wijck** (EFRR President)

Lokales Organisationskomitee | Local Organising Committee

Koordination & Inhalt | Coordination & Content:

Katrin **Parthier**, Lisa **Puhlemann**, Daniela **Sewöster** (Deutsche Rentenversicherung Bund)

Organisation | Organisation:

Kerstin **Seidel**, Tim **Spiegel** (Deutsche Rentenversicherung Bund)

Gitta **Koslowski** (Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg)

Tagungsband | Congress Contributions

Programmkomitee | Scientific Committee

Prof. Dr. G. **Akyuz** (Istanbul, TR), Dr. V. **Arling** (Aachen, DE), Prof. Dr. H.H. **Bartsch** (Freiburg, DE), Prof. Dr. M. **Bassler** (Clausthal-Zellerfeld, DE), Prof. Dr. C.P. **Bauer** (Gaißach, DE), Prof. Dr. H. **Bau-meister** (Ulm, DE), Prof. Dr. Dr. J. **Bengel** (Freiburg, DE), Prof. Dr. M. **Bethge** (Lübeck, DE), Prof. Dr. W.F. **Beyer** (Bad Füssing, DE), Prof. Dr. E.M. **Bitzer** (Freiburg, DE), Dr. S. **Brüggemann** (Berlin, DE), Prof. Dr. H. **Burger** (Ljubljana, SI), Dr. U. **Eggens** (Berlin, DE), Dr. G. **Fazekas** (Budapest, HU), Prof. Dr. H.J. **Glaser** (Bad Hersfeld, DE), Prof. Dr. W. **Göhner** (Freiburg, DE), Prof. Dr. G. **Grande** (Leipzig, DE), Prof. Dr. B. **Greitemann** (Bad Rothenfelde, DE), Prof. Dr. C. **Gutenbrunner** (Hannover, DE), Prof. Dr. Dr. M. **Härter** (Hamburg, DE), Prof. Dr. P. **Hampel** (Flensburg, DE), Dr. A. **Kobelt** (Laatzen, DE), Prof. Dr. V. **Köllner** (Teltow, DE), Prof. Dr. T. **Kohlmann** (Greifswald, DE), Prof. Dr. G. **Krischak** (Bad Buchau, DE), Prof. Dr. M. **Leonardi** (Milan, IT), Dr. S.-U. **Marnetoft** (Östersund, SE), Prof. Dr. W. **Mau** (Halle, DE), Asst. Prof. Dr. S. **Melkas** (Helsinki, FI), Prof. Dr. T. **Meyer** (Hannover, DE), Prof. Dr. M. **Morfeld** (Stendal, DE), Prof. Dr. R. **Muche** (Ulm, DE), Prof. Dr. K. **Nebe** (Halle, DE), Prof. Dr. M. **Niehaus** (Köln, DE), Prof. Dr. F. **Petermann** (Bremen, DE), Prof. Dr. K. **Pfeifer** (Erlangen, DE), Dr. H. **Pollmann** (Bad Neuenahr, DE), Prof. Dr. M. **Sailer** (Magdeburg, DE), Dr. K. **Schultz** (Bad Reichenhall, DE), Dr. W. **Schupp** (Herzogenaurach, DE), Prof. Dr. B. **Schwaab** (Timmendorfer Strand, DE), PD Dr. U. **Seifart** (Marburg, DE), Prof. Dr. F. **van Wijck** (Glasgow, UK), Prof. Dr. H. **Völler** (Rüdersdorf, DE), Dr. W. **Wagener** (Düsseldorf, DE), Prof. Dr. U. **Walter** (Hannover, DE), Prof. Dr. J. **Wasem** (Essen, DE), Prof. Dr. K. **Wegscheider** (Hamburg, DE), Dr. S. **Weinbrenner** (Berlin, DE), Prof. Dr. F. **Welti** (Kassel, DE), Prof. Dr. M.A. **Wirtz** (Freiburg, DE).

Beirat des EFRR | EFRR Council

Prof. Dr. Frederike **van Wijck** (EFRR President)
Dr. Susanne **Weinbrenner** (EFRR Vice-President)
Assist. Prof. Dr. Susanna **Melkas** (EFRR Secretary)
Prof. Dr. Gulseren **Akyuz** (EFRR Past President, Council Member)
Prof. Dr. Helena **Burger** (Council Member)
Dr. Gabor **Fazekas** (EFRR Past President, Council Member)
Prof. Dr. Matilde **Leonardi** (Council Member)
Dr. Sven-Uno **Marnetoft** (Council Member)
Stefan **Heiskanen** (Treasurer)

Vorstand der DGRW | DGRW Executive Committee

Prof. Dr. Wilfried **Mau** (DGRW President)
Prof. Dr. Thorsten **Meyer** (DGRW Vice-President)
Prof. Dr. Matthias **Morfeld** (DGRW Vice-President)
Prof. Dr. Matthias **Bethge**
Dr. Rolf **Buschmann-Steinhage**
Dr. Désirée **Herbold**
Prof. Dr. Anke **Menzel-Begemann**
Prof. Dr. Klaus **Pfeifer**

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir begrüßen Sie herzlich zum 28. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium, das in diesem Jahr erstmals gemeinsam mit dem Kongress des European Forum for Research in Rehabilitation (EFRR) in Berlin stattfindet.

Das Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium ist als Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung das bedeutendste Forum für praxisrelevante Ergebnisse zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation in Deutschland. Jährlich nehmen über 1.600 Expertinnen und Experten aus Forschung und Praxis, Verwaltung und Politik teil. Der EFRR-Kongress ist ein international etablierter Treffpunkt der europäischen Reha-Forschungsszene. Von ihm gehen wertvolle Impulse für die länderübergreifende Bearbeitung rehabilitationsrelevanter Fragestellungen aus. Mit der Zusammenführung der beiden Fachkongresse möchten wir eine Plattform für den interdisziplinären Austausch und die Vernetzung auf europäischer Ebene schaffen.

Internationale Fragestellungen und Zusammenhänge gewinnen im Kontext der Rehabilitation zunehmend an Bedeutung. Die europäischen Reha-Systeme müssen sich fortlaufend weiterentwickeln, um globalen Herausforderungen wie Digitalisierung, Migration sowie veränderten Lebens- und Arbeitsbedingungen angemessen begegnen zu können. Eine international ausgerichtete und europäisch vernetzte Rehabilitationsforschung kann dazu einen wesentlichen Beitrag leisten. Sie eröffnet neue Wege zur Erschließung und Verbreitung wissenschaftlicher Erkenntnisse und trägt zur länderübergreifenden Umsetzung von Forschungsergebnissen bei. Das Kongressmotto „Rehabilitation – Shaping healthcare for the future“ widmet sich daher der Frage, wie wir die Rehabilitation als globale Gesundheitsstrategie der Zukunft gemeinsam weiterentwickeln können.

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

Dr. Rolf Buschmann-Steinhage

Dr. Hans-Günter Haaf

Prof. Dr. Wilfried Mau

Preface

Ladies and Gentlemen,
Dear Colleagues,

We would like to welcome you to the 28th Reha-Kolloquium, which will take place this year for the first time together with the Congress of the European Forum for Research in Rehabilitation (EFRR) in Berlin.

As the German congress for rehabilitation research, Reha-Kolloquium is the most significant forum to present and share practice-oriented research results on medical and occupational rehabilitation in Germany. Every year, more than 1,600 experts from research and rehab centres, public administration and politics take part in this congress. The EFRR-Congress is an internationally established venue for the European rehabilitation research community. It provides valuable impulses for dealing with rehabilitation issues on an international scale. By bringing these two specialist congresses together, we would like to create a platform for interdisciplinary exchange and networking at the European level.

International questions and issues are gaining more and more importance within the context of rehabilitation. European rehabilitation systems always have to be developed and adapted to adequately deal with global challenges like digitisation, migration and changing living and working conditions. Rehabilitation research with an international reach and networks across Europe can make an important contribution to these objectives. It paves the way for the provision and dissemination of scientific research results and facilitates transnational implementation of these results. With the congress motto "Rehabilitation – Shaping healthcare for the future", we therefore want to address the question of how we can jointly develop rehabilitation as the global health strategy of the future.

The congress contributions can be downloaded at www.reha-kolloquium.de.

In addition, all abstracts accepted for the 15th EFRR-Congress 2019 are published online on the German Medical Science website (www.egms.de).

Dr. Rolf Buschmann-Steinhage

Dr. Hans-Günter Haaf

Prof. Dr. Wilfried Mau

Für den Inhalt der Beiträge sowie für die Personen- und Institutionsangaben sind die Autoren verantwortlich. Für die Richtigkeit der Angaben wird keine Gewähr übernommen.

The authors are responsible for their contributions and for the personal and institutional details.

Interessenkonflikt und Fördermittel

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

Conflict of interest and subsidies

The first authors of the presentations and posters were asked about possible conflicts of interest and funding. Where possible conflicts of interest and/or funding were indicated, these are published at the end of the respective short contributions.

Inhaltsverzeichnis

DGRW-Update	24
Erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit im Reha-Team <i>Körner, M.</i>	24
Onkologische Rehabilitation – Möglichkeiten und Grenzen <i>Seifart, U.</i>	27
Methodik rehabilitationswissenschaftlicher Forschung	30
Bestimmung der kleinsten klinisch bedeutsamen Veränderung (MCID) für einen Nicht- Unterlegenheitsnachweis eines neuen Behandlungskonzeptes für geriatrische Patienten nach Femurfraktur (AOK-proReha Geriatrie) <i>Knapp, S., Kaluscha, R., Krischak, G.</i>	30
Einsatz von Mehrebenen-Modellen in der Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung <i>Dannenmaier, J., Kaluscha, R., Sägebarth, M., Krischak, G.</i>	33
Anwendung der Delphi-Methode zur Entwicklung von indikationsspezifischen Behandlungskonzepten nach KTL <i>Otto, F., de Wall, S., Kirsch, C., Barre, F.</i>	35
Inanspruchnahme der medizinischen Rehabilitation bei Menschen mit und ohne Migrationshintergrund: Ein Scoping Review <i>Dyck, M., Breckenkamp, J., du Prel, J.-B., Razum, O.</i>	38
ICF basierte Messung der funktionalen Gesundheit im Verlauf der stationären neurologischen Rehabilitation nach Schlaganfall <i>Lamprecht, J., Sickert, A., Clahn, K., Sailer, M.</i>	40
Assessmentinstrumente	43
Die Glasgow Scales zum Screening auf Angst und Depressivität bei Menschen mit Intelligenzminderung - Eine Praktikabilitätsstudie <i>Jagla, M., Tschache, A., Wagner, S., Engel, D., Knuhr, J., Häring, M., Franke, G.H.</i>	43
Vergleich dreier Screening-Instrumente zur Vorhersage einer gescheiterten beruflichen Eingliederung bei Muskel-Skelett-Erkrankungen <i>Markus, M., Streibelt, M., Schuler, M., Gerlich, C., Bethge, M.</i>	45
Maladaptive Schemata nach Young bei psychiatrischen Rehabilitanden in Abhängigkeit von Berufstätigkeit sowie Vorhersagewert für Aktivitäten und Teilhabe <i>Senft, B., Affenzeller, A., Schosser, A.</i>	47
Validierung des Modularen ICF-basierten Core Sets für Substanzbezogene Störungen – eine Multicenter-Studie <i>Spies, M., Buchholz, A., Stracke, R., Meyer-Steinkamp, R.</i>	50
Bewertung des erwerbsbezogenen Behandlungsangebotes aus Rehabilitandensicht – Ergebnisse einer Versichertenbefragung im DRV-Bund Projekt MBOR-R <i>Bürger, W., Nübling, R., Streibelt, M.</i>	51
Assessmentinstrumente (Poster)	56
Entwicklung und qualitative Evaluation eines diversitätssensiblen Fragebogens zur Erfassung von Bedürfnissen in der rehabilitativen Versorgung <i>Aksakal, T., Yilmaz-Aslan, Y., Akbulut, N., Razum, O., Brzoska, P.</i>	56
Der Patient Needs in Asthma Treatment (NEAT) Fragebogen. Weiterführende Validierung eines patientenzentrierten Messinstruments <i>Schreitmüller, J., Apfelbacher, C., Sheikh, A., Loerbroks, A.</i>	58
Interne MBOR-Belastungserprobung: Ergebnisse eines standardisierten neurokognitiven Prüfverfahrens <i>Claros-Salinas, D., Menzel, C., Dettmers, C.</i>	59
Standardisiertes ICF-bezogenes Assessment in der orthopädischen Reha möglich?! <i>Schmidt, S., Burkart, C., Kavelaars, B., Kassner, D., Hekler, J.</i>	62

Ankerbasierte Ermittlung klinisch relevanter Veränderung depressiver Symptomatik – Patientenperspektive <i>Haase, I., Winkeler, M., Imgart, H.</i>	65
Assessmentverfahren für Rehabilitanden und Rehabilitandinnen mit nicht deutschsprachigem Hintergrund: Ein Überblick <i>Ehrmann, K., Lukasczik, M., Röckelein, E., Erbstößer, S., Vogel, H.</i>	66
Systematische Erfassung besonderer beruflicher Problemlagen (BBPL) und sozial- medizinischer Aspekte zwecks Abstufung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) onkologischer Rehabilitanden. <i>Mustroph, D., Kaden, B.</i>	69
Evidenzbasierung und Meta-Analysen	72
Randomisiert-kontrollierte Studien in der Rehabilitationsforschung – Bedeutung und konzeptuelle Grenzen <i>Meyer, T., Levack, W., Negrini, S., Gimigliano, F., Arienti, C., Rathore, F., Malmivaara, A.</i>	72
Evidenz in der Rehabilitationsforschung: Die Problematik adäquater Vergleichsgruppen <i>Kaluscha, R., Krischak, G.</i>	74
Soziale Unterschiede in den Behandlungsergebnissen medizinischer Rehabilitationen. Eine Analyse von DRV-Routinedaten <i>Götz, S., Dragano, N., Wahrendorf, M.</i>	76
Evidenz für die medizinische Rehabilitation bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen: die MERCED-Studie – ein Erfolgsmodell? <i>Hüppe, A., Lill, C., Raspe, H.</i>	79
Auswirkungen körperlicher Aktivität auf entzündliche Serummarker bei rheumatoider Arthritis: Systematische Literaturrecherche und Meta-Analyse <i>Strahl, A., Kazim, M.A., Rütther, W., Niemeier, A., Burghardt, R.D.</i>	81
Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation – Eine Literaturübersicht über den aktuellen Stand der Forschung <i>Knoop, T., Dettmers, S., Meyer, T.</i>	83
Längsschnittdaten für die rehabilitative Versorgungsforschung	86
Zeigen sich Effekte von Rehabilitation auf Teilhabe und berufliche Wiedereingliederung? Eine Propensity Score gematchte Analyse <i>Spanier, K., Schlumbohm, A., Köhn, S., Spyra, K., Bethge, M.</i>	86
Psychische Gesundheit und Erwerbsarbeit: Ergebnisse des Dritten Sozialmedizinischen Panels für Erwerbspersonen <i>Schlumbohm, A., Köhn, S., Spyra, K., Spanier, K., Bethge, M.</i>	88
Der subjektive soziale Status bei Antragstellung von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen im Vergleich zum objektiven sozialen Status <i>Markert, J., Fach, E.-M., Richter, M.</i>	90
Arbeitnehmer*innen mit Anspruch auf betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM): Prävalenz und Determinanten eines angebotenen BEM und dessen Inanspruchnahme <i>Loerbroks, A., Scharf, J., Angerer, P., Spanier, K., Bethge, M.</i>	93
Digitaler Stress und psychische Gesundheit bei Personen mit erhöhtem Erwerbsminderungsrisiko: Eine querschnittliche Kohortenstudie im Sozialemedizinischen Panel (GSPE-III) <i>Hennemann, S., Höhler, J., Spanier, K., Reinecke, L., Bethge, M.</i>	95
Weiterarbeiten nach Renteneintritt: Was bedingt die Intention in Erwerbspersonen? – Befunde aus der SPE III-Befragung <i>Lippke, S., Bethge, M.</i>	97
Reha-System	100
Alte und neue Schnittstellen im BTHG am Beispiel der Antragsstellung auf Rehabilitationsleistungen <i>Schulz, S.E.</i>	100

Angemessene Vorkehrungen im Verwaltungsverfahren der Rehabilitation <i>Welti, F., Frankenstein, A., Hlava, D.</i>	102
Evaluation der berufsbegleitenden Rehabilitation – Erkenntnisse eines Modellprojektes <i>Kulisch, K., Lorenz, S., Kohl, M., Streibelt, M.</i>	104
Weiterentwicklung des betrieblichen Eingliederungsmanagements geboten <i>Düwell, F.J.</i>	106
Zuschüsse zur Ausbildung und Beschäftigung behinderter Menschen – diskriminierungs- freie Ausgestaltung sozialgesetzlicher Leistungsansprüche <i>Nebe, K.</i>	108
Qualitätssicherung und -management	111
Qualitätssicherung in der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung am Beispiel des Peer Reviews der Durchgangsarztberichte <i>Szczotkowski, D., Neik, C., Wittwer, M., Polak, U., Kohlmann, T.</i>	111
Psychische Komorbidität? - Dokumentation psychopathologischer Befunde, Anamnese, sowie Arbeits- und Leistungsfähigkeit in Entlassungsberichten aus der somatischen Rehabilitation <i>Hütte, R., Muschalla, B.</i>	114
Erste Auswertung der Studie DIA-Reha: Arbeitszufriedenheit in der Rehabilitationspsychologie <i>Franke, G.H., Boje, K., Jagla, M.</i>	116
Qualitätsorientierte Unternehmenssteuerung auf der Basis standardisierter Qualitätskennzahlen in einem Qualitätsverbund <i>Kaiser, U., Nübling, R., Kaluscha, R., Kriz, D., Renzland, J., Schmidt, J., Toepler, E.</i>	118
Entwicklung der Website www.leistungsbeurteilung-reha.de <i>Bollmann, K., Hesse, B., Körner, Mi., Schaidhammer-Placke, M., Dibbelt, S., Greitemann, B.</i>	122
Qualitätssicherung und -management (Poster)	124
Implementierungsforschung am Beispiel der Einführung des Strukturierten Qualitätsdialogs (SQD) in die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung <i>Kuntz, L., Flaig, S., Lederle, M., Mitschele, A., Thiede, M., Ostholt-Corsten, M., Bitzer, E.M.</i> ..	124
Reha-Therapiestandards und Leitlinien (Poster)	127
Verknüpfung der Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation mit der Klassifikation therapeutischer Leistungen <i>Reese, C., Farin-Glattacker, E.</i>	127
Reha-Zugang	130
Antragsrückgang bei medizinischer Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen – ein epidemiologischer Blick <i>Buschmann-Steinhage, R., Zollmann, P.</i>	130
Barrieren im Zugang zur Rehabilitation bei Menschen mit Migrationshintergrund – Ergebnisse einer qualitativen Befragung von Hausärzten/innen <i>Aksakal, T., Yilmaz-Aslan, Y., Langbrandtner, J., Razum, O., Deck, R., Brzoska, P.</i>	133
Inanspruchnahme rehabilitativer Versorgung durch ältere Beschäftigte mit und ohne Migrationshintergrund - Ergebnisse der lidA-Studie <i>Schröder, C.C., du Prel, J.-B.</i>	135
Wer geht in die Reha? Inanspruchnahme nach Brustkrebsoperation im Kontext beruflicher Belastungen <i>Noeres, D., Röbbel, L., Geyer, S.</i>	137
Antragsverhalten zur onkologischen Reha - eine Expertenstudie <i>Maiwald, P., Weis, J., Bartsch, H.H., Dresch, C., Heidt, V., Valentini, J., Kurlemann, U.</i>	140

Reha-Zugang (Poster)	142
Bewertung der geriatrischen Rehabilitation durch niedergelassene Hausärzte in Baden-Württemberg: Ergebnisse einer qualitativen Studie <i>von der Warth, R., Tinsel, I., Schubert, I., Farin, E.</i>	142
Wünsche und mögliche Lösungen für die Schnittstellen zu Rehabilitationskliniken und der Deutschen Rentenversicherung aus Sicht niedergelassener Ärzte: Qualitative Ergebnisse einer Befragung von Hausärzten/innen und Orthopäden/innen in Westfalen-Lippe <i>Fröhlich, S., Niemeyer, R., Greitemann, B.</i>	144
Rehabilitationszugang und -nutzen bei Rückenschmerz: Aktueller Stand und Stichprobe einer Kohortenstudie mit Versicherten der Deutschen Rentenversicherung Nord und Mitteldeutschland <i>Fausser, D., Mattukat, K., Schmitt, N., Schmidt, S., Krüger, F., Bethge, M., Mau, W.</i>	147
Individualisierte Leistungsauswahl nach bewilligten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Zusammenhang mit der subjektiven Erwerbsprognose <i>Sternberg, A., Bethge, M.</i>	149
Determinanten in der Antragsstellung der Rehabilitation für Kinder und Jugendliche <i>Ammelburg, N., Fahrenkrog, S., Bernert, S., Spyra, K.</i>	151
Reha-Nachsorge (Poster)	154
Was hält adipöse Rehabilitanden von der Nutzung von post-stationären Online-Nachsorgeangeboten ab? <i>Anzelini, M., Ellrott, T., Reusch, A., Reuss-Borst, M.</i>	154
Fatigue-Bewältigung nach Abschluss einer onkologischen Rehabilitation. Welche Unterstützung ist aus Patientensicht erforderlich? <i>Kähnert, H., Niemann, J., Leibbrand, B.</i>	156
Patientenorientierung	159
SONET - Ergebnisse aus Fokusgruppen und einer Onlinebefragung zur Sozialraumorientierung der Rehabilitation der DRV Bund <i>Pieper, C., Schröer, S., Bühnen, I., Kulisch, K., Streibelt, M.</i>	159
Bedarf es einer geschlechtsspezifischen Versorgung in der orthopädischen MBOR? <i>Korte, K., Drüke, T., Zander, R.</i>	161
Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Rehabilitation: Effekte einer zeitnahen Rückmeldung von Messergebnissen und einer Mitarbeiterschulung zu ihrer Interpretation <i>Biedenweg, B., Buchholz, M., Kohlmann, T., Müller, W.-D., Feng, Y.-S.</i>	163
Nachhaltigkeit und Akzeptanz digital unterstützter Seminare in der ambulanten Rehabilitation im Vergleich zu „analogen“ Seminaren <i>Rinnenburger, L., Kolf, T.</i>	165
Bestandsaufnahme zu Gruppenangeboten zur Ernährungsschulung in der stationären medizinischen Rehabilitation <i>Meng, K., Klemmt, M., Toellner, C., Reusch, A.</i>	167
Entwicklung, Implementierung und Evaluation einer Schulung zum Umgang mit Komplementärmedizin in der Krebs-Selbsthilfe <i>Jablotschkin, M., Bartsch, H.H., Horneber, M., Weis, J.</i>	170
Patientenorientierung (Poster)	172
Aspekte einer guten und wirksamen Ernährungsberatung aus der Perspektive von Rehabilitanden <i>Klemmt, M., Reusch, A., Meng, K.</i>	172
MBOR-Plus: Unterscheiden sich als niedrig und hoch motiviert eingestufte Stoffwechsel-Patienten in ihrer Selbsteinschätzung zu Reha-Beginn? <i>Arling, V., Slavchova, V.</i>	174

SmartReha: Einsatzmöglichkeiten von Internet- basierten Interventionen in der medizinischen Rehabilitation.....	176
Internet- und mobilbasierte Nachsorge und Rückfallprävention bei psychischen Störungen: systematische Übersichtsarbeit und Implikationen für die Rehabilitation <i>Hennemann, S., Farnsteiner, S., Sander, L.</i>	176
Wirksamkeit einer Internet-basierten Intervention für Depression im Anschluss an eine stationäre Rehabilitationsbehandlung (WARD-BP) – Ergebnisse einer pragmatischen randomisiert-kontrollierten Studie <i>Ebert, D.D., Paganini, S., Sander, L., Lin, J., Schlicker, S., Baumeister, H.</i>	178
Prävention von Depressionen in der Nachsorge von Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen: Ergebnisse der bundesweiten PROD-BP Studie. <i>Sander, L., Paganini, S., Schlicker, S., Spanhel, K., Ebert, D.D., Baumeister, H.....</i>	179
Stabilisierung depressiver Symptome nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation durch Online-Selbsthilfe: Katamnese-Ergebnisse einer randomisiert kontrollierten Studie <i>Zwerenz, R., Baumgarten, C., Becker, J., Tibubos, A., Siepmann, M., Beutel, M.E.</i>	182
Die „multikulturelle Reha“ – können Internet-basierte Interventionen die Versorgung verbessern? <i>Spanhel, K., Bengel, J., Spiegelhalder, K., Lehr, D., Baumeister, H., Sander, L.</i>	184
Reha-Team (Poster)	186
Teamklima als Voraussetzung für Teamcoaching in der medizinischen Rehabilitation <i>Becker, S., Küllenberg, J., Körner, M.</i>	186
Rückkehr zur Arbeit	189
Zunahme der selbsteingeschätzten körperlichen Leistungsfähigkeit durch einen kinesio-physischen Leistungstest (EFL nach Isernhagen) – Daten zur Reproduzierbarkeit <i>Schindl, M., Zipko, H., Wassipaul, S., Jirasek, U., Gestaltner, K.</i>	189
Return to Work nach psychischer Erkrankung. Mixed-Methods-Follow-Up-Studie: Determinanten einer erfolgreichen Wiedereingliederung. Ergebnisse der qualitativen Teilstudie <i>Stegmann, R., Schulz, I., Schröder, U.B.</i>	192
Berufliche (Re-)Integration nach psychosomatischer Rehabilitation: Welchen Einfluss haben Rehabilitandenmerkmale bzw. die Rehabilitationseinrichtung? <i>Kaluscha, R., Krischak, G.....</i>	195
Sozialmedizinische Therapieinterventionen in der Richtlinienpsychotherapie <i>Linden, M., Dragunowa, O.....</i>	198
Vergleich der Relevanz von Informationen im Kontext der Inklusion von Menschen mit körperlichen und psychischen Behinderungen <i>Slavchova, V., Arling, V.</i>	199
Erwerbsbiografien im Fokus – worauf achten Anwender der beruflichen Rehabilitation in der Arbeit mit dem Teilnehmer? <i>Knispel, J., Arling, V.</i>	201
Rückkehr zur Arbeit (Poster).....	205
Einstellung zur Rückkehr ins Erwerbsleben bei Versicherten mit zeitlich befristeter Erwerbsminderungsrente <i>Briest, J.....</i>	205
Einstellung ärztlicher und psychologischer PsychotherapeutInnen zum Thema EM-Rente – Ergebnisse einer nicht repräsentativen Piloterhebung <i>Gombert, C., Hesse, B., Nebe, A., Delbrück, R., Eggens, U., Wagner, B., Köllner, V.</i>	207
Wege psychisch Kranker in die EM-Rente und Rückkehrperspektiven aus der EM-Rente in Arbeit: Ansatzpunkte zu frühzeitiger Intervention in biografische und krankheitsbezogene Verlaufskurven (WEMRE) <i>Rafalzik, Y., von Kardorff, E., Meschnig, A., Klaus, S., Ostern, A.R.</i>	209

Rehabilitation bei EM-Rentnern	213
Eine empirische Auswertung motivationsrelevanter Einflussfaktoren die zu einem vorzeitigen Austritt aus der Erwerbstätigkeit führen – Eine Differenzierung zwischen White- und Blue-Collar-Arbeitskräften im kliniknahen Kontext	
<i>Giessner, S.M.</i>	213
Typische Erwerbsverläufe vor einer Erwerbsminderungsberentung	
<i>Dannenmaier, J., Kölle, T., Jankowiak, S., Krischak, G.</i>	216
Rückkehr ins Erwerbsleben nach der befristeten Erwerbsminderungsrente - Ergebnisse aus der REBER-Studie	
<i>Briest, J.</i>	218
Rückkehr-Intentionen und Rückkehr-Verhalten: Erwartungen und Erfahrungen von befristeten Erwerbsminderungsberenteten über 17 Monate	
<i>Lippke, S., Zschucke, E., Schüz, N., Hessel, A.</i>	220
Unterstützung von ErwerbsminderungsrentnerInnen zur Erreichung eines Return to Work: Internationale Erfahrungen und Erkenntnisse für Deutschland	
<i>Köckerling, E., Hesse, B., Körner, Mi.</i>	222
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben I	225
Gute Zusammenarbeit = Gute Maßnahme? Der Einfluss guter Zusammenarbeit zwischen Akteuren in der beruflichen Rehabilitation aus Leistungserbringerperspektive	
<i>Neumann, K., Reims, N., Nivorozhkin, A.</i>	225
Von der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation zur nachhaltigen Wiedereingliederung in Arbeit bei psychischen Beeinträchtigungen	
<i>von Kardorff, E., Meschnig, A., Blasczyk, S., Klaus, S.</i>	227
Unterscheiden sich die erwerbsbezogenen Ergebnisse verschiedener Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben?	
<i>Kölle, T., Kaluscha, R., Krebs, K., Krischak, G.</i>	230
Erlebte Begleitung durch einen Reha-Berater bei Personen mit bewilligten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	
<i>Sternberg, A., Bethge, M.</i>	232
Partizipative Workshops im Rahmen der Forschung zum betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) – ausgewählte Ergebnisse einer Theorie-Praxis-Interaktion	
<i>Ohlbrecht, H., Kuczyk, S., Detka, C., Lange, B.</i>	234
Berufsbiographische Bedingungen für die Optimierung von Prozessen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM)	
<i>Detka, C., Ohlbrecht, H., Kuczyk, S., Lange, B.</i>	236
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben II	239
Estimating the impact of successful completion of vocational education on employment outcomes	
<i>Echarti, N.</i>	239
RehaFuturReal®: Psychologische Selbsteinschätzung von arbeitslosen Versicherten ohne und mit Case-Management-Einstufung im Vergleich	
<i>Knispel, J., Arling, V.</i>	241
Fallvignetten als Beratungshilfe in der beruflichen Rehabilitation	
<i>Meschnig, A., von Kardorff, E., Klaus, S.</i>	244
Berufsbiografische Beratung als Chance(ngleichheit) in der beruflichen Rehabilitation	
<i>Lange, L., Ohlbrecht, H., Kuczyk, S., Detka, C.</i>	246
A comparison of employment outcomes between one- and two-year vocational education programs	
<i>Echarti, N.</i>	249
Integrationscoaching für Menschen mit Sehschädigung im Rheinland: Wissenschaftliche Evaluation der formalen Implementierung und inhaltlichen Umsetzung	
<i>Slavchova, V., Arling, V.</i>	251

Umgang mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Arbeitskontext: Die Rolle der betrieblichen Akteure	255
Sag ich´s? Umgang mit chronischen Erkrankungen am Arbeitsplatz - Die Rolle betrieblicher Akteur*innen	
<i>Jakob, L., Bauer, J.F., Chakraverty, V., Niehaus, M.</i>	255
Kennen Vorgesetzte die vorhandenen Unterstützungs(strukturen) für Mitarbeitende mit Behinderungen? – Eine Untersuchung am Beispiel von Professor*innen	
<i>Groth, S., Bauer, J.F., Niehaus, M.</i>	257
Promovieren mit Behinderungen – Barrieren und Lösungen am Arbeitsplatz Wissenschaft aus Sicht hochschulischer Akteur*innen	
<i>Bauer, J.F., Groth, S., Niehaus, M.</i>	259
Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit: Welche Vor- und Nachteile ergeben sich aus einer Personalunion von Schwerbehindertenvertretung und Betriebsrat?	
<i>Heide, M., Glatz, A., Niehaus, M.</i>	261
Rückkehr zur Arbeit nach psychischer Krise – Vernetzung von betrieblichen und klinischen Akteuren im Return-to-Work-Prozess	
<i>Schwarz, B., Stegmann, R., Wegewitz, U.</i>	263
Betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung (Poster)	266
Training emotionaler Kompetenzen in handwerklichen Kleinstbetrieben - ein Praxisprojekt zur Stressprävention am Arbeitsplatz	
<i>Klein, N., Baumann, R.</i>	266
Rechtswissenschaften	270
Die Hilfsmittelversorgung im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – Neue Rechtslage durch das BTHG?	
<i>Dittmann, R.</i>	270
Die Genehmigungsfiktion im Rehabilitationsrecht	
<i>Tietz, A.</i>	272
Behinderungsgerechte Weiterbeschäftigung auf dem bisherigen Arbeitsplatz durch arbeitsorganisatorische Anpassungen	
<i>Rabe-Rosendahl, C.</i>	274
Die Bedeutung der Rehabilitationsträger für den Kündigungsschutz	
<i>Liesch, M.</i>	276
Orthopädische/Rheumatologische Rehabilitation I	278
Welche Merkmale der Akutbehandlung und Übergangszeit sind mit dem Funktionszustand von bandscheibenoperierten Patienten im Behandlungsverlauf assoziiert?	
<i>Knapp, S., Jankowiak, S., Kaluscha, R., Breuer, E., Krischak, G.</i>	278
Ausgestaltung der Bewegungstherapie für Rehabilitanden mit chronischem Rückenschmerz – Eine klinikvergleichende Angebotsanalyse aus konzeptioneller Perspektive	
<i>Golla, A., Mau, W.</i>	282
Psychologische Strategien für die Bewegungstherapie – Welche Effekte haben neue Fortbildungen und welche Fortbildungsformate sind geeignet?	
<i>Reusch, A., Küffner, R., Höfter, A., Sträßner, J. E., Lühr, T., Schagg, D., Göhner, W.</i>	284
Effekte medizinischer Rehabilitationsprogramme bei Muskel-Skelett-Erkrankungen zehn Monate nach der Rehabilitation	
<i>Markus, M., Streibelt, M., Schuler, M., Gerlich, C., Bethge, M.</i>	286
ReMove-It - Telemedizinische Bewegungstherapie als Ergänzung zur Reha-Nachsorge von Patienten nach Knie- oder Hüft-TEP	
<i>Eichler, S., Salzwedel, A., John, M., Rabe, S., Mayer, F., Wochatz, M., Völler, H.</i>	288
Bedeutung von körperlicher Aktivität und körperlicher Belastungsfähigkeit sowie Selbstwirksamkeitserwartung und Soziale Unterstützung für die Rückkehr in Erwerbstätigkeit von medizinischen Rehabilitanden	
<i>Lippke, S., Rinn, R., Whittal, A., Steegmueller, O., Wille, F., Hessel, A.</i>	290

Orthopädische/Rheumatologische Reha II	293
Patientenaufnahme in stationärer Rehabilitation bei muskuloskelettalen Krankheitsbildern: ICF-Zuordnung allgemeiner und indikationsspezifischer Erhebungsinstrumente <i>Andreeva, E., Stein, S., Bönisch, A., Dorn, M., Polnau, U., Gutenbrunner, C.</i>	293
Debora 2: Mittelfristige Wirksamkeit einer verkürzten störungsspezifischen Behandlung von komorbider Depressivität bei chronischen Rückenschmerzen <i>Hampel, P., Deuerling, D., Köpnick, A.</i>	295
Rehabilitation seltener Erkrankungen: ICF-orientierte sozialmedizinische Leistungs- beurteilung von Patienten mit ANCA-assoziiertes Vaskulitis <i>Gehlen, M., Schwarz-Eywill, M., Scholl, S., Dräger, B., Klose, K., Hinz, C.</i>	297
Berufliche (Re-)Integration nach medizinischer Rehabilitation wegen Rückenschmerz: Welchen Einfluss haben Rehabilitandenmerkmale bzw. die Rehabilitationseinrichtung? <i>Kaluscha, R., Krischak, G.</i>	298
Die Diagnose Fibromyalgie in der Stationären Rehabilitation: Übereinstimmungen und Diskrepanzen zwischen behandler- und patientenseitigen Einschätzungen <i>Dibbelt, S., Wulfert, E., Greitemann, B.</i>	302
Orthopädische/Rheumatologische Rehabilitation (Poster).....	305
Wie häufig sind komplementäre Therapiemaßnahmen bei der Behandlung von Patienten mit Wirbelsäulenverletzungen in BG-Kliniken? <i>Biedenweg, B., Buchholz, M., Polak, U., Kohlmann, T.</i>	305
Die aktive Therapie mit einer Bewegungsschiene in der postoperativen Rehabilitation nach Knie totalendoprothese - eine gewinnbringende Weiterentwicklung? <i>Knoll, A., Kaltenbach, C., Krischak, G.</i>	307
Entscheidungsfindung zur Operation, sportliche Aktivitäten. Eine Patientenbefragung nach primärer Endoprothesenimplantation bei Coxarthrose. <i>Simon, S., Kleiber, T., Wick, M., Peters, K.M.</i>	309
Rehabilitation seltener schwerer Erkrankungen: Osteoporose bei systemischer Mastozytose – Analyse eines großen Patientenkollektives <i>Gehlen, M., Schmidt, N., Pfeifer, M., Lazarescu, A.D., Schwarz-Eywill, M., Hinz, C.</i>	311
Neurologische Rehabilitation.....	314
Prädiktoren wahrgenommener Barrieren der Reha-Inanspruchnahme bei Patienten mit Multipler Sklerose <i>Giesler, J.M., Klindtworth, K., Nebe, A., Glattacker, M.</i>	314
Zusammenhang zwischen kognitiven Störungen und sturzassoziierten Gangparametern in der postakuten Rehabilitation nach Schlaganfall <i>Lamprecht, J., Alt, P., Sickert, A., Hamacher, D., Schega, L., Sailer, M.</i>	316
Entwicklung einer adaptiven Testbatterie für die Evaluation eines neuen Behandlungs- konzeptes für Schlaganfallpatienten der Phase D (AOK-proReha Schlaganfall) <i>Knapp, S., Kaluscha, R., Krischak, G.</i>	317
Lebens- und Versorgungssituation von Menschen mit Querschnittlähmung in Deutschland <i>Bökel, A., Blumenthal, M., Gutenbrunner, C., GerSci Team</i>	321
Neurologische Rehabilitation (Poster).....	323
Mentale Chronometrie bei Schlaganfall-Patienten - die Bedeutung des Feedbacks <i>Stürner, J., Sehle, A., Liepert, J.</i>	323
Kardiologische Rehabilitation - in Kooperation mit der DGPR.....	325
Sehr niedrige aerobe Ausdauerleistungsfähigkeit bei Patienten mit Koronarer Herzkrankheit und Typ 2 Diabetes mellitus (herzkranker Diabetiker) <i>Schwaab, B., Windmüller, M., König, I., Sinner, K., Schwarz, M., Schütt, M.</i>	325
Erfolgparameter der kardiologischen Rehabilitation von Patienten im berufsfähigen Alter – Erste Ergebnisse des OutCaRe-Studienregisters <i>Salzwedel, A., Zoch-Lesniak, B., Schlitt, A., Schröder, K., Schubmann, R., Bongarth, C., Völler, H.</i>	326

Welche Rehabilitandenmerkmale sind mit der subjektiven Erwerbsprognose nach Teilnahme an einer MBOR in der kardiologischen Rehabilitation assoziiert?	
<i>Jankowiak, S., Knapp, S., Nechwatal, R., Kaluscha, R., Krischak, G.</i>	329
Nachsorge Neues Credo in der kardiologischen Anschlussrehabilitation	
<i>Deck, R., Baumbach, C., Brunner, S., Hoberg, E., Knoglinger, E.</i>	333
Kardiologische Rehabilitation (Poster)	336
Nutzungsanalyse eines kardiologischen Nachsorgepasses als Grundlage für die Entwicklung einer mobilen Anwendung	
<i>Stamm-Balderjahn, S., Falinski, R., Spyra, K.</i>	336
Onkologische Rehabilitation	338
Analyse des Ernährungsverhaltens bei Brustkrebs-Rehabilitandinnen 2002 und 2013 - hat sich das Ernährungsmuster verändert?	
<i>Klein, D.K., Anzelini, M., Ellrott, T., Reuss-Borst, M.</i>	338
Nicht-geäußerte Bedürfnisse und Belastungen bei onkologischen Rehabilitanden – Eine qualitative Analyse	
<i>Heß, V., Schuler, M., Meng, K., Schulte, T., Neuderth, S., Faller, H.</i>	341
Kontinenzverbesserung nach radikaler Prostatektomie in der uro-onkologischen Rehabilitation	
<i>Wagner, J., Bohro, J., Leiendecker, J.</i>	343
Predictors of Health-Related Quality of Life in Women with Breast Cancer	
<i>Safieddine, B., Geyer, S., Röbbel, L., Noeres, D.</i>	345
Vorhersage der Nicht-Rückkehr in Arbeit bei onkologischen Rehabilitanden: Längsschnittanalyse mit dem Screening-Instrument Beruf und Arbeit (SIBAR)	
<i>Fauser, D., Wienert, J., Bethge, M.</i>	347
Zufriedenheit von Rehabilitanden in der Onkologie. Erfahrungsberichte in den sozialen Medien	
<i>Hopf, F., Patzelt, C., Emmert, M., Sander, U.</i>	350
Pneumologische Rehabilitation	353
Körperliche Aktivität und Sitzen von Personen mit COPD vor einer pneumologischen Rehabilitation – eine Clusteranalyse	
<i>Geidl, W., Carl, J., Leibert, N., Wittmann, M., Schultz, K., Pfeifer, K.</i>	353
Depressionen und Ängste in der Asthmarehabilitation: Prävalenz, klinische Bedeutsamkeit und Veränderbarkeit durch die Reha	
<i>Schuler, M., Wittmann, M., Leibert, N., Schwarzkopf, L., Nowak, D., Faller, H., Schultz, K.</i>	355
Der Zusammenhang zwischen psychosozialen Arbeitsbedingungen und der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit von Arbeitnehmer*innen mit Asthma	
<i>Heinrichs, K., Hummel, S., Gholami, J., Schultz, K., Li, J., Loerbroks, A.</i>	356
Asthmakontrolle 3, 6 und 12 Monate nach stationärer pneumologischer Rehabilitation (EPRA-Studie)	
<i>Schultz, K., Wittmann, M., Wagner, R., Leibert, N., Schwarzkopf, L., Szentos, B., Nowak, D., Faller, H., Schuler, M.</i>	358
Psychosocial working conditions and their association with asthma control and asthma-related quality of life – a cross-sectional study	
<i>Heinrichs, K., Hummel, S., Gholami, J., Schultz, K., Li, J., Sheikh, A., Loerbroks, A.</i>	361
Rehabilitation bei psychischen Störungen	363
Die „Facebook-Sucht“ – eine signifikante Gefährdung des Rehabilitationsprozesses?	
<i>Brailovskaia, J., Margraf, J., Köllner, V.</i>	363
Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung und arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster	
<i>Härtter, C., Wagner, B., Köllner, V.</i>	364
Evaluation eines achtsamkeitsbasierten Trainingsprogramms zur Modifikation emotionalen Essverhaltens in der medizinischen Rehabilitation	
<i>Macht, M., Lueger, T., Herrmann, K., Franke, W., Vogel, H.</i>	366

MBOR-spezifische Unterschiede zur Ein-Jahres-Katamnese <i>Frege, I., Vollmer, H.C., Domma, J.</i>	369
Nebenwirkungen eines psychosomatischen Rehaaufenthalts bei Angehörigen <i>Linden, M.</i>	370
Innovative Konzepte in der psychosomatischen Rehabilitation	372
Sektorengrenzen schneller überwinden – Behandlungspfade in der Psychosomatik weiter entwickeln <i>Albani, C., Schott, E., Theer, K., Grupp, D.</i>	372
Evaluation der Psychosomatischen Rehabilitation Älterer – Ergebnisse aus der Hersfelder Katamnesestudie <i>Peters, M., Schulz, H., Lindner, J.</i>	375
Identifikation von geeigneten chronischen Schmerzpatienten für eine Expositionstherapie über das Angst-Vermeidungs- und das Transtheoretische Modell im klinischen Setting <i>Knoll, V., Hofheinz, C., Kaminski, A., Bassler, M.</i>	377
Psychokardiologische Versorgung in der stationären Rehabilitation – kardiologische, psychosomatische und psychokardiologische Rehabilitation im Vergleich <i>Uhlig, J., Schmitz, C., Rademacher, W., Langner, P., Langheim, E., Köllner, V.</i>	378
Kognitive Motivation als Ressource für affektive Anpassungsfähigkeit und psychische Gesundheit <i>Steiger, A., Strobel, A., Hoyer, J., Melicherova, U., Köllner, V., Strobel, An.</i>	380
DE-RENA - Rehabilitationsnachsorge mit einer Smartphone-App für depressive Patienten: Ergebnisse zur Akzeptanz und Wirksamkeit. <i>Schmädeke, S., Kockler, T., Olbrich, D.</i>	383
Probleme der sozialmedizinischen Begutachtung in der psychosomatischen Rehabilitation - in Kooperation mit der DGPPR	388
Der Einfluss der Moral auf die Authentizität der Beschwerdeschilderung <i>Kobelt, A., Ramien, N., Lid, N., Petermann, F.</i>	388
Das MMPI-2RF in der Begutachtung <i>Stevens, A.</i>	390
Psychomotorisch verlangsamt? <i>Stevens, A.</i>	391
Psychische Beschwerden oder Arbeitsplatzprobleme: Wer fühlt sich prognostisch arbeitsfähig? <i>Muschalla, B., Olbrich, D., Henning, A., Cornetz, K., Haake, T.</i>	392
Rehabilitation bei psychischen Störungen (Poster)	395
Geschlechterunterschiede im Verlauf und Erfolg psychosomatischer Rehabilitation <i>von Hörsten, N., Schulz, W., Stock Gissendanner, S., Schmid-Ott, G.</i>	395
Neuropsychologische Therapie kognitiver Dysfunktion depressiver Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation <i>Benoit, D.</i>	397
EMA während der psychosomatischen Rehabilitation von Patienten mit depressiver Symptomatik <i>Chorus, L., Rüdell, H., Juergensen, R., Wilde, T.</i>	400
Prädiktion des Behandlungserfolgs in stationärer Psychotherapie unter Berücksichtigung von patienten- sowie störungsbezogenen Merkmalen <i>Mestel, R., Kessler, L., Steffanowski, A.</i>	401
Komorbide Suchterkrankungen in der psychosomatischen Rehabilitation <i>Kobelt, A., Petermann, F., Pfeiffer, W., Bassler, M.</i>	403
Fear of Progression and its Relation to Depression in Patients with Multiple Sclerosis <i>Nielsen, J., Saliger, J., Montag, C., Markett, S., Nöhring, C., Karbe, H.</i>	405

Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen	408
Merkmale der Patientengruppe MSM mit Chemsex-Konsummuster und Implikationen für die Behandlung	
<i>Iking, A., Dittmer, K., Abu Khatir, M.</i>	<i>408</i>
Selbstmitgefühl bei Abhängigkeitserkrankungen	
<i>Kistner, S., Bengesser, I., Tahmassebi, N.</i>	<i>410</i>
Wie wirkt sich Komorbidität auf den Behandlungserfolg in der Suchtrehabilitation aus?	
<i>Bachmeier, R., Bick-Dresen, S., Missel, P., Sagel, A., Weissinger, V.</i>	<i>412</i>
Schützt Komorbidität vor Rückfall? – Der Einfluss komorbider Erkrankungen auf den Behandlungserfolg stationärer Entwöhnungsbehandlungen (Non-Responder-Studie)	
<i>Bernert, S., Krüger, T., Spyra, K.</i>	<i>415</i>
Welche Patientengruppen mit einer Alkoholabhängigkeit profitieren von einer Entwöhnungsbehandlung? Hilft uns der Sozialbericht bei der Einschätzung der Rehaprognose und des Rehaerfolgs?	
<i>Kobelt, A., Schattschneider, L., Petermann, F.</i>	<i>418</i>
Umsetzung "Nahtlosverfahren Qualifizierter Entzug/Suchtrehabilitation" auf regionaler Ebene	
<i>Bingel-Schmitz, D., Reichard, P., Wieczorek, A., Missel, P.,</i>	<i>419</i>
Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen	422
Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund	
<i>Stachow, R.</i>	<i>422</i>
Subjektive Behandlungskonzepte von Jugendlichen zur Kinder- und Jugend-Rehabilitation – eine qualitative Analyse	
<i>Metzner, G., Höhn, C., Waldeck, E., Glattacker, M.</i>	<i>424</i>
Motivationsbasierte, modularisierte Schulungskonzepte für die stationäre Rehabilitation von Jugendlichen mit Adipositas – Prävalenzen und erste Evaluation	
<i>Hampel, P., Blaas, R., Hagedorn, N., Stachelscheid, E., Kurzinsky, K., Wienert, J., Stachow, R.</i>	<i>426</i>
EICAM-Studie zur Wirksamkeit der stationären Rehabilitation im Hochgebirgsklima bei kindlichem Asthma bronchiale	
<i>Rosenecker, J., Felicetti, E.</i>	<i>428</i>
Rückkehr in den Beruf von Eltern pädiatrischer Leukämie- und Hirntumorpatienten nach der Intensivbehandlung: Eine Interviewstudie	
<i>Peikert, M., Inhestern, L., Krauth, K.A., Rolfes, U., Schulte, S., Bergelt, C.</i>	<i>430</i>
Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen (Poster).....	433
Ambulante Rehabilitation und Nachsorge „ARENA“ bei Kindern und Jugendlichen am Evangelischen Klinikum Bethel in Bielefeld	
<i>Gellhaus, I., Pankatz, M., Hamelmann, E.</i>	<i>433</i>

EFRR – Congress Contributions	436
EFRR: Plenary	437
Participation in Working life- from an international perspective <i>Monsbakken, J.A.</i>	437
EFRR: Assessment in the Field of Rehabilitation	438
Perceived fairness of claimants undergoing a work disability assessment <i>Lohss, R., Bachmann, M., Walter-Meyer, B., De Boer, W., Kunz, R., Fischer, K.</i>	438
Practices and measurement tools for evaluating children and young people's participation <i>Heiskanen, T., Karhula, M.</i>	439
Promoting self-determination in the vocational decision-making process – development and validation of a picture-based scale for assessing vocational interests <i>Weißmann, R., Bartosch, U., Thomas, J.</i>	440
Self-rating of capacity limitations in mental disorders: The Mini-ICF-APP-S <i>Linden, M., Keller, L., Noack, N., Muschalla, B.</i>	441
The Mini-ICF-APP family of assessment instruments for impairment in activities and participation in the context of psychological disorders <i>Linden, M., Muschalla, B., Baron, S.</i>	442
Work disability caused by dizziness: which ICF components may be contributing factors? <i>Lohss, R., Vogt, R., Bucher, J., Welge-Lüssen, A., Kunz, R.</i>	443
EFRR: Concepts and Therapies in Medical Rehabilitation.....	444
A motivational-volitional program for women after breast cancer increases physical activity 12 months post rehabilitation – a prospective controlled trial <i>Bitzer, E.M., Ralf, L., Feicke, J., Spörhase, U., Göhner, W.</i>	444
Effects of kinesiio taping in patients with somatosensory tinnitus <i>Atan, T., Atan, D., Özel, S.</i>	445
Health-related quality of life among elderly people with visual impairments: a one-year follow-up study in northern Finland <i>Siira, H., Kyngäs, H., Falck, A.</i>	446
Individualized concepts in oncological rehabilitation? The time has come! <i>Reuss-Borst, M., Wentrock, S., Schmitt, J., Baumann, F.</i>	447
The perspectives of the implementation of group rehabilitation for persons with musculoskeletal disorders <i>Karhula, M., Heiskanen, T., Seppänen-Järvelä, R.</i>	448
EFRR: Effects and Perspectives of Psychosomatic Rehabilitation.....	450
Capacity limitations (Mini-ICF-APP-S) and complex post-traumatic stress disorder <i>Brenner, L., Bachem, R., Köllner, V.</i>	450
Differential effects of humiliation and injustice in patients in psychosomatic rehabilitation <i>Linden, M., Noack, N., Kessemeyer, F., Kobelt, A., Bassler, M.</i>	451
Outcome of psychosomatic rehabilitation in Germany - Overview of 30 years of rehabilitation / health services research <i>Nübling, R., Schulz, H., Schmidt, J., Bassler, M.</i>	452
Relation between occupation-related coping strategies and need for cognition in rehabilitation <i>Melicherova, U., Steiger, A., Strobel, A., Hoyer, J., Strobel, An., Köllner, V.</i>	453
Resilience and return to work in psychosomatic rehabilitation: Results of a prospective observation study with a 12-month follow-up <i>Stock Gissendanner, S., Schmid-Ott, G., Schulz, W.</i>	454
EFRR: Implementation and Service Improvement	456
Evaluation of the work ability coordinators' training programme for professionals <i>Nevala, N., Hirvonen, M., Mattila-Wiro, P., Heikkilä, H., Tiainen, R.</i>	456

Quality assurance in medical rehabilitative care by the German statutory pension insurance scheme	
<i>Beck, L., Weinbrenner, S., Ostholt-Corsten, M.</i>	457
The German Prevention and Health Promotion Strengthening Act – Hand in Hand for Health, Activity and Participation, Safeness	
<i>Kamga Wambo, G.O., Bernhard, D., Moser, N.-T.</i>	458
ICF-implementation process at the Oulu University Hospital	
<i>Jämsä, U., Xiong, E., Saari, A.</i>	459
Best practices of accessible enterprises worldwide	
<i>Mehrhoff, F.</i>	460
EFRR: Innovative Technologies for Rehabilitation and Health Promotion	461
A qualitative research regarding technology use among older people with lower limb amputation (results from EU SAAM project)	
<i>Debeljak, M., Križnar, A., Matjačić, Z., Burger, H.</i>	461
A qualitative study to explore the use and effectiveness of Brain-in-Hand for adults with acquired brain injury	
<i>Kettlewell, J., das Nair, R., Radford, K.</i>	462
Determining the effect of Brain-in-Hand on outcomes in adults with acquired brain injury	
<i>Kettlewell, J., das Nair, R., Radford, K.</i>	463
Efficiency of robotic guided rehabilitation for children with upper limb impairment	
<i>Groleger Sršen, K., Snedic, A.</i>	464
Viadukt – web-based aftercare following inpatient treatment for men suffering from depression: effects on ability to work?	
<i>Poppelreuter, M., Jakob, T., Baumeister, H., Mittag, O., Geigges, W.</i>	465
EFRR: Neurological Rehabilitation	467
Do people with severe stroke recover?	
<i>Mohapatra, S., Walker, M., Fisher, R.</i>	467
'it was never too much': stroke survivors' and their carers' experiences with augmented arm rehabilitation	
<i>Schnabel, S., Kidd, L., van Wijck, F.</i>	468
Perceived injustice after mild traumatic brain injury: a prospective follow-up study	
<i>Mäki, K., Nybo, T., Hietanen, M., Melkas, S.</i>	469
Postacute rehabilitation of patients with traumatic brain injury	
<i>Denes, Z., Nagy, H., Tarjanyi, S., Fazekas, G.</i>	469
Implementing supported self-management in community stroke rehabilitation: a secondary analysis of stroke nurses' perspectives	
<i>Kidd, L., Booth, J., Lawrence, M., Rowat, A.</i>	470
The use of service user and expert perspectives to identify priority needs for people after transient ischaemic attack and minor stroke	
<i>Kontou, E., Walker, M., Thomas, S., Sprigg, N., Watkins, C., Condon, L., Kettlewell, J.</i>	471
EFRR: Public Health: Health Promotion and Prevention	473
From Prevention across Rehabilitation to early retirement pension: How the statutory German Pension Insurance secures employability	
<i>Bernhard, D., Kamga Wambo, G.O., Moser, N.-T.</i>	473
Prevention in working-life over the lifespan. Job-rotation between companies in regional networks as a tool to maintain employability	
<i>Bartel, S.</i>	473
Oral health, dental care and health behavior of inpatients undergoing physical medicine and rehabilitation	
<i>Orsós, M., Moldvai, J., Németh, O.</i>	474
Direct access to physiotherapists, rationalising division of health-care work in Finland	
<i>Töytäri, O.</i>	475

Psychosocial working conditions and their association with asthma self-management at work – a cross-sectional study <i>Heinrichs, K., Hummel, S., Gholami, J., Schultz, K., Li, J., Sheikh, A., Loerbroks, A.</i>	477
EFRR: Prosthetics and Orthotics, Physical Rehabilitation and Exercise	479
Effects of pilates and home exercise on pain, functional level and core muscles thickness on patients with low back pain <i>Batibay, S., Külçü, D.G., Kaleoğlu, Ö., Mesci, N.</i>	479
Efficacy of a three-week long intensive hand physical therapy in patients with systemic sclerosis <i>Varjú, C., Horváth, J., Farkas, N., Cziráj, L.</i>	480
Establishing K-levels and prescribing transtibial prostheses using walking tests <i>Vidmar, G., Burger, H., Majdič, N.</i>	481
Physical rehabilitation of patients with rheumatoid arthritis <i>Ponomarenko, G., Cherkashina, I.</i>	482
Effects of dynamic lycra orthosis as an adjunct to rehabilitation after botulinum toxin-a injection of the upper limb in adults following stroke: a randomized single blinded controlled study <i>Giray, E., Eren, N., Kardelen, G.-A., Hakan, G., Evrim, K.S.</i>	483
Effects of kinesio taping on the upper-extremity motor function, pain, general health and depression in acute stroke patients <i>Albayrak, H., Kesiktaş, N., Yıldız Yardımcı, M.</i>	484
EFRR: Rehabilitation for People with Mental Disorders	485
Disability in adult psychosomatic rehabilitation inpatients suffering from Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Minimal Cerebral Dysfunction (MCD) <i>Linden, M., Noack, N., Köllner, V.</i>	485
Effectiveness of Graded Return to Work after Multimodal Rehabilitation in Patients with Mental Disorders. A Propensity Score Analysis <i>Streibelt, M., Bürger, W., Nieuwenhuijsen, K., Bethge, M.</i>	486
Internet based follow-up in personality and posttraumatic stress disorders – how can treatment continuity be realized in terms of bridging treatment and rehabilitation gaps <i>Wirtz, G., Lang, S.</i>	487
Return to work: with wellbeing or work-coping? Randomized controlled group intervention with persons suffering from work-anxieties <i>Muschalla, B., Jöbges, M.</i>	488
EFRR: Results of Systematic Reviews and Similar Studies	489
A systematic review of the clinical aspects and effectiveness of suit therapies for cerebral palsy: Fact or fashion? <i>Giray, E., Karadag-Saygi, E.</i>	489
Diagnostic Accuracy of a Screening Instrument predicting future RTW chance of Patients with chronic diseases. Overview of the existing Evidence <i>Streibelt, M.</i>	490
Hydrotherapy in elderly: a review of the literature <i>Golež, A.</i>	491
Knowledge translation in cochrane insurance medicine <i>Verbel, A.</i>	492
EFRR: Return-to-Work I	493
Implementing the German model of work-related medical rehabilitation: Did the dose delivered of work-related treatment components increase? <i>Egner, U., Streibelt, M., Schuler, M., Bethge, M.</i>	493
Effectiveness of work-related medical rehabilitation in patients with chronic musculoskeletal diseases <i>Bethge, M., Markus, M., Streibelt, M., Gerlich, C., Schuler, M.</i>	494

Injury severity, extracranial injuries and return to work after mild traumatic brain injury <i>Huovinen, A., Isokuortti, H., Marinkovic, I., Melkas, S.</i>	495
Work-related medical rehabilitation in cancer survivors: results from a cluster randomized multicenter trial <i>Fauser, D., Wienert, J., Bethge, M.</i>	496
Impact of functional capacity evaluation on self-rated functional capacity: a diagnostic before-after study <i>Schindl, M., Bethge, M., Wassipaul, S., Wagner, T., Gestaltner, K.</i>	497
EFRR: Return-to-Work II	499
Overcoming Barriers: Effects of Entering Vocational Rehabilitation on Labour Market <i>Nivorozhkin, A.</i>	499
Functional Capacity Evaluation (FCE): Standardisation versus individualisation – can we have both? <i>Schindl, M., Jirasek, U., Wassipaul, S.</i>	500
Predictive validity of the daily work capacity in the medical rehabilitation regarding the access to early retirement due to permanent work disability <i>Egner, U., Streibelt, M.</i>	501
Last stop early retirement? RTW promotion for insured with common mental disorders <i>Nebe, A.</i>	502
EFRR: Return-to-Work and Rehabilitation in Science and Politics I	504
Regulatory contexts affecting rehabilitation and work reintegration of people with work disability: portrait of compensation systems in two Canadian provinces <i>Lippel, K.</i>	504
Return-to-Work and Rehabilitation in an international legal context <i>Welti, F.</i>	505
The science and politics of work disability prevention: international trends for return-to-work and rehabilitation <i>MacEachen, E.</i>	506
EFRR: Return-to-Work and Rehabilitation in Science and Politics II	508
Implementing a new paradigm: The shift from social investment to health promotion in Switzerland <i>Geisen, T.</i>	508
Return-to-work and rehabilitation in the Netherlands: large role for employers <i>de Rijk, A.</i>	509
The disability caused adjustment of the workplace through assistance technologies in Germany <i>Kohte, W., Busch, D.</i>	510
Work Disability Prevention and Rehabilitation in France: Organizational and Political Challenges <i>Fassier, J.-B.</i>	511
EFRR: Work-in-Progress (WiP)	512
Adoption of the Work Disability Functional Assessment Battery (WD-FAB) to Germany and European Countries [work in progress] <i>Feng, Y.-S., Kazis, L., Kohlmann, T.</i>	512
Dynamic balancing during perturbed walking on a treadmill in active subjects after trans-tibial amputation <i>Burger, H., Zadravec, M., Olenšek, A., Matjačić, Z.</i>	513
Early Maladaptive Schemas as Predictors for Depression Severity and Therapy Outcome in Ambulant Psychiatric Rehabilitation <i>Schosser, A., Affenzeller, A., Senft, B.</i>	514
Network of competencies in rehabilitation [work in progress] <i>Shoshmin, A., Rozhko, K., Lorer, V., Besstrashnova, Y.</i>	515

EFRR: Poster	517
An Online Rehabilitation Service for People with Memory Disease by Implementing Service Design Principles – Case Muistipuisto® (Memory Park) [Work In Progress] <i>Launiainen, H.</i>	517
Are ICF-based eligibility criteria the future approach in rehabilitation? Evaluating effects of the Finnish legal reform of intensive medical rehabilitation <i>Mäkinen, J., Heino, P., Seppänen-Järvelä, R.</i>	518
Assistive soft robotic glove intervention using Brain-Computer Interface for elderly stroke patients: feasibility trials [work in progress] <i>Lim, J.H., Yeow, C.H., Ang, K.K., Guan, C., Cheng, Z.Y.N.</i>	519
Assistive technology in the toilet - Field test of an ICT-enhanced lift-WC <i>Fazekas, G., Pilišsy, T., Sobjak, A., Toth, A., Rosenthal, R., Mayer, P., Panek, P.</i>	520
Common approach to multi-level outcome assessment in rehabilitation <i>Shoshmin, A., Besstrashnova, Y., Rozhko, K.</i>	521
Comparison of the efficacy of contrast bath and ultrasound therapy in the treatment of post-stroke Complex Regional Pain Syndrome type 1 <i>Kulle, T., Kesiktas, F.N.</i>	522
Critically illness polyneuropathy and phrenic nerve conduction study in patients with prolonged mechanical ventilation <i>Kim, W.J., Kim, W., Hong, S.K., Choi, N.J., Park, S.R.</i>	523
Demographic and Etiological Data of Patients with Spinal Cord Injury: In the Last 5 Years From a National Rehabilitation Hospital in Turkey <i>Kapancıoğlu, S., Özel, S.</i>	524
Development of post-amputation rehabilitation practice based on multidisciplinary expertise <i>Borchers, E.</i>	525
Differential effects of humiliation and injustice in patients in psychosomatic rehabilitation <i>Linden, M., Noack, N., Kessemeier, F., Kobelt, A., Bassler, M.</i>	526
Effect of activities of daily living training in home environment for patients with stroke: a pilot study <i>Chiu, E.-C., Chuang, P.-W.</i>	527
Effects of socio-economic status on psychological rehabilitation outcomes among patients with chronic low back pain (CLBP) <i>Köpnick, A., Hampel, P.</i>	528
Health-related empowerment in families of children participating intensive medical rehabilitation <i>Kippola-Pääkkönen, A., Härkäpää, K., Kallinen, M., Buchert, U., Järvikoski, A.</i>	529
How is education delivered in pulmonary rehabilitation? <i>Roberts, N., Kidd, L., Kirkwood, K., Cross, J., Partridge, M.</i>	530
How technology affected the practice in pediatric pulmonary rehabilitation? <i>Kenis Coskun, O.</i>	531
Investigation on the physical fitness of community dwelling elders with dementia. <i>Chein, Y.-C., Hsu, J.-C., Yang, J.-C., Tsai, Y.-C., Chou, C.-C., Lee, H.-Y., Tsai, H.-T.</i>	532
Is work capacity in trauma patients influenced by comorbidity? <i>Schindl, M., Zipko, H., Wassipaul, S.</i>	533
Randomised Evaluation of Early v Late Cranioplasty investigating cognitive and functional recovery: Protocol for a single centre, pilot, randomised trial (work in progress) <i>Mee, H., Kolias, A., Anwar, F., Timofeev, I., Helmy, A., Turner, C., Caldwell, K.</i>	534
Rare cause of low back pain, late diagnosis, long rehabilitation – case report <i>Herczeg, E., Nemedi, A., Donath, J., Fazekas, G.</i>	535
Rehabilitation of three women with a necrotizing myopathy <i>Golež, A.</i>	536

Relationship between caregiver burden and the physical fitness and daily functional abilities of people with mild and moderate dementia <i>Hsu, J.-C., Yang, J.-C., Chein, Y.-C., Tsai, Y.-C., Tsai, H.-T., Lo, C.-F., Chen, H.-Y.</i>	537
Relationship Between Obesity and Lumbar Spine Degeneration: A Cross-Sectional Study from the Fifth Korean National Health and Nutrition Examination Survey, 2010-2012 <i>Bae, S., Lee, S., Kim, W., Lee, S.-U., Choi, K.H.</i>	538
Responsiveness of the ARAT: differences between multiple time periods <i>Horbach, A., van Wijck, F.</i>	539
Supporting government policies to embed and expand rehabilitation in health systems in Europe: A framework for action <i>Skempes, D., Bickenbach, J., Michail, X., Stucki, G.</i>	540
Supporting People with Autism Spectrum Disorder into Employment <i>Brecelj, V., Zovko Stele, M., Demšar, A., Bratuš Albreht, K.</i>	541
Sustainable effects in rehabilitation for patients suffering asbestosis <i>Dalichau, S., Möller, T.</i>	542
SWOT analysis of Slovenian Social Inclusion program for Persons with Disabilities <i>Tabaj, A.</i>	543
The assessment of muscular characteristics using tensiomyography in hemiplegic stroke patients <i>Park, S.W., Kim, W., Choi, K.H.</i>	544
The association of sarcopenia with low back pain and lumbar spine degeneration <i>Kim, W.J., Bae, J.H., Kong, H.H., Choi, K.H., Kim, W.</i>	545
The balneological rehabilitation of the upper respiratory tract: past and present experience of the Otolaryngology Clinic in Cracow <i>Ziarno, R., Grudzień-Ziarno, A., Kostrzon, M., Zielińska, J., Kocoń, S., Składzień, J.</i>	546
The development of regeneration orientation and resistance orientation in the course of routine inpatient psychosomatic rehabilitation <i>Linden, M., Otto, J.</i>	547
The effect of assisted-robotic gait training on Lokomat device on aerobic capacity in children and adolescents with cerebral palsy <i>Zen Jurancic, M., Damjan, H., Groleger Sršen, K., Jemec Stukelj, I., Vipavec, B., Pibernik, M.</i>	548
The effects of balance training with balance system in patients with multiple sclerosis <i>Gur, H., Karaca, G., Alpua, M., Demir, A.N.</i>	549
The effects of low bone mineral density on pain, quality of life and fatigue in the patients with epilepsy <i>Unal-Ulutatar, C., Yazici, G., Midi, I., Akyuz, G.</i>	550
The impact of early intervention in infants preterm and in their familiar environment. <i>Pérez-Bonilla, M., Girela López, E., Casado, P., Jiménez López, J., Mayordomo Riera, F.J.</i> ..	551
The influence of response shift on the outcome measurement in patients suffering degenerative knee complaints <i>Dalichau, S., Albrecht, H., Möller, T.</i>	552
The Relationship between Pathological Worrying and Working Memory Capacity in a Psychosomatic Rehabilitation Population (work in progress) <i>Held, J., Ramadani, L., Visla, A., Wolfer, C., Köllner, V., Flückiger, C.</i>	553
Upper extremity rehabilitation game motivates persons with Parkinson's disease to achieve higher functionality <i>Cikajlo, I., Zajc, D., Dolinšek, I., Peterlin-Potisk, K.</i>	554
Using mental imagery in stroke rehabilitation in Saudi Arabia <i>Alhashil, N., Kontou, E., Radford, K.</i>	555
What is the effect of a community based exercise intervention for people with dementia? <i>Yang, J.-C., Hsu, J.-C., Lai, Y.-L., Chein, Y.-C., Tsai, Y.-C., Hung, L.-Y., Tsai, H.-T.</i>	556
Autorenindex	558

Erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit im Reha-Team

Körner, M.

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Patientenversorgung in der Rehabilitation stellt eine komplexe Angelegenheit dar, die es erfordert, dass unterschiedliche Professionen des Gesundheits- und Sozialwesens im Reha-Team zusammenarbeiten. Eine qualitativ hochwertige patientenorientierte Versorgung hängt von der Qualität dieser Zusammenarbeit ab (Körner & Becker, 2017).

Zunächst können Reha-Teams bezüglich ihrer Art und Weise der Zusammenarbeit in drei Teammodelle eingeteilt werden – multi-, inter- und transprofessionelles Teammodell. Diese Modelle unterscheiden sich in den Organisations-, Kommunikations-, Entscheidungs- und Führungsstrukturen und sind unterschiedlich erfolgreich (Körner & Dorn, 2016; Winter, 1995). Teamarbeit und Teameffektivität (z.B. Behandlungserfolg und Patientenzufriedenheit) sind in den interprofessionellen Teams besser als in multiprofessionellen Teams (Havig et al. 2013; Körner 2010; Strasser et al. 1994). Die Übergänge zwischen den Modellen sind allerdings fließend und in der Praxis zeigen sich häufig Mischformen der Modelle (Körner & Dorn, 2016). Dies bedeutet, Teams variieren stark in Bezug auf ihre Strukturen, Prozesse und ihre Effektivität.

Eine Möglichkeit, die Effektivität von Reha-Teams zu beschreiben, sind Teameffektivitätsmodelle, bzw. Input-, Prozess- Output-Modelle (IPO-Modelle) (z.B. Heinemann & Zeiss, 2002; Lemieux-Charles & McGuire, 2006). Dabei bestimmen Strukturen des Teams (z.B. Größe und Zusammensetzung des Teams, Haltung der Teammitglieder) den Prozess der Zusammenarbeit (z.B. Aufgabenbewältigung und Verantwortungsübernahme). Beide Aspekte beeinflussen wiederum den Outcome (z.B. Behandlungsergebnisse) (Körner & Zimmermann, 2017). Bisherige Studien belegen, dass effektive Teamarbeit sich positiv auf patientenbezogene Outcomes (Patientenzufriedenheit), mitarbeiterbezogene Outcomes (Stress, Kündigungsabsicht, Arbeitszufriedenheit) und organisationsbezogene Outcomes (Nutzung der Ressourcen, Patientensicherheit) auswirkt (Körner, Bütof, et al., 2016). Internationale Studien zeigen aber auch immer wieder, dass Professionen noch nicht ausreichend gut zusammenarbeiten und dass Probleme in Bezug auf interprofessionelle Zusammenarbeit ungünstige Effekte auf die Patientenversorgung haben (Reeves et al., 2007; Zwarenstein, Goldman und Reeves, 2009). Besondere Herausforderungen und gleichzeitig Ansatzpunkte für Mitglieder interprofessioneller Teams sind, neben dem Management von klassischen Teamprozessen, der Umgang mit den individuellen professionellen Identitäten (professionelle Diversität) sowie vorherrschenden Stereotypen, starren kognitiven Landkarten und mangelnder Offenheit für die Perspektiven anderer Teammitglieder (Kvarnström, 2008; Mitchell und Boyle, 2015). Hierzu existieren für den Bereich der Rehabilitation derzeit noch keine Studien.

Je genauer die Wirkmechanismen guter Teamarbeit bekannt sind, desto besser können Interventionen für die Optimierung des Reha-Teams konzipiert werden. Bislang erprobte Interventionsansätze zur Verbesserung der Teamarbeit zeigten positive Effekte. Das für den Kontext der medizinischen Rehabilitation entwickelte und evaluierte Vorgehen der „Patientenorientierten Teamentwicklung“ zeigte beispielsweise, dass durch Teamentwicklung eine verbesserte Wissensintegration, Verantwortungsübernahme sowie Organisation in den Teams erzielt werden konnte (Körner, Luzay et al., 2016; Körner et al., 2017). Der Teamentwicklungsansatz wurde für die Erstellung der sozialmedizinischen Beurteilungen im multiprofessionellen Team und/oder die patienten-/ zielorientierte Teambesprechungen im multiprofessionellen Rehabilitationsteam positiv eingesetzt. Dennoch konnten die Ergebnisse nicht in allen Teams gleichermaßen nachgewiesen werden. Von welchen Bedingungen eine erfolgreiche Implementierung der Teamentwicklung abhängt, konnte auf Basis der Projektergebnisse nicht abschließend beurteilt werden. Weitere Forschung sollte daher an den Wirkmechanismen der Teams und Teaminterventionen, der Beziehungsmuster und Dynamiken zwischen den verschiedenen Berufsgruppen sowie an den Haltungen und Rollen der Professionen im interprofessionellen Team ansetzen.

Literatur

- Havig, A. K., Skogstad, A., Veenstra, M., & Romøren, T. I. (2013). Real teams and their effect on the quality of care in nursing homes. *BMC Health Services Research*, 13, 499.
- Heinemann, G. D. & Zeiss, A. M. (2002). A model of team performance. In G. D. Heinemann & A. M. Zeiss (Eds.), *Team performance in health care: assessment and development* (pp. 29-42). New York: Kluwer.
- Körner, M. (2010). Interprofessional teamwork in medical rehabilitation: A comparison of multidisciplinary and interdisciplinary team model. *Clinical Rehabilitation*, 24, 745-755.
- Körner, M. & Dorn, M. (2016). Das Reha-Team und Teamentwicklung (S. 239-250). In J. Bengel & O. Mittag (Hrsg.). *Psychologie in der medizinischen Rehabilitation*. Berlin: Springer.
- Körner, M., Bütof, S., Müller, C., Zimmermann, L. & Bengel, J. (2016). Interprofessional Teamwork and Team Interventions in Chronic Care: A Systematic Review. *Journal of Interprofessional Care*, 33 (1):15-28. (IF: 2.2).
- Körner, M., Luzay, L., Becker, S., Rundel, M., Müller, C. & Zimmermann L. (2016). Teamentwicklung in der medizinischen Rehabilitation. Konzept und Evaluation einer Teamintervention. *Die Rehabilitation*, 55: 74–80. (IF: 2014: 0,731, 2015: 0,66, 2016: 0.8).
- Körner, M. & Zimmermann, L. (2017). Interprofessionelle Teamarbeit und Teamentwicklung. In U. Koch & J. Bengel. *Enzyklopädie der Psychologie, Medizinische Psychologie, Band 2, Anwendungen* (S.57-80). Göttingen: Hogrefe.
- Körner, M. & Becker, S. (2017). Reha-Team und Interprofessionalität. *Die Rehabilitation*, 56: 361-365. (IF: 0.8).
- Körner, M.; Luzay, L.; Plewnia, A.; Becker, S, Rundel, M., Zimmermann, L., Müller, C. (2017). A cluster-randomized controlled study to evaluate a team coaching concept for improving teamwork and patient-centeredness in health care teams. *Plos One*, 12(7):e0180171. doi: 10.1371/journal.pone.0180171 (IF: 2.8).
- Kvarnstrom, S (2008). Difficulties in collaboration: A critical incident study of interprofessional healthcare teamwork. *Journal of Interprofessional Care*, 22(2):191–203.

- Lemieux-Charles, L. & McGuire, W. L. (2006). What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature. *Medical Care Research and Review*, 63, 263–300.
- Mitchell, R.J. & Boyle, B. (2015). Professional diversity, identity salience and team innovation: The moderating role of openmindedness norms. *Journal of Organizational Behavior*, 36, 873–894.
- Reeves, S., Abramovich, I., Rice, K., & Goldman, J. (2007). An environmental scan and literature review of interprofessional collaborative practice settings. Health Canada, Ottawa.
- Strasser, D. C., Falconer, J. A., & Martino-Saltzman, D. (1994). The rehabilitation team: staff perceptions of the hospital environment, the interdisciplinary team environment, and interprofessional relations. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 75(2), 177–182.
- Winter, C. (1995). Berufsübergreifende Kooperation als Qualitätsmerkmal für die Prozesse in der stationären Rehabilitation. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 29, 74-83.
- Zwarenstein, M., Goldman, J., & Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*, 3(3), CD000072.

Onkologische Rehabilitation – Möglichkeiten und Grenzen

Seifart, U.

Deutsche Rentenversicherung Hessen, Marburg

Während die Inzidenz von Krebserkrankungen steigt, zeigt sich auf der anderen Seite eine deutliche Verbesserung der Prognose der erkrankten Patienten. Aktuell werden weltweit etwa 60% aller Krebspatienten von ihrer Erkrankung durch moderne Therapiemethoden geheilt. Bei Frauen liegt die Heilungsrate generalisiert für alle Tumorentitäten bei 64% und bei Männern bei 59%. Eine Fortsetzung dieser Entwicklung vorausgesetzt, werden sich die Heilungsraten weiter verbessern. Diese Patienten sind zwar vom Krebs geheilt, aber nicht gesund. Viele Langzeitnebenwirkungen der Therapien, aber auch eine reduzierte Leistungsfähigkeit und soziale Einschränkungen dieser geheilten Patienten stellen das medizinische System, aber auch die Gesellschaft vor Fragestellungen auf die wir Antworten finden müssen. Unter diesen Voraussetzungen gewinnt die onkologische Rehabilitation in der Versorgungskette onkologischer Patienten an Bedeutung.

Die Rehabilitation, die als einzige Versorgungsform in der onkologischen Versorgung eine multimodale Therapie-Option bietet, unterstützt Tumorpatienten sowohl im körperlichen als auch im psychischen und sozialen Bereich.

Im somatischen Bereich konzentrierte sich die Rehabilitation in den letzten Jahren aufgrund beeindruckender Daten auf die Steigerung der körperlichen Aktivität und Empfehlungen zur Lebensstiländerung. In Studien konnte z. B. eine Verbesserung des rezidivfreien Überlebens in Kombination mit einer gesunden Ernährung um ca. 50% bei Patient*innen mit einem Mammakarzinom oder einem Dickdarmkarzinom gezeigt werden (Rock und Demark-Wahnefried, 2002; Patterson et al., 2010; Seifart, 2016).

Darüber hinaus besteht in der Behandlung von Langzeittoxizitäten der immer intensiver werden onkologischen Therapien, wie z. B. der Chemotherapie induzierten Polyneuropathie, eine Herausforderung.

Die psycho-onkologische Betreuung der Patienten muss zwingend in das Therapiekonzept eingebunden sein, da Rezidiv-Ängste, Tumor assoziierte Fatigue, aber auch Probleme im Umgang mit dem veränderten Körper für viele Patienten eine erhebliche Belastung darstellen.

Darüber hinaus besteht bei vielen Patienten ein enormer Informationsbedarf bezüglich der Therapie, der Prognose der Erkrankung, aber auch zu additiven Heilverfahren.

Angesichts der Bedeutung von Erwerbsfähigkeit für den finanziellen und sozialen Status in unserer Gesellschaft, stellt die Diagnose Krebs ein relevantes soziales und somit auch finanzielles Problem für die Betroffenen dar, da eine Berentung oder der krankheitsbedingte Verlust des Arbeitsplatzes mit erheblichen finanziellen Konsequenzen für die Patienten einhergeht. Wie in einem Übersichtsartikel im Deutschen Ärzteblatt (Rick et al., 2012) dargestellt werden konnte, besitzen Tumorpatienten gegenüber gleichaltrig gesunden Menschen ein um 37% erhöhtes Risiko, arbeitslos zu sein. Darüber hinaus konnte jüngst in einer weiteren großen Metaanalyse gezeigt werden, dass bis zu 53% der Krebspatienten über einen Zeitraum von sechs Jahren nach Diagnosestellung ihren Arbeitsplatz verlieren oder ihre berufliche Tätigkeit aufgeben. Im Vergleich zu den gesunden Probanden wechselten viele Tumorpatienten

ihren Arbeitsplatz, arbeiteten in reduzierter Stundenzahl und/oder mussten, aus diesem Grunde, eine geringere Entlohnung hinnehmen (Rick et al., 2012; de Boer et al., 2009; Mehner, 2011; Kristinsson, et al., 2009; Jansen et al., 2013; Delgado-Guay et al., 2015).

Diese Aspekte haben einen erheblichen Einfluss auf die Lebensqualität der Patienten. So konnten Delgado et al zeigen, dass bei 149 untersuchten Patienten finanzielle Sorgen (financial distress) eine größere Belastung darstellten als die körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen durch die Erkrankung (Delgado-Guay et al., 2015).

Neben den negativen Effekten auf die Lebensqualität existieren erste Daten wonach auch die Prognose der Patienten, die einen finanziellen Distress während der Erkrankung erleiden, negativ beeinflusst wird (Kristinsson, et al., 2009). Sehr ähnliche Daten zeigt eine Untersuchung aus Schweden (Jansen et al., 2013) bei Patienten mit akuter myeloischer Leukämie und multiplem Myelom: Bei beiden hämatologischen Erkrankungen hatten höhere Angestellte bzgl. des Gesamtüberlebens eine statistisch signifikant bessere Prognose als Arbeiter. Aus diesem Grunde spielt „Return to work“ eine zunehmende Rolle im therapeutischen Konzept onkologischer Rehabilitationskliniken.

Neben diesen Aspekten sieht sich die onkologische Rehabilitation mit zahlreichen Herausforderungen konfrontiert. Hierzu zählt zum einen die weiterhin niedrige Inanspruchnahme der Rehabilitation. Nach Schätzungen nehmen nur ca. 30% der onkologischen Patienten das Angebot einer Rehabilitation an.

Auf der anderen Seite kommen sehr viel mehr Patienten in einem deutlich reduzierten Allgemeinzustand in die Rehabilitation, da sie aus dem Akuthaus entlassen, aber für die hausärztliche Versorgung noch zu krank sind. So gewinnt die Behandlung von postoperativen Wunden, aber auch von Patienten mit multiresistenten Keimen zunehmend an Bedeutung.

Zusätzlich befindet sich die onkologische Therapie in einem Systemwandel, weg von dem bisher gültigen eher allgemeinen Therapieansatz, der sich an Tumorstadium und Tumorentität orientiert, hin zu molekular definierten individuellen Therapieansätzen mit revolutionären Therapieerfolgen. So besteht z. B. für Patienten mit einer chronisch myeloischen Leukämie dieselbe Lebenserwartung wie für gleichaltrige gesunde Patienten. Diese Therapien werden allerdings sehr langfristig appliziert, so dass diese Therapien auch in der Rehabilitation erfolgen müssen, was die Kliniken fordert, auch in Hinblick auf die sozialmedizinische Beurteilung dieser Patienten.

Literatur

- de Boer AG, Taskila T, Ojajärvi A, van Dijk FJ, Verbeek JH: Cancer survivors and unemployment: a meta-analysis and meta-regression. *JAMA* 2009; 301: 753-762.
- Delgado-Guay M, Ferrer J, Rieber AG, Rhondali W, Tayjasanant S, Ochoa J, Cantu H, Chisholm G, Williams J, Frisbee-Hume S, Bruera E: Financial distress and its associations with physical and emotional symptoms and quality of life among advanced cancer patients. *Oncologist*. 2015 Sep;20(9):1092-8. doi: 10.1634/theoncologist.2015-0026. Epub 2015 Jul 23.
- Jansen L, Eberle A, Emrich K, Gondos A, Holleczeck B, Kajuter H, Maier W, Nennecke A, Pritzkeleit R & Brenner H for the GEKID Cancer Survival Working Group: Socioeconomic deprivation and cancer survival in Germany: An ecological analysis in 200 districts in Germany; *Int. J. Cancer*: 00, 00–00 (2013) VC 2013 UICC.

- Kristinsson SY, Derolf AR, Edgren G, Dickman PW, Björkholm M: Socioeconomic differences in patient survival are increasing for acute myeloid leukemia and multiple myeloma in Sweden. *J. Clin. Oncol.* 2009; 27: 2073-80.
- Mehnert A: Employment and work-related issues in cancer survivors. *Crit Rev Oncol Hematol* 2011; 77: 109-30.
- Patterson RE, Cadmus LA, Emond JA, Pierce JP: Physical activity, diet, adiposity and female breast cancer prognosis: a review of the epidemiologic literature. *Maturitas* 2010; 66:5.
- Rick O, Kalusche EM, Dauelsberg T, König V, Korsukewitz C, Seifart U: Reintegrating cancer patients into the workplace. *Dtsch Arztebl* 2012; 109(42): 702-8. DOI: 10.3238/arztebl.2012.07020.
- Rock CL, Demark-Wahnefried W: Nutrition and survival after the diagnosis of breast cancer: a review of the evidence. *J Clin Oncol* 2002; 20:3302.
- Seifart U: Krebs und Lebensstil - Was hilft wirklich? *Der Internist* 1/2016.

Bestimmung der kleinsten klinisch bedeutsamen Veränderung (MCID) für einen Nicht-Unterlegenheitsnachweis eines neuen Behandlungskonzeptes für geriatrische Patienten nach Femurfraktur (AOK-proReha Geriatrie)

Knapp, S., Kaluscha, R., Krischak, G.
Universität Ulm

Zielstellung

Eine Femurfraktur (ICD-10: S72) stellt in Deutschland eine der häufigsten Ursachen für eine stationäre Versorgung älterer Menschen dar (Gesundheitsberichterstattung des Bundes). Die AOK Baden-Württemberg strebt eine landesweite Verbesserung und Harmonisierung der heterogenen Versorgungssituation in der geriatrischen Rehabilitation nach Femurfraktur an. Um dieses Ziel zu erreichen, initiierte sie das Projekt "AOK-proReha Geriatrie". Dabei wurde durch das IGES Institut ein neues evidenzbasiertes Behandlungskonzept erarbeitet. Die Landesarbeitsgemeinschaft Geriatrie (LAG) Baden-Württemberg ergänzte das Behandlungskonzept um einen weiteren Baustein, das "Geriatrisch-rehabilitative Basismanagement (GRBM)".

Die Evaluation des Projektes erfolgt durch das Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm (IFR Ulm). Dabei soll nachgewiesen werden, dass das neue Behandlungskonzept der bisherigen Versorgung nicht unterlegen ist. Der Nachweis der Nichtunterlegenheit erfordert die Konsentierung der relevanten Zielgrößen und die Festlegung der kleinsten klinisch bedeutsamen Veränderung ("minimal clinical important difference = MCID") pro Zielgröße (Vet, 2006).

Bei der Festlegung des MCID gelten folgende Kriterien: a) er sollte kleiner sein, als die bei bekanntermaßen wirksamen Behandlungen zu erwartenden Fortschritte; b) er darf sich nicht oberhalb der überhaupt beobachtbaren Veränderung bewegen; c) er sollte außerhalb des Messfehlers (bspw. durch Betätigen einer Stoppuhr) liegen und d) er muss beschlossen werden, bevor der Unterschied hinsichtlich der Ergebnisse zwischen dem alten und neuen Behandlungskonzept bekannt ist (Gaus, 2014). Da die Bewertung der Behandlungskonzepte stark vom MCID abhängt, muss dessen Festlegung sorgfältig überlegt sein.

Methoden

Für den Vergleich der Behandlungsergebnisse zwischen dem neuen Behandlungskonzept und der bisherigen Versorgung wurde das Kollektive Datenset (KODAS) aus 15 baden-württembergischen geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen aus den Jahren 2012 bis 2017 herangezogen, welches neben administrativen Daten zum Ablauf der Rehabilitation auch Angaben zum neurologischen, psychosozialen und funktionellen Gesamtzustand enthält (Runge, 2013).

Der MCID wurde für folgende Tests bestimmt: 1) Barthel-Index, 2) "Transfer Rollstuhl in Stuhl mit Lehne" sowie Treppensteigen mittels Esslinger Transferskala, 3) Habituelle Gehgeschwindigkeit, 4) Chair-Rising-Test, 5) Balance-Test sowie 6) Timed-Up&Go-Test.

Im Rahmen einer Literaturrecherche wurden Informationen zur prognostischen Bedeutung von Testergebnissen für bspw. Selbständigkeit im häuslichen Alltag oder Sturzrisiko sowie zu den Gütekriterien (z.B. Messgenauigkeit) der in KODAS eingesetzten Tests aufbereitet (Schritt 1). Ferner wurden historische KODAS-Daten von insgesamt 2.268 Patienten ausgewertet, um Kenntnisse über die bisherigen Behandlungsergebnisse zu gewinnen (Schritt 2). Schließlich wurde die Expertise eines multiprofessionellen Projektbeirats berücksichtigt (Schritt 3) (vgl. Abb.1).



Abb. 1: Flussdiagramm MCID-Festlegung

Ergebnisse

Trotz zahlreicher Publikationen zu den eingesetzten Tests sind Angaben zum MCID, zu Messfehlern (SEM) und klinisch nachweisbaren Veränderungen (MDC) selten, oftmals inkonsistent und im Rahmen unterschiedlicher Messsettings erhoben. Die Auswertung der historischen Daten half die Rechercheergebnisse zu bewerten und einzuordnen. Plausible Aussagen zur Festlegung des MCID ließen sich schließlich mithilfe der klinischen Expertise ableiten.

Die Bewertung der einzelnen Tests wurde hinsichtlich ihrer klinischen Bedeutung mithilfe eines dreistufigen Ranking, das zwischen zentralen, wichtigen und ergänzenden Tests unterscheidet, festgelegt (vgl. Tab. 1).

Tab. 1: Übersicht konsentiertes Ranking und MCID

Ranking	Test	MCID
zentral	Barthel Index	Veränderung um mind. 10 Punkte
	Treppensteigen (Esslinger Transferskala)	Anteil der sich um mind. 1 Stufe verbesserten Patienten
	Habituelle Gehgeschwindigkeit	zunächst dichotome Überprüfung der Durchführbarkeit, danach ggf. Veränderung um mind. 0,10 m/s
wichtig	Treppensteigen (Esslinger Transferskala)	Anteil der sich um mind. 1 Stufe verbesserten Patienten
	Balance-Test	zunächst dichotome Überprüfung der Durchführbarkeit, danach ggf. Anteil der sich um mind. 1 Stufe verbesserten Patienten
	Timed Up&Go-Test	Veränderung um mind. 4,0 Sekunden
ergänzend	Chair-rising-Test	dichotome Überprüfung der Durchführbarkeit

Für den Barthel-Index wurde eine Veränderung um mindestens 10 Punkte als klinisch relevant erachtet. Patienten mussten sich beim Timed-Up&Go-Test um mindestens 4,0 Sekunden verändern um eine klinische Relevanz zu erreichen. Für die Esslinger Transferskala wurde der MCID als Anteil der sich um mindestens 1 Stufe verbesserten Patienten festgelegt.

Bei der habituellen Gehgeschwindigkeit und dem Balance-Test zeigte sich bei der Auswertung der historischen Kontrollgruppe, dass viele Patienten bei Aufnahme und teilweise auch bei Entlassung die Tests nicht durchführen konnten. Daher sollten die habituelle Gehgeschwindigkeit und der Balance-Test zunächst dichotom auf Durchführbarkeit überprüft werden. Bei ausreichend hoher Fallzahl wurde der MCID auf eine Veränderung um 0,10 m/s bzw. als Anteil der sich um mindestens 1 Stufe verbesserten Patienten festgelegt. Der Chair-rising-Test war nur selten durchführbar (5,5 % bzw. 19,0 %), und sollte daher nur dichotom auf Durchführbarkeit überprüft werden.

Fazit

Im Rahmen der Literaturrecherche konnten keine hinreichenden Kenntnisse zur Bestimmung des MCID gewonnen werden. Mithilfe der deskriptiven Auswertung der historischen KODAS-Daten konnten bisher unbekannte Bodeneffekte bei der speziellen Klientel der geriatrischen Patienten nach Femurfraktur erkannt und in die Festlegung des MCID mitaufgenommen werden. Auch die Sicht der Experten war unverzichtbar. So war der Chair-rising-Test zwar bei Aufnahme und Entlassung aus der Rehabilitationsklinik für die wenigsten Patienten durchführbar. Er gilt aber als wichtiger frailty-Marker und sollte weiterhin zur Bewertung von Behandlungsergebnissen herangezogen werden.

Die Bestimmung des MCID anhand einer Literaturrecherche, deskriptiven Auswertung historischer Daten sowie der Einbindung eines multiprofessionellen Projektbeirates hat sich bewährt und wird für zukünftige Nicht-Unterlegenheitsstudien empfohlen.

Förderung: AOK Baden-Württemberg

Literatur

Gaus W, Muche R. Medizinische Statistik. Angewandte Biometrie für Ärzte und Gesundheitsberufe. Stuttgart: Schattauer, 2014.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000. <http://www.gbe-bund.de>.

Runge M, Jamour M, Marburger C. KODAS-Manual: KODAS - Kollektives Daten Set der Landesarbeitsgemeinschaft Geriatrie Baden-Württemberg. 4th ed.; 2013.

Stöckle U, Lucke M, Haas P. Der Oberschenkelhalsbruch. Dt. Ärzteblatt. 2005;102:A3426-A3434.

Vet HC de, Terwee CB, Ostelo RW, Beckerman H, Knol DL, Bouter LM. Minimal changes in health status questionnaires: Distinction between minimally detectable change and minimally important change. Health. Qual. Life. Outcomes. 2006;4:54.

Einsatz von Mehrebenen-Modellen in der Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung

Dannenmaier, J. (1), Kaluscha, R. (1), Sägebarth, M. (2), Krischak, G. (1)

(1) Universität Ulm, (2) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Zielstellung

Die Rehabilitandenbefragung stellt einen wichtigen Pfeiler in der Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung dar. Um die Fachabteilungen möglichst fair zu vergleichen, müssen solche Merkmale von Rehabilitanden berücksichtigt werden, die einen Einfluss auf die interessierenden Qualitätskennzahlen haben. Um Unterschiede in den Rehabilitandenkollektiven auszugleichen, werden Adjustierungsmodelle eingesetzt. Als Teil des Projekts "Adjustierung und Modifikation der Rehabilitandenbefragung (ADMO-1)" wurde untersucht, ob der Einsatz von Mehrebenen-Modellen zur Verbesserung der Adjustierung beitragen kann.

Methoden

Für die Analysen wurden die Daten der Rehabilitandenbefragung aus dem Jahr 2015 verwendet. Dabei wurden für dieses Abstract die Angaben von orthopädischen Rehabilitanden betrachtet. Für die Anpassung des Mehrebenen-Modells für die Zielgrößen Rehabilitandenzufriedenheit und subjektiver Behandlungserfolg (zwei Ebenen: Fachabteilung und Rehabilitand) wurden sämtliche relevante Parameter eingeschlossen und sukzessive entfernt, falls der Parameter keinen statistisch signifikanten Einfluss auf die Zielgröße hatte (Backward-Selection). Um zu prüfen, inwiefern die Berücksichtigung der Fachabteilung zu Verbesserung der Adjustierung beiträgt wurde außerdem eine Kovarianzanalyse (nur eine Ebene: Rehabilitand) mit dem finalen Parameter-Satz angepasst. für den Vergleich der Modellgüte wurden die Mehrebenen-Modelle mit dem Ergebnis der Kovarianzanalysen verglichen, indem die Korrelationskoeffizienten nach Pearson von vorhergesagten und beobachteten Werte berechnet und verglichen wurden. Zusätzlich wurden stark abweichende Parameterschätzer bzw. Besonderheiten im Mehrebenen-Modell detaillierter untersucht.

Ergebnisse

In Tabelle 1 ist eine Übersicht der betrachteten Modelle dargestellt.

Die Korrelation zwischen vorhergesagter Rehabilitandenzufriedenheit und beobachteter Rehabilitandenzufriedenheit betrug im Mehrebenen-Modell insgesamt 0,3286 ($p < 0,0001$). Auf Rehabilitanden-Ebene betrug die Korrelation 0,2449 ($p < 0,0001$). Die Korrelation zwischen vorhergesagter und beobachteter Rehabilitandenzufriedenheit lag bei der Kovarianzanalyse bei 0,2411 ($p < 0,0001$).

Beim subjektiven Behandlungserfolg lag die Korrelation zwischen vorhergesagtem und beobachtetem Wert beim Mehrebenen-Modell insgesamt bei 0,3932 ($p < 0,0001$) und auf Rehabilitanden-Ebene bei 0,3733 ($p < 0,0001$). Der vorhergesagte Behandlungserfolg der Kovarianzanalyse korrelierte ebenfalls mit den beobachteten Werten ($Rho = 0,3691$; $p < 0,0001$).

Tab. 1

	Erwerbsverlauf							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Anteil	29,00%	17,00%	7,10%	5,20%	26,50%	10,50%	14,50%	11,60%
Alter MW(Std)	49,3 (9,3)	51,9 (7,8)	51,0 (8,8)	51,3 (8,0)	52,5 (8,8)	48,2 (8,3)	51,2 (8,5)	49,6 (9,3)
Geschlecht								
männlich	59,90%	61,10%	58,20%	60,60%	64,40%	58,90%	60,20%	50,70%
weiblich	40,10%	38,90%	41,90%	39,40%	35,60%	41,10%	39,80%	49,30%
Staatangehörigkeit								
deutsch	88,30%	84,20%	82,70%	82,30%	79,80%	79,70%	80,50%	81,10%
andere	11,70%	15,80%	17,30%	17,70%	20,20%	20,30%	19,50%	18,90%
Rehabilitation in den zwei Jahren vor Antragsstellung	16,20%	36,10%	56,00%	55,50%	26,50%	10,50%	14,50%	11,60%
Fünfft häufigste Diagnosen (ICD-10)								
Unbekannte und nicht näher bezeichnete Krankheitsursachen (R69)	33,00%	6,60%	4,10%	3,00%		3,40%		9,00%
Rezidivierende depressive Störung (F33)	4,90%	9,70%	13,80%	14,00%	10,00%	6,60%	7,70%	6,00%
Schizophrenie (F20)	3,40%	3,90%	3,90%		4,50%	10,70%	6,90%	6,80%
Depressive Episode (F32)	3,00%	6,20%	8,20%	7,40%	6,90%	4,00%	4,30%	3,70%
Hirnfarkt (I63)	2,70%							
Somatoforme Störungen (F45)		2,60%	3,90%	5,20%	5,20%		3,20%	
Rückenschmerzen (M45)				4,40%				
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)					4,30%	9,80%	9,40%	
Multiple Sklerose (G35)								4,10%

Die beiden Modelle zur Untersuchung der Rehabilitandenzufriedenheit unterschieden sich bei den festen Effekten nur beim Intercept. Dieser Betrag im Mehrebenen-Modell 74,37 und bei der Kovarianzanalyse 52,86. Hinsichtlich der Modelle zum subjektiven Behandlungserfolg ergaben sich ebenfalls Unterschiede beim Intercept. Dieser lag im Mehrebenen-Modell bei 1,66 und bei der Kovarianzanalyse bei -5,19.

Im Mehrebenen-Modell zur Rehabilitandenzufriedenheit zeigte sich ein gegenläufiger Effekt beim Geschlecht. Auf Rehabilitanden-Ebene waren Männer zufriedener mit der Rehabilitation als Frauen. Auf Ebene der Fachabteilung wirkte sich hingegen ein höherer Männeranteil negativ auf die Zufriedenheit aus.

Hinsichtlich des subjektiven Behandlungserfolgs zeigte sich ebenfalls ein positiver Effekt bei AHB-Rehabilitanden im Vergleich zu Heilverfahren. Auf Fachabteilungsebene zeigte sich jedoch ein negativer Effekt bei einem höheren AHB-Anteil.

Fazit

Negativer Effekt bei einem höheren AHB-Anteil.

Die Korrelationskoeffizienten zeigen, dass die Modelle auf Rehabilitanden-Ebene vergleichbar sind und sich Adjustierung durch die zweite Ebene weiter verbessert. Durch die Einführung der Fachabteilungsebene kann nicht nur eine Reduktion des Vorhersagefehlers erreicht werden, sondern auch Effekte unterschiedlicher Rehabilitandenstrukturen der

Fachabteilungen aufgedeckt werden. So kann hier berücksichtigt werden, dass Männer mit der Rehabilitation zufriedener waren als Frauen, jedoch sowohl Männer als auch Frauen bei einem höheren Männeranteil die Rehabilitation schlechter bewerteten. AHB-Rehabilitanden schätzten den Erfolg der Rehabilitation höher ein als Rehabilitanden im Heilverfahren. Auf Fachabteilungsebene führte ein höherer Anteil AHB-Rehabilitanden zu einer geringeren Einschätzung des Rehabilitationserfolgs. Die Berücksichtigung des AHB-Anteils auf Fachabteilungsebene führt scheinbar zur Korrektur. AHB-Rehabilitanden sind in der Stichprobe überrepräsentiert, durch Berücksichtigung dieses Faktors werden Verzerrungen entgegengewirkt.

Da diese Merkmale bei der Kovarianzanalyse nicht betrachtet werden, unterschieden sich die Modelle im Intercept.

Die schwache bis mittlere Korrelation zwischen vorhergesagten und beobachteten Werten deutet darauf hin, dass weitere Variablen zur Erklärung der Rehabilitandenzufriedenheit und des subjektiven Behandlungserfolgs berücksichtigt werden müssen/sollten. Dies könnten gleichermaßen Merkmale vom Rehabilitanden, der Rehabilitationsklinik und/oder äußere Faktoren sein.

Der Einsatz von Mehrebenen-Modellen bei der Adjustierung der Rehabilitandenbefragung führt zu einer besseren Anpassung und somit zu einem faireren Vergleich von Qualitätskennzahlen. Ferner bietet die Berücksichtigung der Fachabteilungsebene neue Möglichkeiten die Effekte unterschiedlicher Rehabilitandenstrukturen zu berücksichtigen. Die Erkenntnisse, die durch die Modelle gewonnen werden, können dazu beitragen, Rehabilitandengruppen zu identifizieren, die unzufriedener mit der Rehabilitation waren oder die weniger von der Rehabilitation profitierten. Durch gezielte Untersuchung dieser Rehabilitanden können spezielle Rehabilitationsangebote entwickelt werden, um die Zufriedenheit und den Behandlungserfolg bei diesen Gruppen zu steigern.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

-

Anwendung der Delphi-Methode zur Entwicklung von indikationsspezifischen Behandlungskonzepten nach KTL

Otto, F., de Wall, S., Kirsch, C., Barre, F.

Medizinische Hochschule Hannover

Zielstellung

Während Effektivität und Nachhaltigkeit von Vorsorge- und Reha-Maßnahmen nach §§ 24 und 41 SGB V mehrfach durch wissenschaftliche Studien nachgewiesen wurden (Arnhold-Kerri et al., 2003; Otto, 2013; Barre, Otto, 2015), gibt es zu Inhalt und Umfang der in der Regel multifokalen Behandlung in Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen bisher keine Untersuchungen.

Selbst für die hauptsächlichen Schwerpunktindikationen Erschöpfung/Burnout, Rückenschmerzen und psychische Beschwerden liegen keine evaluierten Therapiekonzepte vor.

Hier setzt die multizentrische RessQu-Studie (Ressourcenaktivierung und Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität durch stationäre Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen) an, in der untersucht werden soll, ob nach Inhalt und Umfang unterschiedliche Therapiekonzepte der Kliniken zu unterschiedlichen Therapieerfolgen in Bezug auf die häufigsten Schwerpunktindikationen führen.

Um diese Frage beantworten zu können, sollte ein Instrument zur Erfassung der geplanten und durchgeführten therapeutischen Maßnahmen mit Angabe von Dauer und Häufigkeit entwickelt werden. Eine Übernahme von Routinedaten der Kliniken war wegen unterschiedlicher Dokumentationssysteme nicht möglich.

Methoden

Im Klinikverbund von 25 Mutter-/Vater-Kind-Kliniken, die im Forschungsverbund Familiengesundheit an Evaluationsprojekten teilnehmen, wurde in einem mehrstufigen modifizierten Delphi-Verfahren (Vorgrimler, Wübben, 2003) ein Instrument zur arbeitsökonomischen Erfassung der therapeutischen Maßnahmen auf Grundlage der Klassifikation therapeutischer Leistungen KTL (Deutsche Rentenversicherung, 2015) entwickelt.

1. Runde: Im Juni 2017 fand eine offene Explorationsrunde statt, in der die Kliniken gebeten wurden, ihre hauseigenen KTL-Listen den Delphi-Moderatoren zur Verfügung zu stellen. Aus den 7 eingereichten Listen wurde eine Gesamtliste mit 136 Items erstellt. Aus dieser Liste wurden im Juli 2017 in einer ExpertInnenrunde Behandlungspläne zu den häufigsten Indikationsgruppen (Erschöpfung/Burnout, psychische Beschwerden, Rückenschmerzen/Bewegungsapparat, Adipositas, Atemwegs- und Hauterkrankungen) zusammengestellt, wobei weitere KTL-Ziffern aufgenommen werden konnten. Die ExpertInnenrunde bestand aus 20 Personen: Klinikleitungen, Ärztinnen, Psychologinnen, Sozial- und DiplompädagogInnen, PhysiotherapeutInnen, SportwissenschaftlerInnen, Gesundheits- und KrankenpflegerInnen sowie VerwaltungsmitarbeiterInnen der teilnehmenden Kliniken.
2. Runde: Im August 2017 wurden die indikationsspezifischen KTL-Listen zur unabhängigen Überprüfung und Vervollständigung an die therapeutischen Teams in den 25 Kliniken geschickt.
3. Runde: Mit den Rückmeldungen aus den Kliniken wurde eine neue Gesamtliste erstellt, die 264 Items umfasste. In einer weiteren ExpertInnenrunde im Oktober 2017 wurden die therapeutischen Angebote dieser Liste konsensual geclustert, so dass ähnliche Angebote innerhalb einer Code-Gruppe zusammengefasst wurden. Zum Beispiel beinhaltet die Subgruppe Entspannungsverfahren die KTL-Ziffern F611 Autogenes Training, F612 Progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen und F619 Sonstige.

Ergebnisse

Die entstandene KTL-Liste enthält 65 Angebotsgruppen, die der Kapitelgliederung der Gesamt-KTL folgen. Die Liste wurde von November 2017 bis Januar 2018 in vier Kliniken erfolgreich getestet. Seit März 2018 wird sie ohne weitere Änderungen in der RessQu-Studie eingesetzt. Die Datenerhebung in 10 Kliniken endet im Dezember 2018. Dauer und Häufigkeit

der therapeutischen Leistungen sowie die behandelten Schwerpunktindikationen werden Patienten bezogen dokumentiert.

Fazit

Das modifizierte Delphi-Verfahren hat sich für die konsensuale Entwicklung der KTL-Liste bewährt. Eine Herausforderung in der Nutzung der Methode bestand in der Sicherung der Anonymität der Kliniken, die ihre KTL-Listen zur Verfügung stellten bzw. Änderungswünsche einreichten. An den beschriebenen ExpertInnenrunden nahmen zwar MitarbeiterInnen aus den jeweiligen Kliniken teil, aber die eingereichten Unterlagen wurden nur in aggregierter Form in die ExpertInnenrunde gegeben, sodass eine Rückführung auf eine einzelne Klinik nicht möglich war. Wer in den Kliniken an den KTL-Listen mitgearbeitet hat, ist selbst den Delphi-Moderatoren unbekannt.

Die KTL-Daten dienen der klinikübergreifenden und klinikvergleichenden Analyse der durchgeführten therapeutischen Leistungen nach Dauer, Häufigkeit und Angebotsgruppen bezogen auf die häufigsten Schwerpunktindikationen der Mutter-/Vater-Kind-Kliniken. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die PatientInnen mehrere Behandlungsschwerpunkte aufweisen können. Die weitere Analyse soll zeigen, in wie fern es Übereinstimmungen und Unterschiede in den indikationsspezifischen Therapiekonzepten der Kliniken gibt und ob die Therapiekonzepte den Therapieerfolg präzisieren können.

Förderung: Mutter-/Vater-Kind-Klinken

Literatur

Arnhold-Kerri, S., Sperlich, S., Collatz, J. (2003): Krankheitsprofile und Therapieeffekte von Patientinnen in Mutter-Kind-Einrichtungen. *Rehabilitation*, 42. 290-299.

Barre, F., Otto, F. (2015): Wie verändern sich die allgemeinen und psychischen Beschwerden von Vätern im Verlauf einer stationären Vater-Kind-Maßnahme? *DRV-Schriften Bd 107*. 151-152.

Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) (2015): KTL. Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation Ausgabe 2015. URL: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/sozmed/klassifikationen/dateianhaenge/KTL/ktl_2015_pdf.pdf?__blob=publicationFile&v=8, Abruf 29.10.2018.

Otto, F. (2013): Effekte stationärer Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Kinder – Eine kontrollierte Vergleichsstudie. *Rehabilitation*, 52 (2). 86-95.

Vorgrimler, D., Wübben, D. (2003): Die Delphi-Methode und ihre Eignung als Prognoseinstrument. URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Gastbeitraege/DelphiMethode_82003.pdf?__blob=publicationFile, Abruf 29.10.2018.

Inanspruchnahme der medizinischen Rehabilitation bei Menschen mit und ohne Migrationshintergrund: Ein Scoping Review

Dyck, M. (1), Breckenkamp, J. (1), du Prel, J.-B. (2), Razum, O. (1)

(1) Universität Bielefeld, (2) Bergische Universität Wuppertal

Zielstellung

Personen mit Migrationshintergrund sind auch durch den demografischen Wandel und der damit verbundenen Verlängerung der Lebensarbeitszeit betroffen (Hasselhorn & Apt, 2015). In Deutschland leben 19,3 Millionen Personen mit Migrationshintergrund und sie machen etwa 21 % der Erwerbstätigen aus (Statistisches Bundesamt, 2018). Gleichzeitig sind ältere Erwerbstätige mit Migrationshintergrund, speziell ausländische Staatsangehörige, gekennzeichnet durch eine gesundheitliche Vulnerabilität und von sozialen Ungleichheiten betroffen (Razum et al., 2008). Für ausländische Staatsangehörige zeigte sich in früheren Untersuchungen ein geringeres Inanspruchnahmeverhalten von Gesundheitsdienstleistungen, die auch die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation betrifft (Brzoska et al., 2010).

(Zugangs-)Barrieren, die die Inanspruchnahme der Rehabilitation beeinflussen, können sprachliche und kulturelle Kommunikationsschwierigkeiten sowie Wissensdefizite sein (Brzoska et al., 2010; Schwarz et al., 2015).

Ziel dieser Übersichtsarbeit war es, den aktuellen Forschungsstand zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Menschen mit und ohne Migrationshintergrund in Deutschland zu beschreiben.

Methoden

Ein Scoping Review erlaubt, den aktuellen Forschungsstand unter Einbeziehung aller Studientypen (inkl. Sekundärdatenanalysen) sowie publizierter und grauer Literatur darzustellen. Die Suchstrategien für das Review umfassten u. a. die Kombination der Begriffe und Schlüsselwörter: "Rehabilitation" und "Migrat*" sowie "Inanspruchnahme".

Es wurde in verschiedenen Datenbanken sowie in grauer Literatur recherchiert: PubMed, Livivo, Psycindex/info, Universitätsbibliothek Bielefeld, Base, Rehadat, Beiträge des Public Health Forums und des Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums der Deutschen Rentenversicherung (DRV).

Eingeschlossen wurden Studien anhand dieser Kriterien:

- Studienteilnehmer im erwerbsfähigen Alter,
- Leistungen der medizinischen Rehabilitation in Deutschland sowie
- Ergebnisse veröffentlicht zwischen 2001 und 2018.

Ergebnisse

Von 2.245 Literaturquellen wurden Titel und Abstracts gesichtet und 97 Volltexte auf Eignung geprüft. Eingeschlossen wurden 20 Studien.

Bei den Studiendesigns handelte es sich überwiegend um Sekundärdatenanalysen (60 %) und in einem nur geringen Umfang um rein qualitative Studien (10 %). Bei der Erfassung von Merkmalen zur Differenzierung des Migrationshintergrundes wurde vorwiegend die

Nationalität verwendet. Eine Ursache dafür ist die hohe Anzahl von Sekundärdatenanalysen mit Daten der DRV (60 %), die nur eine Differenzierung nach Nationalität erlauben.

Die untersuchten Outcomes in den Studien waren die Inanspruchnahme einer Rehabilitation, der Rehabilitationserfolg in Verbindung mit dem Behandlungsergebnis, die Leistungsfähigkeit nach der Rehabilitation, die Wahrnehmungen/Erwartungen in Bezug auf eine Rehabilitation sowie die Barrieren zur Inanspruchnahme. Eher selten sind die Aspekte der Zufriedenheit mit der Rehabilitation, die Ressourcen (z.B. familiäre Unterstützung) und die Intention zur Inanspruchnahme bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Menschen ohne einen Migrationshintergrund untersucht worden.

Personen mit Migrationshintergrund und ausländische Staatsangehörige nehmen Leistungen der medizinischen Reha weniger in Anspruch als jene ohne Migrationshintergrund. Nach der Rehabilitation zeigen ausländische Staatsangehörige im Vergleich eine niedrigere Leistungsfähigkeit oder ein schlechteres Behandlungsergebnis auf. Die Inanspruchnahme der unterschiedlichen Gruppen mit Migrationshintergrund ist heterogen, z.B. nehmen Türkeistämmige sowie türkische Staatsangehörige eine Rehabilitation häufiger in Anspruch als Personen mit Migrationshintergrund anderer Nationalitäten (aus dem ehem. Jugoslawien und den Mittelmeerländern). In den identifizierten Studien konnten bei Personen mit Migrationshintergrund zudem einige zusätzliche Barrieren identifiziert werden, z.B. fehlende geschlechts- oder kultursensible Behandlungskonzepte in Rehabilitationskliniken sowie hohe Ergebniserwartungen an die Rehabilitation.

Fazit

In diesem Scoping Review sind eine begrenzte Anzahl von 20 Studien eingeschlossen und analysiert worden. Daher können die Ergebnisse nicht für alle in Deutschland lebenden Personen mit Migrationshintergrund verallgemeinert werden. Durch den hohen Anteil an Sekundärdatenanalysen mit Routinedaten der DRV waren vor allem Ergebnisse zu ausländischen Staatsangehörigen für dieses Scoping Review verfügbar. Es fehlen (qualitative und quantitative) Studien, die die Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation untersuchen und neben der Nationalität weitere Migrationsmerkmale erheben, z. B. zur Identifizierung von Personen mit Migrationshintergrund mit einer deutschen Staatsangehörigkeit.

Es wurden Unterschiede in der Inanspruchnahme zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund sowie zwischen den Personen mit Migrationshintergrund unterschiedlicher Herkunftsländer identifiziert. Diese bestehen vor allem in einer niedrigeren Inanspruchnahme der Rehabilitation, einer geringeren Verbesserung des Gesundheitszustandes durch die Behandlung in der Rehabilitation (Rehabilitationserfolg) und einer weniger erfolgreichen Rückkehr ins Berufsleben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

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

402. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales. URL: http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/forschungsbericht-f402-rehabilitation-migrationshintergrund.pdf?__blob=publicationFile, Abruf: 26.10.2018.
- Hasselhorn H., Apt W. (2015): Understanding employment participation of older workers – Creating a knowledge base for future labour market challenges. Research Report. Federal Ministry of Labour and Social Affairs (BMAS) and Federal Institute for Occupational Safety and Health (BAuA). Berlin: BMAS/BAuA. URL: https://www.baua.de/EN/Service/Publications/Cooperation/Gd81.pdf?__blob=publicationFile&v=5, Abruf: 31.10.2018.
- Razum, O., Zeeb, H., Meesmann, U., Schenk, L., Bredehorst, M., Brzoska, P., Dercks, T., Glodny, S., Menkhau, B., Salman, R., Saß, A-C., Ulrich, R. (2008): Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Schwarz, B., Markin, K., Salman, R., Gutenbrunner, C. (2015): Barrieren für Migranten beim Zugang in die medizinische Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Rehabilitation, 54. 362-368.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit – Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2017. Fachserie 1 Reihe 2.2. Deutsches Statistisches Bundesamt. URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220177004.pdf?__blob=publicationFile, Abruf: 26.10.2018.

ICF basierte Messung der funktionalen Gesundheit im Verlauf der stationären neurologischen Rehabilitation nach Schlaganfall

Lamprecht, J. (1), Sickert, A. (2), Clahn, K. (3), Sailer, M. (1, 2, 3)

(1) Otto-von-Guericke-Universität, Magdeburg,

(2) MEDIAN Klinik NRZ Magdeburg, (3) MEDIAN Klinik Flechtingen

Zielstellung

Das primäre Ziel der Rehabilitation ist die Verbesserung der funktionalen Gesundheit des Patienten. Als mehrdimensionales Konstrukt wird die funktionale Gesundheit, im Sinne der WHO, mit Hilfe der unterschiedlichen Domänen des ICF Modells klassifiziert. Zu berücksichtigen ist hierbei zum einen, dass zwischen den einzelnen Domänen nicht zwangsläufig eine Kausalität besteht. Zum anderen kann der Fokus der Ergebnismessung in Abhängigkeit der jeweiligen Rehabilitationsphase nach Schlaganfall differieren. Dabei stehen in den Rehaphasen B und C vor allem die Funktionsorientierung im Vordergrund, in den Rehaphasen D und E die Teilhabeorientierung. Für die Ableitung des Therapieerfolges ist es daher essentiell alle Domänen zu berücksichtigen und methodisch geeignete Assessments im Klinikalltag einzusetzen. Empfehlungen zur Auswahl entsprechender Assessments geben die Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie (Diener & Weimar, 2012). Vor diesem Hintergrund ergeben sich die zentralen und in der rehabilitativen Praxis relevanten Fragen i) ob und in wie weit sich die einzelnen ICF Bereiche der funktionalen Gesundheit im Verlauf der neurologischen Rehabilitation in gleichem Maße verändern, ii) in wie weit diese

Veränderung eine Funktion der Rehapphase ist und iii) ob die entsprechenden Assessments gleichermaßen für die einzelnen Rehapphasen geeignet sind. Diese Fragen sollen anhand der Auswertung routinemäßig eingesetzter Assessments im Verlauf der Rehabilitation nach Schlaganfall untersucht werden.

Methoden

Im Rahmen der Eingangs- und Ausgangsdiagnostik wurden in den MEDIAN Kliniken NRZ Magdeburg und Flechtingen für N=186 Schlaganfallpatienten die Befunderhebungen ICF basiert ausgewertet. Die ICF Domäne "Aktivität" wurde mit dem Barthel-Index (Schädler et al., 2012) (globale Alltagsfähigkeit), dem Rivermead (Schädler et al., 2012), sowie den Functional Ambulation Categories (Schädler et al., 2012) (Lokomotion) abgebildet, die "Funktionsebene" mit dem Motricity-Index (Demeurisse et al., 1980) und dem Trunk Control Test (Schädler et al., 2012). Bei der multivariaten Auswertung wurden die Rehabilitationsphase, das Alter sowie das Geschlecht berücksichtigt.

Ergebnisse

Die untersuchten Schlaganfallpatienten waren im Durchschnitt 63 Jahre (SD=13,2) und zur Hälfte männlich. Zwei Drittel der Patienten befand sich in der Rehabilitationsphase D, jeweils ein Sechstel in Phase B und C. Im Ergebnis zeigte sich unabhängig von Alter und Geschlecht eine signifikante Verbesserung der funktionalen Gesundheit in den einzelnen ICF Domänen im Verlauf der stationären Rehabilitation, mit Ausnahme der globalen Alltagsfähigkeit (gemessen mit dem Barthel-Index). Hier konnte nur in der Rehapphase C eine signifikante Verbesserung aufgezeigt werden. Des Weiteren variiert die Stärke der gefundenen Effekte in den einzelnen ICF Domänen in Abhängigkeit von der Reha-Phase und ist in Phase B stets am größten.

Fazit

Verbesserungen der Schlaganfallpatienten in den einzelnen ICF Domänen variieren in Abhängigkeit der Rehapphase. Auch wenn die ICF Domänen in Wechselwirkung zueinander stehen, müssen Verbesserungen in den "Körperfunktionen" im Verlauf der medizinischen Rehabilitation nicht notwendiger Weise auch mit einer signifikanten und klinisch relevanten Verbesserung der ICF Domäne "Aktivitäten und Teilhabe" einhergehen. Auf der anderen Seite müssen bestimmte Funktionsverbesserungen nicht zwangsläufig für die Ausübung spezifischer Alltagsaktivitäten von Relevanz sein. Dies scheint gerade nicht nur in der Phase B sondern auch in der Phase D besonders stark ausgeprägt zu sein. Die vorliegenden Daten sprechen für die Berücksichtigung der Phasenzugehörigkeit, um eine individuell abgestimmte Rehae Beurteilung vornehmen zu können. In gleichem Zuge bleibt zu prüfen, in wie weit bestimmte Assessments über alle Rehapphasen hinweg eingesetzt werden können. Dies trifft z. B. für den Barthel-Index mit den bekannten Boden- und Deckeneffekte zu, als auch für die Beurteilung relevanter Teilhabebereiche durch entsprechende Assessments zu einem bestimmten Zeitpunkt der Rehabilitation.

Literatur

Demeurisse, G., Demol, O., Robaye, E. (1980). Motor evaluation in vascular hemiplegia. *European Neurology*; 19:382-9.

Diener, H.C. & Weimar, C. (2012). Kommission Leitlinien der DGN. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. 5.Aufl. Stuttgart: Georg Thieme.

Schädler, S., Kool, J., Lüthi, H. et al (2012). Assessments in der Rehabilitation. Band 1: Neurologie. Bern: Hogrefe.

Die Glasgow Scales zum Screening auf Angst und Depressivität bei Menschen mit Intelligenzminderung - Eine Praktikabilitätsstudie

Jagla, M. (1), Tschache, A. (1), Wagner, S. (1), Engel, D. (1), Knuhr, J. (2), Häring, M. (2), Franke, G.H. (1)

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

Zielstellung

Die WHO (www.dimdi.de) definiert Intelligenzminderung (IM) als "Zustand von verzögerter oder unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeiten". In Deutschland und auch weltweit liegt die Prävalenz der IM bei ca. 1 % (Maulik et al., 2011). Menschen mit einer IM weisen ein deutlich erhöhtes Risiko auf, an psychischen Störungen zu erkranken (Häßler, 2016). Bislang liegen im deutschsprachigen Bereich keine zielgruppenspezifischen Selbstbeurteilungsinstrumente zum Screening auf psychische Störungen vor. Um hier die Lücke zu schließen und die Teilhabe von Personen mit IM im Bereich der Psychodiagnostik zu gewährleisten, wurden die Glasgow Anxiety Scale (GAS; Mindham & Espie, 2003) und die Glasgow Depression Scale (GDS; Cuthill et al., 2003) übersetzt und im Sinne einer Pilot- bzw. Praktikabilitätsstudie in einer klinischen (im stationären Kontext) und einer nicht-klinischen Stichprobe, hierbei handelt es sich um Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von Werkstätten für behinderte Menschen, angewandt.

Methoden

Beide Verfahren wurden unter Berücksichtigung von leichter Sprache ins Deutsche übersetzt; die vorhandenen Piktogramme wurden nicht verändert. Die GDS besteht aus 20 Items und bildet einen Summenwert, die GAS umfasst 27 Items, die ebenfalls einen Summenwert bilden, aber auch den drei Skalen (Sorgen, Spezifische Ängste, Physiologische Symptome) zugeordnet werden können. Beide Verfahren bieten in der originalen Version cut-off-Werte (GAS ≥ 15 , GDS ≥ 13), die zwischen unauffälligen und klinisch auffälligen Personen differenzieren (Mindham & Espie, 2003; Cuthill et al., 2003).

Neben der Erfassung von GDS und GAS wurde die SCL-gB (Jagla et al., 2016), eine für Menschen mit IM modifizierte Variante der SCL-90®-S, eingesetzt.

Die Datenerhebung läuft seit Anfang 2017 im AWO Fachkrankenhaus Jerichow sowie den Prignitz-Werkstätten e.V.

Neben Item- und Skalenanalysen erfolgten die Prüfungen von Unterschieds- und Zusammenhangshypothesen.

Ergebnisse

Bisher nahmen 93 Probandinnen und Probanden im durchschnittlichen Alter von 41 Jahren (SD 14, 57 % weiblich) an der Studie teil. N=34 Personen (Alter 41 Jahre, SD 12, 60 % weiblich) wurden im stationären psychiatrischen Kontext mit den Verfahren untersucht, wobei

hier oft nur GAS und GDS zum Einsatz kamen, und N=59 Personen (41 Jahre, SD 15, 55 % weiblich), waren in geschützten Werkstätten tätig; hier wurden zumeist alle drei Verfahren eingesetzt.

Hinsichtlich der Praktikabilität gaben die ProbandInnen an, dass sie die Verfahren gut verstanden haben und zum Teil auch eigenständig durchführen konnten. "Das habe ich gut verstanden.", "Das konnte ich allein machen. Das ist gut." "Warum ist das nicht immer so?"

Die Itemanalyse legt, aufgrund von zu geringer bzw. zu hoher Schwierigkeit, die Elimination von Items nahe.

Die explorativen Faktorenanalysen konnten teilweise die Originalstruktur beider Verfahren zeigen. Für die weiteren Berechnungen wurde die vorgegebenen eindimensionale Struktur genutzt.

Die Reliabilitätsanalyse ergab ein Cronbach's Alpha von .85 sowohl für die GDS als auch für die GAS in der Gesamtstichprobe. In der nicht-klinischen Gruppe ergaben die Analyse ein Alpha von .73 für die GDS und .80 für die GAS; in der klinischen Stichprobe lag die interne Konsistenz der GDS bei .88 und die der GAS bei .86.

Die Korrelation zwischen GAS und GDS war hoch ($r=.633$, $p\leq.0001$); mit der SCL-gB ergaben sich hypothesenkonforme Ergebnisse. Die höchsten Zusammenhänge zeigten sich zwischen GAS und der Skala Angst ($r=.524$, $p\leq.0001$) sowie zwischen GDS und Skala Depressivität ($r=.657$, $p\leq.0001$).

Erste Ergebnisse legen nahe, dass beide Verfahren in der Lage sind, zwischen klinischen und nicht-klinischen ProbandInnen zu trennen. Es zeigten sich statistisch signifikante Unterschiede zwischen beiden Gruppen in Bezug auf die GDS (Klinik: $M=14.0 \pm 8.4$, WfbM: $M=8.7 \pm 5.4$; $t=-3.3114$, $p=.003$) und die GAS (Klinik: $M=19.2 \pm 9.6$, WfbM: $M=12.9 \pm 9.6$; $t=-3.090$, $p=.003$); in beiden Verfahren lagen die PatientInnen über dem cut-off-Wert der originalen Version.

Fazit

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass GAS und GDS von den ProbandInnen gut akzeptiert wurden; eine erste psychometrische Prüfung zeigte eine gute interne Konsistenz sowie erste Ergebnisse zur Validität. Mit der deutschen Übersetzung der Glasgow Scales liegen Screeninginstrumente vor, die gut einsetzbar und von der Zielgruppe gut angenommen werden. Zukünftig sollte die Stichprobe erhöht werden, vor allem im klinischen Bereich, um dann an einer deutschen Vergleichsgruppe cut-off-Werte zu berechnen.

Literatur

- Cuthill, F.M., Espie, C.A. & Cooper, S.A. (2003). Development and psychometric properties of the Glasgow Depression Scale for people with a learning disability. *British Journal of Psychiatry*, 182, 347-353.
- Häßler, F. (2016). *Intelligenzminderung – S2k-Leitlinie*. Berlin: MWV.
- Jagla, M., Schreckenbach, D., Häring, M. & Franke, G.H. (2017). Modifikation der Mini-SCL für den Einsatz bei Menschen mit Intelligenzminderung. In *Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), DRV-Schriften Band 109, "Prävention und Rehabilitation in Zeiten der Globalisierung"* (S. 64-65). Berlin: DRV.

- 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, 419-436.
- Mindham, J. & Espie, C.A. (2003). Glasgow Anxiety Scale for people with an intellectual disability (GAS-ID): development and psychometric properties of a new measure for use with people with mild intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 22-30.

Vergleich dreier Screening-Instrumente zur Vorhersage einer gescheiterten beruflichen Eingliederung bei Muskel-Skelett-Erkrankungen

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

Zielstellung

Muskel-Skelett-Erkrankungen gehören zu den häufigsten Ursachen von Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderungsrenten. Um die Teilhabe am Arbeitsleben trotz der gesundheitlichen Einschränkungen bei Muskel-Skelett-Erkrankungen sicherzustellen, werden verschiedene medizinische Rehabilitationsprogramme angeboten. Eine intensiviertere multimodale Rehabilitation mit einem verstärkten Berufsbezug (medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation; MBOR) hat sich vor allem bei Personen als erfolgreich erwiesen, die ein erhöhtes Risiko haben, nicht in den Beruf zurückzukehren (Streibelt, 2018; Bethge, 2017). Eine frühzeitige und effiziente Steuerung dieser Personen in entsprechende Rehabilitationsprogramme ist daher wichtig. Der Einsatz valider Screening-Instrumente hat sich als praktikabel erwiesen und erhöht die Güte der Auswahl (Bethge et al., 2014).

Zur Identifizierung von Personen mit einem erhöhten beruflichen Teilhaberrisiko stehen verschiedene Screening-Instrumente zur Verfügung. Ziel der Analysen war es, drei gebräuchliche und einfach zu erhebende Instrumente hinsichtlich ihrer Vorhersage nicht gelingender beruflicher Wiedereingliederung miteinander zu vergleichen.

Methoden

Die Daten wurden während der Evaluation der MBOR der Deutschen Rentenversicherung Bund erhoben (Neuderth et al., 2016). 3.033 Personen im Alter von 18 bis 65 Jahren (Mittelwert: 53,5 Jahre; 73,4 % weiblich) wurden in die Analysen eingeschlossen. Alle Teilnehmer haben eine medizinische Rehabilitation ohne intensiviertere berufsbezogene Therapiemodule aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen erhalten. Vor Antritt der Rehabilitation wurden drei Screening-Instrumente erhoben (WAS: Work Ability Score, ≤ 5 Punkte bedeuten ein erhöhtes Risiko für eine nicht gelingende berufliche Eingliederung; SPE: Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit, ≥ 2 Punkte bedeuten ein erhöhtes Risiko;

SIMBO: Screening-Instrument zur Feststellung des Bedarfs an Medizinisch-Beruflich Orientierten Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation, ≥ 27 Punkte bedeuten ein erhöhtes Risiko).

Zehn Monate nach Abschluss der Rehabilitation wurde mittels Fragebogen erfasst, ob die stabile Rückkehr in Arbeit gelang. Eine stabile Rückkehr in Arbeit wurde als mindestens vierwöchige durchgängige Beschäftigung ohne Arbeitsunfähigkeitszeiten operationalisiert (Kuijjer et al., 2012). Die Vorhersagekraft der drei Screening-Instrumente für Rückkehr in Arbeit wurde mittels logistischer Regression berechnet sowie mittels Sensitivität, Spezifität und der Area under the curve (AUC) bewertet.

Ergebnisse

2.617 Personen (86,3 %) gelang die Rückkehr in Arbeit zehn Monate nach der Rehabilitation. Ein logistisches Regressionsmodell unter Einschluss aller drei Screening-Instrumente zeigt, dass alle drei Instrumente eine gescheiterte berufliche Eingliederung vorhersagen (WAS: OR = 1,78, 95 % KI: 1,34 bis 2,38; SPE: OR = 2,76, 95 % KI: 2,19 bis 3,49; SIMBO: OR = 6,41, 95 % KI: 5,01 bis 8,22; alle $p < 0,001$). Für den SIMBO wurden die größte AUC und die höchste kombinierte Sensitivität und Spezifität berechnet (WAS: AUC = 0,66, Sensitivität = 0,81, Spezifität = 0,50; SPE: AUC = 0,65, Sensitivität = 0,61, Spezifität = 0,69; SIMBO: AUC = 0,74, Sensitivität = 0,71, Spezifität = 0,77). Die Nutzung aller drei Screening-Instrumente in einer gemeinsamen klinischen Vorhersageregeln (mindestens zwei von drei Skalen müssen positiv sein) führte zu keinen deutlich besseren Ergebnissen als die alleinige Nutzung des SIMBO.

Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass alle drei Screening-Instrumente geeignet sind, um das Risiko einer gescheiterten beruflichen Eingliederung bei Rehabilitanden mit Muskel-Skelett-Erkrankungen vorherzusagen. Zur Identifikation von Personen mit erhöhten Teilhaberrisiken empfiehlt sich in den vergleichenden Analysen insbesondere die Anwendung des SIMBO, da der SIMBO prognostisch genauer ist. Durch die frühzeitige Anwendung von Screening-Instrumenten kann eine Zuweisung in die MBOR von Personen mit entsprechendem Bedarf unterstützt werden.

Förderung: Deutsche 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? *Rehabilitation*, 53. 49-55.

Bethge, M. (2017): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. *Rehabilitation*, 56. 14-21.

Kuijjer, P. P., Goutteborge, V., Wind, H., van Duivenbooden, C., Sluiter, J. K., Frings-Dresen, M. H. (2012): Prognostic value of self-reported work ability and performance-based lifting tests for sustainable return to work among construction workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 38. 600-603.

Neuderth, S., Schwarz, B., Gerlich, C., Schuler, M., Markus, M., Bethge, M. (2016): Work-related medical rehabilitation in patients with musculoskeletal disorders: The protocol of a

propensity score matched effectiveness study (EVA-WMR, DRKS00009780). BMC Public Health, 16. 804.

Streibelt, M. (2018): Identifikation besonderer beruflicher Problemlagen mittels des Screening-Instrumentes SIMBO. Eine Synopse von vier Kohortenstudien. Physikalische Medizin, 28. 264-274.

Maladaptive Schemata nach Young bei psychiatrischen Rehabilitanden in Abhängigkeit von Berufstätigkeit sowie Vorhersagewert für Aktivitäten und Teilhabe

Senft, B., Affenzeller, A., Schosser, A.

Zentren für seelische Gesundheit BBRZMED, Wien

Zielstellung

Schemata nach Young sind stabile, Trait-artige Überzeugungen über sich selbst und die Welt, die aufgrund früher negativer Erfahrungen entstanden sind. Sie sind mit den drei Kernüberzeugungen nach Clark und Beck (1999) vergleichbar, wurden aber stärker ausdifferenziert. 18 Schemata werden in fünf Domänen zusammengefasst (Renner et al., 2014).

Der Schema-Therapie-Ansatz ist grundsätzlich störungsübergreifend, zahlreiche Befunde liegen zur Wirksamkeit bei Persönlichkeitsstörungen vor (Roediger & Zarbock, 2015), aber auch zu Psychotherapie im stationären Setting (Roediger et al., 2018). Schemata können starken Einfluss auf die Befindlichkeit und Arbeitsfähigkeit haben, da sie stärker mit Psychopathologie zusammenhängen als mit Symptomen einer Persönlichkeitsstörung (Kriston et al., 2013).

Ziel der psychiatrischen Rehabilitation ist neben der Symptomverbesserung die Steigerung der Arbeitsfähigkeit. Berufstätige Patienten der ambulanten medizinisch-psychiatrischen Rehabilitation in Wien erzielten in den letzten Jahren durchwegs positivere Outcomes als arbeitslose Patienten, und wiesen kritischere Werte bei Aktivitäten und Teilhabe auf.

Ziel der Studie ist die Erfassung von Spezifika in den maladaptiven Schemata nach Young in Abhängigkeit vom beruflichen Status. Weiters soll der Einfluss der Schemata auf Aktivitäten und Teilhabe ermittelt werden.

Methoden

Schriftliche Befragung der Rehabilitanden mittels German Version of the Young Schema Questionnaire – Short Form 3 (YSQ-S3) (Kriston et al., 2013) bei Beginn der Rehabilitation.

Folgende 18 Schemata werden anhand von je fünf Items auf einer sechsstufigen Skala ("trifft auf mich überhaupt nicht zu" bis "beschreibt mich perfekt") erfasst:

D1 Trennung und Zurückweisung:

AB: Verlassenwerden/Instabilität/Verlassenheit

MA: Misstrauen/Missbrauch

ED: Emotionale Vernachlässigung/emotionale Entbehrung

DS: Minderwertigkeit/Scham-Mangelhaftigkeit/Unliebenswert

SI: Sozialer Ausschluss/Isolation/Entfremdung
D2 Beeinträchtigte Autonomie/Leistungsfähigkeit:
DI: Abhängigkeit/unzulänglich-praktische Inkompetenz
VH: Vulnerabilität in Beziehung auf äußere Ereignisse/Verwundbarkeit Leid/Krankheit
EM: Verstricktsein mit anderen/nicht entwickeltes "Selbst"
FA: Versagen bei Leistungserbringung
D3 Abgrenzungsprobleme:
ET: Anspruch auf Großartigkeit/Ansprüchlichkeit
IS: Mangelnde Selbstkontrolle/Selbstdisziplin
D4 auf andere gerichtet sein:
SB: Unterwerfung
SS: Aufopferung/Selbstaufopferung
AS: Zustimmung/Bewunderung/Anerkennung suchen
D5 Übervorsichtigkeit und Hemmung:
NP: Negative Grundhaltung/Pessimismus/Sorgenmachen
EI: Emotionale Hemmung/Gehemmtheit
US: Unerbittliche Standards/extremes Kritisieren
PU: Bestrafend sein/Selbstbestrafung

Vorgabe des Fragebogens zu Aktivitäten und Teilhabe (ICF-3F-AT) (Nosper, 2008) bei Beginn und Ende der Rehabilitation. Der ICF-3F besteht aus den drei Skalen kognitive Leistungsfähigkeit, Selbstwirksamkeit und soziale Kompetenz, die jeweils anhand von 11 Items auf einer fünf-stufigen Skala ("keine Beeinträchtigung" bis "vollständige Beeinträchtigung") erfasst werden.

Von 663 Rehabilitanden der Jahre 2014 bis 2018 lagen YSQ-S3 Ergebnisse vor, 13 wurden aufgrund fehlender Werte ausgeschlossen (2 %). Die Stichprobe (N=650; 63,1 % weiblich) wies ein Durchschnittsalter von 43,2 Jahren (SD=10,1) auf. 26,2 % waren berufstätig und 59,7 % arbeitslos (14,1 % sonstige). 56,2 % wiesen eine affektive Störung F3 nach ICD-10, 30 % eine neurotische-, Belastungs- oder somatoforme Störung und 3,8 % eine sonstige Diagnose auf.

Ergebnisse

Berufstätige Rehabilitanden unterscheiden sich in elf von 18 Schemata signifikant von arbeitslosen Rehabilitanden durch positivere Ausprägungen.

Anhand der Schemata kann ein hoher Anteil der Varianz der Skalen zu Aktivitäten und Teilhabe aufgeklärt werden: kognitive Leistungsfähigkeit 32 %, Selbstwirksamkeit 45 % und Soziale Kompetenz 46 %. Die Varianzaufklärung ist in der Gruppe der berufstätigen Rehabilitanden deutlich höher als bei den arbeitslosen Rehabilitanden, die Modelle weisen einen akzeptablen Modellfit auf.

Die Skala kognitive Leistungsfähigkeit wird signifikant durch die Schemata SI, DI, FA, NP, EI und US vorhergesagt, wobei berufstätige (MA, DI, US) und arbeitslose Rehabilitanden (SI, DI, FA) unterschiedliche signifikante Prädiktoren aufweisen.

Die Skala Selbstwirksamkeit wird signifikant durch die drei Schemata DI, IS und NP vorhergesagt. Bei den berufstätigen Rehabilitanden haben die Schemata MA, DI und US

signifikanten prädiktiven Wert, bei den arbeitslosen Rehabilitanden sind es die Schemata DI, IS und NP.

Auffällig ist das Ergebnis für die Skala Soziale Kompetenz, welche durch die Schemata SI, DI, NP und EI vorhergesagt wird. Hier weisen bei den berufstätigen Rehabilitanden alle Skalen einen signifikanten prädiktiven Wert auf, bei den arbeitslosen Rehabilitanden sind es nur die Skalen DI und EI.

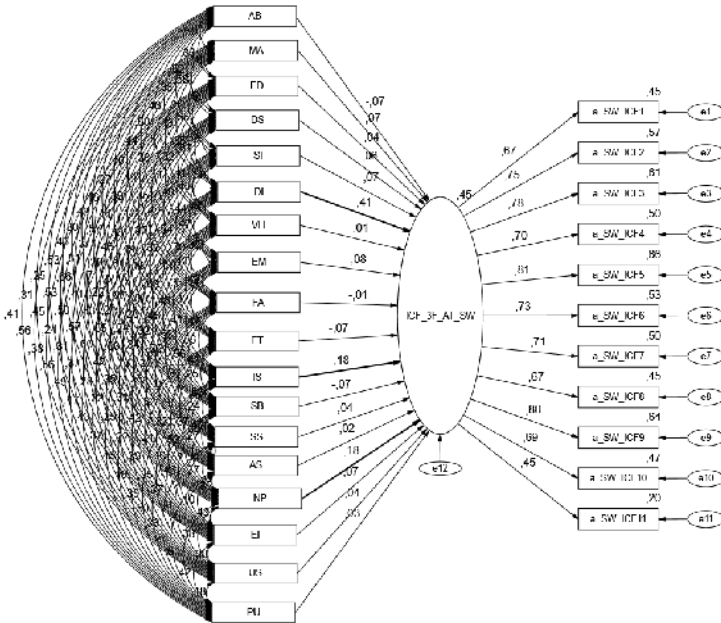


Abb. 1

Fazit

Befunde aus der Literatur zu Zusammenhängen mit der Symptombelastung konnten ähnlich stark für Zusammenhänge mit Aktivitäten und Teilhabe ermittelt werden. Maladaptive Schemata hängen also nicht nur stark mit der Symptombelastung, sondern auch deutlich mit den Skalen zu Aktivitäten und Teilhabe zusammen. Sie sind bei arbeitslosen Rehabilitanden im Schnitt stärker ausgeprägt. Die überdauernden negativen Überzeugungen könnten mitverantwortlich für Probleme im Berufsleben sein, und einen Wiedereinstieg in die berufliche Tätigkeit erschweren. Neben dem Einbezug der Schemata in die psychologische/psychotherapeutische Diagnostik könnte sich die psychoedukative Vermittlung der Schemata und ihrer Auswirkungen günstig auf den Behandlungsverlauf und auf das Krankheitsverständnis sowie subjektive Krankheitskonzepte auswirken.

Literatur

Kriston, L., Schäfer, J., Jacob, G. A., Härter, M. & Hölzel, L. P. (2013). Reliability and Validity of the German Version of the Young Schema Questionnaire – Short Form 3 (YSQ-S3). *European Journal of Psychological Assessment*, 29 (3), 205-212. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000143>.

- Nosper, M. (2008). ICF AT 50 Psych. Entwicklung eines ICF-konformen Fragebogens für die Selbstbeurteilung von Aktivitäten und Teilhabe bei psychischen Störungen. In Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), DRV-Schriften (Bd. 77, Bd. 77, S. 127-128).
- Renner, F., Arntz, A., Leeuw, I. & Huibers, M. (2014). Schematherapie für chronische Depressionen. *Verhaltenstherapie*, 24 (3), 169-181. <https://doi.org/10.1159/000365472>
- Roediger, E., Dörner, S. & Noyon, A. (2018). Wirksamkeit der Schematherapie im stationären psychotherapeutischen Setting. *Psychotherapeut* (3). Zugriff am 13.09.2018. Verfügbar unter <https://www.springermedizin.de/wirksamkeit-der-schematherapie-im-stationaeren-psychotherapeutis/15768120>.
- Roediger, E. & Zarbock, G. (2015). Schematherapie bei Persönlichkeitsstörungen. *Der Nervenarzt*, 86 (1), 60-71. <https://doi.org/10.1007/s00115-014-4008-8>.

Validierung des Modularen ICF-basierten Core Sets für Substanzbezogene Störungen – eine Multicenter-Studie

Spies, M. (1), Buchholz, A. (1), Stracke, R. (2), Meyer-Steinkamp, R. (3)

(1) Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, (2) Buchholz, (3) Hamburg

Zielstellung

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF, World Health Organization, 2001) wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur globalen standardisierten Beschreibung von Alltagseinschränkungen durch Gesundheitsprobleme entwickelt. Um die praktische Handhabung der ICF zu vereinfachen, empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Erstellung sog. Core Sets, die nur diejenigen Kategorien aus der ICF enthalten, die zur Beschreibung eines bestimmten Krankheitsbildes relevant sind. Angelehnt an den Core Set Development Guide (Selb, et al., 2014) hat unsere Projektgruppe ein Modulares ICF-basiertes Core Set für substanzbezogene Störungen (MCSS) entwickelt, dessen Module auf verschiedene Sektoren des Suchthilfesystems zugeschnitten sind. In einer Folgestudie wurde das MCSS nun in Bezug auf seine Praxisrelevanz und Validität empirisch überprüft.

Methoden

Insgesamt 67 Behandler*innen in 12 verschiedenen Einrichtungen aus den Sektoren Beratung, Eingliederungshilfe I, qualifizierter Entzug, Medizinische Rehabilitation und Eingliederungshilfe II (Soziale Rehabilitation) setzten das MCSS für n = 50 Fälle pro Behandlungssektor in der Routineversorgung ein. Die Behandler*innen gaben an, ob alle wichtigen Funktionsbereiche und Umweltfaktoren abgedeckt und ob alle im MCSS enthaltenen Inhalte notwendig seien. Behandler*innen und Patient*innen gaben darüber hinaus in Freitexten Auskunft über ihre prioritären Behandlungsziele; diese wurden anhand eines standardisierten Linking-Verfahrens zur ICF zugeordnet (Cieza, et al., 2005) und die identifizierten ICF Kategorien mit dem MCSS abgeglichen.

Ergebnisse

Anhand der Ergebnisse wurde das MCSS auf seine Zusammenstellung hin überprüft und angepasst. Die überarbeitete Version besteht aus dem Basismodul (25 Kategorien), und den Modulen Beratung (8 zusätzliche Kategorien), Qualifizierter Entzug (6), Eingliederungshilfe I (7), Medizinische Reha (32) und Eingliederungshilfe II (10). Die Kategorien des Basismoduls sind dabei in jedem der einzelnen Teilmodule enthalten und bilden somit eine Schnittmenge der ICF-Kategorien, die über den gesamten Behandlungsprozess hinweg die relevantesten Inhalte enthalten. Es kann auch als Kurzversion des MCSS verstanden werden. Die MCSS sowie das Manual werden Ende 2018 online zum Download zur Verfügung gestellt.

Fazit

Mit dem Modularen ICF-basierten Core Set für Substanzbezogene Störungen (MCSS) liegt ein Core Set für den Bereich substanzbezogener Störungen vor, dessen Module vom Anwender flexibel kombiniert werden können. Zudem werden weitere Erkenntnisse über die Machbarkeit und Relevanz des MCSS in der Routineversorgung vorliegen, die eine praxisnahe Aufbereitung des MCSS ermöglichen.

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

Literatur

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

Selb M, Escorpizo R, Kostanjsek N, Stucki G, Ustün B, Cieza A. A guide on how to develop an international classification of functioning, disability and health core set. *Eur J Phys Rehabil Med* 2014; 105-117.

World Health Organization. ICF: International classification of functioning, disability and health. Geneva: WHO, 2001.

Bewertung des erwerbsbezogenen Behandlungsangebotes aus Rehabilitandensicht – Ergebnisse einer Versichertenbefragung im DRV-Bund Projekt MBOR-R

Bürger, W. (1), Nübling, R. (2), Streibelt, M. (3)

(1) fbg - forschung und beratung im gesundheitswesen, Karlsruhe,

(2) Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen, Karlsruhe,

(3) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Zielstellung

Erwerbsbezogene Behandlungsangebote sind in der Medizinischen Rehabilitation inzwischen Standard (Röckelein et al., 2011). Das Stufenmodell der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation unterscheidet drei Versorgungsstufen (Streibelt & Buschmann-Steinhage, 2011; Deutsche Rentenversicherung 2015). In der Grundstufe ist für alle Rehabilitationsein-

richtungen ein Basisangebot berufsorientierter Maßnahmen vorgesehen. Zunehmend spezialisierte Rehabilitationseinrichtungen sind für spezifischere erwerbsbezogene Problemstellungen zuständig und werden von den Rentenversicherungsträgern überregional gezielt belegt. Hierfür stehen geeignete Screening-Verfahren zur Verfügung (z. B. Bürger & Deck, 2009; Streibelt & Bethge, 2009).

Bislang fehlen Erhebungsinstrumente, die erfassen, wie Rehabilitanden das berufsbezogene Angebot einer Einrichtung bewerten. Die DRV Bund fördert mit dem Forschungsprojekt MBOR-R die Entwicklung eines Erhebungsinstrumentes, mit dessen Hilfe vor dem Hintergrund des Stufenmodells Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität speziell des erwerbsbezogenen Angebotes aus Versicherungssicht erfasst werden kann.

Im Beitrag werden zentrale Forschungsergebnisse zur Konstruktion des Fragebogens und zu den Ergebnissen einer Multicenterstudie unter Einsatz von MBOR-R dargestellt (Bürger & Nübling, 2018). Vor allem werden Ergebnisse vorgestellt, wie die Rehabilitandeneinschätzungen zwischen den Rehabilitationseinrichtungen differieren, wie sie mit den Selbsteinschätzungen der Leitungen der Rehabilitationseinrichtungen zu ihrem erwerbsbezogenen Angebot korrespondieren und wie sensitiv die Bewertungen des erwerbsbezogenen Behandlungsangebotes gegenüber Merkmalen von Rehabilitanden sind.

Methoden

MBOR-R wurde in mehreren Entwicklungsschleifen unter Beteiligung von Experten und Rehabilitanden erstellt. Es wurde in einer Multicenterstudie mit einer katamnesticen Befragung etwa 3 Monate nach Beendigung der Rehabilitation an einer größeren Versicherungstichprobe erprobt. Beteiligt waren 17 Rehabilitationseinrichtungen der Indikationsbereiche Orthopädie, Kardiologie, Onkologie, Neurologie und Psychosomatik. Ergänzend wurde eine Befragung der Leitungen der Rehabilitationseinrichtungen zum Ausbaustand des erwerbsbezogenen Behandlungsangebotes durchgeführt.

Ergebnisse

An der katamnesticen Befragung nahmen $n=1.421$ Rehabilitanden teil (56 % weiblich, Durchschnittsalter 51,6 Jahre), die Beteiligungsquote liegt bei ca. 46 %.

Die Gesamtversion von MBOR-R beinhaltet 32 Items, mithilfe derer in 9 Skalen zentrale Aspekte der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität des erwerbsbezogenen Rehabilitationsangebotes aus Rehabilitandensicht erfasst werden.

Einheitlich in die Metrik der Qualitätspunkte (0-100 %) transformierte Skalenwerte erlauben eine leichte Interpretation der Ergebnisse. Eine 9 Items umfassende Kurzversion eignet sich als Screening-Instrument, um einen überblicksartigen Hinweis auf Rehabilitandenbewertungen des MBOR-Angebots von Rehabilitationseinrichtungen zu erhalten, die Langversion differenziert stärker die verschiedenen Aspekte des MBOR-Angebotes und kann daher auch für "Stärken-/Schwächenanalysen" als Hinweis und Ausgangspunkt für Weiterentwicklungsmöglichkeiten genutzt werden.

In einer konfirmatorischen Faktorenanalyse zeigt die 9 Faktoren-Lösung des Fragebogens insgesamt einen akzeptablen Fit. Tab. 1 zeigt die wichtigsten Ergebnisse der Faktorisierung.

Tab. 1: Ergebnisse der konfirmatorischen Faktorenanalyse

	χ^2 (p)	χ^2/df	RMSEA (p)	CFI	TLI	SRMR
	1376.020 (<.001)	4	.053 (.284)	.934	.922	.041

Anm.: df = Freiheitsgrade; p=Irrtumswahrscheinlichkeit; RMSEA = root mean square error of approximation; CFI = comparative-fit-index; TLI = Tucker-Lewis-index; SRMR = standardized-root-mean-square-residual

Skala	Skalenbezeichnung	Itemzahl	α	Zuordnung
S4	Arbeits- und berufsbezogene Diagnostik	3*	.71	Prozess
S5	Therapiezielabstimmung und Behandlungsplanung	3*	.91	Prozess
S6	MBOR-Therapieangebote gesamt	14	.87	Struktur
S6_1	Berufsorientierte Vorträge, Seminare, Gruppen	7	.86	
S6_2	Arbeitstrainings und Belastungserprobungen	3	.73	
S6_3	Planungen u. Vorbereitung von berufsorientierten Maßnahmen für die Zeit nach Reha (z.B. STW, berufliche Reha)	4	.72	
S7	Entlassung, Vorbereitung auf die Zeit nach der Reha	3*	.81	Prozess
S8	Gesamteinschätzung des Erwerbsbezuges der Reha	3*	.83	Prozess
S9	Gesamteinschätzung Nutzen der Reha für Arbeit & Beruf	3*	.87	Ergebnis
S10	Organisation und Zusammenarbeit im Reha-Team hinsichtlich erwerbsbezogener Behandlungsthemen	3*	.83	Prozess
S4-10	Gesamtskala	32*	.94	

Insgesamt zeigen Regressionsanalysen, dass die MBOR-R-Skalen relativ robust sind gegenüber den verschiedenen Versichertenmerkmalen. Nennenswerten Einfluss auf die Rehabilitandenbewertungen im MBOR-R haben lediglich der von den Versicherten selbst vor Rehabilitationsbeginn eingeschätzte Bedarf an erwerbsbezogenen Behandlungsangeboten sowie der SIBAR-Gesamtwert. Dieser Einfluss ist zudem lediglich in der MBOR-R Skala S9 bedeutsam, die im Sinne der Ergebnisqualität den Nutzen der Rehabilitation für Arbeit und Beruf erfragt. Eine auf Basis der Regressionsanalysen durchgeführte Adjustierung führt weder in der Skala S9 noch in der Gesamtskala des MBOR-R zu nennenswerten Veränderungen der absoluten Ausprägungen bzw. zu größeren Verschiebungen der Rangreihe von Einrichtungen hinsichtlich der Rehabilitandenbewertungen.

Die Skalen des MBOR-R können dabei gut zwischen Einrichtungen differenzieren. Abb.1 zeigt den Vergleich der 17 beteiligten Kliniken für die Skala «Arbeits- und berufsbezogene Therapiezielabstimmung/Behandlungsplanung» (S5). Hier schwanken die Mittelwerte zwischen ca. 45 und ca. 85 Qualitätspunkten.

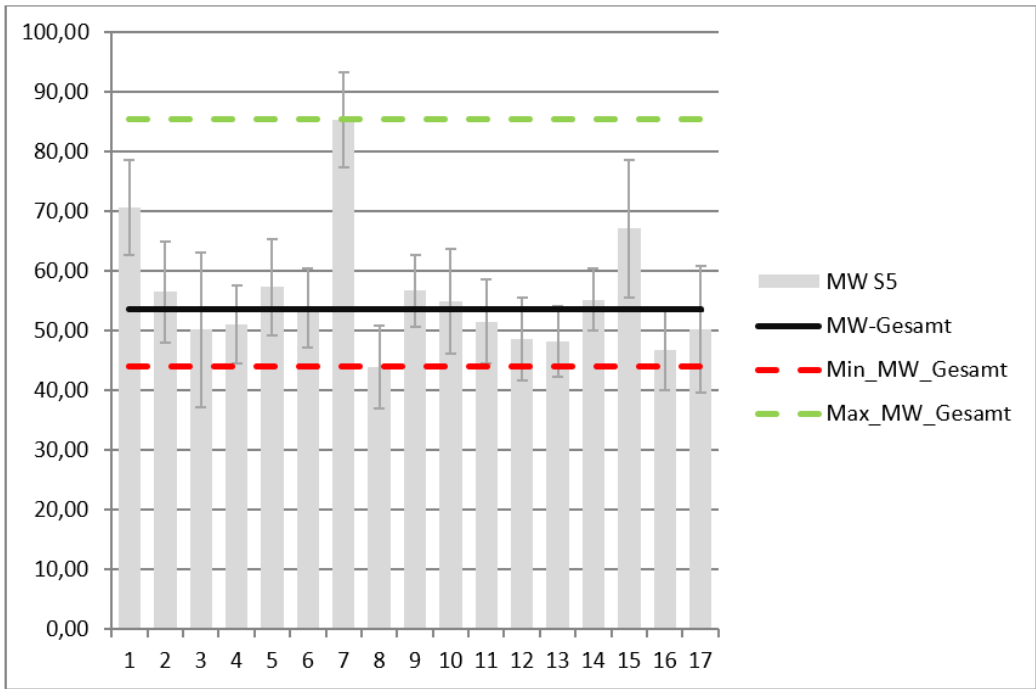


Abb. 1: Einrichtungvergleich (1-17) MBOR-Skala S5: arbeits- und berufsbezogene Therapiezielabstimmung/Behandlungsplanung, in Qualitätspunkten, n=1382

Für die MBOR-R-Skalen konnten auch substantielle Zusammenhänge mit einigen hier erhobenen und für die Medizinische Rehabilitation relevanten Ergebniskriterien nachgewiesen werden, allerdings stehen hier weitere Analysen im Rahmen einer umfangreicheren und differenzierteren Abbildung der Outcomes noch aus. Dies soll im Rahmen der Studienphase II erfolgen.

Fazit

Mit MBOR-R wird erstmals ein systematisch entwickeltes umfangreiches Instrumentarium zur Bewertung des Ausbaustandes des erwerbsbezogenen Behandlungsangebotes von Rehabilitationseinrichtungen aus Rehabilitandensicht vorgestellt. Es überzeugt dank sorgfältiger Vorarbeiten sowie umfangreicher Expertenbefragungen durch eine hohe Ausfüllqualität, gute Verteilung der Itemschwierigkeiten und eine befriedigende bis gute Reliabilität. MBOR-R erlaubt eine gute Differenzierung zwischen Rehabilitationseinrichtungen und zwischen den MBOR-Stufen Rehabilitationsangebot, das die Rehabilitanden während ihrer Rehabilitation erhalten haben. Geplant sind weitere Erhebungen an großen repräsentativen Stichproben, um Vergleichskennwerte zu gewinnen und Fragen zur Validität des Instrumentes beantworten zu 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.
- Bürger, W. & Nübling, R. (2018). "MBOR-R" Medizinisch-Berufliche Orientierung der Rehabilitation aus Rehabilitandensicht. Unveröffentlichter Abschlussbericht, Karlsruhe fbg/GfQG.
- Deutsche Rentenversicherung (2015). Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. Berlin, DRV.
- Röckelein; E., Lukaszczik, M. & Neuderth, S. (2011). Neue Ansätze zur arbeitsplatzbezogenen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt*, 54, 436-443.
- Streibelt, M. & Bethge, M. (2009). Return to Work? Identifikation besonderer beruflicher Problemlagen in der medizinischen Rehabilitation . Lengerich u. a., Pabst.
- Streibelt, M. & Buschmann-Steinhage, R. (2011). Ein Anforderungsprofil zur Durchführung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation aus der Perspektive der gesetzlichen Rentenversicherung. *Rehabilitation* 50, 160-167.

Entwicklung und qualitative Evaluation eines diversitätssensiblen Fragebogens zur Erfassung von Bedürfnissen in der rehabilitativen Versorgung

Aksakal, T. (1), Yilmaz-Aslan, Y. (2), Akbulut, N. (2), Razum, O. (2), Brzoska, P. (3)

(1) Universität Bielefeld, Universität Witten/Herdecke, (2) Universität Bielefeld,
(3) Universität Witten/Herdecke

Zielstellung

Diversitätsmerkmale wie Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund gehen in der Gesundheitsversorgung mit unterschiedlichen Bedürfnissen und Erwartungen einher. In der Rehabilitation werden diese Bedürfnisse und Erwartungen oft nicht ausreichend erfasst und berücksichtigt. Unerfüllte Versorgungserwartungen können bei Rehabilitanden/innen zu Unzufriedenheit mit der Versorgung führen und sich negativ auf den Behandlungserfolg auswirken (Brzoska et al., 2017; Brzoska und Razum 2017; Deck et al. 1999). Diversitätssensible Maßnahmen können die Nutzerorientierung in der Versorgung erhöhen. Um solche Maßnahmen entwickeln und implementieren zu können, ist es notwendig, die Rahmenbedingungen vor Ort in der Einrichtung im Sinne einer Ist-Analyse zu untersuchen. Im Rahmen dieses Beitrags stellen wir exemplarisch das Ergebnis einer solchen Ist-Analyse vor, die wir in einer Rehabilitationseinrichtung in Nordrhein-Westfalen durchgeführt haben. Wir beschreiben ferner die Entwicklung und Evaluation eines Fragebogens zur Bedürfniserfassung, der als eine von mehreren Maßnahmen aus den Ergebnissen der Ist-Analyse abgeleitet wurde.

Methoden

Es wurden 12 Rehabilitanden/innen und 16 Mitarbeiter/innen mittels qualitativer, leitfadengestützter Interviews befragt. Die Interviews wurden inhaltsanalytisch ausgewertet. Zudem wurden schriftliches Informationsmaterial (Broschüren, Flyer, Internetseiten) der Einrichtung analysiert und teilnehmende Beobachtungen durchgeführt. Auf Basis der Ergebnisse wurde anschließend gemeinsam mit Mitarbeitern/innen der Einrichtung ein diversitätssensibler Fragebogen zur Bedürfniserfassung als eine von mehreren Maßnahmen entwickelt. Dieser wurde bei Rehabilitanden/innen zu Beginn ihrer Rehabilitationsmaßnahme im Rahmen des Aufnahmegesprächs implementiert und qualitativ mittels Befragungen von Rehabilitanden/innen und Mitarbeiter/innen evaluiert.

Ergebnisse

Ziel des entwickelten diversitätssensiblen Fragebogens zur Bedürfniserfassung war es, die Kommunikation zwischen Behandelnden und Rehabilitanden/innen anzuregen und eine Grundlage für die Erfassung und Diskussion über Versorgungserwartungen zu bieten. Dazu wurden sowohl geschlossene als auch offene Fragen zur Erkrankung, zu persönlichen Bedürfnissen, Bedarfen, Erwartungen, Wünschen und zu den Rehabilitationszielen

entwickelt. Zudem wurden die Rehabilitanden/innen nach ihren Alltagsgewohnheiten, nach ihrer Religion und nach der sprachlichen Verständigung gefragt. Die qualitative Evaluation des Fragebogens zur Bedürfniserfassung deutete auf einen positiven Effekt seiner Nutzung hin. Sowohl die betreuende Mitarbeiterin als auch die Rehabilitanden/innen gaben an, dass die Kommunikation untereinander besser funktionierte und es weniger Irritationen zu Beginn der Rehabilitation gab. Außerdem erklärte das Gesundheitspersonal, dass Rehabilitanden/innen, die mit dem Fragebogen betreut wurden, engagierter und motivierter waren.

Fazit

Eine geringe Informiertheit über die Rehabilitation kann zu unrealistischen Erwartungen führen. Unerfüllte Erwartungen können sich negativ auf Rehabilitationsergebnisse auswirken (Brzoska et al., 2010, Aksakal et al., 2017). Im Rahmen der vorliegenden Studie thematisierten sowohl Rehabilitanden/innen als auch Mitarbeiter/innen den mangelnden Austausch zwischen Behandelnden und Rehabilitanden/innen als eine Ursache für unrealistische Erwartungen. Die Rehabilitanden/innen gaben ferner an, dass nicht immer über ihre Rehabilitationsziele gesprochen werde. Die qualitative Evaluation des Bedürfniserfassungsbogens deutet auf einen positiven Effekt hin. Rehabilitanden/innen, die mittels des diversitätssensiblen Fragebogens betreut wurden, erachteten die Maßnahme als sinnvoll und wurden durch das Gesundheitspersonal als engagierter im Hinblick auf die Rehabilitationsmaßnahme eingeschätzt. Im klinischen Alltag könnte der Fragebogen zur Bedürfniserfassung sowohl vor dem Beginn der Rehabilitationsmaßnahme an die Rehabilitanden/innen zum Ausfüllen zugeschickt als auch beim Aufnahmegespräch als Gesprächsleitfaden zwischen dem/der Behandelnden und dem/der Rehabilitand/in verwendet werden. In zukünftigen Untersuchungen sollte der Fragebogen mittels eines randomisiert-kontrollierten Studiendesigns auf seine Wirksamkeit hin evaluiert werden.

Förderung: Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V.

Literatur

- Aksakal, T., Langbrandtner, J., Yilmaz-Aslan, Y. et al. (2017): Versorgungserwartungen von Menschen mit Migrationshintergrund und Möglichkeiten ihrer Berücksichtigung in der mediz-nischen Rehabilitation – unter besonderer Betrachtung von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund - Abschlussbericht. Universität Bielefeld, TU Chemnitz, Universität Lübeck;. Im Internet: <http://www.reha-vffr.de/image>.
- Brzoska P, Razum O. (2017). Herausforderungen einer diversitätssensiblen Versorgung in der medizinischen Rehabilitation. Rehabilitation (Stuttgart), online ahead of print
- Brzoska, P., Sauzet, O., Yilmaz-Aslan, Y., Widera, T., Razum, O. (2017): Satisfaction with rehabilitative health care services among German and non-German nationals residing in Germany: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 7: e015520.
- Brzoska, P., Voigtländer, S., Reutin, B., Yilmaz-Aslan, Y., Barz, I., Starikow, K., Reiss, K., Dröge, A., Hinz, J., Exner, A., Striedelmeyer, L., Krupa, E., Spallek, J., Berg-Beckhoff, G., Schott, T., Razum, O. (2010): Rehabilitative Versorgung und gesundheitsbedingte Frühberentung von Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Forschungsbericht 402. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

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

Der Patient Needs in Asthma Treatment (NEAT) Fragebogen. Weiterführende Validierung eines patientenzentrierten Messinstruments

Schreitmüller, J. (1), Apfelbacher, C. (2), Sheikh, A. (3), Loerbroks, A. (1)

(1) Universität Düsseldorf, (2) Universität Regensburg, (3) University of Edinburgh

Zielstellung

Studien ergeben, dass Patient*innen mit Asthma über unerfüllte Bedürfnisse im Kontext ihrer Therapie berichten. Die Berücksichtigung dieser Bedürfnisse könnte zu einer Verbesserung der Adhärenz und Asthmaprognose (Canonica et al., 2007) und somit zu einer günstigeren Erwerbsprognose beitragen. (Taponen et al., 2017) Eine wesentliche Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass Bedürfnisse verlässlich und valide erfasst werden können. Da ein entsprechendes Instrument bislang nicht vorlag, haben wir in einer Mixed-Method-Studie den „Patient Needs in Asthma Treatment“ (NEAT) Fragebogen entwickelt und eine erste Validierung vorgenommen. (Loerbroks et al., 2016) Diese gilt es fortzuführen, damit der Bogen in Forschung und Praxis, z.B. in Rehabilitationskliniken, angewendet werden kann.

Methoden

Der NEAT wurde mit verschiedenen psychometrischen Maßen in zwei Studien umfangreich überprüft. So wurde Validität (im Quer- und Längsschnitt), Veränderungssensitivität und Minimal important change (MIC, kleinste Veränderung, die Patient*innen als wichtig bewerten) (Studie 1) sowie Reliabilität und Smallest detectable change (SDC, kleinste Veränderung, die durch das Instrument detektiert werden kann) (Studie 2) untersucht.

In Studie 1 nahmen im Jahr 2014 (Baseline) und 2017 (Follow-up) 207 Proband*innen an einer Erhebung teil, die u.a. den NEAT, den Asthmakontrolltest (ACT), den Asthma-Quality of Life Questionnaire-Sydney (AQLQ-S) sowie eine Frage zur Behandlungszufriedenheit umfasste. In Studie 2 (2018) füllten 78 Proband*innen den NEAT in einem Abstand von vier Wochen zwei Mal aus. Alle Teilnehmenden bestätigten, eine ärztliche Asthma-Diagnose erhalten zu haben.

Ergebnisse

Validität: Bei linearer Regression mit Follow-up-Daten im Querschnitt waren unerfüllte Bedürfnisse im NEAT assoziiert mit geringer Asthmakontrolle ($\beta = -0.21$; $p = 0.01$), geringer asthmadezogenen Lebensqualität (LQ, $\beta = 0.31$; $p < 0.01$) sowie niedriger Behandlungszufriedenheit ($\beta = -0.59$; $p < 0.01$). Unerfüllte Bedürfnisse zur Baseline sagten geringe Behandlungszufriedenheit zum Follow-up vorher ($\beta = -0.28$; $p < 0.01$), nicht aber Asthmakontrolle oder asthmadezogene LQ. Die Berechnung der Veränderungssensitivität ergab, dass Veränderungen im NEAT mit Veränderungen in der asthmadezogenen LQ ($\beta = -0.21$; $p < 0.01$) sowie der Behandlungszufriedenheit ($\beta = -0.36$; $p < 0.01$) assoziiert waren. Die Berechnung der MIC (ankerbasiert) zeigte, dass Proband*innen, bei denen sich der NEAT

zwischen Baseline und Follow-up um 4 oder mehr Bedürfnisse erhöhte, geringere Behandlungszufriedenheit im Follow-up berichteten ($\beta = -0.17$; $p = 0.01$). Test-Retest-Reliabilität: Durch Korrelationen zwischen NEAT-Baseline und Follow-up Werten konnte adäquate Reliabilität bestätigt werden (Intraklassenkorrelation = 0.79). Die SDC war mit durchschnittlich 5 unerfüllten Bedürfnissen etwas größer als die MIC und sollte deshalb eher als Cut-off gewählt werden.

Fazit

Der NEAT ist ein vielversprechendes Instrument zur Erhebung von Bedürfnissen bei Patient*innen mit Asthma. In einem nächsten Schritt soll dieser im Reha-Setting überprüft werden. Dabei füllen Rehabilitand*innen vor und nach ihrer Rehabilitationsmaßnahme den NEAT aus. Es soll untersucht werden, ob eine Bedürfnisverbesserung durch pulmonale Rehabilitation im NEAT abgebildet werden kann (Veränderungssensitivität bei Intervention). Der NEAT könnte dann eine patientenzentrierte Planung von rehabilitativen Maßnahmen und deren Evaluation bei Asthma unterstützen.

Förderung: Deutsche Forschungsgemeinschaft

Literatur

- Canonica, G., Baena-Cagnani, C., Blaiss, M., Dahl, R., Kaliner, M., Valovirta, E. (2007): Unmet needs in asthma: Global Asthma Physician and Patient (GAPP) Survey: global adult findings. *Allergy*, 62(6). 668-74.
- Loerbroks, A., Leucht, V., Keuneke, S., Apfelbacher, C.J., Sheikh, A., Angerer, P. (2016): Patients' needs in asthma treatment: development and initial validation of the NEAT questionnaire. *Journal of Asthma*, 53(4). 427-37.
- Taponen, S., Lehtimäki, L., Karvala, K., Luukkonen, R., Uitti, J. (2017): Correlates of employment status in individuals with asthma: a cross-sectional survey. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 12(1). 19.

Interne MBOR-Belastungserprobung: Ergebnisse eines standardisierten neurokognitiven Prüfverfahrens

Claros-Salinas, D., Menzel, C., Dettmers, C.

Kliniken Schmieder Konstanz

Zielstellung

Das MBOR-Anforderungsprofil (Deutsche Rentenversicherung, Stand 2015) definiert Belastungserprobung als eine primär diagnostische Leistung, für welche möglichst realitätsnahe Arbeitsbedingungen bereitgestellt werden. Für die Belastungserprobung neurologischer Patienten, bei denen neurokognitive Leistungsdefizite häufig die berufliche Teilhabe entscheidend bestimmen, wurde ein Prüfverfahren entwickelt, das kognitive Anforderungen mit möglichst allgemeiner beruflicher Relevanz enthielt, durch Parallelformen (Version A vs. B) einen Leistungsvergleich im Tagesverlauf ermöglichte und mit einer erprobten circadianen Aufmerksamkeitsprüfung (Claros-Salinas et al., 2010) kombiniert

wurde. Geklärt werden sollte, inwieweit an einer Stichprobe neurologischer MBOR-Patienten, mit diesem Verfahren kognitive Belastungsminderungen objektivierbar sind.

Methoden

Das Aufgabenset (in einer Pilotstudie, Menzel 2015, u.a. an hirngesunden Kontrollpersonen erprobt) enthielt fünf verschiedene Aufgabentypen mit numerischen, schriftsprachlichen und exekutiven Anforderungen:

einfaches Kopfrechnen (je 45 Aufgaben zu Addition und Subtraktion, mit und ohne Zehnerüberstieg, je 90 Aufgaben zu Multiplikation und Division im Zahlenraum bis 100);

Sortieraufgabe: 75 Firmenangaben alphabetisch nach Firmensitz (Version A) oder Firmenbranche (Version B) sortieren;

Fehlersuche im Text: Rechtschreibfehler in Texten, Umfang von ca. 1150 Wörtern, identifizieren;

Rechnung schreiben: anhand einer Bestellliste mit 16 Posten und beiliegender Preisliste Rechnung aufstellen, Gesamtpreis ausweisen;

Listenabgleich: die Abschrift einer Originalliste auf Fehler überprüfen;

Email-Postfach bearbeiten: bei 100 Emails Werbemails identifizieren

Ausgewertet wurden Fehler und Leistung pro Zeit, indem eine Fehlerrate als Proportionalitätsfaktor definiert wurde, der den Zusammenhang zwischen der Grundgesamtheit der bearbeiteten Aufgaben und der Anzahl der Fehler pro Zeiteinheit beschreibt. Je größer die Anzahl der Fehler innerhalb einer benötigten Zeitspanne relativ zu der Anzahl an überhaupt bearbeiteten Aufgaben, desto höher die Fehlerrate.

Zu jedem Aufgabentyp wurden in Umfang und Schwierigkeitsgrad identische Parallelversionen (Version A / B) konzipiert. Bei der klinikinternen, sich über einen Tag erstreckenden Belastungserprobung erhielt der Rehabilitand die Anweisung, pro Aufgabe maximal 15 Minuten Zeit aufzuwenden (Gesamtbearbeitungszeit für Version A und B von vier Stunden, ohne Pausen).

Durch Kombination mit einer morgens, mittags und nachmittags durchgeführten Aufmerksamkeitsprüfung (TAP, Untertests zu tonischer Alertness, selektiver und geteilter Aufmerksamkeit, Zimmermann & Fimm, 2012) sowie einer subjektiven Einschätzung der kognitiven Leistungsfähigkeit (Erschöpfungsskala) zu jedem der drei Tageszeitpunkte erhöhte sich die Durchführungsdauer auf ca. sechs Stunden (incl. Kurzpausen; zuzüglich 60-minütige Mittagspause).

Ergebnisse

Konsekutiv eingeschlossen wurden 70 Patienten, die einem MBOR-Programm zugewiesen waren: 49,2 % Frauen; Alter (Mw): 45,8 (+/- 9,5) Jahre; 21,7 % zerebrovaskuläre Erkrankungen; 49,3 % MS; 11,6 % SHT; 5,8 % Tumor; 11,6 % Sonstige; Dauer der Arbeitsunfähigkeit (Mw): 7,2 (+/-12,03) Monate.

Der Vergleich der Vormittags- zur Nachmittagsleistung ergab nur bei zwei komplexeren Aufgabenbereichen (Firmenverzeichnis sortieren und E-Mail Postfach bearbeiten) überzufällig höhere Fehlerraten auf Gruppenebene. Für sehr einfache Aufgabenstellungen aus dem rechnerischen Bereich (Multiplikation) waren Verbesserungen in der

Nachmittagsversion B beobachtbar, während bei anderen Aufgabenstellungen keine signifikanten Leistungsänderungen erkennbar waren.

Vergleiche der Gruppenmittelwerte für die Alertness-Messung von morgens zu mittags sowie von mittags zu nachmittags ergaben jeweils signifikante Unterschiede (vgl. t-Test, verbundene Stichprobe, 2-seitige Signifikanzprüfung, $p < .001$).

Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass ein Vergleich der Vormittags- zur Nachmittagsleistung bei berufsorientierter, neurokognitiver Belastungserprobung unter klinischen Bedingungen nicht durchgängig zu Leistungsverschlechterung führt. Vielmehr scheint ein Einfluss der Aufgabenkomplexität zu bestehen: bei kognitiven Aufgabenstellungen mit höheren exekutiven Anforderungen zeigten sich Leistungsverschlechterungen, bei numerisch basalen Anforderungen waren auch Leistungszuwächse beobachtbar, die als Übungseffekte zu werten sind.

Unabhängig davon wiesen die Veränderungen der circadian gemessenen Alertness-Werte auf eine über den Tag linear abnehmende kognitive Belastbarkeit hin, wie sie auch bei vorangegangenen Studien (Claros-Salinas et al., 2010; 2013) sowohl bei allgemeiner als auch bei erhöhter Belastung (mehrstündige, neuropsychologische Testung) nachweisbar waren.

Die diagnostische Relevanz der neurokognitiven MBOR-Belastungserprobung ist für den Einzelfall durch systematischen Bezug auf die individuellen Leistungsanforderungen am Arbeitsplatz des Rehabilitanden und umfassende Berücksichtigung von Kontextfaktoren abzusichern.

Literatur

- Claros-Salinas, D., Bratzke, D., Greitemann, G., Nickisch, N., Ochs, L., & Schröter, H. (2010). Fatigue-related diurnal variations of cognitive performance in multiple sclerosis and stroke patients. *Journal of the neurological sciences*, 295(1), 75-81.
- Claros-Salinas, D., Dittmer, N., Neumann, M., Sehle, A., Spiteri, S., Willmes, K., ... & Dettmers, C. (2013). Induction of cognitive fatigue in MS patients through cognitive and physical load. *Neuropsychological rehabilitation*, 23(2), 182-201.
- Menzel, C. (2015). Kognitive Fatigue bei MS-Patienten: Einfluss unterschiedlicher Bearbeitungsmodi bei berufsrelevanter Belastungsprüfung. Universität Konstanz
- Zimmermann, P. & Fimm, B. (2012). Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung (TAP). (Version Mobilität) Version 1.3. Herzogenrath: Psytest.

Standardisiertes ICF-bezogenes Assessment in der orthopädischen Reha möglich?!

Schmidt, S., Burkart, C., Kavelaars, B., Kassner, D., Hekler, J.

Aggertalklinik, Engelskirchen

Zielstellung

Diese Untersuchung soll einen Beitrag zur standardisierten Ergebniserfassung von orthopädischer Rehabilitation liefern und langfristig zu einer Prozessoptimierung im Rehabilitationsablauf führen, sowie zu einer Verbesserung des subjektiven Behandlungserfolges beitragen.

Das Qualitätsmanagement der Deutschen Rentenversicherung Bund, QMS-Reha® 3.0, verlangt zur Erfassung eines Rehabilitationserfolges, dass mittels geeigneter Assessmentverfahren eine systematische und regelhafte Ergebnismessung zu Beginn und zum Ende der Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt wird. Dabei gilt in der Rehabilitation zwar die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) als zentraler Baustein in der Erfassung von Rehabilitanden, diese wird aber nach Stucki et al. (2017) noch unzureichend im Rehabilitationsalltag umgesetzt. Untersuchungsstrategien zur Messung des Rehabilitationserfolges beziehen sich nahezu ausschließlich auf strukturelle Veränderungen, während die Erfassung der Aktivitäts- und Partizipationsebene von Rehabilitanden unzureichend erscheint. Des Weiteren beschreiben Grande & Romppel (2010) zur Qualität von Rehabilitation, dass subjektive Messverfahren zur Erfassung der Patienteneinschätzung eine wichtige Ergänzung in der Rehabilitation darstellen und maßgeblich die Patientenzufriedenheit und den Rehabilitationserfolg beeinflussen.

Nicht untersucht ist, inwieweit Veränderungen in den Ebenen der ICF nach der Rehabilitationsmaßnahme dargestellt werden können und welche Messverfahren sich für eine systematische und regelhafte Erfassung von Rehabilitanden im klinischen Alltag eignen.

Methoden

Die Untersuchung ist eine monozentrische Machbarkeitsprüfung zur Implementierung eines standardisierten, systematischen und regelhaft durchgeführten Assessmentcenters für orthopädische Rehabilitanden mit chronischen Beschwerden am Bewegungsapparat. Vom 01.01.2018 bis 01.10.2018 wurde ein Untersuchungsverfahren, angelehnt an den Ebenen der ICF, geplant und umgesetzt. Mittels Literaturrecherche wurden indikationsspezifische Testcluster und ein digitales Auswertungstool (Excel 2016) entwickelt. Die Machbarkeit des Untersuchungsschemas wurde mit 1006 Rehabilitanden (Frauen: n= 362, Alter: 49,53 ±8,61; Männer: n=644, Alter: 50,45 ±8,43) in der Aggertalklinik Engelskirchen geprüft. Die Umsetzbarkeit wird anhand zeitlicher Ressourcen, Anzahl durchgeführter Fragebogenauswertungen und Funktionstests, Verwendung der Daten innerhalb und außerhalb der Klinik, sowie der erfassten Rehabilitationsergebnisse bewertet.

Zum Zeitpunkt T0 werden alle angereisten Patienten in die Untersuchung eingeschlossen die zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme aufgrund eines Heilverfahrens in der Klinik erwartet werden. Diese Rehabilitanden erhalten eine zusätzliche Eingangsuntersuchung (Assessmentcenter) in der Physiotherapie. Alle Patienten, die während des

Rehabilitationsverlaufes in den vorgesehenen Maßnahmen für Patienten im Heilverfahren behandelt werden, werden nach 20 Tagen Rehabilitation, zum Zeitpunkt T1, für die Abschlussuntersuchungen eingeplant und deskriptiv ausgewertet. Maßnahmen außerhalb des standardisierten Rehabilitationsverfahren für Patienten im Heilverfahren gelten als Ausschlusskriterium. Rehabilitanden, die nicht fähig waren Fragebögen eigenständig zu beantworten, wurden von der Auswertung ausgeschlossen.

Ergebnisse

Es konnten sechs indikationsspezifische Testcluster (Obere Extremität, Wirbelsäule oberer Quadrant, Wirbelsäule unterer Quadrant, Becken-Hüftregion, Knieregion, Fußregion), bestehend aus Fragebögen und Funktionsmessungen, zur Darstellung der Aktivitäts- und Partizipationsebene und der Funktionsfähigkeit zusammengestellt werden (Roe et al., 2013; Zoet et al., 2017).

Der durchschnittliche Zeitaufwand für Aufnahme- und Abschlussuntersuchung beträgt zwischen 12,75-22,07 Minuten je Untersuchung. Daraus ergibt sich eine maximale Aufnahmekapazität von 56 Rehabilitanden pro Woche.

Es wurden 1006 Aufnahmeuntersuchungen und 828 Abschlussuntersuchungen durchgeführt. 178 Patienten wurden von der Abschlussuntersuchung ausgeschlossen. 753 Probanden erhielten ein vollständiges Untersuchungsverfahren mittels Fragebögen und funktioneller Testung. 75 Probanden erhielten eine partielle Untersuchung ohne Fragebögen.

In Abbildung 1 ist die relative Anzahl von Rehabilitanden dargestellt, die sich zum Zeitpunkt T1 auf Aktivitäts- und Partizipationsebene verbessert haben.

Relative Entwicklung auf Aktivitäts- und Partizipationsebene

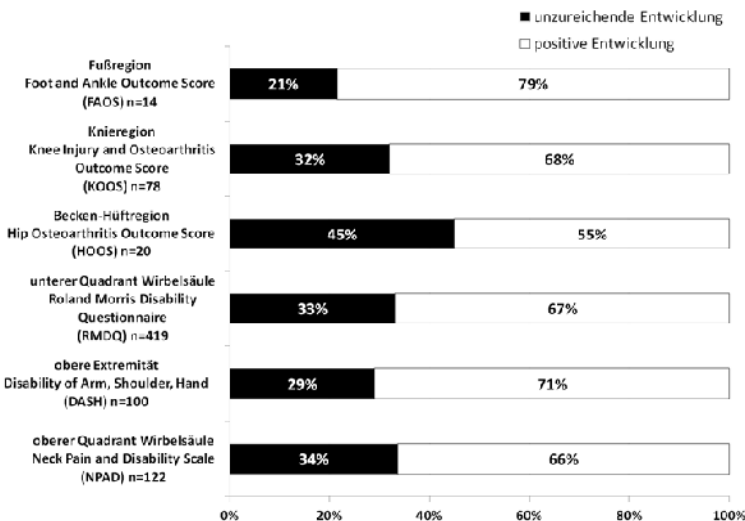


Abb. 1: Realtive Entwicklung auf Aktivitäts- und Partizipationsebene

Fazit

Der personelle Aufwand bei den Untersuchungsgesprächen im Heilverfahren ist zu einem Drittel geringer, als die Untersuchungsverfahren für Anschlussheilbehandlungen. 92,51% der

Rehabilitanden waren fähig, z. B. die Fragebögen zur Aktivitäts- und Partizipationsebene zu beantworten und 100% der Patienten konnten die Messinstrumente zur Erfassung der Funktionsebene durchführen. Eine hohe Praktikabilität für Rehabilitanden und zeitliche Ökonomie unterstützt die Umsetzbarkeit im Rehabilitationsalltag. 12,72% der Untersuchungsgruppe konnten wegen klinikinterner Umdisponierung nicht an der Abschlussuntersuchung teilnehmen.

Der interdisziplinäre Austausch von Rehabilitationsergebnissen innerhalb der Aggertalklinik wird durch die Dokumentation im Krankenhausinformationssystem ermöglicht. Die Daten der Eingangs- und Ausgangsuntersuchung sind im medizinischen Abschlussbericht integriert und vermitteln die Entwicklung des Rehabilitanden. Die Akzeptanz des Assessmentcenters außerhalb der Klinik kann derzeit nicht bewertet werden, da keine externen Rückmeldungen erfolgen.

Die Ergebnisse der ausgewerteten Fragebögen und Funktionstests zeigen überwiegend positive Entwicklungen der Patienten (55%-79%) und unterstützen die Aussagen des Berichtes zur Ergebnisqualität in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung (Haaf, 2009). Im Vergleich der Testcluster konnten unterschiedliche Ausprägungen in der Entwicklung von Rehabilitanden festgestellt werden.

Das Assessmentcenter erweist sich als praktikables Instrument, um Rehabilitanden eine Entwicklung der Aktivitäts- und Partizipationsebene, sowie der Funktionsfähigkeit darzustellen. Inwieweit die Perspektive des Patienten zum Rehabilitationserfolg dadurch beeinflusst wird und ob ein Zusammenhang zu subjektiver Zufriedenheit und Behandlungserfolg besteht, sollte in weiteren Untersuchungen geprüft werden.

Literatur

- Grande, G., & Romppel, M. (2010). Die Wahrheit liegt im Auge des Betrachters? Qualität in der Rehabilitation aus Sicht der Patientinnen und Patienten: The truth is in the eye of the beholder? Quality in rehabilitation from the patients' perspective. *Die Rehabilitation*, 49(6), 376–382.
- Haaf, H. G. (2009). Reha-Erfolge - Ist die Reha überhaupt wirksam? Ergebnisqualität in Der Medizinischen Rehabilitation Der Rentenversicherung, 1, 10–46.
- Roe, Y., Soberg, H. L., Bautz-Holter, E., & Ostensjo, S. (2013). A systematic review of measures of shoulder pain and functioning, disability and health (ICF). *BMC Musculoskeletal Disorders*, 73(14).
- Stucki, G., Zampolini, M., Jucevicius, A., Negrini, S., & Christodoulou, N. (2017). Practice, science and governance in interaction: European effort for the system-wide implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in physical and rehabilitation medicine. *Eur J Phys Rehabil Med*, 53, 299–307.
- Zoet, R. M. de, Osmotherly, P. G., Rivett, D. A., Farrell, S. F., & Snodgrass, S. J. (2017). Sensorimotor control in individuals with idiopathic neck pain and health individuals: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 98(6), 1257–1271.

Ankerbasierte Ermittlung klinisch relevanter Veränderung depressiver Symptomatik – Patientenperspektive

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

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

Zielstellung

Therapeutische Wirksamkeitsstudien sind nur dann aussagekräftig, wenn sie eine Information über die klinische Relevanz der erzielten Veränderungen liefern (Reinecke, 2010). Hierzu wurden in der Psychosomatik/Psychotherapie 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 Kriterium 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 Patienten selbst. So kann der kleinste klinisch bedeutsame Unterschied (minimal clinically important difference; MCID) ermittelt werden, die kleinste Veränderung in den Werten eines Messinstrumentes, die vom Patienten als wesentlich wahrgenommen wird (Jaeschke et al., 1989).

Methoden

4781 Datensätze von Patienten mit depressiver Symptomatik der Parkland-Klinik Bad Wildungen 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 aus Sicht des Patienten (patient global impression of change; PGIC) 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. 10 Rohwertpunkte im CES-D-15 war mit der Einschätzung „etwas gebessert“ assoziiert und entsprach damit nach unserer Definition dem kleinsten klinisch bedeutsamen Unterschied. Der Kategorie „deutlich gebessert“ entsprach eine Reduktion von etwa 17 Punkten, während geringe Verbesserungen um ungefähr 6

Punkte mit der CGIC-Kategorie „unverändert“ korrespondierten. Dieses Bild erwies sich auch bei differenzierter Betrachtungsweise über die Variablen Alter, Geschlecht, 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.

Fazit

Es zeigten sich weitgehend konsistente Ergebnisse für verschiedene Patientengruppen, die vorerst 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.

Assessmentverfahren für Rehabilitanden und Rehabilitandinnen mit nicht deutschsprachigem Hintergrund: Ein Überblick

Ehrmann, K. (1), Lukaszczik, M. (1), Röckelein, E. (2), Erbstößer, S. (2), Vogel, H. (1)
(1) Universität Würzburg, (2) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Zielstellung

Für ein effizientes Reha-Management ist es notwendig, frühzeitig im Verlauf möglichst viele Informationen und Daten zu erheben, die Aussagen über vorhandene Einschränkungen, Belastungen und Ressourcen eines Rehabilitanden, relevante Kontextfaktoren und Erwartungen/Reha-Bedürfnisse zulassen. Auch der Behandlungsfortschritt und die ergebnisse sollten im optimalen Fall mit standardisierten Assessments erfasst werden können.

Die Behandlung von Rehabilitanden mit unterschiedlichen ethnischen bzw. kulturellen Hintergründen gehört mittlerweile zur alltäglichen Praxis in der Rehabilitation. Kulturelle und sprachliche Barrieren und Verständigungsschwierigkeiten stellen Kliniker dabei häufig vor große Probleme hinsichtlich einer bestmöglichen Versorgung. Bei diesen Rehabilitanden bestehen erhebliche Herausforderungen, was die Erfassung von relevanten Informationen hinsichtlich Anamnese, Verlaufsbewertung und Reha-Ergebnisse betrifft.

Es fehlt bislang eine für den Reha-Sektor nutzbare Zusammenstellung geeigneter Assessments (vorrangig Fragebogenverfahren), die im optimalen Fall über eine bloße Übersetzung vorhandener Tests hinausgehen und stattdessen kulturelle und linguistische Äquivalente sind. Das von der DRV Bund geförderte Projekt „Rehanid“ sollte sich dieser Aufgabenstellung widmen.

Methoden

- Zusammenstellung und Systematisierung von fremd-sprachigen Assessments, die im Kontext der Rehabilitation für Antragsteller/Rehabilitanden mit nicht deutschsprachigem Hintergrund/Migranten genutzt werden können (Reha-Bedarfsprüfung, Erhebung von Kontextfaktoren, Reha-Verlaufsmessung, Outcomemessung, Prognoseeinschätzung).
- Vorschläge für die Realisierung eines einfachen Zugangs zu den Assessments durch potentielle Nutzer für die Rehabilitation bei Menschen mit Migrationshintergrund.

Die Recherche von Assessments, die im deutschsprachigen Raum Einsatz finden bzw. eingesetzt werden können, erfolgte per

- o Literaturanalyse und Internetrecherche
- o Handsuche
- o Online-Expertenbefragungen

Insgesamt wurden 657 Organisationen, Kliniken und relevante Kontaktpersonen per Email mit einem kurzen Online-Fragebogen kontaktiert, darüber hinaus wurde der Fragebogen über Mailinglisten und Internetforen verbreitet.

Ergebnisse

Die Expertenbefragung erbrachte 60 Antworten. 35 fremdsprachige Verfahren werden aktuell benutzt – meist liegen Versionen für mehrere Sprachen vor, häufig in Englisch, Türkisch, Französisch und Spanisch, gelegentlich auch in Russisch und Serbokroatisch. Die überwiegende Zahl der Instrumente bezieht sich auf die Erfassung psychischer Eigenschaften, Symptome und Belastungen, allerdings finden sich auch fremdsprachige allgemeine Anamneseinstrumente und übersetzte rehaspezifische Fragebögen (z.B. Würzburger Screening, Work Ability Index,). Es wurden explizite Wünsche nach 26 weiteren fremdsprachigen Verfahren geäußert. Hier geht es nicht selten um Instrumente, die im durchaus in der gewünschten Fassung vorhanden sind, aber offenbar für den Fragenden nicht verfügbar oder zugänglich.

In den Datenbanken der Zentralstelle für psychologische Information und Dokumentation (ZPID) und der Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen (ZIS) konnten zusätzlich 504 Tests in 75 Sprachen identifiziert werden. Diese ließen sich den Kategorien berufs- und arbeitspsychologische Tests (n=10), Individuum und Persönlichkeit (n=13), klinische Verfahren (n=455), Kultur, Religion, Moral, Bildung, Politik (n=5), Rehabilitation (n=18) und Sozialisation (n=3) näher zuordnen.

In der Literaturrecherche gab es neben Beiträgen zu Einsatzmöglichkeiten von fremdsprachigen Assessments auch Hinweise auf Online-Verfahren zur näheren berufsbezogenen Kompetenz- und Interessendiagnostik, die speziell für geflüchtete Menschen entwickelt wurden und in mehreren Sprachen genutzt werden können.

Fazit

Für die Bewertung der Reha-Ausgangssituation, des Verlaufs und des Rehabilitationsergebnisses eignen sich vor allem standardisierte Verfahren. Sie existieren häufig in unterschiedlichen Sprachen. Die Ergebnisse entsprechender übersetzter Instrumente bieten prima vista tatsächlich auch eine entsprechende Orientierung. Es liegen aber neben der Übersetzung oft keine näheren Daten über die Testgüte, insbesondere die Validität der übersetzten Fassung, vor. Ohne sorgfältige Validierungsstudien sind die Ergebnisse derartiger übersetzter Assessments allerdings nur unter Vorbehalt zu interpretieren, weil die Gültigkeit der Normwerte für den anderen Sprach- und Kulturraum und die Vergleichbarkeit mit den Normwerten aus anderen Sprach-/Kulturräumen nicht gesichert ist (vgl. Kobelt et al., 2011, Mahler et al. 2009).

Trotz der ernsten methodischen Einschränkungen muss der Versorgungsalltag gestaltet werden. Die Verfügbarkeit und der angemessene Einsatz fremdsprachiger Assessments, die zumindest explorativ verwendet werden können, und anderer Hilfsmittel stellt dann eine mögliche Hilfe dar. Die Einbeziehung von Sprachmittlern und Dolmetschern ist eine weitere wichtige Unterstützung, die allerdings erheblich mehr organisatorischen Aufwand verlangt. Sie können nicht nur beim Erstgespräch, der Anamnese und der orientierenden Diagnostik helfen, sondern auch den Rehabilitanden die Fragebögen erklären bzw. indem ihnen die Instruktion in der Muttersprache geben und bei der Auswertung helfen (Karl-Trummer et al., 2006).

Insgesamt bedarf der Umgang mit Sprachproblemen in der medizinischen Rehabilitation aufgrund des zunehmenden Bedarfs einer umfassenden weiteren Aufbereitung (Möske et al., 2018).

Der Zugang zu bereits vorhandenen Instrumenten in verschiedenen Sprachen ist für Praktiker häufig erschwert. Auch bestehen zeitliche Einschränkungen und das Fehlen von übersichtlichen Informationen. Viele der befragten Expert/innen bestätigten den erheblichen Bedarf an Transparenz in diesem Feld und an einfacher Orientierung. Eine übersichtliche Zusammenstellung fremdsprachiger Instrumente an einer leicht zugänglichen Stelle, beispielsweise als Datenbank im Internet, könnte hier ein wichtiges Hilfsmittel für die Reha-Einrichtungen darstellen. Für eine verbesserte Nutzung dieser Instrumente sind neben der Zugänglichkeit auch die Anwendungsvoraussetzungen weiter zu klären und Hinweise zum Umgang mit Limitationen zu erarbeiten.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Karl-Trummer, U., Krajcic, K., Novak-Zezula, S. & Pelikan, J.M. (2006). Das „Migrantenfremdliche Krankenhaus.“: Erfahrungen und Ergebnisse aus einem Europäischen Projekt. Verlag für Gesundheitsförderung. Berlin.
- Kobelt, A., Göbber, J. & Petermann, F. (2011). Die Bedarfsfrage in der Rehabilitation und die Versorgung neuer Zielgruppen. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 54(4), 475-481.
- Machleidt, W. & Heinz, A. (Hrsg.). (2011). Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit. Elsevier Health Sciences.

- Mahler, C., Jank, S., Reuschenbach, B. & Szecsenyi, J. (2009). Komm, lass uns doch schnell mal den Fragebogen übersetzen. Richtlinien zur Übersetzung und Implementierung englischsprachiger Assessment-Instrumente. *Pflegewissenschaft*, 11(1), 5-12.
- Möske, M., Handtke, O. & Schulz, H. (2018). Interkulturelle Öffnung in der Rehabilitation—die Hamburger Perspektive. *Die Rehabilitation*, 57, 11-13.

Systematische Erfassung besonderer beruflicher Problemlagen (BBPL) und sozialmedizinischer Aspekte zwecks Abstufung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) onkologischer Rehabilitanden.

Mustroph, D., Kaden, B.

Klinik Nordfriesland, St. Peter-Ording

Zielstellung

Zielsetzung ist ein klinisches Konzept, das die Rehabilitanden systematisch auf das Vorhandensein einer BBPL und die Eignung für MBOR-B überprüft. Sozialmedizinische Aspekte werden als integraler Bestandteil der Rehabilitation erfasst und durch Supervision im MBOR-Board abgeglichen. Hierdurch soll sozialmedizinisches Denken dokumentiert, verständlich kommuniziert und das Erlernen erleichtert sowie ein rationales Verordnungsverhalten erreicht werden. Durch die Datenanalyse erhoffen wir eine Basis weiterer wissenschaftlicher Diskussionen.

Methoden

Zur Identifizierung der Patienten für MBOR-B sind Charakteristika (BBPL) validiert:

1) Berufsrelevante Funktionseinschränkungen, die eine zeitnahe Wiedereingliederung in den Beruf erschweren. 2) Arbeitslosigkeit. 3) Eine absehbar ablaufende EM-Rente. 4) Eine absehbare berufliche Um-/Neuorientierung. 5) Ein inadäquates Rentenbegehren. 6.) Patienten mit hoher beruflicher Belastung (Würzburger Screening BB-Score ≥ 9 Punkte). 7) Patienten mit hohem beruflichen Therapiewunsch (im Würzburger Screening IBT-Score ≥ 6 Punkte sowie vergleichbarer Cut off Simbo C).

In der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung werden Rehabilitanden (§ 15 SGB VI) auf das Vorliegen von BBPL geprüft und durch die Auswahl entsprechender Merkmale im Klinikinformationssystem dokumentiert. Zweifelsfälle werden in einer interdisziplinären Gesprächsrunde (MBOR-Board) unter der Leitung erfahrener Sozialmediziner besprochen.

Merkmal BBPL: Erläuterung:

„KBBPL“ Keine besondere berufliche Problemlage

„MBOR: FU“ berufsrelevante Funktionseinschränkung, die eine zeitnahe Wiedereingliederung in den Beruf erschwert.

„MBOR: AL“ Arbeitslosigkeit

„MBOR: EM1/2“ absehbar ablaufende EM-Rente (1/2-Jahr)

„MBOR: UM“ absehbare berufliche Um-/Neuorientierung

„MBOR: INA“ inadäquates Rentenbegehren

Nach Auswahl KBBPL erhält der Rehabilitand Verordnungen entsprechend MBOR-A.

Ein MBOR- Merkmal zieht grundsätzlich die problemzentrierte Verordnung MBOR-B-spezifischer Angebote nach sich. Bei relevanten Gegenargumenten wird trotz BBPL ein Veto eingelegt und gegen MBOR-B entschieden:

Merkmal Veto: Erläuterung:

„MBOR-Veto: Motiv“ Unzureichende Motivation des Rehabilitanden für das MBOR-B-Programm anzunehmen.

„MBOR-Veto: LU“ Leistungsfähigkeit < 3 Stunden anzunehmen.

„MBOR-Veto: TX“ Tumorspezifische Therapie mittlerer bis höherer Intensität zeitnah geplant.

„MBOR-Veto: Lösung“ Die BBPL ist absehbar gelöst.

„MBOR-Veto“ Sonstige Gründe

Beschreibung der Stichprobe (Zeitraum 17.09.18 bis 12.10.18):

Anonymisierte Daten von 123 routinemäßig stationär aufgenommenen onkologischen Rehabilitanden (§15, solide Tumore und Hämoblastosen, keine ZNS- oder HNO-Tumore) Kostenträger ARGE/DRV.

Ergebnisse

Die routinemäßige Diskussion im MBOR-Board wurde von den Kollegen als wichtiges Instrument zur Klärung von Zweifelsfällen wahrgenommen. Mitarbeiter involvierter Berufsgruppen empfanden die einsehbare Einstufung als hilfreich für ihre Arbeit mit dem Patienten. In der Einführungsphase waren überraschend unterschiedliche Lernkurven festzustellen. Die Option KBBPL auszuwählen hat dazu geführt, dass die Entscheidung im MBOR-Board überprüf- und korrigierbar ist. Das Verständnis für BBPL führte zu einer wesentlichen Verbesserung der Ersteinstufung sowie einer größeren Übereinstimmung im MBOR-Board.

Diskussion: Bei 16 % der Patienten wurde trotz vorhandener BBPL eine Entscheidung gegen ein MBOR-B-Programm durch Formulierung eines Vetos eingelegt. Hierdurch wird eine rationale und kostenbewusste Rehabilitation gefördert. Übereinstimmend mit anderen Literaturquellen wurden 15 % der Rehabilitanden in Stufe MBOR-B behandelt.

Abb. 1. Differenzierung der BBPL in %

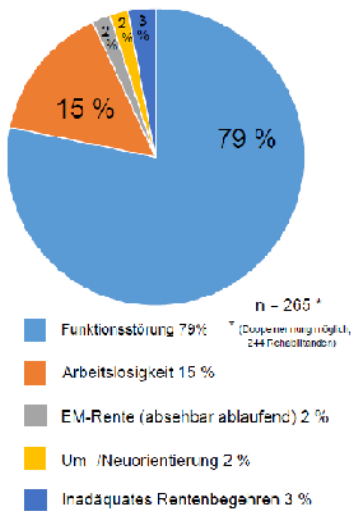


Abb. 2. Differenzierung der Vetos gegen MBOR-B trotz BBPL in %

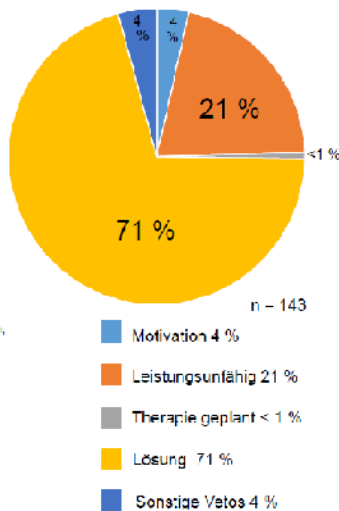


Abb. 3. Abschließende Einstufung der Rehabilitanden in %

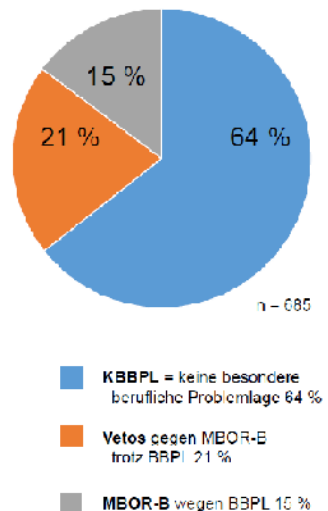


Abb. 1: Differenzierung der BBPL: In der von uns untersuchten Population hatten 63 % keine BBPL. Eine berufsrelevante Funktionsstörung, die eine zeitnahe Wiedereingliederung erschwert, wurde bei 29 % der Patienten festgestellt. 10 % der Rehabilitanden waren arbeitslos. Bei 1 % der Patienten war eine berufliche Neuorientierung absehbar. Eine auslaufende EM-Rente oder ein inadäquates Rentenbegehren spielten in der Stichprobe keine Rolle.

Abb. 2: Differenzierung der Vetos bei besonderen beruflichen Problemlagen: Trotz vorhandener Problemlage war der Grund ein Veto einzulegen zu 65% eine vorhandene Lösungsstrategie. Bei 22 % der eingelegten Vetos war eine Leistungsunfähigkeit vorliegend. Bei 9 % waren sonstige Gründe Anlass für ein Veto. In dieser Stichprobe war keine Therapie mittlerer oder stärkerer Intensität die Begründung. Bei 4 % der Rehabilitanden erschien die Motivation unzureichend.

Abb. 3: Zusammensetzung der Rehabilitanden: 66 % der Rehabilitanden wiesen keine besondere Problemlage auf. 19 % der Rehabilitanden wiesen zwar eine BBPL auf, eine Therapieverordnung nach MBOR-B erfolgte wegen der eingelegten Vetos nicht. 15 % der Rehabilitanden wurden entsprechend MBOR-B behandelt.

Fazit

Zusammenfassend unterstützt das Konzept ein systematisches Screening nach einer BBPL. Ein begründetes Veto trägt zur optimierten Verordnung bei. Im MBOR-Board werden sozialmedizinische Einschätzungen kommuniziert, transparent und besser erlernbar. Die Merkmale bieten eine wertvolle Grundlage zur Identifizierung von Einflussfaktoren, die Formulierung sozialmedizinischer Hypothesen und die Basis weiterer wissenschaftlicher Diskussionen.

Literatur

Bergelt, C., Albrecht, D., Barth, J., Mehnert, A. (2018): Identifikation besonderer beruflicher Problemlagen bei Krebspatientinnen und Krebspatienten anhand unterschiedlicher Screeninginstrumente; DRV-Schriften Band 113, 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, S. 40-42.

Randomisiert-kontrollierte Studien in der Rehabilitationsforschung – Bedeutung und konzeptuelle Grenzen

*Meyer, T. (1), Levack, W. (2), Negrini, S. (3), Gimigliano, F. (4), Arienti, C. (5),
Rathore, F. (6), Malmivaara, A. (7)*

- (1) Universität Bielefeld, (2) University of Otago, Wellington, (3) University of Brescia,
(4) University of Campania "Luigi Vanvitelli", Caserta,
(5) IRCCS Fondazione Don Gnocchi, Mailand,
(6) Bahria University Medical and Dental College, Karachi,
(7) Centre for Health and Social Economics, Helsinki

Zielstellung

Das Paradigma der Evidenz-basierten Medizin und die damit einhergehenden verbesserten Qualitätsstandards in der klinischen Forschung haben auch das Feld der Rehabilitation deutlich verändert. Wie in vielen anderen Bereichen der Medizin wird mittlerweile auch in der Rehabilitation für den Beleg der Wirksamkeit einer Intervention ein randomisiert-kontrolliertes Studiendesign gefordert. Diese Forderung bleibt allerdings nicht unumstritten, Zweifel wurden für den generellen Nutzen von randomisiert kontrollierten Studien (RCT) für die Verbesserung der Rehabilitationspraxis formuliert (z. B. Kersten 2010; Malmivaara 2015). Cochrane Rehabilitation steht an der Nahtstelle zwischen der systematischen Aufarbeitung wissenschaftlicher Evidenz auf der einen Seite, und der Vermittlung dieser Evidenz in die Rehapraxis auf der anderen Seite (das sog. Knowledge Translation). Vor dem Hintergrund der zentralen Bedeutung des RCT in der Diskussion um Evidenz für die Rehapraxis zielt der folgende, aus der Methodengruppe von Cochrane Rehabilitation entstandene Beitrag darauf, a) die Vor- und Nachteile von RCTs in der Rehabilitationsforschung systematisch aufzuarbeiten und b) zukünftige Bedarfe zur Weiterentwicklung von Methoden bzw. Methodologien der praxisorientierten Wirksamkeitsforschung (effectiveness research) in der Rehabilitation zu identifizieren.

Methoden

Diese Studie basiert auf einer konzeptuellen Übersichtsarbeit über wissenschaftliche Beiträge, die eine kritische Auseinandersetzung mit RCTs vorgenommen haben, mit einem Fokus auf die rehabilitationswissenschaftliche Literatur. Eine Literatursuche wurde durchgeführt mit dem Ziel, die Spanne der unterschiedlichen Argumente abzudecken, um damit eine analytische Generalisierbarkeit zu erreichen. Die jeweilige Vor- und Nachteile werden beschrieben und auf ihre Bedeutung für den Stellenwert von RCTs in der Rehabilitationsforschung analysiert.

Ergebnisse

Wichtige Diskussionspunkte beziehen sich auf die Frage, welche Forschungsfragen unterschiedlichen Typen von RCTs beantworten können, welche Stärken und Grenzen der

internen Validität vorliegen und welche Herausforderungen es für die Generalisierbarkeit von Studienergebnissen aus RCTs für die Rehabilitationspraxis vorhanden sind. Die unterschiedlichen Argumente ließen sich den Oberbereichen Merkmale der PatientInnen, Outcomes, Merkmale der Interventionen (mit Mechanismen der Veränderungen), Merkmale des Settings (der Intervention), das Forschungsdesign sowie Aspekte von Kosten und Finanzierung von RCTs zuordnen (vgl. u.a. Wade et al. 2010, Johnston et al. 2012, Kersten et al. 2010). Es wurde deutlich, dass unterschieden werden sollte zwischen Argumenten, die im Studiendesign des RCTs verortet werden können vs. Argumente, die primär auf eine ungenügende Anwendung von RCTs in der Forschungspraxis zielen. Hierzu gehört z.B. die Kritik, dass in der Regel diagnostisch homogene Samples in RCTs eingeschlossen werden bzw. heterogene Samples oder an Funktionsdiagnosen orientierte Samples eher vermieden werden. Gleiches gilt für die Kritik, dass RCTs häufig an Exzellenzzentren durchgeführt werden, deren Möglichkeiten und auch Patientenkollektive in der Regel nicht denen der Rehabilitationspraxis im breiteren Anwendungsfeld entsprechen. Neben diesen Argumenten der Anwendung von RCTs in der Forschungspraxis gibt es aber auch substantielle Argumente, die den Einsatz von RCTs prinzipiell herausfordern. Diese Argumente beziehen sich u.a. auf die Komplexität von rehabilitativen Interventionen, die es außerordentlich erschweren, Outcomes einer Studie vor dem Hintergrund einer Vielzahl potenzielle kausaler und interagierender Faktoren sinnvoll zu interpretieren. Dazu gehört, dass RehaInterventionen in Zusammenspiel zwischen Professionellen (mit unterschiedlichen Qualifikationen und Eigenschaften) und RehabilitandInnen und im Rehabilitationsteam ihre Wirkung entfalten. Ein anderes Beispiel bezieht sich auf das Problem relevanter Rehabilitationsergebnisse: in aller Regel sind erst mittelfristige teilhabeorientierte Outcomes von primärem Interesse, wie z. B. Rückkehr zur Arbeit. Ein solcher Outcome ist aber nicht nur über rehabilitative Maßnahmen beeinflussbar, sondern unterliegt zahlreichen weiteren Umweltfaktoren, die jenseits der Maßnahme stehen. Für die Aussagekraft von Wirksamkeiten bräuchte es daher validierte Wirkungsmodelle.

Fazit

RCTs erfüllen eine wichtige Funktion in der Rehabilitationsforschung und sind ein zentrales Instrument für den Wirksamkeitsbeleg, insbesondere für wenig komplexe, auf Technik fokussierte Interventionen. Allerdings sollte die Bedeutung von RCTs für Entscheidungen in der Praxis kritisch reflektiert werden. Auf der einen Seite gibt es Probleme in der Anwendung des RCT-Designs in der Forschungspraxis, die verbessert werden könnten. Auf der anderen Seite gibt es prinzipielle Einschränkungen des einfachen RCT-Designs, die zur Entwicklung oder Anpassung von alternativen Studiendesigns anregen sollten. Zu den alternativen experimentellen Studiendesigns gehören u. a. cluster-randomisierte Studien, Stepped-wedge designs oder (in spezifischen Anwendungsfällen) N-of-1 Studien, zu den quasi-experimentellen Studiendesigns zum Beispiel das interrupted time-series Design oder das regression-discontinuity Design. Ebenso kann es gute Gründe dafür geben, auch Beobachtungsstudien zur Abschätzung von Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen heranzuziehen, z. B. Studien mit Propensity-score matching, Benchmarking-controlled trials oder auch qualitative Fallstudien / systematische Fallvergleiche. (Horn et al. 2012; Malmivaara 2015; Johnston et al. 2012).

Literatur

- Horn SD, DeJong G, Deutscher D (2012) Practice-based evidence research in rehabilitation. An alternative to randomized controlled trials and traditional observational studies. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 93 (8 Suppl), S127-37.
- Johnston MV, Dijkers MP (2012) Toward improved evidence standards and methods for rehabilitation. Recommendations and challenges. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 93 (8 Suppl), S185-99.
- Kersten P, Ellis-Hill C, McPherson KM, Harrington R (2010) Beyond the RCT - understanding the relationship between interventions, individuals and outcome - the example of neurological rehabilitation. *Disability and Rehabilitation* 32: 1028-1034.
- Malmivaara A (2015) Benchmarking Controlled Trial - a novel concept covering all observational effectiveness studies. *Annals of Medicine* (Early Online: 1-9).
- Wade DT, Smeets RJEM, Verbunt JA (2010) Research in rehabilitation medicine: Methodological challenges. *Journal of Clinical Epidemiology* 63: 699e-704e. Evidenz-basierung und Meta-Analysen.

Evidenz in der Rehabilitationsforschung: Die Problematik adäquater Vergleichsgruppen

Kaluscha, R., Krischak, G.
Universität Ulm

Zielstellung

Über die Schwierigkeiten, in der Rehabilitationsforschung Evidenz zu gewinnen, und die Gründe dafür gibt es schon seit längerem Diskussionen (Sachverständigenrat 2014). Insbesondere ist es schwierig, geeignete Vergleichsgruppen zu finden, um durch Vergleiche von Nicht-Rehabilitanden und Rehabilitanden Aussagen über Effekte von Rehabilitationsmaßnahmen ableiten zu können. Daher werden in diesem Papier zu verschiedenen potentiellen Vergleichsgruppen Überlegungen hinsichtlich Möglichkeiten und Grenzen angestellt.

Methoden

Abgesehen von einer randomisierten Kontrollgruppe bestehen prinzipiell folgende Möglichkeiten Vergleichsgruppen zu generieren, die aber zumeist auch problembehaftet sind:

"Wartegruppe": die Rehabilitanden werden mit einer Gruppe verglichen, die auf eine Rehabilitationsmaßnahme wartet. Da aus ethischen Gründen keine künstlichen Wartezeiten erzeugt werden sollten, ist dieses Design derzeit nur selten einsetzbar.

"Anreicherung": Potentielle Rehabilitanden werden zufällig in zwei Gruppen geteilt. In einer Gruppe wird durch geeignete Interventionen versucht, die Inanspruchnahme von Rehabilitation zu steigern (Hüppe et al. 2006). Problematisch sind hier Selbstselektionseffekte und eine Effektverdünnung, insbesondere wenn in der Interventionsgruppe nur wenige zusätzliche Rehabilitanden generiert werden.

"Nichtantreter": Es gibt eine kleine Gruppe von Personen, die eine bereits bewilligte Rehabilitationsmaßnahme nicht antreten. Allerdings bleiben die Gründe dafür oft unklar, so dass

ein sachgerechter Vergleich schwierig ist. Zudem sind die Fallzahlen für belastbare Aussagen meistens zu gering.

"Abgelehnte Anträge": Hier erfolgt ein Vergleich der Rehabilitanden mit abgelehnten Antragstellern. Dies erscheint nur bei den vergleichsweise seltenen Ablehnungen aus versicherungsrechtlichen Gründen sinnvoll. Bei Ablehnungen aus medizinischen Gründen dürften kaum kontrollierbare Verzerrungen entstehen, da sich Fallschwere und Rehaprognose systematisch unterscheiden.

"Historische Kontrollen": Bei Einführung neuer Behandlungsformen kann mit Rehabilitanden aus der Vergangenheit verglichen werden, sofern für diese ausreichende Informationen zur damaligen Intervention, zum Behandlungsergebnis und zu potentiellen Confoundern vorliegen und die historische Kontrollgruppe der Interventionsgruppe zumindest ähnlich ist. Diese Voraussetzungen sind leider nur selten gegeben.

"Unterinanspruchnehmer": Hier werden Rehabilitanden mit Patienten verglichen, die ähnliche Behandlungsverläufe wie die Rehabilitanden vor ihrer Rehabilitation aufweisen, aber keine Rehabilitationsmaßnahme beantragen. Hier ist allerdings die Identifikation vergleichbarer Fälle schwierig, da umfassende Informationen zum Behandlungsverlauf und/oder zur Fallschwere erforderlich sind. Eine Auswahl geeigneter Vergleichsfälle kann z. B. bei chronischen Erkrankungen anhand von Krankenkassendaten oder bei Akutereignissen anhand von Parametern aus der Akutklinik erfolgen. Der Zugang zu diesen Informationen ist aber zumeist schwierig; zudem müssen unter Einbeziehung medizinischer Expertise indikationsspezifische Kriterien für die Auswahl der Vergleichsfälle entwickelt werden.

Ergebnisse

Für die Definition einer Vergleichsgruppe gibt es leider keinen Königsweg. Zunächst muss überlegt werden, welche potentiellen Vergleichsgruppen überhaupt verfügbar sind. Dann muss geprüft werden, in welchen Parametern sie sich möglicherweise von der Interventionsgruppe unterscheiden und inwieweit diese für die Zielgrößen relevant sind. Sofern dadurch die Gefahr von Verzerrungen besteht, muss über Strategien zur Begrenzung und Kontrolle dieser Einflüsse (z. B. stratifizierte Auswertungen oder Adjustierung) nachgedacht und eine Risikobewertung durchgeführt werden.

Ferner käme auch die Nutzung differentieller Effekte ("Dosis-Wirkungsbeziehungen") in Betracht (Kaluscha et al. 2017).

Fazit

Zum einen ist die Durchführung kontrollierter randomisierter Studien (RCT) in der Rehabilitation mit besonderen Schwierigkeiten verbunden. Zum anderen ist die Interpretation von Ergebnissen aus Studien im häufig verwendeten Eingruppen-Prä-Post-Design mangels unbehandelter Vergleichsgruppe schwierig. Daher sollten verstärkt Studiendesigns mit zumindest mittlerem Evidenzlevel wie z. B. quasi-experimentelle Studien eingesetzt werden.

Literatur

DRV-Schriften Bd. 111, S. 98-99.

Hüppe, A., Glaser-Möller, N., Raspe, H. (2006): Trägerübergreifendes Projekt zur Früherkennung von Rehabilitationsbedarf bei Versicherten mit muskuloskelettalen Beschwerden

durch Auswertung von Arbeitsfähigkeitsdaten: Ergebnisse einer randomisierten, kontrollierten Evaluationsstudie. Gesundheitswesen 2006; 68: 347-35.

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

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Gutachten 2014 - Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Abschnitt 4.3: Evidenzbasierung in der Rehabilitation. Online: <https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=494> (05.11.2018).

Soziale Unterschiede in den Behandlungsergebnissen medizinischer Rehabilitationen. Eine Analyse von DRV-Routinedaten

Götz, S., Dragano, N., Wahrendorf, M.

Universitätsklinikum Düsseldorf, Heinrich-Heine-Universität

Zielstellung

Ziel von Rehabilitation ist es Menschen mit Beeinträchtigungen die größtmögliche Leistungsfähigkeit und berufliche sowie soziale Partizipation zu ermöglichen (WHO 2011). Aus der sozialepidemiologischen Forschung ist bekannt, dass Personen in einer niedrigen sozioökonomischen Position (SEP) weniger von allgemeinen medizinischen Maßnahmen profitieren als Personen in einer höheren Position (Klein und von dem Knesebeck 2016). So stellt sich die Frage, ob sozial differentielle Behandlungsergebnisse auch im Bereich der medizinischen Rehabilitationen auftreten. Um dies zu prüfen, bietet die durch die deutsche Rentenversicherung finanzierte medizinische Rehabilitation gute Voraussetzungen. Im Zugang und in der Art der Behandlung sollte es aufgrund des universellen Zugangs und einheitlicher Behandlungsmaßnahmen keine strukturellen Unterschiede nach SEP geben (Mittag und Welti 2017). Zugleich deuten erste Untersuchungen darauf hin, dass Personen in einem niedrigeren SEP weniger von medizinischen Rehabilitationen profitieren könnten als Personen in einer höheren SEP (Hofreuter-Gätgens 2015). Belastbare Daten auf Basis großer Kollektive stehen aber aus. Daher wird eine differentielle Analyse unter Nutzung einer großen repräsentativen Stichprobe im Längsschnitt durchgeführt, um soziale Unterschiede im Verlauf nach einer erfolgten Rehabilitation zu untersuchen.

Methoden

Unsere Analyse basiert auf Daten einer 20 % Stichprobe aller durch die DRV finanzierten Rehabilitationen in den Jahren 2006-2008 (DRV 2015). Diese beinhalten Informationen zu 206.795 medizinischen Rehabilitationen von Personen, die im Kalenderjahr vor der Maßnahme voll erwerbstätig waren. Die Informationen zur Rehabilitation verknüpften wir mit Informationen zum Erwerbsverlauf und zu Rentenzahlungen der Person. Wir messen die SEP (1.) durch die berufliche Position anhand von fünf Kategorien (Basierend auf der Klassifikation nach Blossfeld), (2.) das Individualeinkommen, unterteilt in Tertile und (3.) Bildung in einer

vierstufigen Skala. Eine zusätzliche Kategorie bildet Personen ab, für die keine Informationen zur Bildung zur Verfügung stehen. Das Behandlungsergebnis der Rehabilitationsmaßnahme messen wir ebenfalls mit drei Indikatoren. Der erste Indikator (subjektiver RTW (return to work)) basiert auf der ärztlichen Erwerbsprognose zum Zeitpunkt der Entlassung. Der zweite Indikator misst, ob die Person im gesamten Kalenderjahr nach der Rehabilitation wieder voll erwerbstätig ist (objektiver RTW). Der dritte Indikator basiert auf den Renteninformationen und misst, ob die Person innerhalb des Beobachtungszeitraumes (5-7 Jahre) keine Erwerbsminderungsrente benötigt (langfristiges RTW).

Wir berechnen in multivariaten Modellen relative Risiken (RR) für die verschiedenen Indikatoren des Behandlungserfolges nach den Indikatoren des SEP. Wir adjustieren die Modelle für Diagnose, Erst-/Wiederholungsbehandlung und Arbeitsunfähigkeitstagen im Jahr vor der Behandlung um Unterschiede im Gesundheitszustand vor der Rehabilitation zu kontrollieren. Darüber hinaus kontrollieren wir Alter und Familienstand. In Abbildung 1 werden die die RR (mit 95 % KI) für alle drei Erfolgsindikatoren und alle drei Indikatoren des SEP grafisch dargestellt.

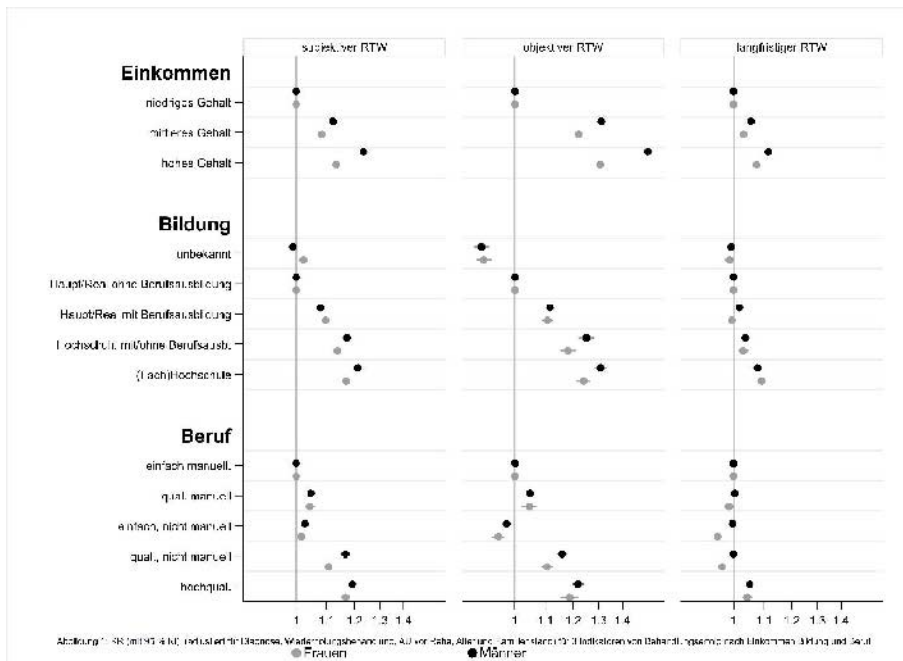


Abb. 1: RR (mit 95% KI) für 3 Indikatoren von Behandlungserfolg nach Einkommen, Bildung und Beruf

Ergebnisse

Es zeigen sich statistisch signifikante Zusammenhänge zwischen den drei SEP-Indikatoren und allen Indikatoren des Behandlungsergebnisses. Personen in einer höheren SEP haben eine höhere Wahrscheinlichkeit nach einer Rehabilitation erfolgreich ins Erwerbsleben zurück zu kehren als Personen in einer niedrigen SEP. Die Unterschiede fallen am deutlichsten beim Indikator objektiver RTW aus. Über alle Indikatoren des Behandlungsergebnisses hinweg fallen die Unterschiede beim Gehalt am deutlichsten aus. Innerhalb des Indikators berufliche

Position zeigen sich bei unqualifizierten Tätigkeiten kaum Unterschiede zwischen manueller und nicht manueller Beschäftigung.

Fazit

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass Personen in einem höheren SEP bessere Behandlungsergebnisse erwarten als Personen in einem niedrigen SEP. Dies gilt insbesondere für schulische Bildung und Einkommen.

Dadurch können Ungleichheiten in der Erwerbsbeteiligung verursacht oder verstärkt werden, was wiederum materielle Ungleichheiten verstärken kann. So können Unterschiede im Ergebnis medizinische Maßnahmen soziale Ungleichheiten festigen.

Die große Fallzahl, die repräsentative Stichprobe sowie die Berücksichtigung des Gesundheitszustandes vor der Rehabilitation sind Stärken der Studie. Schwächen der Studie sind, dass das Behandlungsergebnis der Rehabilitation nur durch RTW gemessen wird und, dass Aufgrund der besonderen Organisationsform der Rehabilitation in Deutschland, die Ergebnisse nur unter Vorsicht auf andere Länder übertragbar sind.

Insgesamt zeigt die Analyse, dass es Hinweise auf soziale Unterschiede beim Ergebnis von Rehabilitationen gibt, die weiterer Erklärung bedürfen. Die konkreten Herausforderungen in der Versorgung von Personen in einer niedrigen sozialen Position in der medizinischen Rehabilitation sollten näher untersucht werden, um eine zielgruppenspezifische Behandlung zu ermöglichen.

Förderung: Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften Nordrhein-Westfalen e.V.

Literatur

DRV, F.D.Z. (2015): Codeplan Scientific Use File Abgeschlossene Rehabilitationen im Versicherungsverlauf 2006 - 2013. Online verfügbar unter www.fdz-rv.de/FdzPortalWeb/getRessource.do?key=sufrsdlv13b_cdpln.pdf, zuletzt geprüft am 05.11.2018.

Hofreuter-Gätgens, Kerstin (2015): Soziale Ungleichheit in der rehabilitativen Versorgung: LIT Verlag Münster.

Klein, Jens; von dem Knesebeck, Olaf von (2016): Soziale Unterschiede in der ambulanten und stationären Versorgung. Ein Überblick über aktuelle Befunde aus Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 59 (2), S. 238–244. DOI: 10.1007/s00103-015-2283-6.

Mittag, Oskar; Welti, Felix (2017): Medizinische Rehabilitation im europäischen Vergleich und Auswirkungen des europäischen Rechts auf die deutsche Rehabilitation. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 60 (4), S. 378-385. DOI: 10.1007/s00103-017-2516-y.

WHO (2011): World report on disability. In: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

Evidenz für die medizinische Rehabilitation bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen: die MERCED-Studie – ein Erfolgsmodell?

Hüppe, A., Lill, C., Raspe, H.

Universität zu Lübeck

Zielstellung

2014 hatte der Sachverständigenrat (SVR) Gesundheit die "mangelnde Evidenzbasis" als "Kernproblem des gesamten Rehabilitationssektors" identifiziert (SVR-Gutachten S. 312). Die MERCED-Studie (DRKS00009912) zielt auf die Prüfung von Wirksamkeit und Nutzen einer dreiwöchigen medizinischen Rehabilitation im Vergleich zu "usual care" bei DRV-Versicherten mit einer CED. Genutzt wurde ein optimiertes randomisiertes kontrolliertes Studiendesign (Hüppe et al. 2006; Mittag et al. 2014). Nach Abschluss der Datenerhebung im Herbst 2018 stellen wir erste Ergebnisse zur Machbarkeit der Studie und Wirksamkeit der Intervention vor.

Methoden

Die DFG-finanzierte Studie wurde als pragmatischer multizentrischer RCT im Parallelgruppendesign mit zwei Messzeitpunkten im Abstand von 12 Monaten geplant und durchgeführt. Begleitet wird er von einem achtköpfigen Patientenbeirat. Eingeschlossen wurden erwerbstätige DRV-versicherte Mitglieder von 4 gesetzlichen Krankenversicherungen (GKVn) im Alter von 18-63 Jahren mit einer ärztlich bestätigten CED. Ihre Kassendaten mussten mindestens 2 krankheitsspezifische AU-Meldungen in den letzten 12 Monaten aufweisen. Zum Ausschluss führten fehlender subjektiver Reha-Bedarf, das Fehlen komplizierender psychosozialer Probleme (Hüppe et al. 2013), die berichtete Unmöglichkeit einer zeitnahen Reha-Teilnahme und eine nicht gegebene Einwilligungserklärung.

Zur Rekrutierung verschickten die Krankenkassen nach Suchläufen Studieneinladungen an eligible Versicherte. Bei Interesse erhielten sie von der Studienzentrale ausführliche schriftliche Studieninformationen (u. a. zu Randomisierung). Zur Teilnahme bereite Versicherte füllten einen Fragebogen zur Überprüfung der Ein/Ausschlusskriterien sowie zur Ausgangslagemessung der Zielparameter aus (primär: soziale Teilhabebeeinträchtigung erfasst mit IMET; sekundär: u. a. Krankheitsaktivität erfasst mit GIBDI). Nach Studieneinschluss wurde auf Interventions- (IG) oder Kontrollgruppe (KG) randomisiert. IG-Mitglieder wurden von Studienmitarbeiterinnen bei der Reha-Beantragung unterstützt (schriftliches Material, Zugang zu Extra-Webseite, individuelle Beratung per Telefon, E-Mail). KG-Mitglieder setzten ihre bisherige wohnortnahe Versorgung fort (einschließlich möglicher Reha-Beantragung). Der Katamnesefragebogen erfasste neben den Zielparameter die Reha-Inanspruchnahme (u.a. besuchte Reha-Einrichtung, ambulante Reha-Leistungen, Bewertung des Reha-Erfolges).

Ergebnisse

1.144 der 4.359 angeschriebenen GKV-Versicherten erhielten ausführliche Studieninformationen und einen Baseline-Fragebogen. 530 der 759 teilnahmebereiten Versicherten wurden eingeschlossen und auf IG (268) und KG (262) randomisiert. 431 (81 %) bearbeiteten den Nachbefragungsbogen (IG: 211, KG: 220).

Das mittlere Alter lag bei 44 Jahren, 57 % waren Frauen, 44 % hatten Abitur. Im Mittel betrug die Krankheitsdauer 14 Jahre. 39 % erhielten in den letzten 3 Monaten Biologika. 60 % hatten

keine Vorerfahrung mit einer CED-Rehabilitation. Signifikante Baseline-Unterschiede zwischen IG und KG ergaben sich nicht. Die 99 zwischen Randomisierung und Nachbefragung verlorenen StudienteilnehmerInnen unterschieden sich zur Ausgangslage von den Respondern nicht in soziodemografischen und krankheitsspezifischen Parametern.

In der IG wurden 10,4 %, in der KG 34,1 % nicht der von ihnen präferierten Studiengruppe zugewiesen. Nach erfolgter zufälliger Zuteilung brachen in der IG sieben Personen, in der KG eine Person die weitere Studienteilnahme ab. Nach erfolgter zufälliger Zuteilung brachen in der IG sieben Personen, in der KG eine Person die Studienteilnahme ab.

Die schriftliche Informationsmappe wurde von der IG als verständlich und hilfreich bewertet, die Informations-Webseite von jedem Dritten besucht, etwa jeder Zweite wandte sich mit persönlichen Fragen direkt an die Studienzentrale.

In der IG stellten 134 von 211 einen Reha-Antrag, 18 erhielten einen ablehnenden Bescheid. 10 legten Widerspruch ein, 5 davon mit Erfolg. 112 IG-Mitglieder nahmen an einer CED-Reha teil (53 %). In der KG nahmen 7% eine Reha in Anspruch. Der mittlere Abstand zwischen Reha-Antritt und Nachbefragung betrug 7,5 Monate. 80 % der Rehabilitationen fanden in einer der 7 empfohlenen Reha-Einrichtungen mit mehr als 150 CED-Rehabilitanden/anno statt.

Im Durchschnitt wurde die Rehamaßnahme auf einer 5stufigen Skala (1=sehr gut, 5=sehr schlecht) mit gut (2) bewertet; 72 % berichteten einen verbesserten allgemeinen Gesundheitszustand, 76 % bewerteten den Rehaerfolg positiv (gut bis ausgezeichnet). Dies entspricht den aus der Reha-Qualitätssicherung der DRV-Bund bekannten Bewertungen.

Erste Auswertungen nach dem Intention-To-Treat (ITT) Prinzip zeigen signifikante Vorteile für die IG im Vergleich zur KG im primären wie den meisten sekundären Zielparameter. Die erlebte soziale Teilhabebeeinschränkung (IMET, 0-10 Punkte) reduzierte sich in der IG im Mittel um 0,8 Punkte (SD=2,3), in der KG um 0,3 Punkte (SD=1,9) ($p=0.021$). Dies entspricht einem kleinen positiven Effekt (Cohen's $d=0.23$, 95 % KI:0.03-0.42). Unter den sekundären Outcomes verbesserte sich u.a. die Krankheitsaktivität (GIBDI) in der IG stärker als in der KG ($d=0.37$, 95 % KI:0.15-0.56).

Fazit

Der in der MERCED-Studie gewählte Ansatz (proaktive Ansprache zuvor durch Krankenkassen selektierter und sich weiter selbst selektierender Versicherter) ermöglicht die Durchführung individuell randomisierender kontrollierter Studien in der Reha-Forschung. Die Akzeptanz einer Randomisierung vor Reha-Beantragung ist vorhanden, mit einem Beratungskonzept lässt sich die Reha-Antragsstellung in der IG erfolgreich unterstützen. Eine erste ITT-Auswertung gibt Hinweise auf eine generelle absolute Wirksamkeit und einen Zusatznutzen der CED-Reha im Vergleich zu "usual care".

Förderung: Deutsche Forschungsgemeinschaft

Literatur

Hüppe, A., Glaser-Möller N., Raspe H. (2006): Trägerübergreifendes Projekt zur Früherkennung von Rehabilitationsbedarf bei Versicherten mit muskuloskelettalen Beschwerden durch Auswertung von Arbeitsunfähigkeitsdaten: Ergebnisse einer randomisierten, kontrollierten Evaluationsstudie. Gesundheitswesen, 68. 347-356.

Mittag, O., Döbler, A., Pollmann H., Farin-Glattacker E., Raspe H. (2014): Praktikabilität und Nutzen eines aktiven Screenings auf Rehabedarf mit anschließender schriftlicher Beratung zur Rehaantragstellung bei AOK-Versicherten im Disease-Management-Programm Diabetes Typ 2 (PARTID-Studie). *Rehabilitation*, 53. 313-320.

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

Auswirkungen körperlicher Aktivität auf entzündliche Serummarker bei rheumatoider Arthritis: Systematische Literaturrecherche und Meta-Analyse

Strahl, A., Kazim, M.A., Rüther, W., Niemeier, A., Burghardt, R.D.

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Zielstellung

Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen bei rheumatoider Arthritis zielen darauf ab die motorische Funktionalität zu erhalten, Sekundärschäden an nicht betroffenen Abschnitten des Bewegungsapparates zu verhindern sowie Coping-Strategien zu entwickeln, um infolge dieser Komplexmaßnahme den Erhalt der Erwerbsfähigkeit zu gewährleisten (Luttosch & Baerwald, 2010). Im Rahmen der medizinischen Trainingstherapie ist physische, körperliche Aktivität (PA) ein wesentliches Element bei der Behandlung der rheumatoiden Arthritis (RA). Durch gezieltes Muskeltraining wird die Gelenkfunktion und -stabilität verbessert und das Risiko von kardiovaskulären Co-Morbiditäten reduziert (Rehart & Henninger, 2007). Der schubweise, progrediente Verlauf einer RA ist gekennzeichnet durch synoviale Entzündungen und Hyperplasien, Autoantikörperproduktion (z.B. Rheumafaktor) sowie Knorpel- und Knochenabbau (McInnes & Schett, 2011). Inwieweit die pathogenetischen Entstehungsmechanismen durch PA positiv beeinflusst werden können ist derzeit nicht abschließend geklärt. Diese systematische Übersichtsarbeit untersucht daher den Einfluss von PA auf den Serumspiegel systemischer Entzündungsmarker.

Methoden

Eine systematische Literaturrecherche wurde in drei computergestützten bibliographischen Datenbanken (Medline, Embase, CENTRAL) durchgeführt, um relevante randomisierte kontrollierte Studien (RCT) und Fall-Kontrollstudien zu identifizieren. Die Schlagworte "rheumatoid arthritis", "physical activity", "exercise", "exercise therapy", "gymnastic" und "exercise movement techniques" wurden jeweils als MESH-Terms und im Volltext der Artikel gesucht. Einschlusskriterien waren berichtete Verlaufsdaten über Interleukine (IL), C-reaktives Protein (CRP) und Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG). Zur Aggregation der Daten wurde in der Meta-Analyse für jedes Outcome die standardisierte Mittelwertdifferenz sowie das 95 %-Konfidenzintervalle (CI) in einem Random-Effect-Modell zum Vergleich gepoolter Ergebnisse ermittelt. Die Heterogenität wurde durch I²-Statistiken getestet.

Ergebnisse

In den drei durchsuchten Datenbanken wurden insgesamt 1.289 Publikationen identifiziert. Nach Sichtung der Titel, Abstracts und Volltexte erfüllten 15 Studien, die sich auf 14 verschiedene Studienpopulationen bezogen, die Einschlusskriterien. Die methodische Qualität dieser Beiträge erreichte einen Mittelwert von 2,4 von maximal 5 Punkten auf der Oxford Quality Scale (vgl. Jadad et al., 1996). Die identifizierten Formen von PA beinhalteten entweder reines Aerobic- oder Krafttraining als auch kombinierte Formen aus beiden Sportarten. In der anschließenden Meta-Analyse konnten aufgrund ihres Inhalts und ihrer methodischen Aspekte die Effekte von 11 Studien aggregiert werden. Einige Studien berichten über mehrere Parameter und wurden entsprechend mehrmals in die Analyse einbezogen. Vier Studien wurden ausgeschlossen, weil sie keine expliziten immunologischen Daten lieferten, nur gesunde Kontrollen hatten oder eine identische Studienpopulation wie eine bereits eingeschlossene Studie verwendeten. Über alle Studienergebnisse hinweg reduzierte PA die systemischen Niveaus von CRP (-0,52 [95 % CI, -1,09 bis 0,06]; $p=0,08$), ESR (-0,19 [-0,44 bis 0,06], $p=0,14$) oder den immunologische IL (0,06 [-0,57 bis 0,69], $p=0,84$) im Vergleich zu einer Kontrollgruppe nicht signifikant (Abb. 1). Die Heterogenität zwischen den Studien war hoch für CRP, und niedrig ESR und IL.

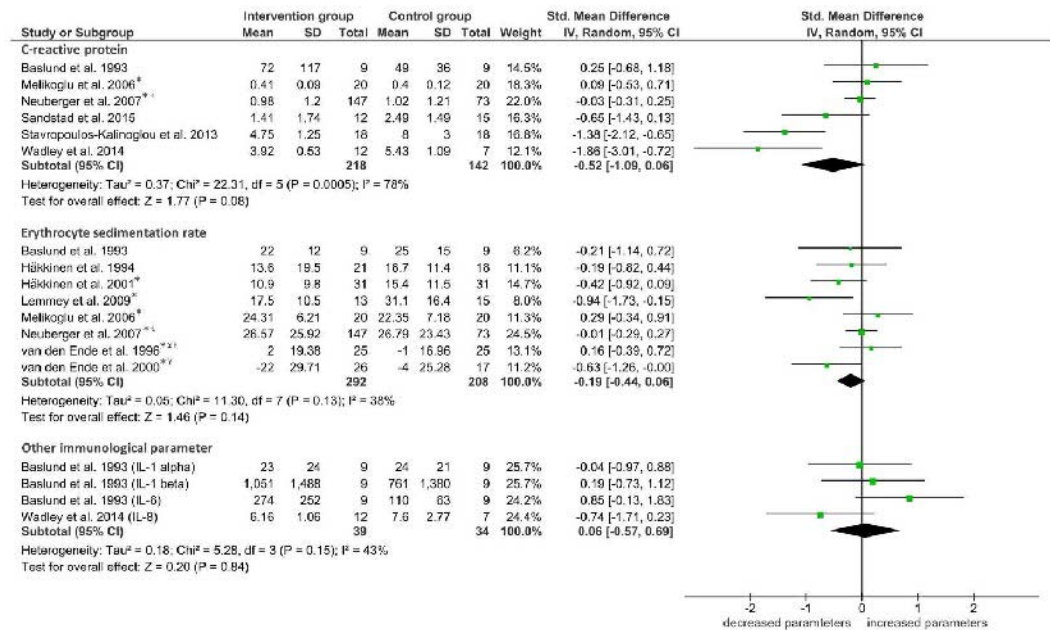


Abb. 1: Forest-Plot zur Darstellung der standardisierte Mittelwertdifferenzen (mit 95% Konfidenzintervallen [CI]) für immunologische Parameter bei Patienten mit RA, die körperliche Aktivität im Vergleich zu einer Kontrollengruppe (CG) ausüben. Die CG führte, sofern nicht anders angegeben, keinen Sport durch.

* CG führte körperliche Aktivität geringer Intensität durch

‡ berichtete Mittelwerte basieren auf Mittelwertänderungen

‡ Da in der Studie mehr als 2 Gruppen verglichen wurden, wurden die Gruppenmittelwerte und Standardabweichungen zu homogenen Gruppen zusammengefasst.

Fazit

Es finden sich aktuell keine ausreichenden Hinweise darauf, dass PA einen signifikanten Einfluss auf das Niveau von Entzündungsmarkern bei RA hat. Es zeigte sich einen leichten Trend, dass PA das CRP reduzieren kann, die starke Variabilität in den Studiendesigns, Kohortengröße und Art der körperlichen Trainingsprogramme bleibt jedoch ein Hindernis bei der Beurteilung und Vergleichbarkeit der messbaren Auswirkungen von PA auf Entzündungsmarker.

Drei Studien berichten eine signifikante Reduktion des ESR in Verbindung mit der Untersuchung der Krankheitsaktivität. Zwei weitere Studien deuteten auf eine signifikante Verbesserung der Krankheitsaktivität hin, ohne spezifische Daten über ESR zu liefern und ein Beitrag gibt eine signifikante Reduktion des DAS-CRP an, berichtet jedoch nicht die spezifischen Laborwerte des CRP. Zudem untersuchten lediglich zwei der eingeschlossenen Studien die Veränderung von IL als direkten körpereigene Botenstoffe der Zellen als primäres Outcome.

Die Literatur über die Auswirkungen von PA bei RA zeigt eine ausgeprägte Heterogenität bezüglich der eingesetzten Art und Intensität der sportlichen Aktivitäten. Die meisten Studien haben die untersuchten immunologische Parameter der Entzündung nicht als primären Endpunkt in ihr Studiendesign aufgenommen. Prospektiv sind daher weitere randomisierte Studien mit Serum-Entzündungsmarkern als primärem Endpunkt indiziert. Diese sollten verifizieren, ob die in den verfügbaren Studien beobachteten Trends tatsächlich einen klinisch sinnvollen positiven Effekt der PA auf Entzündungsmarker im Serum von Patienten mit RA widerspiegeln.

Literatur

- Jadad, A.R., Moore, R.A., Carroll, D., Jenkinson, C., Reynolds, D.J., Gavaghan, D.J., McQuay, H.J. (1996): Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary?. *Control Clin Trials*, 17(1). 1-12.
- Luttosch, F. & Baerwald, C. (2010): Rehabilitation in der Rheumatologie. *Internist*, 51(10). 1239-1245.
- McInnes, I.B. & Schett, G. (2011): The Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis. *N Engl J Med*, 365. 2205-2219.
- Rehart, S. & Henninger, M. (2007): Sport bei rheumatoider Arthritis. *Arthritis und Rheuma*, 27(1). 5-6.

Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation – Eine Literaturübersicht über den aktuellen Stand der Forschung

Knoop, T. (1), Dettmers, S. (2), Meyer, T. (1)
(1) Universität Bielefeld, (2) Fachhochschule Kiel

Zielstellung

Soziale Arbeit ist fester Bestandteil der Praxis medizinischer Rehabilitation. Ihr Ziel ist die Verbesserung der sozialen Teilhabe. Zu ihren Aufgaben gehören die Sozialberatung, die

Unterstützung bei der beruflichen Integration sowie die Organisation der Nachsorge. Aufgrund der Forderung nach einer qualitativen Weiterentwicklung der Praxis im Gesundheitswesen und der Diskussion um Evidenzbasierung steht die Soziale Arbeit unter Druck, die Wirksamkeit ihres Handelns empirisch nachzuweisen. Analysen im Rahmen der Qualitätssicherungsaktivitäten der Deutschen Rentenversicherung zeigten diese Notwendigkeit auch für die medizinische Rehabilitation (DRV, 2016). Für diesen Bereich liegen Hinweise sowohl auf negative wie positive Effekte sozialarbeiterischer Leistungen (Stamer et al., 2014; Vogel et al., 2017) vor. Um einen Überblick über die Evidenzbasierung der Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation zu bekommen, sollte zunächst die vorhandene Literatur recherchiert und aufbereitet werden. Ziel der Studie ist es, mit Hilfe einer Literaturrecherche den aktuellen rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsstand zur Ausgestaltung und Wirksamkeit sozialarbeiterischer Interventionen in der stationären medizinischen Rehabilitation aufzuzeigen und daraus weiteren Forschungs- bzw. Handlungsbedarf abzuleiten.

Methoden

Grundlage sind eine Literaturrecherche in drei Datenbanken (Pubmed, Web of Sciences, Scopus) und eine händische Durchsicht rehabilitationswissenschaftlicher Zeitschriften und Tagungsbände. Einschlusskriterien waren deutsche und englische Sprache, Bezug zur stationären medizinischen Rehabilitation und Hinweise zur Sozialen Arbeit unabhängig von Leistungen anderer Berufsgruppen. Bestimmte Studiendesigns stellten aufgrund des explorativen Vorgehens kein Einschlusskriterium dar.

Ergebnisse

Insgesamt 176 Literaturstellen wurden identifiziert. 52 Volltexte und Abstracts aus den Jahren 2000 bis 2016 entsprachen den Einschlusskriterien. Von diesen waren 26 Analysen des Versorgungsgeschehens Sozialer Arbeit in der medizinischen Rehabilitation. Diese zeigten ausgeprägte Einrichtungs- und Indikationsunterschiede auf. Im Bereich Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit (91,0 %) wurden hohe, bei der orthopädischen Rehabilitation (Chronischer Rückenschmerz: 12,3 %) niedrige Anteile von Personen mit mindestens einmaliger Dokumentation sozialarbeiterischer Leistungen beobachtet. Besonders hoch fiel der Anteil bei der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation im Bereich Orthopädie (98,0 %) aus. Das Ausmaß der Variation zwischen den Einrichtungen (Rehabilitation bei depressiven Störungen: 0 %-100 %) fiel noch ausgeprägter aus. Im Umfang der Leistungen (h/Woche je RehabilitandIn) waren die Unterschiede zwischen den Krankheitsgruppen (Chron. Rückenschmerz: 0,5 h/Woche; KHK: 0,2 h/Woche) und Einrichtungen (depressive Störungen, Nachsorge: 0,0-0,6 h/Woche) ebenfalls auffällig.

Die Literaturrecherche bezog 16 Studien zum Erfolg sozialarbeiterischer Leistungen ein. Eine Studie fand einen positiven Zusammenhang der Anzahl von SozialarbeiterInnen mit einem Benchmarking, bei dem Einrichtungen u. a. in der Rehabilitandenzufriedenheit verglichen wurden. Andere Studien berichteten negative Zusammenhänge. So zeigte sich eine höhere Abbruchrate einer Stufenweise Wiedereingliederung bei Teilnehmenden eines sozialarbeiterischen Nachsorgeangebots als in einer Kontrollgruppe. Da in der Zwischenzeit Ergebnisse aus zum Teil mit randomisiert-kontrollierten Studien veröffentlicht worden sind, soll zusätzlich zu den ursprünglichen Ergebnissen die in den jüngeren Studien festgestellte Wirksamkeit sozialarbeiterischer Leistungen, die sich auf die Nachsorge und berufliche

Teilhabe beziehen, berichtet werden. So verringerte eine sozialarbeiterische Nachsorge über 12 Monate per Telefon wirksam das sozialmedizinische Risiko orthopädischer RehabilitandInnen (Vogel et al., 2017).

Fazit

Soziale Arbeit hat hinsichtlich der wissenschaftlichen Überprüfung ihrer Kompetenzen und Entwicklung von Standards in der medizinischen Rehabilitation einen Nachholbedarf. Der Bedarf geht auf die Heterogenität der Verbreitung ihrer Leistungen im Versorgungsalltag, widersprüchliche Ergebnisse zur Wirksamkeit und das fehlende Wissen über die tatsächliche Ausgestaltung der Leistungen zurück. Hinweise auf mögliche negative Effekte sollten dabei ernst genommen, wenn auch nicht überinterpretiert werden. Die sehr heterogenen Outcomes, mit denen der Erfolg der Sozialen Arbeit abgebildet werden soll, bieten Anlass zur Diskussion. Die positiven Ergebnisse zur telefonischen Nachsorge können hier als Anknüpfungspunkt für weitere Auseinandersetzungen genutzt werden.

Eine Limitation der Darstellung des Versorgungsgeschehens ist die beeinträchtigte Aussagekraft prozessproduzierter Daten, sodass lediglich die dokumentierte Verbreitung Sozialer Arbeit beschrieben werden kann. Über die Kontextabhängigkeit der Ausgestaltung Sozialer Arbeit liegen keine Erkenntnisse vor. Von einem Großteil der Studien zum Erfolg liegen nur Zusammenfassungen aus Tagungsbänden vor, sodass aufgrund fehlender Hintergrundinformationen die Studienqualität nur unzureichend überprüft werden kann. Im anglo-amerikanischen Raum existiert im Bereich Sozialer Praxis eine deutlich engere Integration von Forschung und Praxis. Eine systematische Analyse der entsprechenden internationalen Literatur könnte sich als vielversprechend erweisen.

Die Profession Soziale Arbeit ist trotz professionsinterner Anstrengungen (DVSG, 2015) weiterhin gefordert, qualitative Standards für die Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation zu entwickeln und zu implementieren. Da von den vorliegenden Studien keine für die Soziale Arbeit spezifische Outcomes einführt, ergibt sich zudem ein Forschungsbedarf, diese mit Fokus auf die Teilhabe zu entwickeln.

Literatur

- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2016) Reha-Therapiestandards, Berlin.
- Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (2015), Produkt- und Leistungsbeschreibung der Klinischen Sozialarbeit. Berlin.
- Knoop, T; Dettmers, S; Meyer, T. (2018) Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation – eine Literaturübersicht über den aktuellen Stand der Forschung, In: Die Rehabilitation 57: 1-7 (epub ahead of print, DOI <https://doi.org/10.1055/a-0618-0921>).
- Stamer M; Zeisberger, M; Kleineke, V; Brandes I; Meyer, T. (2014) MeeR: Merkmale einer guten und erfolgreichen Reha-Einrichtung [Abschlussbericht]. Hannover.
- Vogel, M; et al. (2017) Telefonische sozialdienstliche Nachsorge zur Verbesserung der beruflichen Reintegration nach stationärer medizinischer Rehabilitation. In: Die Rehabilitation 56 (6): 379-388.

Zeigen sich Effekte von Rehabilitation auf Teilhabe und berufliche Wiedereingliederung? Eine Propensity Score gematchte Analyse

Spanier, K. (1), Schlumbohm, A. (2), Köhn, S. (2), Spyra, K. (2), Bethge, M. (1)

(1) Universität zu Lübeck, (2) Charité – Universitätsmedizin Berlin

Zielstellung

Sind randomisierte kontrollierte Studien nicht verfügbar oder nur mit erheblichen Zugeständnissen an die Generalisierbarkeit und Repräsentativität der Ergebnisse umsetzbar, können Beobachtungsstudien zur Schätzung von Effekten der medizinischen Rehabilitation genutzt werden (Fauser & Bethge, 2018). Sie können so die Erfüllung der Belegfunktion rehabilitativer Versorgungsforschung unterstützen. Ziel der vorliegenden Analysen war es die Wirksamkeit medizinischer Rehabilitation innerhalb einer Beobachtungsstudie von Personen mit vorangegangenen Krankengeldbezug zu untersuchen.

Methoden

Die Analysen wurden mit Daten des "Dritten Sozialmedizinischen Panels für Erwerbspersonen" durchgeführt (www.gspe3.de). Die Studie untersucht Faktoren der Beantragung und Inanspruchnahme von Rehabilitations- und Rentenleistungen bei Personen, die in ihrer Teilhabe aufgrund chronischer Erkrankungen eingeschränkt sind (Bethge et al., 2015). Eingeschlossen wurden Teilnehmer der ersten und dritten Erhebungswelle (2013 und 2017) mit Einwilligung in die Nutzung administrativer Daten zu Rehabilitation und Erwerbsminderungsrenten. Die vergleichende Analyse berücksichtigte Personen mit und ohne bewilligte medizinische Rehabilitation. Die Behandlungsgruppe bildeten Personen, die ihre medizinische Rehabilitation im Zeitraum zwischen Fragebogeneingang im Jahr 2013 und dem 31.12.2014 beantragt hatten und deren Antrag bewilligt wurde. Personen ohne Rehabilitationsantrag, mit beantragter, aber nicht bewilligter Rehabilitation sowie Personen mit einer Rehabilitation zu einem späteren Zeitpunkt wurden als Kontrollen kategorisiert.

Jeder behandelten Person wurden mittels Propensity Score Matching drei vergleichbare Personen zugeordnet (Nearest-Neighbor-Methode mit Zurücklegen und Caliper). Der Propensity Score ist die bedingte Wahrscheinlichkeit die untersuchte Behandlung zu erhalten und wurde mit einem logistischen Regressionsmodell berechnet (Fauser & Bethge, 2018). Zur Berechnung des Propensity Scores wurden 41 Variablen (soziodemografische Merkmale, gesundheitsbezogene Lebensqualität, vorangegangene Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, Erkrankungen, Gesundheitsverhalten, Persönlichkeitsmerkmale, soziale Unterstützung, Rentenantragsintention, Erwerbsstatus, motivationale und volitionale Determinanten einer Rehabilitationsantragstellung) berücksichtigt. Die Berechnung des Propensity Scores erfolgte stratifiziert für Anschlussrehabilitationen und Heilverfahren.

Zielkriterien waren u. a. Tage mit eingeschränkter Teilhabe, die Erwerbsbeteiligung sowie bewilligte Erwerbsminderungsrenten. Die Angaben zu Tagen mit eingeschränkter Teilhabe

und Erwerbstätigkeit wurden bei der dritten Erhebung im Juli 2017 erhoben. Bewilligte Erwerbsminderungsrenten wurden bis 31.12.2016 erfasst und aus den Versichertenkonten der Teilnehmenden extrahiert. Zur Berechnung des Propensity Scores wurden fehlende Werte mittels multipler Imputation ersetzt. Für die vergleichenden Analysen wurden gewichtete Regressionen mit robusten Standardfehlern gerechnet. Die Berechnung des potentiellen Outcomes der Kontrollen nutzte das gemittelte Outcome der drei ähnlichen Personen ohne Behandlung. Die unabhängigen Variablen bildeten die Veränderungswerte zwischen beiden Erhebungen. Für die Erwerbsminderungsrenten nutzten wir ein lineares Modell mit binomialer Verteilung.

Ergebnisse

611 Personen wurden in die Analysen eingeschlossen. 57,6 % waren Frauen. Das mittlere Alter betrug 48,5 Jahre (SD = 4,0). 197 Personen mit bewilligten Anträgen auf medizinische Rehabilitation (167 Heilverfahren und 30 Anschlussrehabilitationen) wurden 414 verschiedene Kontrollen zugeordnet. In beiden Gruppen reduzierte sich zwischen Erst- und Nacherhebung die Anzahl der Tage mit eingeschränkter Teilhabe (Rehabilitation: -44,30; 95 % KI: -55,54 bis -33,06; Kontrollen: -34,54; 95 % KI: -45,19 bis -23,88), aber auch der Anteil erwerbstätiger Personen (Rehabilitation: -0,06; 95 % KI: -0,12 bis -0,001; Kontrollen: -0,02; 95 % KI: -0,07 bis 0,04). Die Veränderungen in beiden Gruppen unterschieden sich nicht (Tage mit eingeschränkter Teilhabe: $b = -9,77$; 95 % KI: -23,82 bis 4,28; Erwerbsbeteiligung: $b = -0,05$; 95 % KI: -0,12 bis 0,03). Der Anteil bewilligter Erwerbsminderungsrenten war bei Rehabilitanden und Kontrollen mit 9,6 % und 7,3 % vergleichbar ($b = 0,02$; 95 % KI: -0,03 bis 0,08).

Fazit

Unsere Analysen konnten keinen Effekt der medizinischen Rehabilitation auf die untersuchten Zielkriterien zeigen, insbesondere ließ sich die deutliche Reduktion der Tage mit eingeschränkter Teilhabe nicht auf die Rehabilitation zurückführen. Eine randomisierte kontrollierte Studie zur Rehabilitation für Personen mit Muskel-Skelett-Erkrankungen ist vor einigen Jahren zu ähnlichen Befunden gekommen (Hüppe et al., 2006). Hochwertige Nachweise zur Wirksamkeit der Rehabilitation gibt es bislang nach wie vor nur aus Studien mit Wartekontrollgruppen und kurzfristigen Ergebnismessungen (Schultz et al., 2018; Jäckel et al., 1990).

Die von uns durchgeführten Analysen unterliegen einigen wesentlichen Limitationen. Erstens ist unbeobachtete Heterogenität der beiden verglichenen Gruppen möglich. Dies gilt insbesondere aufgrund des relativ langen Zeitraums, in dem eine Rehabilitation bewilligt werden konnte. Zweitens sind die beiden verglichenen Gruppen relativ klein. Der Vorteil zugunsten geringerer Tage mit Beeinträchtigungen hätte mit einer größeren Stichprobe möglicherweise statistisch abgesichert werden können. Gleiches gilt allerdings auch für die Unterschiede hinsichtlich Erwerbstätigkeit und Erwerbsminderungsrenten, die eher zugunsten der Kontrollen ausfallen. Drittens war aufgrund der Fallzahl keine Differenzierung unterschiedlicher Indikationsbereiche möglich, stattdessen wurde ein indikationsübergreifender Effekt rehabilitativer Versorgung geprüft. Viertens ist der lange Nachbeobachtungszeitraum aus unserer Sicht zwar sinnvoll, aber in Studien zur Wirksamkeit rehabilitativer Versorgung eher unüblich.

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.
- Fauser, D. Bethge, M. (2018): Propensity-Score-Methoden zur Schätzung von Behandlungseffekten: eine Chance für die rehabilitative Versorgungsforschung. *Rehabilitation*, angenommen.
- Hüppe, A., Glaser-Möller, N., Raspe, H. (2006): Trägerübergreifendes Projekt zur Früherkennung von Rehabilitationsbedarf bei Versicherten mit muskuloskelettalen Beschwerden durch Auswertung von Arbeitsunfähigkeitsdaten: Ergebnisse einer randomisierten, kontrollierten Evaluationsstudie. *Gesundheitswesen*, 68. 347-356.
- Jäckel, W. H., Cziske R., Gerdes N. (1990): Überprüfung der Wirksamkeit stationärer Rehabilitationsmaßnahmen bei Patienten mit chronischen Kreuzschmerzen: eine prospektive, randomisierte, kontrollierte Studie. *Rehabilitation*, 29. 129-133.
- Schultz, K., Wittmann, M., Wagner, R., Leibert, N., Schwarzkopf, L., Nowak, D., Faller, H., Schuler, M. (2018): Effektivität pneumologischer Rehabilitation bei Asthma bronchiale: Kurzeitergebnisse der EPRA-RCT. *DRV-Schriften*, Bd 113. 406-408.

Psychische Gesundheit und Erwerbsarbeit: Ergebnisse des Dritten Sozialmedizinischen Panels für Erwerbspersonen

Schlumbohm, A. (1), Köhn, S. (1), Spyra, K.(1), Spanier, K.(2), Bethge, M.(2)

(1) Charité – Universitätsmedizin Berlin, (2) Universität zu Lübeck

Zielstellung

Der Beantragung und Bewilligung einer Erwerbsminderungsrente geht im Allgemeinen eine langwierige somatische und/oder psychische Erkrankung voraus. Als Folgen eines vorzeitigen Ausstiegs aus dem Erwerbsleben sind neben den finanziellen Einbußen auch der Verlust von Sinnhaftigkeit und der Verlust von sozialer Einbettung beschrieben (Rueda et al., 2012). Darüber hinaus kann die subjektiv wahrgenommene Lebensqualität eines Menschen mit Antritt der Erwerbsminderungsrente sinken. Auch der volkswirtschaftliche Schaden ist erheblich.

In den letzten 15 Jahren ist der Anteil aufgrund psychischer Erkrankungen bewilligter Erwerbsminderungsrenten deutlich gestiegen. Waren es im Jahr 2000 noch ca. 24 % aller bewilligten Renten, die auf einer psychischen Diagnose basierten, so stieg dieser Anteil auf 32 % im Jahr 2005, 39 % im Jahr 2010 und knapp 43 % im Jahr 2015 (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2017). Ob dieser Anstieg auf einem erhöhten Krankheitsaufkommen oder an einer verbesserten Diagnostik und weniger Stigma basiert, ist noch ungeklärt. In den folgend dargestellten Analysen wurde der Fragestellung nachgegangen, inwieweit eine starke psychische Beeinträchtigung – gemessen mit dem Mental Health Index (MHI-5) – mit der Beantragung bzw. Bewilligung einer Erwerbsminderungsrente assoziiert ist.

Methoden

Die Daten wurden in der ersten Welle des "Dritten Sozialmedizinischen Panels für Erwerbspersonen" im Jahr 2013 erhoben (www.gspe3.de). Die Bruttostichprobe umfasste 10.000 Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Bund der Jahrgänge 1959 bis 1974 mit Krankengeldbezug im Jahr 2012, die bisher keinen Antrag auf eine Rehabilitation oder Erwerbsminderungsrente gestellt hatten (Bethge et al., 2018). Zur Messung der psychischen Gesundheit wurde der Mental Health Index in seiner verkürzten Form (MHI-5) eingesetzt (Berwick et al., 1991). Der Wertebereich umfasst 0 bis 100 Punkte. Höhere Werte bedeuten eine bessere psychische Gesundheit. Personen mit einem Wert von 52 oder niedriger wurden als Personen mit schwerer depressiver Symptomatik kategorisiert (Bültmann et al., 2008). Die Befragungsdaten wurden fortlaufend bis zum Jahr 2016 mit Daten der Reha-Statistik-Datenbasis verknüpft, in denen auch das Zielkriterium "Datum des Antrages einer bewilligten Erwerbsminderungsrente" enthalten ist. Für die Analysen wurde die Häufigkeit der Bewilligungen und die Anzahl der Tage vom Tag des Fragebogeneingangs im Jahr 2013 bis zur Bewilligung bzw. bis zum 31.12.2016 (bei Nicht-Antrag) gezählt. Die Wahrscheinlichkeit einer bewilligten Erwerbsminderungsrente wurde mittels Cox-Regressionen mit und ohne Kontrollvariablen geschätzt. Um die Datenbasis möglichst umfassend zu halten, wurden fehlende Werte in den Kontrollvariablen imputiert (multiple imputation by chained equations, 50 imputierte Datensätze).

Ergebnisse

In die Analysen wurden 2.640 Personen aus der ersten Welle der Befragung eingeschlossen (54 % Frauen, mittleres Alter: 47,9 Jahre, SD = 4,1). Die Beantragung einer Erwerbsminderungsrente ist ein eher seltenes Ereignis: Im Analysedatensatz gab es 128 Beantragungen (ca. 5 %). Der Mittelwert des MHI-5 lag bei 63,2 (SD: 21,7), 50 % der Personen hatten einen MHI-5 Wert von weniger oder gleich 52 (schwere depressive Symptomatik).

Das kumulierte Risiko, eine Erwerbsminderungsrente zu beantragen, war im nicht adjustierten Modell für diejenigen mit schwerer depressiver Symptomatik 2,6-fach erhöht (HR = 2,58, 95 % KI: 1,82-3,66, $p < 0,001$). Auch wenn für Alter und Geschlecht kontrolliert wurde, änderte sich der Risikoschätzer nicht (HR = 2,59, 95 % KI: 1,83- 3,67, $p < 0,001$). Nach Kontrolle für Geschlecht, Alter, Bildung, Rauchstatus, sportlicher Aktivität, Body-Mass-Index, sozialer Unterstützung, Erwerbsstatus und Anzahl diagnostizierter Erkrankungen (außer psychischer Erkrankungen) war das Risiko für Personen mit schwerer depressiver Symptomatik knapp doppelt so hoch wie für Personen ohne schwere depressive Symptomatik (HR = 1,97, 95 % KI: 1,34-2,91, $p < 0,001$).

Der positive Vorhersagewert der dichotomisierten MHI-5 Variable für die Beantragung einer Erwerbsminderungsrente liegt bei 12 % (95% KI: 0,10-0,14), der negative bei 95 % (95 % KI: 0,94-0,96). Die Sensitivität liegt bei 0,58 (95 % KI: 0,50-0,65), die Spezifität bei 0,68 (95 % KI: 0,66-0,70).

Fazit

Ein großer Vorteil von Kohortenstudien wie dem "Dritten Sozialmedizinischen Panel für Erwerbspersonen" ist, dass Aussagen über ein individuelles Risiko möglich sind. Für Personen mit Werten von ≤ 52 Punkten im MHI-5 verdoppelt sich das Risiko, eine Erwerbsminderungsrente zu beantragen. Beachtlich ist dieser Zusammenhang insbesondere deshalb,

weil bekannt ist, dass über 50 % der Rentenanträge nicht auf psychischen Diagnosen basieren. Auch wenn die psychische Beeinträchtigung ein relevanter Prädiktor für die Bewilligung einer Erwerbsminderungsrente ist, zeigen die Analysen auch, dass 88 % der Personen mit schwerer depressiver Symptomatik (MHI-5 \leq 52) im Jahr 2013 in den Folgejahren trotz Krankheit im Erwerbsleben verbleiben.

Die eher geringe Spezifität und Sensitivität der dichotomisierten MHI-5 Variable in Bezug auf eine zukünftig bewilligte Erwerbsminderungsrente ist wahrscheinlich darauf zurück zu führen, dass der Datensatz eine besondere Gruppe von Personen beinhaltet: Alle Personen hatten einen Krankgeldbezug im Jahr 2012. Der Anteil derer mit schlechten Werten auf der MHI-5 Skala war deutlich höher als in als der Allgemeinbevölkerung. Weiterhin ist die Messung des MHI-5 im Jahr 2013 nur eine Momentaufnahme. Viele psychische Erkrankungen haben einen episodischen Verlauf. Die Krankheitsphasen sind zeitlich begrenzt und klingen häufig auch ohne Intervention ab. Die psychische Gesundheit der Teilnehmer könnte sich also nach zwei bis drei Jahren wieder deutlich verbessert haben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Berwick, D. M., Murphy, J. M., Goldman, P. A., Ware Jr, J. E., Barsky, A. J., Weinstein, M. C. (1991): Performance of a five-item mental health screening test. *Medical care*: 169-176.
- Bethge, M., Spanier, K., Peters, E., Michel, E., Radoschewski, M. (2018): Self-reported work ability predicts rehabilitation measures, disability pensions, other welfare benefits, and work participation: longitudinal findings from a sample of german employees. *Journal of Occupational Rehabilitation* 28(3): 495-503.
- Bültmann, U., Christensen, K. B., Burr, H., Lund, T., Rugulies, R. (2008): Severe depressive symptoms as predictor of disability pension: a 10-year follow-up study in Denmark. *European Journal of Public Health* 18(3): 232-234.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2017): *Rentenversicherung in Zeitreihen*. DRV Schriften. 22.
- Rueda, S., Chambers, L., Wilson, M., Mustard, C., Rourke, S. B., Bayoumi, A., Raboud, J., Lavis, J. (2012): Association of returning to work with better health in working-aged adults: a systematic review. *American Journal of Public Health* 102(3): 541-556.

Der subjektive soziale Status bei Antragstellung von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen im Vergleich zum objektiven sozialen Status

Markert, J., Fach, E.-M., Richter, M.

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

Zielstellung

Der Einfluss sozialer Ungleichheit auf die gesundheitliche Lage und die medizinische Versorgung ist gut belegt. In der medizinischen Rehabilitation zeichnet sich ab, dass Personen mit einem niedrigen objektiven sozialen Status (SES) die Maßnahmen mit schlechterer Gesundheit erreichen (Deck, Hofreuter-Gätgens, 2016) und ein höheres Risiko

für eine Erwerbsminderung aufweisen (Rodriguez Gonzalez et al., 2015). Der subjektive soziale Status (SSS), also die Selbsteinschätzung der sozialen Position der Betroffenen, wurde in Bezug auf Gesundheit und medizinische Versorgung im deutschsprachigen Raum bisher wenig und im Bereich der Rehabilitation gar nicht untersucht. Der SSS spiegelt sowohl objektive Faktoren, als auch die subjektive Bedeutung der sozialen Hierarchie in der Gesellschaft wider (Hegar et al., 2010). Er ermöglicht die Berücksichtigung sozioökonomischer Ressourcen, die mit klassischen Indikatoren nicht erfasst werden (z. B. Vermögen, Schulden) (Hoebel, 2017). Ziel dieses Beitrags ist die Untersuchung der Bedeutung des SSS im Vergleich zum SES bei der Antragstellung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation.

Methoden

Grundlage der Sekundärdatenanalyse ist die Risikokohorte des Dritten Sozialmedizinischen Panels für Erwerbspersonen (SPE3) mit Daten von 40-54-Jährigen Versicherten der DRV-Bund, die im Jahr 2012 Krankengeld bezogen und im 4-Jahreszeitraum davor keine DRV-Leistungen (LMR, EMR etc.) erhalten haben (Bethge et al., 2015). Im vorliegenden Beitrag werden Informationen aus den drei Erhebungswellen (2013, 2015, 2017) sowie damit verlinkte administrative Daten der DRV Bund zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation (LMR) analysiert. Der SSS wurde über eine proximale Version der MacArthur-Skala operationalisiert, eine 10-Stufige Skala mit Leiterassoziation. Der SES wurde als SES-Index aus dem höchsten Bildungsabschluss, dem Berufsstatus, sowie dem versicherungspflichtigem Entgelt generiert. Zusätzlich wurde zum Vergleich der SES-Einzelindikator Bildung in getrennten Modellen herangezogen. Die Antragstellung von LMR wurde über beantragte Leistungen aus den Versichertenkonten für die Jahre 2013 bis 2016 generiert. Es erfolgten deskriptive Verfahren und logistische Regressionen getrennt nach Geschlecht, kontrolliert für Alter, subjektive allgemeine Gesundheit und Erwerbstätigkeit.

Ergebnisse

Die Stichprobe umfasst 1.615 Versicherte, davon 54,8 % Frauen. Das Durchschnittsalter beträgt 48 Jahre. Ein überwiegender Teil der Kohorte besitzt einen mittleren (58,8 %), 21,4 % einen niedrigen und 19,9 % einen hohen Bildungsabschluss. Hierbei zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern (Cramer's $V=0,13$, $p < 0,001$), da Frauen häufiger als Männer einen mittleren Bildungsabschluss aufweisen. Beim SES-Index zeigt sich, dass 28,7 % einem niedrigen, 40,8 % einem mittleren und 30,5 % einem hohen sozialen Status zugeordnet werden können. Hierbei treten Geschlechterunterschiede (Cramer's $V=0,29$, $p < 0,001$) hervor, wobei 18,5 % der Frauen und 48,1 % der Männer einen hohen SES aufweisen. Im Vergleich dazu geben Männer bei der subjektiven Einschätzung im Durchschnitt 6,68 Skalenpunkte auf der MacArthur-Skala an, Frauen schätzen sich mit durchschnittlich 6,77 etwas höher auf der sozialen Leiter ein.

Insgesamt stellen 419 Versicherte (25,9 %) einen LMR-Antrag, davon 233 Frauen. In den bivariaten logistischen Regressionsmodellen zeigen sich signifikante Effekte bei der MacArthur-Skala und bei der Bildung bei Männern. Die Chance auf Antragstellung ist hier mit jeder höheren Stufe auf der MacArthur-Skala um das 0,83-fache ($p < 0,01$) verringert. Männer mit niedriger Bildung haben eine um das 1,95-fache und mit mittlerer Bildung eine um das 1,66-fache ($p < 0,01$) erhöhte Chance auf Antragstellung im Vergleich zu Männern mit hohem Bildungsstand. Der Einfluss des SES-Index ist nicht signifikant. In den Gesamtmodellen

jeweils mit dem SES-Index bzw. der Bildung, kontrolliert auf Alter, Gesundheitszustand und Erwerbstätigkeit, ist ein abgeschwächter Effekt der MacArthur-Skala (OR=0,90; $p < 0,05$) zu verzeichnen. Der Effekt der Bildung verliert hier seine Signifikanz. Bei Frauen gibt es keine signifikanten Effekte des sozialen Status auf die Antragstellung, weder beim SES noch beim SSS.

Fazit

Ein höherer SSS ist bei Männern mit einer geringeren Chance auf Antragstellung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation assoziiert. Bei Frauen gibt es keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf den subjektiven oder objektiven sozialen Status. Zudem offenbart ein Geschlechtervergleich von MacArthur-Skala und SES-Index, dass sich der anteilmäßig niedrige SES-Index bei Frauen im Durchschnitt nicht in deren subjektiven Einschätzung widerspiegelt. Eine mögliche Erklärung hierfür bietet die SES-Indexbildung unter Verwendung des individuellen versicherungspflichtigen Jahresentgeltes, bei welchem der Verdienst des Partners nicht berücksichtigt wird.

Die Verwendung der MacArthur-Skala eignet sich als Ergänzung zu individuellen objektiven sozioökonomischen Faktoren. In Bezug auf Antragstellung von LMR zeigt sich in der vorliegenden Risikokohorte bei Männern die eigenständige Bedeutung der wahrgenommenen sozialen Lage. Für eine differenzierte Interpretation von Effekten der MacArthur-Skala auf die rehabilitative Versorgung bedarf es weiterführender Analysen.

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. In: *American journal of physical medicine & rehabilitation / Association of Academic Physiatrists* 94 (11), S. 958–966. DOI: 10.1097/PHM.0000000000000281.
- Deck, R.; Hofreuter-Gätgens, K. (2016): Soziale Ungleichheit in der medizinischen Rehabilitation. Social inequality in medical rehabilitation. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 59 (2), S. 245–251. DOI: 10.1007/s00103-015-2284-5.
- Hegar, R.; Döring, A.; Mielck, A. (2012): Einfluss des subjektiven Sozialstatus auf gesundheitliche Risiken und Gesundheitszustand – Ergebnisse der KO-RA-F4-Studie. *Gesundheitswesen*; 74:306–314.
- Hoebel, J.(2017): Bedeutung des subjektiven sozialen Status für die gesundheitliche Lage von Männern und Frauen in Deutschland. Dissertation.
- Rodriguez Gonzalez, M.; Lohse, R.; Schröder, M.; Krohn, S.; Zuchandke, A. (2015): Sozioökonomische Analyse des Erwerbsminderungsrisikos - Eine Untersuchung anhand von BASiD-Daten. In: *ZVersWiss* 104 (2), S. 151–178. DOI: 10.1007/s12297-015-0300-3.

Arbeitnehmer*innen mit Anspruch auf betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM): Prävalenz und Determinanten eines angebotenen BEM und dessen Inanspruchnahme

Loerbroks, A. (1), Scharf, J. (1), Angerer, P.(1), Spanier, K.(2), Bethge, M. (2)

(1) Universität Düsseldorf, (2) Universität zu Lübeck

Zielstellung

Arbeitnehmer*innen, die innerhalb eines Jahres mindestens sechs Wochen aufgrund einer Erkrankung arbeitsunfähig geschrieben waren, haben Anspruch auf ein betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) durch ihren Arbeitgeber. Ziel des BEM ist die erfolgreiche Wiedereingliederung an einen (angepassten) Arbeitsplatz sowie der Erhalt der Arbeitsfähigkeit (Pöser et al., 2017; Ohlbrecht et al. 2018). Gesetzlich verankert ist das BEM in § 167 Absatz 2 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) und ist daher vom Arbeitgeber verpflichtend anzubieten. Die Teilnahme am BEM ist jedoch für die Angestellten freiwillig. Daher werden im Rahmen dieser Studie die Prävalenz und potentielle Determinanten eines angebotenen BEM sowie der Inanspruchnahme dieses Angebots untersucht.

Methoden

Das Dritte Sozialmedizinische Panel für Erwerbspersonen – Teilhabe und Rehabilitation (SPE-III) ist eine Kohortenstudie und untersucht die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen und Erwerbsminderungsrenten sowie potenzielle Einflussfaktoren (www.gspe3.de). Die Stichprobe umfasst zufällig ausgewählte Personen im Alter von 40 bis 54 Jahren, die im Jahr 2012 Krankengeld bezogen haben (Bethge et al., 2015). Für die vorliegende Untersuchung wurden die Daten der Baseline-Erhebung (im Jahr 2013) und der ersten Nachbefragung (2015) genutzt. In die Analysestichprobe wurden nur Angestellte und Arbeiter*innen eingeschlossen (n=2.181). Die selbstberichteten Outcomes zum Zeitpunkt der Nachbefragung wurden mittels Items operationalisiert, die erfassten a) ob den Teilnehmer*innen jemals von ihrem (letzten) Arbeitgeber das Angebot gemacht wurde, an einem BEM teilzunehmen und b) ob dieses Angebot angenommen wurde. Die möglichen Determinanten zu Baseline umfassten soziodemographische Variablen, selbstberichtete Unfälle sowie zwölf Erkrankungsgruppen (d. h. aktuelle Erkrankungen, die nach Aussage der Teilnehmer*innen ärztlich diagnostiziert worden sind), aktuelle Arbeitsfähigkeit (gemessen mit dem Work Ability Score, 0 bis 10 Punkte), gesundheitsbezogene Lebensqualität (körperliche bzw. psychische Summenskala des SF-36), soziale Unterstützung (Oslo Social Support Scale) und psychosoziale Arbeitsbedingungen (berufliche Gratifikationskrisen). Zur Schätzung relativer Risiken (RR) und der dazugehörigen 95 % Konfidenzintervalle (KIs) wurden multivariable Poissonregressionsmodelle mit log-link-Funktion in SAS herangezogen (Spiegelman & Hertzmark, 2005).

Ergebnisse

34,3 % der Befragten gaben an, dass ihnen schon einmal ein BEM angeboten worden ist. Rund Dreiviertel hatten dieses Angebot angenommen (76,9 %). Die Wahrscheinlichkeit eines bis 2015 angebotenen BEM war bei Teilnehmer*innen, die 2013 von psychischen Erkrankungen (RR= 1,42, 95 % KI= 1,21 - 1,66), Krebserkrankungen (RR= 1,35, 95 % KI= 1,10 -

1,66) oder angeborenen Erkrankungen (RR= 1,45, 95 % KI= 1,12-1,88) berichteten, erhöht. Die Wahrscheinlichkeit eines angebotenen BEM erhöhte sich leicht mit steigender sozialer Unterstützung (RR= 1,03, 95 % KI= 1,01 - 1,06) und war reduziert, wenn Hauterkrankungen vorlagen (RR= 0,87, 95 % KI= 0,77 - 0,99). Unsere Analysen lieferten im Wesentlichen keine Hinweise auf Determinanten der Inanspruchnahme eines angebotenen BEM.

Fazit

Trotz des bestehenden gesetzlichen Anspruchs auf ein BEM wurde nur einem Drittel der Befragten ein entsprechendes Angebot von ihrem Arbeitgeber gemacht. Wenn ein BEM angeboten wurde, dann war die Teilnahmebereitschaft jedoch hoch. Als Einflussfaktoren auf ein angebotenes BEM schienen insbesondere Erkrankungen und soziale Unterstützung zu fungieren. Weiterführende Untersuchungen von Determinanten können dazu beitragen Personengruppen zu identifizieren, denen trotz vermeintlichen Bedarfs kein BEM angeboten wird. Zukünftige Forschungsbemühungen könnten insbesondere durch einen zusätzlichen Fokus auf unternehmensbezogene Variablen (z. B. Ausgestaltung der Anbindung an eine betriebsärztliche Versorgung oder die Einstellung von Führungskräften zu BEM) einen relevanten Beitrag leisten.

Förderung: Das Dritte Sozialmedizinische Panel für Erwerbspersonen – Teilhabe und Rehabilitation (SPE-III) wird von der Deutschen Rentenversicherung Bund gefördert; die Mitarbeit der Düsseldorfer Wissenschaftler*innen wird von der Lieselotte und Dr. Karl Otto Winkler-Stiftung für Arbeitsmedizin unterstützt.

Literatur

- 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. *Am J Phys Med Rehabil*, 94. 958-66.
- Ohlbrecht H., Detka, C., Kuczyk, S., Lange, B. (2018): Return to Work und Stay at Work – Die Frage nach einem gelingenden betrieblichen Eingliederungsmanagement. *Rehabilitation*, 57. 157–164.
- Pöser, S., Becke, G., Schwerdt, C. (2017): Psychische Gesundheitsrisiken als Herausforderung für das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM): Problemfelder, Gestaltungsbedarfe und -ansätze für betriebliche Akteure, Reihe Arbeit und Wirtschaft in Bremen, No. 19, Institut Arbeit und Wirtschaft (IAW), Universität Bremen und Arbeitnehmerkammer Bremen, Bremen.
- Spiegelman D, Hertzmark E. (2005): Easy SAS calculations for risk or prevalence ratios and differences. *Am J Epidemiol*, 62. 199-200.

Digitaler Stress und psychische Gesundheit bei Personen mit erhöhtem Erwerbsminderungsrisiko: Eine querschnittliche Kohortenstudie im Sozialemedizinischen Panel (GSPE-III)

Hennemann, S. (1), Höhler, J. (1), Spanier, K. (2), Reinecke, L. (1), Bethge, M. (2)

(1) Johannes Gutenberg Universität Mainz, (2) Universität zu Lübeck

Zielstellung

Digitale Informations- und Kommunikationstechnologien sind ein wesentlicher Bestandteil des beruflichen und privaten Alltags geworden und mittlerweile in allen Altersgruppen präsent (ARD/ZDF-Online Studie, 2018). Neben einer Vielzahl von Vorteilen bringt die Durchdringung und Intensität der digitalen Kommunikation auch potenzielle Risiken für die psychische Gesundheit mit sich (Reinke & Chamorro-Premuzic, 2014; Becker et al., 2013). Studien deuten darauf hin, dass die Angst, etwas im Internet zu verpassen sowie der soziale Druck zur Erreichbarkeit wichtige Motivatoren für eine gesteigerte bzw. zeitgleiche digitale Kommunikation darstellen. In einer bevölkerungsrepräsentativen Umfrage konnten Reinecke et al. (2017) die Zusammenhänge dieser Faktoren mit dem Stresserleben sowie indirekt mit Burnout, Angst und Depressivität bestätigen, wobei sich altersabhängige Zusammenhangsmuster ergaben. Das Ziel der vorliegenden Studie war es daher, mögliche negative Zusammenhänge der Menge an täglicher, digitaler Kommunikation (DiKom) und dem Internet-Multitasking (IMult) mit arbeitsbezogenem Stress und psychischem Wohlbefinden, sowie den motivationalen Einfluss der Befürchtung etwas im Internet zu verpassen (BefInt) und den wahrgenommenen sozialen Druck zur Erreichbarkeit (SozEr) in einer Stichprobe von erwerbsgefährdeten Personen im mittleren Erwachsenenalter zu untersuchen und Aussagen über das individuelle Risikoprofil des "digitalen Stress" abzuleiten.

Methoden

Im Rahmen des 3. Sozialmedizinischen Panels für Erwerbspersonen (GSPE-III, DRKS00004824) wurden Versicherte der DRV Bund (Jahrgänge 1959 bis 1974) mit Krankengeldbezug im Jahr 2012, die im vorangegangenen 4-Jahres-Zeitraum keine Reha-Leistungen beantragt oder erhalten hatten, in die Studie eingeschlossen. Die vorliegenden Daten stammen aus der dritten Erhebungswelle (2017). Basierend auf den Fragebögen aus der Erhebung von Reinecke et al. (2017) wurden insgesamt 12 Items zur Erfassung der auf die digitale Kommunikation bezogenen Variablen verwendet (Skalenbreite 1-5). Arbeitsbezogener Stress wurde mit dem Effort-Reward-Imbalance Questionnaire (ERI, >1 = berufliche Gratifikationskrise) und das psychische Wohlbefinden mit dem Mental Health Index (MHI, Skalenbreite 0 -100) des SF-36 erfasst.

Ergebnisse

Von 2.108 Personen, die den Fragebogen der Erhebungswelle beantworteten, gingen nach Ausschluss von fehlenden Werten $N = 1.920$ berufstätige Internetnutzer in die Analyse ein, davon 54.3 % weiblich, mit einem Durchschnittsalter von 52 Jahren ($SD = 4.0$) und überwiegend mittlerem Bildungsstand (60.3 %). Es zeigten sich mittlere Ausprägungen für die Variablen SozEr und IMult sowie für psychisches Wohlbefinden. BefInt und DiKom waren im

Mittel gering ausgeprägt. Die Effort-Reward Ratio war in Richtung einer Imbalance erhöht. Die deskriptiven Kennwerte sowie die Ergebnisse der Pfadanalyse sind in Abbildung 1 dargestellt. Es zeigte sich ein erwartungskonformer Zusammenhang zwischen digitaler Kommunikationsmenge und arbeitsbezogenem Stress, nicht jedoch mit Internet-Multitasking. Arbeitsbezogener Stress war mit reduzierter psychischer Gesundheit assoziiert. Ebenso konnten bedeutsame Effekte des Drucks zur Erreichbarkeit sowie der Befürchtung, etwas zu verpassen auf das Kommunikationsverhalten nachgewiesen werden. Zudem wirkte sich SozEr indirekt via DiKom auf die Effort-Reward-Imbalance aus. Der Modellfit war tendenziell akzeptabel ($\chi^2 = 81.58^{***}$; RMSEA = 0.08 [0.07-0.10]; CFI = 0.86; $R^2\text{ERI} = 0.005$, n.s.; $R^2\text{MHI} = 0.03^*$).

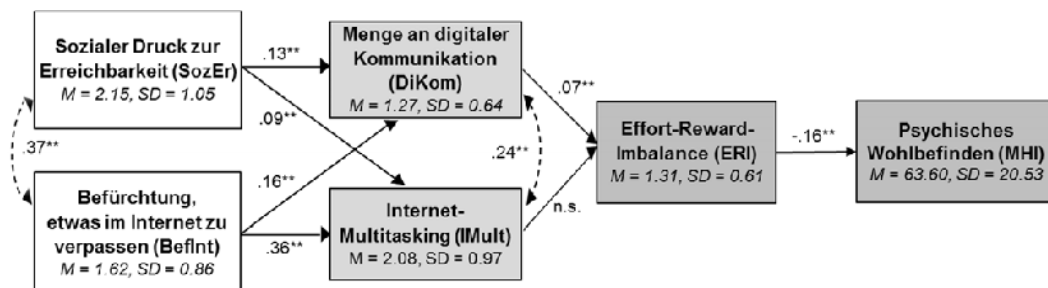


Abb.1: Pfadmodell mit direkten, standardisierten Effekten ($N = 1920$). * $p < .05$. und ** $p < .01$. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung (basierend auf Rohdaten).

Fazit

Bei den befragten Risikoversicherten im mittleren Erwachsenenalter konnten Hinweise für "digitalen Stress" in Form eines Zusammenhangs aus gesteigerter digitaler Kommunikation und arbeitsbezogenem Stress sowie reduziertem psychischem Wohlbefinden gefunden werden, was sich mit Vorbefunden vergleichen lässt (Reinke & Chamorro-Premuzic, 2014; Misra & Stokols, 2012). Zu beachten sind sowohl Bodeneffekte wie in der geringen selbstberichteten Nutzung digitaler Kommunikation wie auch der mittlere Altersbereich. Diese Besonderheiten können Indikatoren für eine Zuordnung der Stichprobe als "digital immigrants" sein. Bei der Interpretation der Ergebnisse sind eine mögliche Diskrepanz zwischen subjektiver und objektiver Internetnutzung sowie die geringe Itemzahl der untersuchten Konstrukte zu berücksichtigen. Zukünftige Studien in Populationen mit Gesundheitsrisiko können bisherige Erkenntnisse durch eine objektive Datenerfassung von Stresserleben (z. B. physiologische Parameter) oder der Internetnutzung (z. B. Log-Daten) erweitern.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

ARD/ZDF-Onlinestudie, 2018. URL: <http://www.ard-zdf-onlinestudie.de/ardzdf-onlinestudie-2018/>, Abruf: 02.11.2018

Becker, M. W., Alzahabi, R. & Hopwood, C. J. (2013). Media Multitasking Is Associated with Symptoms of Depression and Social Anxiety. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 16 (2), 132-135.

Misra, S. & Stokols, D. (2012). Psychological and Health Outcomes of Perceived Information Overload. *Environment and Behavior*, 44 (6), 737-759.

- Reinke, K. & Chamorro-Premuzic, T. (2014). When email use gets out of control: Understanding the relationship between personality and email overload and their impact on burnout and workengagement. *Computers in Human Behavior*, 36, 502-509.
- Reinecke, L., Aufenanger, S., Beutel, M. E., Dreier, M., Quiring, O., Stark, B. et al. (2017). Digital Stress over the Life Span: The Effects of Communication Load and Internet Multitasking on Perceived Stress and Psychological Health Impairments in a German Probability Sample. *Media Psychology*, 20 (1), 90-115.

Weiterarbeiten nach Renteneintritt: Was bedingt die Intention in Erwerbspersonen? – Befunde aus der SPE III-Befragung

Lippke, S. (1), Bethge, M. (2)

(1) Jacobs University Bremen gGmbH, (2) Universität zu Lübeck

Zielstellung

Studien zeigen, dass viele Menschen Erwerbstätigkeit als eine wichtige Ressource für soziale Teilhabe sehen. Die Flexirenten-Gesetze haben genau das Ziel, die soziale Teilhabe durch Arbeitsmarktpartizipation nach Eintritt ins Rentenalter und den Start von Rentenbezügen zu ermöglichen und zu fördern. Viele Menschen scheinen motiviert zu sein, sich entsprechend in den Arbeitsmarkt einzubringen und weiterzuarbeiten. Beispielsweise wurde in der Transitions and Old Age Potential Studie (TOP), dass 19.4 % der Befragten nach ihrem 65. Lebensjahr weiter arbeiten (Mergenthaler, Sackreuther & Staudinger, 2018). Nur wenige Studien (z. B. Fasbender et al., 2016) haben untersucht, welche Faktoren diese Motivation bedingen und was möglicherweise Barrieren sind (wie bspw. schlechter Workability, WAI). Eine Theorie, die verschiedene Verhaltensweisen wie bspw. Gesundheitsverhalten zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit und die Erwerbstätigkeit selbst im Zusammenhang betrachtet, ist das Compensatory Carry-Over Action Model (CCAM, Lippke, 2014). Dabei werden diese verschiedenen Verhaltensweisen durch die höhergeordneten Ziele, wie Geld verdienen, sich selbst weiterzubilden und Freude im Leben zu haben, motiviert.

Vor dem Hintergrund des CCAM sollte die Intention zur Weiterarbeit nach Renteneintritt durch die höhergeordneten Ziele (sich selbst weiterzubilden und Freude im Leben zu haben) genauer betrachtet werden. Entsprechend sollte getestet werden, ob diese Faktoren die Intention zur Weiterarbeit neben soziodemografischen und Gesundheitsvariablen (SF36 inkl. gesundheitsbezogene Vitalität und WAI) vorhersagen.

Methoden

Die Analysen nutzten Daten der 2017 durchgeführten dritte Erhebungswelle des Dritten Sozialmedizinischen Panels für Erwerbspersonen (www.gspe3.de; Bethge, Spanier, Neugebauer, Mohnberg & Radoschewski, 2015). Die Studie untersucht Faktoren, die die Beantragung und Inanspruchnahme von Rehabilitations- und Rentenleistungen bei Personen beeinflussen, die in ihrer Teilhabe aufgrund chronischer Erkrankungen eingeschränkt sind.

Die Motivation, nach Wechsel in Rente weiterzuarbeiten, wurde erfasst mit dem Item "Wie viele Jahre möchten Sie noch arbeiten?" und dem kalendarischen Alter: Es wurde berechnet,

ob Versicherte nach Eintritt ins Erwerbsalter (65 Jahre) weiterarbeiten wollten oder nicht (dichotomes Kriterium).

Es wurden deskriptive Analysen, Korrelationsanalysen und bivariate logistische Regressionsanalysen berechnet (Schritt 1: soziodemografische Variablen wie Alter, Geschlecht, Bildung, Partnerschaft, Migrationshintergrund, Erwerbsumfang, Kinder) Schritt 2: Gesundheit, WAI; Schritt 3: höhergeordneten Ziele, wie Geld verdienen, sich selbst weiterzubilden und Freude im Leben).

Ergebnisse

Von den 2.103 Teilnehmern der dritten Erhebungswelle wurden 230 Befragte (10,9 %) wegen fehlender Werte hinsichtlich der Intention nach Renteneintritt weiterzuarbeiten ausgeschlossen. Von den verbliebenen 1.878 Personen wurden außerdem nur Befragte eingeschlossen, die derzeit in einem Beschäftigungsverhältnis standen und relevanten Prädiktorvariablen beantwortet hatten (n=1.747).

Die Befragten waren zum Zeitpunkt der berücksichtigten Befragung zwischen 44 und 58 Jahre alt (M=52,07, SD=4,00). Von den Befragten waren 55,3 % weiblich und 60,6 % hatten einen Realschulabschluss. Insgesamt gaben 5,2 % an, Migrationshintergrund zu haben. 77,3 % hatten einen Partner und 75,0 % Kinder. Der Großteil der Befragten berichtete eine gute Gesundheit (M=2,84, SD=0,77) und eine gute Vitalität (M=48,01, SD=20,27).

Die Mehrzahl der Befragten (67,8 %) war zuversichtlich, mindestens in den nächsten zwei Jahren arbeiten zu können. Diejenigen, die angaben, nach dem Eintritt in das Rentenalter weiterarbeiten zu wollen, waren mit einer höheren Wahrscheinlichkeit männlich (OR=0,68), alleinstehend (OR=0,59) und hatten einen höheren Bildungsabschluss (OR=1,54).

20,6 % der Befragten gab an, nach Eintritt ins Rentenalter weiter arbeiten zu wollen. Nach Kontrolle von soziodemografischen Variablen zeigte sich insbesondere die gesundheitsbezogene Vitalität (OR=0,99) als bedeutsam für die Motivation zur Weiterarbeit. Im dritten Schritt wurden die höhergeordneten Ziele einbezogen. Dabei stellten sich die Gründe "Geld verdienen" (OR=1,43), "Spaß an der Arbeit" (OR=1,45) sowie "Weiterentwicklung und Weiterbildung" (OR=1,26) als bedeutsam heraus.

Fazit

Die höhergeordneten Ziele Spaß und Weiterentwicklung sind bedeutsam für die Motivation, weiterzuarbeiten. Damit werden bisherige Befunde bestätigt, die zeigen, dass nicht nur monetäre Aspekte die Motivation bedingen. Dies sollte vor allem bei der Gestaltung von Arbeitsbedingungen und Arbeitsinhalten für diese Altersgruppe berücksichtigt werden. Weitere Forschung sollte dies genauer auch im Zusammenhang mit Geschlechtsaspekten und dyadischen Aspekten der Partnerschaft untersuchen.

Maßnahmen, die eine Partizipation am Arbeitsmarkt nach Eintritt ins Rentenalter fördern, sollten vor allem auf die frühzeitige Gesundheitsförderung ansetzen (z. B. Verbesserung gesundheitsbezogene Vitalität). Daneben gilt es, passende Jobs, die Spaß machen, sicherzustellen und dem Wunsch nach Weiterentwicklung und Weiterbildung nachzukommen.

Förderung: Deutsche Forschungsgemeinschaft

Literatur

- Bethge M., Spanier K., Neugebauer T., Mohnberg I., Radoschewski F.,M. Self-reported poor work ability – an indicator of need for rehabilitation? A cross-sectional study of a sample of German employees. *Am J Phys Med Rehabil* 2015, 94(11), 958-66.
- Fasbender, U., Wang, M., Voltmer, J. and Deller, J. (2015). The Meaning of Work for Post-retirement Employment Decisions. *Work, Aging and Retirement*, 2(1), 12-23.
- Lippke, S. (2014). Modelling and supporting complex behavior change related to obesity and diabetes prevention and management with the Compensatory Carry-Over Action Model. *J Diabetes Obes*, 1(1), 1-5. DOI10.15436/2376-0494.14.009.
- Mergenthaler, A., Sackreuther, I., & Staudinger, U. (2018). Productive activity patterns among 60-70-year-old retirees in Germany. *Ageing And Society*, 1-30.

Alte und neue Schnittstellen im BTHG am Beispiel der Antragsstellung auf Rehabilitationsleistungen

Schulz, S.E.

Institut Arbeit und Qualifikation, Duisburg

Zielstellung

Die zweite Reformstufe des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) sieht hinsichtlich der Rehabilitation vor, dass Versicherte Rehabilitationsleistungen aus einer Hand erhalten. Dies hat zur Folge, dass sich die Versicherten nicht mehr um einen Zugang zu unterschiedlichen Leistungen kümmern müssen, wenn verschiedene Rehabilitationsträger zuständig sind. Seit Anfang 2018 liegt diese Aufgabe bei den Trägern bzw. beim erstangegangenen Träger. Vor diesem Hintergrund wird der Frage nachgegangen, inwiefern sich durch die zweite Reformstufe des BTHG die Schnittstellen zwischen unterschiedlichen Rehabilitationsträgern bei der Bearbeitung von Anträgen verändert haben. Die explorativ angelegte Forschung bietet zudem die Möglichkeit, Schnittstellenprobleme in der Bearbeitung von Anträgen aufzudecken.

Die Ergebnisse stammen aus dem Projekt "Schnittstellen in der Sozialpolitik: Divergenz und Integration", das durch das Forschungsnetzwerk Interdisziplinäre Sozialpolitikforschung gefördert wird. Ziel des Projektes ist es, Schnittstellen, Schnittstellenproblematiken und Lösungsansätze aufzudecken und zu systematisieren, die sich bei der Bearbeitung verschiedener sozialer Risiken durch Akteure unterschiedlicher Rechtskreise ergeben. Zur Systematisierung wird ein Analyseraster verwendet, das verschiedene Ebenen und Handlungsfelder beinhaltet. Die Ebenen werden nach den Rahmenbedingungen (Markoebene), den organisationalen Arrangements (Mesoebene) und der Fallbearbeitung (Mikroebene) unterschieden. Quer dazu liegen die Handlungsfelder, die sich auf die Strukturen und Prozesse beziehen.

Methoden

Das Forschungsdesign folgt einer explorativen Ausrichtung. Daher konzentrierte sich die Auswahl des Untersuchungsfeldes auf die Bearbeitung von Rehabilitationsanträgen bei den Trägern der Deutschen Rentenversicherung und der Agentur für Arbeit. Es konnten in je fünf Trägern bzw. Agenturen Interviews mit Akteuren geführt werden, die unterschiedliche Aufgaben in der Bearbeitung von Rehabilitationsanträgen übernehmen. Diese Interviews wurden inhaltsanalytisch ausgewertet.

Ergebnisse

Es konnten drei institutionelle Konstellationen identifiziert werden, die Schnittstellen kennzeichnen: Transition, Interferenz und Diffusion. Zunächst zeigt sich, dass eine Transition, also ein Zuständigkeitswechsel zwischen verschiedenen Akteuren, sowohl vor der zweiten Reformstufe des BTHG als auch danach entsteht, wenn der angeschriebene Träger nicht zuständig ist.

Aus Sicht der Akteure erscheinen Schnittstellen zu anderen Rehabilitationsträgern dann als besonders bemerkenswert, wenn Versicherte mehrere Leistungen unterschiedlicher Rehabilitationsträger benötigen. Vor 2018 war dies durch die Konstellation "Diffusion" (keine Kooperation oder Koordination von Trägern verschiedener Rechtskreise) gekennzeichnet. Für die Reha-Träger bedeutete dies, dass sie ausschließlich ihren eigenen Leistungsbereich bearbeitet haben. Die Versicherten mussten dann bei weiteren Versorgungsbedarfen andere Reha-Träger ansprechen bzw. dort einen Antrag stellen. Zudem kann bei der Diffusion ein Risiko für die Entstehung eines Schnittstellenproblems herausgearbeitet werden. Als Schnittstellenprobleme werden Situationen verstanden, durch die sich eine Fallbearbeitung verzögert oder durch die eine bedarfsgerechte Versorgung nicht gewährleistet werden kann. Wussten die Versicherten also nicht, ob und welcher weiteren Rehabilitationsleistungen sie benötigen, konnte dies zu einer Unterdeckung der Versorgung führen. Zudem wird problematisiert, dass vor 2018 die Rehabilitationsleistungen nur schwer aufeinander abgestimmt werden konnten.

Mit der zweiten Reformstufe des BTHG liegt die Verantwortung bei den Rehabilitationsträgern, Rehabilitationsbedarfe zu erkennen – auch Bedarfe, die nicht im eigenen Leistungsbereich liegen – und diese durch den verantwortlichen Rehabilitationsträger zusammenzustellen. Im Teilhabeplan soll dies fixiert werden. Dadurch ist seit 2018 von einer Schnittstellenkonstellation auszugehen, die im Projekt als "Interferenz" bezeichnet wird. Hierbei kommt es zu einer fallspezifischen Überlappung von Zuständigkeiten. Schnittstellenprobleme können sich hier an unterschiedlichen Punkten der Fallbearbeitung ergeben. Zum einen muss der zuständige Rehabilitationsträger Bedarfe anderer Leistungsbereiche feststellen. Dies ist insbesondere in der Übergangsphase von Bedeutung, weil die hierfür zuständigen Fachkräfte bisher ausschließlich auf den eigenen Leistungsbereich geschult worden sind. Zudem wird das Problem formuliert, dass die verantwortlichen Rehabilitationsträger zwar verantwortlich gegenüber den Versicherten bzw. den Antragstellenden sind, aber keine Befugnisse gegenüber anderen Trägern haben, um z. B. Fristen einzuhalten. Zudem wird problematisiert, dass in der Zusammenarbeit mit anderen Leistungsträgern zwar Bedarfe vom verantwortlichen Rehabilitationsträger erkannt werden, diese aber nicht vom zuständigen Leistungsträger übernommen wird.

Fazit

Im Vergleich vor und nach der zweiten Reformstufe des BTHG zeigen sich also bei der Beantragung von Rehabilitationsleistungen nicht nur Unterschiede in den Schnittstellen zwischen verschiedenen Rehabilitationsträgern, sondern auch Unterschiede in den daraus resultierenden Schnittstellenproblemen.

Jedoch wird zum derzeitigen Stand der Untersuchung bereits deutlich, dass Schnittstellen nicht erst bei einem konkreten Fall wahrgenommen werden. Vielmehr werden bereits Anstrengungen von den Akteuren unternommen, Schnittstellen zu "installieren" und dadurch die Bearbeitung von Einzelfällen zu professionalisieren. Dies ist jedoch voraussetzungs- und z. B. an die Trägerstruktur gebunden. Inwiefern auch andere Akteure Schnittstellen ohne Fallbezug implementieren können, bleibt jedoch offen.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Fördernetzwerk Interdisziplinäre Sozialpolitikforschung

Literatur

Brussig, M./Schulz, S. E. (2018): Die Einführung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) als Beispiel für die Analyse von Schnittstellenproblemen und Bearbeitungsstrategien. Tagungsdokumentation: Fragmentierung und Integration - Schnittstellenprobleme und Schnittstellenmanagement im deutschen Sozialstaat. Abrufbar unter: <http://www.fgw-nrw.de/dokumentation/mediale-dokumentation/news/dokumentation-fragmentierung-und-integration-schnittstellenprobleme-und-schnittstellenmanagement.html>. Zuletzt eingesehen: Oktober 2018.

Angemessene Vorkehrungen im Verwaltungsverfahren der Rehabilitation

Welti, F. (1), Frankenstein, A. (1), Hlava, D. (2)

(1) Universität Kassel, (2) Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf

Zielstellung

Nach Art. 5 Abs. 3 UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) unternehmen die Vertragsstaaten alle geeigneten Schritte, um die Bereitstellung angemessener Vorkehrungen zu gewährleisten. Nach Art. 2 UN-BRK bedeuten angemessene Vorkehrungen notwendige und geeignete Änderungen und Anpassungen, die keine unverhältnismäßige oder unbillige Belastung darstellen und die, wenn sie in einem bestimmten Fall erforderlich sind, vorgenommen werden, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen Menschenrechte und Grundfreiheiten ausüben und genießen können. Werden angemessene Vorkehrungen versagt, stellt dies eine Benachteiligung dar, wie seit 2016 auch in § 7 Abs. 2 Satz 1 Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) klargestellt ist.

Methoden

Normsetzung, Rechtsetzung, Rechtsprechung und Literatur wurden an Hand der Datenbank juris und weiterer Datenquellen systematisch durchsucht und dann nach Wortlaut, Entstehungsgeschichte, Sinn und Zweck untersucht und bewertet. Eine besondere Bedeutung haben dabei neben höchstrichterlichen Entscheidungen aus Deutschland die Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs (EuGH), des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) und des Ausschusses der Vereinten Nationen für die Rechte von Menschen mit Behinderungen.

Ergebnisse

Das Gebot angemessener Vorkehrungen gilt nach § 7 Abs. 2 Satz 1 BGG für die Rehabilitationsträger der mittelbaren Staatsverwaltung des Bundes (DRV Bund, Knappschaft, Bundesagentur, bundesweite Krankenkassen und Unfallversicherungsträger). Andere Rehabilitationsträger, wie die DRV-Regionalträger, regionale Krankenkassen und Unfallkassen, Träger der Sozialhilfe und der Jugendhilfe, Versorgungsämter und Integrationsämter sind nicht im Geltungsbereich des BGG des Bundes. Für sie gelten aber Benachteiligungsverbote für Menschen mit Behinderungen nach § 33c SGB I, § 19a SGB IV, § 2a SGB V und den BGG der Länder sowie das verfassungsrechtliche Benachteiligungsverbot nach Art. 3 Abs. 3 Satz 2

GG. Im Wege der Auslegung, insbesondere auf Grund der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (10.10.2014, 1 BvR 856/13), des EuGH (Rs Ruiz Conejero, 18.01.2018, C-270/16) und des EGMR (Rs Cam gegen Türkei, 23.02.2016, Nr. 51500/08) lässt sich feststellen, dass auch für diese Träger das Benachteiligungsverbot als Gebot angemessener Vorkehrungen zu verstehen ist. Die Bindung öffentlicher Träger kann auch bedeuten, dass diese Dienste und Einrichtungen der Rehabilitation entsprechend verpflichtet müssen (vgl. § 17 Abs. 1 SGB I).

Das Gebot angemessener Vorkehrungen bedeutet im Verwaltungsverfahren der Rehabilitationsträger vor allem, dass immer dann Maßnahmen im Einzelfall zu prüfen und zu treffen sind, wenn behinderungsbedingte Nachteile nicht bereits durch generelle Barrierefreiheit kompensiert werden. Es kann den Umfang gebotener Beratung, Kommunikation und Amtsermittlung und die Dringlichkeit von Fristen beeinflussen. Das Gebot angemessener Vorkehrungen kann auch auf die Auslegung unbestimmter Rechtsbegriffe und auf die Ermessensausübung wirken. Die Komplexität eines Verwaltungsverfahrens kann sich als indirekte Diskriminierung auswirken, wenn sie nicht durch angemessene Vorkehrungen gemildert werden kann (CRPD-Ausschuss, CRPD/C/D/2/2010, Gröninger).

Wird gegen das Benachteiligungsverbot in Gestalt des Gebots angemessener Vorkehrungen verstoßen, ist neben dem üblichen Rechtsweg das Schlichtungsverfahren zur Schlichtungsstelle nach § 16 BGG möglich, wenn die Benachteiligung von einem Träger öffentlicher Gewalt der Bundesverwaltung ausgeht.

Fazit

Das Gebot angemessener Vorkehrungen ist relevant für die Rehabilitation in Deutschland.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Literatur

Hlava, D., Barrierefreie Gesundheitsversorgung – Rechtliche Gewährleistung unter besonderer Berücksichtigung der Rechtsdurchsetzung, 2018.

Ramm, D./ Welti, F., Die Evaluation des Behindertengleichstellungsgesetzes - Rechtliche Aussagen und empirische Ergebnisse zur Barrierefreiheit im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen, GesWes 2017, e56-e61.

Welti, F./ Frankenstein, A./ Hlava, D., Angemessene Vorkehrungen und Sozialrecht, 2018.

Welti, F./ Groskreutz, H./ Hlava, D./ Rambauser, T./ Ramm, D/ Wenckebach, J., Evaluation des Behindertengleichstellungsgesetzes – Abschlussbericht, 2014.

Evaluation der berufsbegleitenden Rehabilitation – Erkenntnisse eines Modellprojektes

Kulisch, K. (1), Lorenz, S. (2), Kohl, M. (2), Streibelt, M. (1)

(1) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin,

(2) Forschungsinstitut Betriebliche Bildung (f-bb) gGmbH, Nürnberg

Zielstellung

Seit dem Inkrafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention im März 2009 findet ein Perspektivenwechsel von Fürsorge oder Rehabilitation zu gleichberechtigter und selbstbestimmter Teilhabe statt. Dies verpflichtet Rehabilitationsträger unter dem Leitbild der Personenzentrierung dazu, individuelle und flexible Angebote zu entwickeln und bereitzustellen, die Unterschiede zur klassisch medizinischen Rehabilitation sowohl in der Therapieintensität als auch im Therapiesetting aufweisen.

Die berufsbegleitende Rehabilitation (BbR) von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) setzt unterhalb der bisher ganztägigen Reha-Angebote an: Es ist ein neues berufsbegleitendes, wohnortnahes und niedrigschwelliges Angebot mit einer mittleren Therapieintensität für eine Zielgruppe mit mittlerem sozialmedizinischen Erwerbsminderungsrisiko. Das Format soll sich vor allem an weniger stark beeinträchtigte Versicherte richten, die einen Reha-Bedarf im Sinne der Rentenversicherung aufweisen (im Sinne des § 10 SGB VI), jedoch aktuell noch ihrer beruflichen Tätigkeit nachgehen können.

Die Evaluation der BbR analysiert und bewertet deren Machbarkeit und Erfolg mit Blick auf eine zukünftige Verstetigung des Angebots. Dazu werden u. a. gesundheitliche Veränderungen im Rehabilitationsverlauf ermittelt sowie Einflussfaktoren auf diese Veränderungen identifiziert. Außerdem werden Zugangswege, die Zufriedenheit der Teilnehmenden mit der BbR sowie die Vereinbarkeit von Familie, Beruf und BbR erfasst. Mit Hilfe der Ergebnisse sollen Lösungsstrategien für eine zukünftige Routineversorgung und Verstetigung sowohl auf Leistungserbringer- als auch auf Leistungsträgerseite erarbeitet werden.

Methoden

Das preordinative und summative Evaluationskonzept verfolgt ein multiperspektivisches Studiendesign mit partizipativem Ansatz. Verschiedene Perspektiven aller beteiligter Akteure (Versicherte, Arbeitgeber, Reha-Einrichtungen und DRV) fließen in die Ergebnisse ein. Für einen höheren Erkenntnisgewinn werden quantitative und qualitative Methoden der empirischen Sozialforschung miteinander verschränkt (Mixed-Methods-Ansatz).

Für die quantitative Datenerhebung wurde ein standardisierter Fragebogen zu drei verschiedenen Messzeitpunkten verwendet: zu Beginn (Fallzahl 53 Personen), nach sechs Wochen (Fallzahl 46 Personen) und am Ende der BbR (Fallzahl 40 Personen).

Zur Erfassung qualitativer Daten dienten zum einen telefonische, halbstandardisierte Leitfadenterviews mit BbR-Teilnehmenden (Fallzahl 19 Personen). Zum anderen wurden mehrere Gruppendiskussionen mit Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern (Fallzahl sechs Personen) sowie mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Leistungsträger und –erbringer (Fallzahl 20 Personen) durchgeführt. Des Weiteren wurden Prozessdaten zu den Gründen

gegen eine BbR-Teilnahme (Fallzahl 21 Personen) in einer Sekundärdatenanalyse ausgewertet.

Ergebnisse

Grundsätzlich waren die Teilnehmenden mit dem Umfang (85 Prozent) und der Qualität (92 Prozent) der BbR sehr bzw. weitgehend zufrieden. An der BbR haben mehrheitlich verheiratete Frauen ohne Kinder zwischen 40 und 56 Jahren teilgenommen, die größtenteils in mittelgroßen Unternehmen Vollzeit ohne Schichtdienst tätig sind. Mit dem Angebot der BbR ist die Ansprache einer neuen Zielgruppe gelungen, da 65,2 Prozent der Teilnehmenden ohne die Möglichkeit der Berufsbegleitung keine Reha beantragt hätten. Außerdem wiesen die BbR-Teilnehmenden weniger und deutlich kürzere vorangegangene Krankschreibungszeiten als übliche Rehabilitanden auf (73,5 Prozent geben eine vorangegangene Krankschreibungszeit von 1 bis 6 Wochen an).

Anhand von Selbsteinschätzungen wurden statistisch signifikante mittlere bis starke gesundheitliche Verbesserungen durch die BbR beobachtet. Dazu gehören die Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes, der Funktionsfähigkeit, der psychischen Gesundheit, der Arbeitsfähigkeit, der subjektiven Erwerbsprognose sowie die Verminderung von Schmerzen. Ob die BbR mehrheitlich als Gruppenangebot oder stark individualisiert durchgeführt wurde, hat darauf keinen statistisch nachweisbaren Einfluss.

Fazit

Es zeigten sich zwei Dilemmata bei der Durchführung der BbR:

- Individualität vs. Gruppenangebot: Individualität bietet einerseits die Möglichkeit, die Vereinbarkeit der BbR mit Familie und Beruf zu stärken, jedoch sind andererseits bei bestimmten Problemlagen gruppendynamische Prozesse erfolgversprechender als Einzelangebote.
- Praxis vs. Theorie: Viele Teilnehmende wünschten sich mehr Sportveranstaltungen, allerdings sind Schulungen nachweislich für den Erfolg der Rehabilitation wichtig.

Mit der BbR ist es gelungen eine neue Zielgruppe für die medizinische Rehabilitation zu gewinnen. Diese überwiegend weniger stark beeinträchtigten Personen konnten gesundheitliche Verbesserungen durch die BbR erreichen. Allerdings wurden relevante Herausforderungen identifiziert, die eine analoge Anwendung in der Praxis zum jetzigen Zeitpunkt noch schwierig gestalten.

Für eine zukünftige Verstärkung und Ausweitung der BbR auf weitere Zielgruppen sollten neue Zugangswege beispielsweise direkt über niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie direkt aus den Betrieben identifiziert werden. Eine Informationsoffensive über Angebot und Inhalte in Richtung aller beteiligten Akteure, eine Vorteilsübersetzung der BbR für potenzielle Teilnehmende sowie eine Anlaufstelle für Interessierte könnten dabei unterstützen.

Außerdem sollte der Fokus der Maßnahme auf die berufsbegleitenden Aspekte verschärft werden, sodass eine stärkere Thematisierung der individuellen Erwerbstätigkeit während der BbR stattfindet. Dazu könnten beispielsweise spezielle Aufgaben für die jeweilige Arbeitstätigkeit entwickelt und eingesetzt werden. Darüber hinaus sollte verstärkt die Möglichkeit der direkten Kommunikation zwischen dem therapeutischen Team und den Arbeitgebern genutzt werden.

Literatur

- Mayring, P. Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Weinheim/Basel 2002.
- Schnell, R., Hill, Paul B., Esser, E.: Methoden der empirischen Sozialforschung. 9. akt. Auflage. München 2011.
- Stockmann, R., Meyer, W. Evaluation. Eine Einführung. Opladen 2014.
- Wolf, R. Methoden der Programmevaluation. Ein prozessorientiertes Rahmenmodell für die Begleitung von Evaluationsprojekten. Band 17. Magdeburg 2017.

Weiterentwicklung des betrieblichen Eingliederungsmanagements geboten

Düwell, F.J.

Universität Konstanz

Zielstellung

Das betriebliche Eingliederungsmanagement (allgemein BEM, Schreibweise der Abkürzung beim BAG "bEM") ist 2004 in Gestalt des § 84 Abs. 2 SGB IX in das Arbeits- und Sozialrecht eingeführt worden. Der Einführung lagen die Herausforderungen des demografischen Wandels zugrunde, der in Deutschland mit seiner alternden Gesellschaft stellen muss. Aufgrund des mit der niedrigen Geburtenrate verbundenen geringeren Nachwuchses an Fachkräften ergibt sich die Notwendigkeit längerer Erwerbsbiografien. Damit müssen die Belegschaften länger, möglichst bis zu dem heraufgesetzten Renteneintrittsalter, beschäftigt werden. Das erfordert eine stärkere Rücksichtnahme auf altersbedingte Einschränkungen; denn mit zunehmendem Alter ab dem 50. Lebensjahr nimmt die Zahl der Behinderungen exponentiell zu. Folglich muss für eine entsprechende alternsgerechte Gestaltung der Arbeitsplätze und für die Schaffung alternativer Beschäftigungsmöglichkeiten gesorgt werden.

Methoden

Die Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts hat den mit dem BEM verbundenen Präventionsansatz erkannt. Sie hat auch aufgezeigt, dass zur Erreichung des Ziel ein dialogisches, kooperatives und ergebnisoffenes Verfahren notwendig ist, in dem die betrieblichen Beschäftigungsmöglichkeiten und die persönliche Beschäftigungsfähigkeit mit dem Betroffenen, den betrieblichen Experten sowie den Interessenvertretungen geklärt werden. Der Umstand, dass das BEM an die für Erhaltung des Arbeitsplatzes als kritisch angesehene sechswöchige Arbeitsunfähigkeit anknüpft, hat jedoch zu der verkürzenden Sicht geführt, dem BEM liege allein der Grundsatz zu Grunde: "Prävention vor Krankheitskündigung" zugrunde. Damit beschränkt sich das BAG den Geltungs- und Wirkungsbereich des BEM auf das Kündigungsschutzgesetz. Diese Beschränkung schließt insbesondere Arbeitnehmer in Kleinbetrieben aus. Zudem wird verkannt, dass mit Hilfe des dialogischen und kooperativen Verfahrens auch dem Arbeitnehmer die Möglichkeit einer leidens- oder behinderungsgerechten Beschäftigung aufgezeigt werden soll, die er allein nicht finden kann. Um diese wichtige Funktion des BEM wirksam werden zu lassen, bedarf es seiner Weiterentwicklung. Das hatten schon die Parteien der Großen Koalition in dem Koalitionsvertrag vom 16.12.2013

für die 18. Wahlperiode vereinbart. Mit dem Bundesteilhabegesetz ist jedoch nur der Standort der Norm mit Wirkung zum 1.1.2018 Teil nach § 167 Abs. 2 SGB IX verschoben und der Abschaffung der Gemeinsamen Servicestellen dadurch Rechnung getragen worden, dass an deren Stelle der Arbeitgeber bei Bedarf an Leistungen der Teilhabe die jeweils zuständigen Rehabilitationsträger hinzuzuziehen hat. In dem Koalitionsvertrag vom 13.03.2018 steht erneut als Programm für die 19. Wahlperiode: "Das betriebliche Eingliederungsmanagement wollen wir stärken."

Ergebnisse

Zu dieser Stärkungen bieten sich dazu folgende Maßnahmen an:

1. Es muss klargestellt werden, dass für die in § 167 SGB IX geregelten Präventionsverfahren die Voraussetzungen des allgemeinen Kündigungsschutzes keine Geltungsbereichsausnahmen darstellen. Somit ist das BEM sowohl während der Wartezeit für den Kündigungsschutz (erste 6 Monate § 1 Abs.1 KSchG) als auch in Dienststellen und Betriebe, mit bis zehn Beschäftigten (§23 KSchG) anwendbar.
2. Für den Fall, dass entgegen § 167 Abs. 2 SGB IX kein BEM angeboten oder nach Zustimmung des Betroffenen nicht ordnungsgemäß durchgeführt wird, muss die Pflicht des Arbeitgebers zur Entgeltfortzahlung bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit von sechs auf mindestens zwölf Wochen verlängert werden. Es ist nicht einzusehen, dass die Solidargemeinschaft der Versicherten die Kosten des Krankengelds tragen muss, wenn ein Arbeitgeber das zur Verkürzung der Arbeitsunfähigkeitszeiten dienende Klärungsverfahren außer Acht lässt.
3. Die wenig geglückte gesetzliche Regelung und eine restriktive Rechtsprechung (vgl. BAG 22. März 2016 – 1 ABR 14/14, BB 2016, 2173) gebieten zur Effektivierung des kooperativen und dialogischen Klärungsverfahrens Nachbesserungen des Wortlauts des §167 Abs. 2. SGB IX. Es fehlt einer Klarstellung, dass für die gemeinsame Klärung des Arbeitgebers mit den Beschäftigtenvertretungen eine Verfahrensordnung erforderlich ist. Diese ist vom Arbeitgeber gemeinsam mit dem Betriebs/Personalrat unter Beteiligung der Schwerbehindertenvertretung aufzustellen. Diese Ordnung kann insbesondere vorsehen, dass einem paritätisch zusammengesetzten Ausschuss (so genanntes BEM Team) Aufgaben übertragen werden. Kommt es nicht zu einer Einigung über die Verfahrensordnung entscheidet die Einigungsstelle.
4. Der Gesetzgeber muss klarstellen, dass die im Rahmen des BEM vom Betroffenen offenlegten Angaben müssen einer strengen Zweckbindung unterliegen. Es muss sichergestellt werden, dass sie nicht vom Arbeitgeber zur Kündigung oder sonstigen Sanktionen genutzt werden. Nur wenn dem Betroffenen insoweit ein "geschützter Raum" zur Verfügung gestellt wird, ist die für eine erfolgreiche Klärung nötige Offenheit herstellbar. Die zur Verwendbarkeit von personenbezogenen Daten ergangene Rechtsprechung hat viele Betroffene verunsichert (vgl. BAG 29.6.2017 – 2 AZR 47/16 – NZA 2017, 1605).
5. Die Durchführung des BEM in kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) scheitert häufig daran, dass dort weder Zeit noch geeignetes Fachpersonal dafür zur Verfügung stehen. Das Problem lässt sich lösen, dass von den Rehabilitationsträgern bei Bedarf Beratungspersonal zur Verfügung gestellt wird.

6.2015 ist in § 44 Abs. 4 SGB V Versicherte ein Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung eingeräumt worden, welche Leistung und unterstützenden Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind. Hier bedarf es noch einer Verknüpfung mit dem BEM (zu der Kritik: an der 2015 getroffenen Regelung Düwell 2015).

Fazit

Die Weiterentwicklung des betrieblichen Eingliederungsmanagements im vorgenannten Sinn ist dringend geboten.

Literatur

Düwell/Beyer, Das neue Recht für behinderte Beschäftigte, 2017.

Düwell, Arbeitsrecht im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, jurisPraxisReport Arbeitsrecht 40/2015 Anm. 1.

Ihle, Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, SozSich 2015, 158ff.

Kohte, BEM und Bestandsschutz, DB 2008, 582–588.

Zuschüsse zur Ausbildung und Beschäftigung behinderter Menschen – diskriminierungsfreie Ausgestaltung sozialgesetzlicher Leistungsansprüche

Nebe, K.

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

Zielstellung

Das Sozialgesetzbuch (SGB) normiert Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) auch dergestalt, dass Arbeitgebern bei Ausbildung oder Beschäftigung eines behinderten Menschen Zuschüsse gezahlt werden. Solche Zuschüsse sind mit der Erwartung verbunden, Arbeitgeber zur Ausbildung oder Beschäftigung behinderter Menschen zu motivieren und insbesondere mit der Behinderung verbundene Wettbewerbsnachteile wegen eines eventuell geringeren Leistungsvermögens zu kompensieren. Wie derartige Zuschüsse zu gewähren sind, wird un-einheitlich beantwortet. So bestehen in Rechtsprechung, Verwaltung und Rechtswissenschaft unterschiedliche Ansichten darüber, wer Anspruch auf die Leistungen hat, wer sie beantragen und wer gegebenenfalls auf die Leistung klagen kann (Überblick bei Luik, 2018). Für die prak-tische Wirksamkeit von Sozialrecht bedarf es nicht nur der Klarheit über die Leistungsvoraus-setzungen sondern ebenso über die Verfahrensbedingungen zu deren Inanspruchnahme.

Methoden

LTA können sehr vielgestaltig sein. Die Palette denkbarer Leistungen ist rechtlich nicht begrenzt, vgl. § 49 SGB IX. In dessen Absatz 1 heißt es "Zur Teilhabe am Arbeitsleben werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit Behinderungen [...] zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern." Was zur Erreichung dieser Ziele nicht von den in § 49 Abs. 3 Nr. 1 bis 6 SGB IX genannten Leistungen erfasst ist, ist auf der

Grundlage der Auffangvorschrift in Nr. 7 als "sonstige Hilfen" zu leisten. Für diese Leistungen des § 49 SGB IX, der für sämtliche Rehabilitationsträger mit Zuständigkeit für LTA gilt, ist der behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch selbst leistungsberechtigt, antrags- und klagebefugt (Busch, 2018).

§ 50 SGB IX sieht vor, dass "die Rehabilitationsträger [...] Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auch an Arbeitgeber erbringen [können]...". Beispielhaft (insbesondere) aufgezählt werden hierfür nun Ausbildungs-, Eingliederungs- u. a. Zuschüsse. Dass die Leistung nicht dem Leistungsberechtigten, sondern einem Dritten, hier dem Arbeitgeber, als Leistungsempfänger direkt zufließen kann, ist dem Sozialrecht nicht fremd, vgl. § 183 SGG. Es besteht daher schon rechtssystematisch kein Anlass anzunehmen, die in § 50 SGB IX aufgezählten Leistungen seien hinsichtlich Leistungsberechtigung und Bewilligungsverfahren von den LTA in § 49 SGB IX zu unterscheiden.

Gegenwärtiger Diskussionsstand – LTA und deren Bewilligung

Systematisch und teleologisch richtig ist, dass es sich bei sämtlichen LTA, wie sie in §§ 49 und 50 SGB IX genannt sind, um solche handelt, für die der behinderte bzw. von Behinderung bedrohte Mensch, soweit die Voraussetzungen jeweils erfüllt sind, sowohl leistungs- als auch antrags- und klageberechtigt ist (so auch Busch, 2018). Soweit vertreten wird, daneben sei bei diesen LTA jedenfalls der Arbeitgeber in Abstimmung mit dem behinderten Menschen ebenfalls antragsberechtigt, steht dies den wesentlichen Grundsätzen des SGB IX, d.h. der Selbstbestimmung und der rechtzeitigen, zügigen und bedarfsgerechten Leistungsbewilligung, nicht entgegen. Unvereinbar mit geltendem Recht ist allerdings die Ansicht, die allein den Arbeitgeber als leistungs- sowie antrags- und klageberechtigt ansieht. Dieses Verständnis der Zuschussleistungen steht in deutlichem Widerspruch zu für Deutschland bindenden völkerrechtlichen Vorgaben.

Völkerrechtliche Vorgaben

Der Fachausschuss zum Schutz der Rechte von Menschen mit Behinderungen, der die Einhaltung der UN-BRK überwacht, hatte 2014 in einer Individualbeschwerde gegen Deutschland über die Regelungen und die Verwaltungspraxis für Eingliederungszuschüsse zu befinden. Der Ausschuss hat die diskriminierende Ausgestaltung der Verfahrenspraxis kritisiert. In Ziff. 6.2 und 7.2 seiner Stellungnahme hat er darauf verwiesen, dass der Vertragsstaat mit seiner Praxis die vollständige Einhaltung der Grundsätze der UN-BRK gewähren müsse, worunter auch die Würde, die Autonomie und die Freiheit zur eigenen Entscheidung des behinderten Menschen zählen (dazu Nebe/Giese, 2015). Obwohl Deutschland gehalten ist, diese Stellungnahme "großräumig in barrierefreien Formaten zu verbreiten, um alle Gruppen der Bevölkerung zu erreichen", ist die Stellungnahme bislang nur sehr schwer zu finden (über <https://www.gemeinsam-einfach-machen.de/>) und in der Fachliteratur bis auf Ausnahmen (vgl. Luik 2018; Wendt 2018) kaum rezipiert.

Schlussfolgerungen für das Bewilligungsverfahren

Ausbildungs-, Eingliederungs- und Lohnkostenzuschüsse haben eine wichtige Funktion im Strauß der LTA, wie sich aktuell an dem nunmehr eingeführten unbefristeten Zuschuss im Rahmen des Budget für Arbeit (BfA, § 61 SGB IX) zeigt. Die Leistungen selbst wie auch die Bewilligungsverfahren müssen sich an den Vorgaben der UN-BRK messen lassen. Untersu-

chungen zeigen, wie mithilfe rechtzeitiger und partizipatorischer Bedarfs- und Teilhabeplanung und einem vorab schon dem Grunde nach bewilligten Zuschuss selbstbestimmte Erwerbsteilhabe ermöglicht werden kann (dazu Nebe/Waldenburger, 2014).

Literatur

Busch in Feldes/Kohte/Stevens-Bartol, SGB IX, 4. A., 2018, § 50 Rn. 1, 8.

Luik in jurisPK-SGB IX, 3. A., 2018, § 50 Rn. 85.

Nebe/Giese in RP-Reha 1/2015, S. 55 ff.

Nebe/Waldenburger, Budget für Arbeit, 2014.

Wendt in GK-SGB IX, 96. EL, § 61 Rn. 23.

Qualitätssicherung in der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung am Beispiel des Peer Reviews der Durchgangsarztberichte

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

(1) Universitätsmedizin Greifswald, (2) Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Berlin

Zielstellung

Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) ist der Spitzenverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften und der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand (UV-Träger). Sie sichert die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Heilverfahren und Rehabilitationsmaßnahmen (DGUV, 2007).

Nach einem Unfall hält der Durchgangsarzt (D-Arzt) im Durchgangsarztbericht (D-Bericht) die wesentlichen Angaben der verletzten Person zum Unfall sowie erste ärztlich erhobene Befunde fest. Er entscheidet darüber hinaus mit dem D-Bericht über die Heilbehandlung zulasten eines UV-Trägers und über die weiteren Maßnahmen im Heilverfahren. Die Beurteilung von D-Berichten im Rahmen eines Peer Reviews stellt vor diesem Hintergrund eine Maßnahme zur Sicherung der Prozessqualität innerhalb der Heilverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung dar (Polak et al., 2018).

Methoden

Für die Evaluation wurden initial über 1.100 D-Arzt-Praxen mit hohem Fallaufkommen sowie D-Ärzte aus Kliniken mit Beteiligung am Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) berücksichtigt. Für jeden dieser Leistungserbringer sollte als Zielvorgabe eine Zufallsstichprobe von 30 D-Berichten aus Besonderer Heilbehandlung gezogen werden.

Übergeordnete Kriterien für die Berichtsqualität waren die Vollständigkeit und Schlüssigkeit der dokumentierten Angaben. Zur standardisierten Beurteilung wurde eine in einem vorausgehenden Forschungsprojekt erfolgreich erprobte Checkliste mit neun spezifischen Beurteilungskriterien eingesetzt (Szczotkowski et al., 2017). Für jede Beurteilungskategorie war durch Beantwortung einer Checklistenfrage das Vorliegen eines Mangels entweder zu verneinen oder zu bejahen. Abschließend war die allgemeine D-Berichtsqualität mit einer Gesamtnote einzuschätzen (1=sehr gut, 6=ungenügend).

Die Beurteiler waren Fachkollegen mit langjähriger Erfahrung als D-Arzt (=Peers), die zuvor durch Trainingsfälle und ein Manual auf ihre Aufgabe vorbereitet wurden. Die Checkliste war in eine eigens entwickelte Webanwendung integriert, sodass die Beurteiler über einen passwortgeschützten Login die ihnen zufällig zugeteilten und zuvor anonymisierten D-Berichte auf elektronischem Wege bewerten konnten.

Ergebnisse

Von April 2017 bis April 2018 beurteilten 82 Peers 30.384 D-Berichte von insgesamt 1.073 Leistungserbringern. Für 924 (86,1 %) Leistungserbringer konnte die Zielvorgabe von 30 Bewertungen erreicht werden.

Die durchschnittliche Gesamtnote der D-Berichte betrug $2,6 \pm 1,4$, wobei mehr als die Hälfte die Note 1 oder 2 erhielt. Die höchsten Mängelquoten waren in den Beurteilungskategorien "Angaben zum Unfall" (31 %), "Klinische Befunde" (24 %) und "Art der eingeleiteten Heilbehandlung" (20 %) zu beobachten. In einem linearen Regressionsmodell mit 55,3 % Varianzaufklärung der Gesamtnote zeigte sich ein großer Einfluss durch die Beurteilungskategorien, während die Bedeutung soziodemographischer und anderer Kontrollvariablen gering war (Tab. 1). Obwohl bei den "Angaben zum Unfall" die meisten Mängel auftraten, spielte die Relevanz dieser Mängel mit einer Notenverschlechterung von durchschnittlich 0,390 Noten gegenüber anderen Beurteilungskategorien eine eher untergeordnete Rolle.

Tab. 1: Lineares Regressionsmodell zur Erklärung der Gesamtnote (1=sehr gut, 6=ungenügend) der D-Berichte. N: 20.356 (listenweiser Fallausschluss, Anm.: In diesem Modell sind nur Fälle berücksichtigt worden, in denen geröntgt wurde und somit ein Röntgenergebnis vorlag), R-Quadrat: 0,553 ($p < 0,001$). B: Unstandardisierter Regressionskoeffizient, SE: Standardfehler.

Merkmal	Referenzkategorie	B	SE	p-Wert
(Konstante)		1,684	0,010	<0,001
Alter in Jahren (zentriert)		0,002	0,000	<0,001
Geschlecht	männlich	0,018	0,013	0,157
Behandlungstyp (ambulant/stationär)	ambulant	0,010	0,026	0,696
Einrichtungstyp (Praxis/SAV-Klinik)	Praxis	-0,094	0,023	<0,001
Beurteilungskategorien	kein Mangel			
<i>Angaben zum Unfall</i>		0,390	0,014	<0,001
<i>Klinische Befunde</i>		0,818	0,016	<0,001
<i>Röntgenentscheidung</i>		0,584	0,123	<0,001
<i>Röntgenergebnis</i>		0,611	0,019	<0,001
<i>Erstdiagnose</i>		0,596	0,020	<0,001
<i>Erstversorgung</i>		0,896	0,020	<0,001
<i>Annahme des Arbeitsunfalls</i>		1,093	0,026	<0,001
<i>Art der eingeleiteten Heilbehandlung</i>		0,766	0,018	<0,001
<i>Klassifikation der Verletzung</i>		0,855	0,025	<0,001

Auf der Ebene der Leistungserbringer zeigten sich mit Blick auf die beste (1,5) und die schlechteste (4,1) durchschnittliche Gesamtnote z. T. deutliche Qualitätsunterschiede. Zur Sicherung der methodischen Qualität des Verfahrens wurden verschiedene Adjustierungs-

und Sensitivitätsansätze überprüft, bei denen jedoch keine systematische Bevorzugung oder Benachteiligung von Leistungserbringern festgestellt werden konnte. Eine zusätzliche Untersuchung der Interrater-Reliabilität mit 70 (85 %) teilnehmenden Peers ließ überdies auf eine gute Beurteilerübereinstimmung schließen.

Eine Onlinebefragung nach Evaluationsende zur systematischen Gewinnung von Rückmeldungen, an der sich 59 (73 %) Peers beteiligten, ergab eine hohe Akzeptanz und Zufriedenheit mit dem webbasierten Verfahren. Der durchschnittliche Zeitaufwand für die Beurteilung eines D-Berichtes betrug sieben Minuten. Als optimale wöchentliche Beurteilungsmenge wurden von den meisten Peers 20 D-Berichte angesehen.

Fazit

Das Peer Review stellt als vollständig computergestütztes Evaluationsverfahren mit hohen Fallzahlen ein praktikables Instrument zur Qualitätsmessung von D-Berichten dar, mit dem die DGUV im D-Arzt-Verfahren ihrem satzungsgemäßen Auftrag zur Sicherung der Prozessqualität nachkommt.

Um Impulse für das interne Qualitätsmanagement von D-Arzt-Praxen und D-Ärzten aus SAV-Kliniken hinsichtlich der zukünftigen Erstellung von D-Berichten zu geben, erhielten 957 Leistungserbringer mit mind. 25 Bewertungen im Herbst 2018 einen individualisierten Qualitätsbericht, in dem die eigenen erreichten Ergebnisse im Sinne eines Benchmarkings u.a. mit bundesweiten Durchschnittswerten verglichen werden können.

Förderung: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V.

Literatur

- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) (2007), Satzung des Verbandes Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV), beschlossen am 1. Juni 2007, Berlin. Online: <http://www.dguv.de>.
- Polak, U., Wittwer, M., Szcotkowski, D., Kohlmann, T. (2018), Evaluation von Durchgangs- arztberichten mithilfe eines Peer-Review-Verfahrens. TraumaBerufskrankh 2018 20 (Suppl 4):S237-S240.
- Szcotkowski, D., Brodowski, H., Nolting, H., Haase, T., Gruner, A., Kükke, R., Kohlmann, T. (2017), Entwicklung und Erprobung einer Checkliste zur Beurteilung der Qualität von Durchgangsarztberichten. Trauma Berufskrankh 2017 19:41-46.

Psychische Komorbidität? - Dokumentation psychopathologischer Befunde, Anamnese, sowie Arbeits- und Leistungsfähigkeit in Entlassungsberichten aus der somatischen Rehabilitation

Hütte, R. (1), Muschalla, B. (2)

(1) Potsdam, (2) Technische Universität Braunschweig

Zielstellung

Psychische Komorbidität ist – bei hohem Anteil jährlicher Neuberentungen aufgrund psychischer Erkrankungen – ein zunehmend bedeutsames Thema auch im Rahmen der somatischen Rehabilitation. Psychische Beschwerden und Beeinträchtigungen sollen in somatischer und verhaltensmedizinisch orientierter Rehabilitation (VOR) in der Befundung und für die Weichenstellung in der Behandlung mitberücksichtigt werden. Dies schließt ein, dass die psychischen Befunde im Reha-Entlassungsbericht nachvollziehbar und präzise dokumentiert werden. Im Rahmen dieser Pilotstudie wurde die Qualität der Befund- und Sozialmedizin-Dokumentationen aus Reha-Entlassungsberichten untersucht.

Methoden

Untersucht wurden 42 zufällig ausgewählte Entlassungsberichte aus zehn verschiedenen Rehabilitationskliniken in ganz Deutschland. Diese wurden nach definierten Kriterien von zwei unabhängigen Leserinnen mit sozialmedizinischer Expertise und Training geratet. Sofern Befunde suboptimal erschienen, wurden jeweils die Begründungen für diesen Eindruck im Freitext notiert und mittels qualitativer Inhaltsanalyse (Mayring, 2000, 2002) kategorisiert.

Die hier gewählte Methode der Beschreibung von Entlassungsberichten ist angelehnt an das Peer-Review-Routineverfahren im Rahmen der Qualitätssicherung der DRV (2015b). In diesem Peer-Review-Verfahren werden durch die in den Kliniken tätigen Oberärzte und Chefärzte Entlassungsberichte von Kollegen anderer Kliniken nach einem Ratingsystem bewertet. Die Entlassungsberichte sind (DRV, 2015a) Qualitätsindikator für Klinik, Reha-Art und -Philosophie.

Ergebnisse

Es wurden weder in Bezug auf die Qualität des psychopathologischen Befundes und der Anamnese, noch der sozialmedizinischen Beurteilung (Leistungs- und Arbeitsfähigkeit) bedeutsame Unterschiede zwischen somatischer und verhaltensmedizinisch-orientierter Rehabilitation festgestellt.

Im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring konnten Kategorien in den Bereichen "psychopathologischer Befund", "Anamnese" sowie "Arbeits- und Leistungsfähigkeit" entwickelt werden, die die verschiedenen Gründe für Fälle von suboptimaler Berichtsqualität bei Entlassungsberichten mit F-Diagnosen systematisieren. Dies sind bzgl. der Anamnese: Fehlen einer spezifischen Anamnese, fehlende Symptombeschreibung auf der Zeitachse, unklarer Zusammenhang zwischen Biographie und Symptomatik, Anamnese lückenhaft. Beim psychopathologischen Befund gab es Probleme, wenn nur auf den Selbstbericht des Patienten rekurriert wurde, oder nur auf Testergebnisse, Befunde unstimmig waren, Diagnosen unkommentiert aus Vorbefunden übernommen wurden, Befunde unauffällig oder zu knapp formuliert waren. Für die Arbeits- und Leistungsfähigkeitsbeschreibung

wurden folgende Phänomene als problematisch identifiziert: Begründung einer Beeinträchtigung erfolgt nicht arbeits- oder berufsfeldspezifisch, unzureichende Prognoseberücksichtigung im Rahmen der Leistungsfähigkeitsbeurteilung, oder bloßes Rekurrieren auf die Selbsteinschätzung des Patienten ohne Berücksichtigung der Untersuchungsbefunde.

Fazit

Es lässt sich zusammenfassen, dass in Bezug auf die Umsetzung der Qualitätsmerkmale für Reha-Entlassungsberichte noch weitere Optimierungsmöglichkeiten bestehen. Relevante Informationen müssen im Entlassungsbericht enthalten und präzise genug sein ("medizinische und sozialmedizinische Korrektheit"). In Bezug auf die sozialmedizinische Nutzbarkeit erscheint vor allem eine weitere Optimierung nachvollziehbarer Verbindungen zwischen psychischen Befund, Fähigkeitsbeeinträchtigungen und beruflichen Anforderungen von Bedeutung.

Seit einigen Jahren werden Fortbildungen zur Sozialmedizin, Verfassung der Entlassungsberichte und der Kommunikation innerhalb des Behandlungsteams angeboten, sowie aktuell eine Praxishilfe mit Beispielen und Antworten auf häufig gestellte klinische Fragen (Worringen et al., 2018). Das Peer-Review Verfahren wird bereits seit langem zur Verbesserung der Qualität der Entlassungsberichte eingesetzt und kontinuierlich verbessert (Strahl et al., 2016).

Die Erstellung eines kohärenten und schlüssigen Entlassungsberichts nimmt Zeit- und Koordinierungsressourcen in Anspruch. Dahingehend wäre in zukünftiger Forschung zu überprüfen, in welcher Weise sich kohärente und schlüssige Entlassungsberichte in der Herstellung unterscheiden von Berichten, die diese Ansprüche nicht erfüllen. Liegt es bei letzteren an Zeitmangel (Der Bericht muss "raus" am Tag X!), an Verantwortungsdiffusion im therapeutischen Team (wer fühlt sich für eine Endredaktion zuständig?), an der Beteiligung oder Nicht-Beteiligung bestimmter Berufsgruppen (Psychologische Psychotherapeuten, Cotherapeuten, Endredaktion durch den Bezugsbehandler?), oder an knappen Personalressourcen (der zuständige Bezugsbehandler ist bereits in anderweitige aktuelle Aufgaben eingebunden)? Teambesprechungszeiten und Zeiten für Dokumentation und Entlassungsberichterstellung sind grundlegender Bestandteil einer interdisziplinären Behandlung. Daher sollte auch im Rahmen von Rehaqualitätssicherung eine angemessene Beachtung dieser rehabilitationsmedizinischen Tätigkeiten im Rahmen von RTS und KTL erfolgen.

Literatur

- DRV. (2015a): Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- DRV. (2015b): Peer Review-Psychosomatik und Sucht. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Mayring, P. (2000): Qualitative Inhaltsanalyse. Forum Qualitative Sozialforschung/ Forum: Qualitative Social Research, 1, Art. 20.
- Mayring, P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim: Beltz.
- Strahl, A., Gerlich, C., Wolf, H.-D., Gehrke, J., Müller-Garnn, A., Vogel, H. (2016): Qualitätssicherung in der sozialmedizinischen Begutachtung durch Peer-review – ein Pilotprojekt der Deutschen Rentenversicherung. Gesundheitswesen, 78, 156-160.

Worringen, U., Muschalla, B., Hoppe, A., Kalwa, M. (2018): Erfassung und Dokumentation psychischer Funktions- und Fähigkeitsbeeinträchtigungen in der somatischen Rehabilitation. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Erste Auswertung der Studie DIA-Reha: Arbeitszufriedenheit in der Rehabilitationspsychologie

Franke, G.H., Boje, K., Jagla, M.

Hochschule Magdeburg-Stendal, Stendal

Zielstellung

In der medizinischen Rehabilitation herrscht "eine große Varianz zwischen den Einrichtungen hinsichtlich der verschiedenen psychologischen Interventionen einschließlich der Diagnostik" (Bengel & Mittag, 2016, S. 7). Da die psychologische Praxis in der Rehabilitation äußerst heterogen erscheint, stellt sich die Frage, "ob diese Unterschiede sachlich begründet sind" (Bengel & Mittag, 2016, S. 6). Gleichzeitig konnten Franke (2013) sowie Reese et al. (2014) zeigen, dass sich das berufliche Selbstverständnis (Mariolakou et al., 2005) von Rehabilitationspsychologinnen und -psychologen in den vergangenen zehn Jahren wenig verändert hat. Die Arbeitszufriedenheit ist hoch, Entscheidungsfreiheit und selbständiges Arbeiten werden geschätzt; fehlende Aufstiegsmöglichkeiten hingegen kritisiert. Für Bengel und Mittag sind "evidenzbasierte, breit konsentierete Empfehlungen, die praktisches Handeln in der Rehabilitation leiten, dringend wünschenswert" (2016, S. 7).

Methoden

Die Studie "DIA-Reha" soll Fragen nach relevanter rehabilitationspsychologischer Diagnostik und Intervention sowie nach Arbeitszufriedenheit beantworten. Zielgruppe der internet-basierten Umfrage waren berufstätige Rehabilitationspsychologinnen und -psychologen in der Versorgung psychisch Kranker und/oder Behinderter (Gruppe PSY), in der Arbeit mit körperlich Kranken (Gruppe SOMA) sowie in der beruflichen Rehabilitation (Gruppe BERUF). Es werden erste, Ergebnisse zu Aspekten der Arbeitszufriedenheit berichtet.

Ergebnisse

Es nahmen 236 berufstätige Rehabilitationspsychologinnen und -psychologen an der Internet-Umfrage teil; die überwiegende Mehrheit war weiblich (81,8 %).

- Mit 43,2% arbeitete die Mehrheit in der Rehabilitation psychisch Kranker und/oder Behinderter (PSY: Psychosomatik-Psychotherapie (102), Neurologie (42), Suchttherapie (27), Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung (22), mit Körper-Sinnesbehinderung (21), mit Kindern-Eltern (20), Geriatrie (19) sowie mit psychisch Kranken (6); Mehrfachnennungen).
- 36,4 % waren in der klassischen medizinischen Rehabilitation tätig (SOMA: Orthopädie (55), Onkologie (37), Kardiologie (28), Rheumatologie (16), Pulmologie (10), Gynäkologie (8), Urologie (6), Diabetologie (6), Gastroenterologie (4) sowie Dermatologie (3); Mehrfachnennungen).

- 20,3 % arbeiteten in der beruflichen Rehabilitation (BERUF: Berufsbildungswerke (38 Personen), Werkstätten für behinderte Menschen (8), Berufstrainingszentren (7) sowie Berufsförderungswerke (5); Mehrfachnennungen).

Arbeitszufriedenheit: Die Arbeitszufriedenheit soll unter Bezugnahme auf das Job Demands-Resources-Modell von Bakker und Demerouti (2007) betrachtet werden. Dieses Modell stellt arbeitsbezogene Stressoren wie körperliche und kognitive Belastungen, Zeitdruck, Unterbrechungen etc. den adaptiven Ressourcen wie Unterstützung durch Vorgesetzte, Mitbestimmungs- und Kontrollmöglichkeiten, etc. gegenüber. Die Arbeitszufriedenheit der 236 berufstätigen Rehabilitationspsychologinnen und -psychologen war insgesamt hoch (Tab. 1).

Tab. 1: Arbeitszufriedenheit von 236 berufstätigen Rehabilitationspsychologinnen und -psychologen, (Antwortskalierung: 1=sehr unzufrieden, 5=sehr zufrieden; alle Ergebnisse $p < ,0001$)

	PSY	SOMA	BERUF	Summe	Stat. Prüfung
Anzahl	102 (43,2%)	86 (36,4%)	48 (20,3%)	236	
(14) Aufstiegsmöglichkeiten	3,76 ±0,87	3,00 ±0,84	3,10 ±0,95	3,35 ±0,94	$\eta^2 = ,14$ P>B,S
(16) Arbeitgeberfreundlichkeit	3,88 ±0,79	3,29 ±0,94	3,83 ±0,83	3,66 ±0,90	$\eta^2 = ,10$ S<P,B
(15) Beschäftigungssicherheit	4,59 ±0,78	4,00 ±0,99	4,00 ±1,01	4,25 ±0,95	$\eta^2 = ,09$ P>B,S
(21) Familienfreundlichkeit	3,31 ±0,89	3,50 ±0,84	4,02 ±0,67	3,53 ±0,87	$\eta^2 = ,09$ B>S,P
(19) Einkommen	3,85 ±0,86	3,21 ±1,10	3,75 ±0,96	3,60 ±1,01	$\eta^2 = ,09$ S<B,P

Erste Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Gruppe PSY eine größere Zufriedenheit mit den Aufstiegsmöglichkeiten und der Beschäftigungssicherheit berichtete, als die Gruppen BERUF sowie SOMA. In der Rehabilitation psychisch Kranker und/oder Behinderter werden also zusätzliche Qualifikationen (wie vor allem die Approbation in Psychotherapie) mit höherem Gehalt belohnt und Verträge erscheinen langfristiger und sicherer.

Die Rehabilitationspsychologinnen und -psychologen in der somatischen Rehabilitation berichteten über geringe Arbeitgeberfreundlichkeit und geringeres Einkommen; die berufliche Rehabilitation hingegen scheint besondere Familienfreundlichkeit zu bieten.

Fazit

Die breit angelegte internetbasierte Studie DIA-Reha soll auf dem Weg zu, von Bengel und Mittag (2016) zu Recht geforderten, evidenzbasierten und breit konsentierten Empfehlungen für die rehabilitationspsychologische Diagnostik und Intervention, wichtige Erkenntnisse liefern. Hinsichtlich der Arbeitszufriedenheit scheint es Unterschiede zwischen den drei Berufsgruppen zu geben. Die Gruppe PSY, also die jüngeren Kolleginnen und Kollegen mit starkem Fokus auf die Psychotherapieausbildung, ist besonders zufrieden mit ihren Aufstiegsmöglichkeiten sowie der Beschäftigungssicherheit. In der somatischen Rehabilitation werden geringe Arbeitgeberfreundlichkeit sowie geringes Einkommen kritisiert und die berufliche Rehabilitation erscheint besonders familienfreundlich. Zusammengefasst sollten die Unter-

schiede in der Arbeitszufriedenheit zwischen den verschiedenen rehabilitationspsychologischen Arbeitsfeldern genauer untersucht werden, um Fehlentwicklungen gegensteuern zu können.

Literatur

- Bakker, A.B. & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources Model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22, 309-328.
- Bengel, J. & Mittag, O. (2016). Geschichte und Selbstverständnis. In, J. Bengel & O. Mittag (Hrsg.), *Psychologie in der medizinischen Rehabilitation* (S. 3-11). Berlin: Springer, DOI: 10.1007/978-3-662-47972-8_1.
- Franke, G.H. (2013). Bachelor (B.Sc.) und Master (M.Sc.) Rehabilitationspsychologie: Studienverläufe und Berufschancen. In, AK Klinische Psychologie in der Rehabilitation (Hrsg.), *(Selbst-)Konzepte bei veränderten Lebensbedingungen. Beiträge zur 31. Jahrestagung des AK* (S. 55-65). Berlin: DPV.
- Mariolakou, A., Wiedebusch, S. & Muthny, F. (2005). Berufliches Selbstverständnis, Aufgabenspektrum und Arbeitsschwerpunkte von Rehabilitationspsychologen. *Prävention und Rehabilitation*, 17, 104-110.
- Reese, C., Bengel, J. & Mittag, O. (2014). Berufliches Selbstverständnis, Ressourcen, Belastungen und berufliche Zufriedenheit von Psychologen in rehabilitativen Einrichtungen. *Gesundheitswesen*, DOI <http://dx.doi.org/10-1055/s-0034-1.36/2009>.

Qualitätsorientierte Unternehmenssteuerung auf der Basis standardisierter Qualitätskennzahlen in einem Qualitätsverbund

Kaiser, U. (1), Nübling, R. (1), Kaluscha, R. (2), Kriz, D. (1), Renzland, J. (3), Schmidt, J. (1), Toepler, E. (4)

- (1) Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen, Karlsruhe,
(2) Universität Ulm (3) Kur- und Klinikverwaltung Bad Rappenau,
(4) Hochschule Bonn-Rhein-Sieg, Hennef

Zielstellung

Die jüngsten Entwicklungen im Bereich der Rehabilitation zeigen, dass zukünftig die vom Rehabilitanden bewertete Qualität wesentliches Kriterium für die Zuweisungssteuerung durch die Kostenträger sein wird. Sie wird damit zu einem bedeutenden Erfolgsparameter mit einem zentralen Stellenwert im Wettbewerb (Roßbach, 2017). Damit gewinnt ein funktionierendes und gelebtes internes Qualitätsmanagementsystem (QMS) noch mehr an Bedeutung (Kaiser et al., 2018).

Methoden

Datenbasis bildet die "Reha-QM-Outcome-Studie" der DRV Baden-Württemberg und des Qualitätsverbunds Gesundheit (Nübling et al. 2015) mit einer Stichprobe von N=21 Kliniken und N=4.161 Rehabilitanden (42 % weiblich, Alter M=56 Jahre, 70 % niedriges Bildungsniveau, Rehadauer M=23,5 Tage). Hauptziel der Studie ist die Überprüfung der Effektivität stationärer Heilbehandlungen auf der Grundlage von drei Datenbereichen (Patient Reported

Outcomes PROs, RSD, Qualitätskennzahlen) sowie die Untersuchung der Zusammenhänge zwischen diesen Bereichen. In diesem Beitrag wird auf QM-relevante Zusammenhänge zwischen aus-gewählten Qualitätskennzahlen eingegangen. Der Schwerpunkt liegt dabei in den Möglichkeiten einer kennzahlenbasierten Qualitätsentwicklung und -steuerung in einzelnen Kliniken und insbesondere in einem Qualitätsverbund.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung der DRV für die beiden Skalen "Rehabilitandenzufriedenheit" und "Reha-Erfolg" zeigen sowohl für die Verbundkliniken als auch für die indikationsbezogenen Referenzkliniken gute Bewertungen (vgl. Tabelle 1). Die durchschnittliche Differenz liegt bei 2,2 bzw. 2,4 Qualitätspunkten, d. h. die Kliniken des Verbundes schneiden im Gesamten etwas besser ab als die Referenzkliniken.

Tab. 1: Rehabilitandenbefragung, externe QS der DRV (jeweils in Qualitätspunkten), Messzeitpunkt: 3 Monate nach der Reha; Ergebnisse der beteiligten Kliniken, Daten laut Qualitätsbericht des Verbundes (Datengrundlage 2011) (QVG, 2013)

Merkmal	n	Min	Max	M	Sd
M064 EPF - Rehabilitandenzufriedenheit	20	67,20	93,70	75,77	7,35
M065 EPF - Subjektiver Behandlungserfolg	20	61,00	100,00	72,91	10,37
M066 EPF - Rehabilitandenzufriedenheit Referenzkliniken	20	68,60	78,60	73,36	2,30
M067 EPF – Subjekt. Behandlungserfolg Referenzkliniken	20	63,00	79,90	70,75	3,82
ABW_M064 Differenzmaß Zufriedenheit M064 – M066	20	-5,90	20,60	2,41	7,53
ABW_M065 Differenzmaß Erfolg M065 – M067	20	-8,80	26,10	2,16	9,49

Legende: n= Anzahl Kliniken, für die das jeweilige Merkmal vorhanden ist, Min: Minimum, Max: Maximum, M: Mittelwert, sd: Streuung; EPF: externe Patientenbefragung

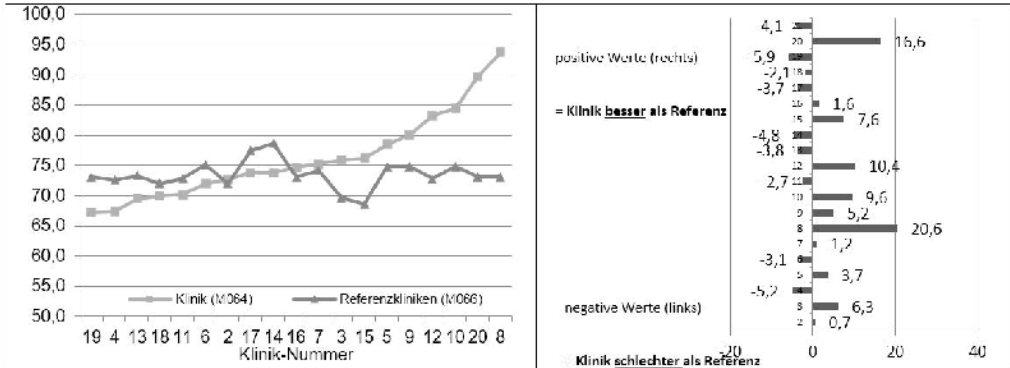
Abbildung 1 verdeutlicht, dass es zwischen den Verbundkliniken deutliche Unterschiede nach oben (Abweichung 21 bzw. 26 Qualitätspunkte) und auch nach unten (Abweichung 6 bzw. 9 Qualitätspunkte) gibt.

Hinweise auf Merkmale, die mit der Rehabilitandenzufriedenheit und dem Reha-Erfolg assoziiert sind, ergeben sich aus der Analyse von Zusammenhängen zwischen Kennzahlen aus der internen und der externen QS der Verbundkliniken mit den Patientenangaben (Katamnese). Hierbei wurden die beiden Differenzmaße (Werte Verbundkliniken minus Referenzkliniken) mit anderen Qualitätskennzahlen korreliert (Rangkorrelation nach Spearman).

Obwohl die korrelativen Zusammenhänge wegen einiger Einschränkungen (eher geringe Klinikanzahl, unterschiedliche Messzeitpunkte, Heterogenität interne QS-Daten) mit Vorsicht betrachtet werden müssen, ergeben sich Hinweise, die intern in den Kliniken oder auch im Verbund für Qualitätsverbesserungen und eine positive Beeinflussung der belegungsrelevanten Qualitätsindikatoren genutzt werden können.

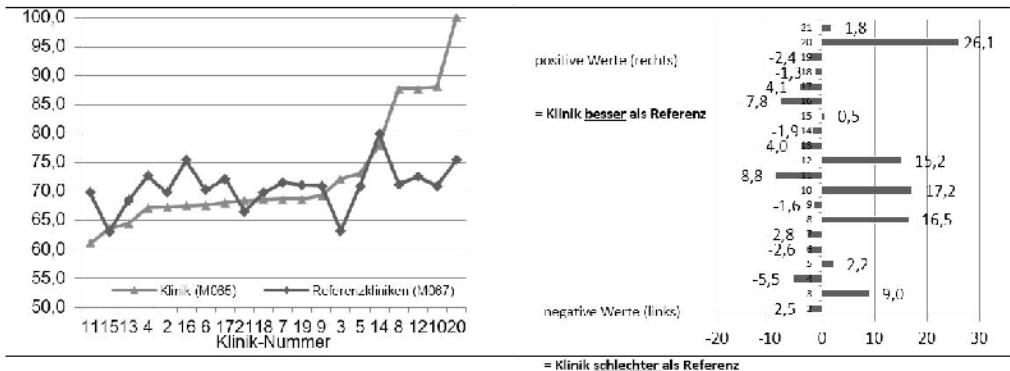
Die Ergebnisse zeigen insbesondere die Bedeutung der ärztlichen, pflegerischen und psychologischen Betreuung für Rehabilitandenzufriedenheit und den Reha-Erfolg. Wie zu erwarten, zeigen sich negative Zusammenhänge, wenn die Erwerbsfähigkeit subjektiv gefährdet und / oder ein Rentenantrag geplant ist. Die Bedeutung der berufsbezogenen Aspekte zeigt sich auch darin, dass beide Parameter durch eine stärkere MBOR-Ausrichtung der Kliniken positiv beeinflusst wird (Kaiser et al. 2018).

Durch ein internes QMS haben die Kliniken die Möglichkeit, diese Erkenntnisse in einen Verbesserungsprozess (KVP) einfließen zu lassen. Die Ergebnisse geben Hinweise für ein funktionierendes und gelebtes QMS im Qualitätsverbund, welches auch durch eine Vielzahl von Projekten im Rahmen der Qualitätsorientierung und des Voneinander-Lernens deutlich wird (Renzland 2018; Toepler 2017; vgl. Abbildung. 2).



Rehabilitandenzufriedenheit, externe Befragung, Vergleich Klinikwert und Referenzgruppe in Qualitätspunkten (ABW_M085); n=20 Kliniken

Rehabilitandenzufriedenheit, externen Befragung, Differenz Klinikwert minus Wert Referenzgruppe in Qualitätspunkten, n=20 Kliniken



Subjektiver Behandlungserfolg, externe Befragung, Vergleich Klinikwert und Referenzgruppe in Qualitätspunkten; n=20 Kliniken

Subjektiver Behandlungserfolg, externe Befragung, Differenz Klinik vs. Referenzgruppe in Qualitätspunkten, n =20 Kliniken

Abb. 2: Rehabilitandenzufriedenheit und subjektiver Behandlungserfolg im Vergleich



Abb. 3: Qualitätsentwicklung im Rahmen eines Qualitätsverbundes

Fazit

Auf der Basis standardisierter und verbindlicher Qualitätskennzahlen beschreibt die Studie einen Ansatz für ein umfassendes Qualitätsmonitoring, dessen Ergebnisse für die Ausgestaltung des QMS und für Qualitätsverbesserungen genutzt werden können. Die in einem Verbund vorhandenen Kompetenzen und das arbeitsteilige Vorgehen scheinen sich auf die zentralen Parameter der Rehabilitandenzufriedenheit und den Reha-Erfolg positiv auszuwirken. Um das Potenzial von breit abgestützten Kennzahlen noch stärker nutzen zu können, besteht jedoch die Notwendigkeit einer verbundübergreifenden Standardisierung, Harmonisierung und Verbindlichkeit der Qualitätskennzahlen.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Literatur

- Kaiser, U., Toepler, E., Renzland, J., Kaluscha, R., Kriz, D., Schmidt, J., Nübling, R. (2018): Zur Qualität des Qualitätsmanagements – Nutzung empirischer Daten für die Weiterentwicklung der Qualität von Rehabilitationseinrichtungen. PRAXIS Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation (im Druck).
- Nübling, R., Kaluscha, R., Holstiege, J., Krischak, G., Kriz, D., Müller, G., Martin, H., Renzland, J., Reuss-Borst, M., Schmidt, J., Wichmann, B., Kaiser, U. & Toepler, E. (2015): Analyse des Behandlungserfolgs in der Medizinischen Rehabilitation. [Abschlussbericht]. Verfügbar unter: <https://www.gfqg.de/projekte/aktuelle-projekte/drv-bwqv-b-studie-langfristiger-behandlungserfolg.html>. (Stand 23.8.2018).
- Renzland J. (2018): Von-Einander-Lernen durch Klinikvergleiche - Erfahrungen der ersten Reha-QM-Outcome Studie auch Sicht der beteiligten Kliniken. Vortrag Satellitenveranstaltung zur Reha-QM-Outcome Studie II, 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium 2018 in München, 27.2.2018.

Roßbach, G. (2017): Qualität lohnt sich. f&w – führen und wirtschaften im Krankenhaus, 3, S. 281.

Toepler, E. (2017): Von-Einander-Lernen im Qualitätsverbund- Outcome für Patienten und Sozialversicherung. In: Pfnannstiel, M.A., Focke, A., Mehlich, H. (Hrsg.): Management von Gesundheitsregionen. Wiesbaden: Springer. 25-32.

Entwicklung der Website www.leistungsbeurteilung-reha.de

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

- (1) Institut für Rehabilitationsforschung Norderney e. V. (IfR),
(2) Deutsche Rentenversicherung Westfalen, Münster

Zielstellung

Die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung ist zentrales Element des Reha-Entlassungsberichtes und hat großen Einfluss auf Entscheidungen über die weitere erwerbsbezogene Zukunft des Rehabilitanden. Um neuen Reha-Mitarbeitern in ihrer Einarbeitungsphase zeitnah und kostenneutral Hilfestellung zu geben, wurde im Rahmen des Projekts SOLEB (Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung in der medizinischen Rehabilitation) eine webbasierte, indikationsübergreifende Handlungshilfe für die Erstellung der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung erarbeitet.

Methoden

Die Bedürfnisse der Nutzer des Reha-Entlassungsberichts und die aktuelle Praxis der Einführung in die Leistungsbeurteilung in den Kliniken wurden durch Interviews und Fragebögen erfasst.

Ausgehend von den Ergebnissen dieser Datenerhebung wurden die Inhalte der Handlungshilfe in Abstimmung mit Sozialmedizinern der DRV konzipiert und in zwei Phasen passwortgeschützt online gestellt. Nach jeder Phase wurden ausgewählte Experten um ein inhaltliches und formales Feedback zur Website gebeten. Die Experten setzten sich zusammen aus Reha-Mitarbeitern aller Berufsgruppen, die mit der Leistungsbeurteilung befasst sind, sowie aus Sozialmedizinern der DRV. Das Feedback erfolgte in Form offener Kommentare auf den jeweiligen Unterseiten sowie in Form eines freiwilligen, anonymen Online-Fragebogens auf der Website mit insgesamt 17 Fragen zu den Themen Struktur/Benutzerfreundlichkeit, Inhalte sowie Nützlichkeit der Website. Eingesetzt wurden inhaltsbezogene Fragen auf einer vierstufigen Smiley-Skala mit den Polen ":-(" (1) und ":-)" (4) sowie ein ebenfalls vierstufiges semantisches Differential aus 11 Adjektivpaaren, angelehnt an den UEQ (User Experience Questionnaire) zur Erfassung von Attraktivität, Effizienz, Durchschaubarkeit, Steuerbarkeit, Stimulation und Originalität (Laugwitz, Held, & Schrepp, 2008). Zusätzlich wurden personenbezogene Merkmale erfragt.

Ergebnisse

Die Website www.leistungsbeurteilung-reha.de enthält im Menü die Hauptseiten "Grundlagen", "Qualitätsmerkmale", "Prozessablauf", "Professionelle Beziehungsgestaltung",

"Reha-Team", "Mitarbeiterqualifizierung" und "Informationsquellen". In die Seite integriert sind auch der Online-Fragebogen ("Umfrage") sowie das "Forum" und Informationen zum "Hintergrund".

Besonderer Wert wurde auf die Einbindung von Praxisbeispielen gelegt, sowohl in Form anschaulicher Falldarstellungen als auch in Form konkreter Arbeitsmaterialien, die von Kliniken zur Verfügung gestellt wurden und als PDF zum Download angeboten werden. Auf verwandte Websites mit vertiefenden Informationen zu spezifischen, an das Thema der Leistungsbeurteilung angrenzenden Fragestellungen, wird ebenso verwiesen wie auf eigene Kapitel, um Bezüge herzustellen und die gelesenen Inhalte zu verknüpfen.

Darüber hinaus besteht im Rahmen der Website die Möglichkeit der Durchführung von Online-Befragungen und der Einrichtung eines Diskussionsforums, in dem sich die mit der Leistungsbeurteilung befassten Mitarbeiter in geschütztem Rahmen austauschen können.

An der Entwicklung der Seite haben sich 23 Experten aus den oben genannten Bereichen beteiligt. Die Anregungen aus den inhaltlichen Kommentare wurden bei der weiteren Entwicklung der Website berücksichtigt. Struktur/Benutzerfreundlichkeit, Inhalte sowie Nützlichkeit der Website wurden im Rahmen der ersten Feedbackphase für alle 10 Fragen mindestens mit "3" bewertet (Modalwert: 4). Die Bewertungen des semantischen Differentials bewegten sich ebenfalls ausschließlich im positiven Bereich.

Fazit

Mit der Seite www.leistungsbeurteilung-reha.de liegt eine Website vor, die es Mitarbeitern aus Reha-Einrichtungen ermöglicht, sich über das Thema der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung zu informieren. Sie erhalten die Informationen im Hinblick auf ihre Aufgaben zielgerichtet und praxisnah aufbereitet. Die Website dient zudem als Informationsportal mit Querverweisen zu anderen, für spezifische Aspekte der Leistungsbeurteilung wichtigen und hilfreichen Webressourcen.

Die Befragungen im Vorfeld haben gezeigt, dass ein großes Bedürfnis nach Unterstützung besteht. Die aktuellen Nutzerbewertungen zeigen, dass die Website diesem Bedürfnis nachkommt.

Förderung: Institut für Rehabilitationsforschung Norderney e. V. (IfR)

Literatur

Laugwitz, B., Held, T., & Schrepp, M. (2008). Construction and Evaluation of a User Experience Questionnaire. In A. Holzinger (Hrsg.), *HCI and Usability for Education and Work* (Bd. 5298, S. 63-76). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-540-89350-9_6

Implementierungsforschung am Beispiel der Einführung des Strukturierten Qualitätsdialogs (SQD) in die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung

Kuntz, L. (1), Flaig, S. (1), Lederle, M. (1), Mitschele, A. (2), Thiede, M. (2), Ostholt-Corsten, M. (2), Bitzer, E.M. (1)

(1) Pädagogische Hochschule Freiburg, (2) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Zielstellung

Seit Januar 2018 führt die DRV bundesweit und rentenversicherungseinheitlich den Strukturierten Qualitätsdialog (SQD) als direkte, persönliche Rückmeldung fachabteilungsbezogener Qualitätsergebnisse an die einzelne Reha-Einrichtung ein. Bei Unterschreitung zuvor festgelegter Schwellenwerte von fünf Qualitätsindikatoren informiert der federführende Rentenversicherungsträger die Reha-Einrichtung (mit der Möglichkeit zur schriftlichen Stellungnahme) und eröffnet ggf. einen Dialog, in dem gemeinsam mit der Reha-Einrichtung Ziele, Arbeitsschritte und ein zeitlicher Rahmen für die Qualitätsverbesserung der betreffenden Punkte festgelegt und schriftlich dokumentiert werden (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2017). Die Implementierung einer Versorgungsinnovation (Pfaff et al., 2009), wie sie der SQD darstellt, in die Routine, stellt eine Herausforderung für die trägerübergreifende Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation dar. Hindernisse für die Implementierung von Innovationen können dabei auf Ebene der technischen Umsetzung, von formalen Vorgaben und/oder inhaltlichen Aspekten liegen. Auch entstehen Hemmnisse oft durch die fehlende Einbeziehung der Betroffenen. Beim SQD können starke Vorbehalte seitens der beteiligten Reha-Einrichtungen und ggf. auch bei den Rentenversicherungsträgern vermutet werden. Hier vorstellen möchten wir das Konzept zur Evaluation der Implementierung entlang des Berichtstandards für Implementierungsstudien (Pinnock et al., 2017).

Methoden

Unser Vorgehen umfasst eine Beschreibung der von der DRV gewählten Implementierungsstrategie sowie vier leitende Forschungsfragen für das Gesamtprojekt: (1) Gelingt es den verschiedenen Akteuren den SQD als Prozess wie geplant umzusetzen? (2) Gibt es Ansatzpunkte für eine Weiterentwicklung des SQD? (3) Zeigen sich die gewünschten Qualitätsverbesserungen? (4) Sind die Qualitätsindikatoren und Schwellenwerte geeignet, um Einrichtungen zu identifizieren, bei denen ein erhebliches Optimierungspotenzial besteht?

Zur Beantwortung der vier Fragen kombinieren wir qualitative und quantitative Verfahren (Crowe et al., 2017) in insgesamt sechs Arbeitspaketen (vgl. Tab. 1). Arbeitspaket (AP) 2 beinhaltet die Überprüfung der Dokumentationsqualität und eine inhaltliche Analyse der dokumentierten SQD. Die AP 1 und AP 3 bis AP 6 beziehen jeweils einzelne der am SQD beteiligten Akteure ein. Sie dienen der Evaluation von Akzeptanz und praktischer Umsetzung

aus Sicht der Akteure und dazu, Probleme im Prozess des SQD aufzudecken. Der Abschluss des Vorhabens ist für das Frühjahr 2020 geplant.

Ergebnisse

Nach Grol und Wensing (2013) gelingt die Implementierung von Veränderungen in Organisationen des Gesundheitswesens am ehesten, wenn acht Schritte durchgeführt werden: (1) Formulierung eines konkreten Ziels, (2) Beurteilung des Verfahrens und Aufdeckung möglicher Probleme, (3) Analysieren der Zielgruppe und des Settings, (4) Entwicklung von Strategien für die effektive Umsetzung und Aufrechterhaltung der Veränderung, (5) Entwicklung eines Implementierungs- und Zeitplans, (6) Informieren der Beteiligten, (7) Integrierung des neuen Verfahrens in die Routine und (8) Evaluation des Vorgehens. Die Entwicklung des SQD beinhaltet alle diese für eine gelingende Implementierung erforderlichen Schritte. Von der Zielformulierung (Nr. 1) bis zur Entwicklung eines Implementierungs- und Zeitplans (Nr. 5) sind die Schritte unter Beteiligung der Rentenversicherungsträger abgeschlossen. Die wissenschaftlich begleitete Erprobung des neuen Instrumentes setzt bei den Schritten Nr. 6 bis Nr. 8. an.

Tab. 2: Evaluationskonzept zur Implementierung des SQD

Perspektive	Reha-Einrichtung	RV-Träger	Reha-Einrichtung	RV-Träger	Reha-QS, Epidemiologie & Statistik ¹	
	AP 1	AP 2	AP 3	AP 4	AP 5	AP 6
Ziele	Antizipation: zentrale Themen (Vorbehalte, Optionen)	Beurteilung: Dokumentationsqualität, SQD-Schritte	Erfahrungen & Ansatzpunkte für Weiterentwicklung	Implementierung des „Muster-Prozesses“, Erfahrungen mit der Umsetzung	Erfahrungen & Ansatzpunkte für Weiterentwicklung	Überprüfung Qualitätsindikatoren und Schwellenwerte
Methodik	Informationsveranstaltung: Befragung, teilnehmende Beobachtung	Dokumentationsbögen: qualitative Analyse	Online-Befragung	Teilstandard. Interviews	Fokusgruppen	Expertenworkshop
Abschluss	03/2018	12/2019	12/2019	12/2019	09/2019	03/2020

Anm.: ¹ Verantwortlich für die Bereitstellung der QS-Ergebnisse

AP1: Zwischen 09/2017 und 03/2018 fanden bundesweit sechs Informationsveranstaltungen statt, an denen insgesamt 1.066 Personen (v.a. ärztliche- und Verwaltungsleitung, QM-Beauftragte) aus 1.049 Fachabteilungen und 679 Einrichtungen teilnahmen. Einen schriftlichen Kurzfragebogen beantworteten 35,6% (n=380). Nachvollziehbarkeit und Gesamteindruck der Veranstaltungen wurden im Mittel mit 1,5 bzw. 1,9 (auf einer Skala von

1 bis 5, niedrige Werte hohe Zustimmung) bewertet, substanzielle Unterschiede zwischen den Veranstaltungen bestanden nicht. In den Freitexten überwogen positive Anmerkungen, z. B. dass bei den Veranstaltungen die Möglichkeit für Fragen und Diskussionen bestand, die geführten Dialoge respektvoll und konstruktiv waren, der Ablauf des SQD nachvollziehbar dargestellt wurde und eine freundliche sowie offene Atmosphäre herrschte.

Aktuell laufen die Vorbereitungen für die Arbeitspakete AP2 bis AP6.

Fazit

Das grundsätzliche von der DRV-Bund angedachte Vorgehen zur Einführung des SQD umfasst zentrale Schritte für eine erfolgreiche Implementierung und die Leitfragen adressieren die Perspektive aller Beteiligten. Das umfangreiche und transparente Informieren über den SQD ist mit den Einführungsveranstaltungen gelungen. Größtmögliche Transparenz über den SQD sowie eine offene Kommunikation mit den Reha-Einrichtungen sind über die initialen Informationsveranstaltungen hinaus wichtig für die erfolgreiche bundesweite Implementierung des SQD.

Die hier beschriebenen Arbeitspakete liefern belastbare Aussagen zu Stärken, Schwächen und Optimierungspotenzial des SQD in Bezug auf technische, formale und inhaltliche Implementierungsbarrieren und förderlicher Faktoren aus verschiedenen Perspektiven. Sie verwenden für die jeweilige Fragestellung angemessenen Methoden der Datenerhebung und -auswertung und führen damit zu systematisch und nachvollziehbaren Schlussfolgerungen. Damit deckt die wissenschaftlich begleitende Erprobung schon vor der routinemäßigen Implementierung Probleme auf, so dass das Verfahren bzw. gezielt einzelne Aspekte optimiert werden können.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Crowe, S., Brown, K., Tregay, J., Wray, J., Knowles, R., Ridout, D. A., Bull, C., Utley, M. (2017): Combining qualitative and quantitative operational research methods to inform quality improvement in pathways that span multiple settings. *BMJ Quality & Safety*, 26, 641–652.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2017): Strukturierter Qualitätsdialog. URL: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/quali_allgemein/SQD-Broschuere.pdf?__blob=publicationFile&v=5, Abruf: 04.09.2017.
- Grol, R., Wensing, M. (2013): Effective implementation of change in healthcare. a systematic approach. In: Grol, R., Wensing, M., Eccles, M., Davis, D. (Hrsg.): *Improving Patient Care. The implementation of change in health care*. John Wiley & Sons, Ltd, Oxford, UK. 40–63.
- Pfaff, H., Albert, U.-S., Bornemann, R., Ernstmann, N., Gostomzyk, J., Gottwik, M. G., Heller, G., Höhmann, U., Karbach, U., Ommen, O., Wirtz, M. (2009): Methoden für die organisationsbezogene Versorgungsforschung. *Gesundheitswesen*, 71, 11. 777–790.
- Pinnock, H., Barwick, M., Carpenter, C. R., Eldridge, S., Grandes, G., Griffiths, C. J., Rycroft-Malone, J., Meissner, P., Murray, E., Patel, A., Sheikh, A., Taylor, S. J. C. (2017): Standards for Reporting Implementation Studies (StaRI) Statement. *BMJ*, 356. i6795.

Verknüpfung der Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation mit der Klassifikation therapeutischer Leistungen

Reese, C., Farin-Glattacker, E.
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Zielstellung

In den vergangenen Jahren wurden in verschiedenen von der Deutschen Rentenversicherung Bund geförderten Projekten Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation entwickelt, u.a. für die Indikationsbereiche Chronischer Rückenschmerz, Koronare Herzerkrankung, Typ-2-Diabetes sowie für onkologische Erkrankungen (Mamma-, Prostata- oder Kolonkarziom) (Mittag & Reese, 2013, Reese & Mittag, 2013, Reese et al., 2016, Reese et al., 2017). Die Praxisempfehlungen wurden auf Grundlage der besten verfügbaren Evidenz erstellt und breit konsentiert, und zwar sowohl durch Wissenschaftler, als auch durch Kliniker und Rehabilitanden.

In Nachbefragungen, die jeweils ein Jahr nach Fertigstellung der Praxisempfehlungen erfolgten, stellten wir jedoch fest, dass es zahlreiche Einrichtungen gibt, in denen die Praxisempfehlungen bisher nur unzureichend implementiert sind. So gaben bei den Nachbefragungen jeweils lediglich ein Drittel der Befragten an, dass die Praxisempfehlungen zu konkreten Veränderungen in der Einrichtung geführt hätten. Hier zeigte sich also Bedarf, die Implementierung der Praxisempfehlungen weiter zu fördern.

In dem von der Deutschen Rentenversicherung Bund geförderten Projekt (Projektlaufzeit: November 2017 - April 2018) sollte für die einzelnen Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation (Indikationsbereiche chronischer Rückenschmerz, koronare Herzerkrankung, onkologische Erkrankungen und Diabetes mellitus Typ 2) jeweils zusätzlich aufgeführt werden, welche Codes aus der Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (KTL) (Deutsche Rentenversicherung, 2014) nach Erbringung der entsprechenden Leistung dokumentiert werden können.

Die Zuordnung der Codes zu den Praxisempfehlungen sollte den Leistungserbringern in den Kliniken verdeutlichen, dass die Anwendung der Praxisempfehlungen zur Umsetzung einer hochwertigen, evidenzbasierten Versorgung und somit zur Optimierung der Prozess- und Versorgungsqualität beiträgt. Hierdurch sollte die Implementierung der Praxisempfehlungen in den Reha-Einrichtungen gefördert werden.

Methoden

Das Projekt umfasste drei Phasen: (1) Erstellung indikationsspezifischer Pilotversionen, in denen Vorschläge für die Zuordnung von KTL-Codes zu den einzelnen Praxisempfehlungen gemacht wurden (Beispiel: Bei bestimmten Problemlagen wird ein psychologisches oder psychotherapeutisches Einzelgespräch empfohlen; naheliegende KTL-Codes sind hier „F55 Psychologische Beratung einzeln“ sowie „G71 Psychotherapie in der somatischen

Rehabilitation einzeln“), (2) Konsentierung (per E-Mail oder telefonisch) durch langjährig erfahrene, klinisch tätige Reha-PsychologInnen aus allen relevanten Indikationsbereichen, Mitarbeiterinnen der Abteilung Rehabilitation und des Bereichs Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung Bund, (3) finale Überarbeitung.

Ergebnisse

Als Ergebnis des Projektes liegen Praxisempfehlungen für vier Indikationsbereiche (chronischer Rückenschmerz, koronare Herzerkrankung, onkologische Erkrankungen und Diabetes mellitus Typ 2) vor, denen entsprechende KTL-Ziffern zugeordnet wurden. Außerdem hinzugefügt wurde eine Liste mit einer Auswahl aktueller Informationen und Broschüren der Deutschen Rentenversicherung zu den Themenbereichen „Psychologie in der medizinischen Rehabilitation“, „Patientenschulung, Beratung und Partizipative Entscheidungsfindung“, „Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation“ sowie „Nachsorge“.

Fazit

Durch das vorliegende Projekt kann die Implementierung der Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation unterstützt werden. Da seit der finalen Konsentierung der Praxisempfehlungen wichtige Entwicklungen stattgefunden haben, erscheint eine grundlegende Überarbeitung der Praxisempfehlungen im weiteren Verlauf erforderlich. Hierbei sollten aktuelle Behandlungs- und Nachsorgekonzepte (z.B. verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation, PsyRENA) berücksichtigt werden.

Die Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation werden von der Deutschen Rentenversicherung Bund als Broschüre zur Verfügung gestellt. In der geplanten Broschüre für die Indikationsbereiche Onkologie und Typ-2-Diabetes ist es vorgesehen, dass die entsprechenden KTL-Ziffern bereits mit aufgeführt werden. Bei einer Neuauflage der Praxisempfehlungen für die Indikationsbereiche chronischer Rückenschmerz und koronare Herzerkrankung würden die entsprechenden KTL-Ziffern ebenfalls mit aufgenommen werden. Zusätzlich stellt die Forschungseinrichtung der Projektleiterin (SEVERA, Universitätsklinikum Freiburg) die entsprechend durch die KTL-Codes ergänzten Praxisempfehlungen auf ihrer Homepage zum Download bereit.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

Deutsche Rentenversicherung (2014): KTL. Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation, Ausgabe 2015. Berlin: Deutsche Rentenversicherung.

Mittag, O., Reese, C. (2013): Die Entwicklung von Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation von Patienten mit koronarer Herzkrankheit: Methoden und Ergebnisse. *Die Rehabilitation*, 52. 266-272.

Reese, C., Mittag, O. (2013): Entwicklung von Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen: Methoden und Ergebnisse. *Das Gesundheitswesen*, 75. 832-837.

Reese, C., Petrak, F., Mittag, O. (2016): Entwicklung von Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation von Patienten mit Typ-2-Diabetes: Methoden und Ergebnisse. *Die Rehabilitation*, 55. 299-304.

Reese, C., Weis, J., Schmucker, D., Mittag, O. (2017): Development of practice guidelines for psychological interventions in the rehabilitation of patients with oncological disease (breast, prostate or colorectal cancer): methods and results. *Psycho-Oncology*, 26. 1513–1518.

Antragsrückgang bei medizinischer Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen – ein epidemiologischer Blick

Buschmann-Steinhage, R., Zollmann, P.

Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Zielstellung

Die gesetzliche Rentenversicherung erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche, um chronischen Erkrankungen bzw. gesundheitlichen Einschränkungen entgegenzuwirken, die zu einer Einschränkung der späteren Erwerbsfähigkeit führen können. In den letzten 10 Jahren sind die Anträge und in der Folge auch die abgeschlossenen Leistungen rückläufig. Als mögliche Gründe für den Antragsrückgang werden demografische Entwicklungen sowie die Nutzung alternativer Angebote der Gesundheitsversorgung genannt (Widera et al. 2017, Schlanstedt-Jahn et al. 2012). Mögliche Barrieren im Zugang zur Kinder- und Jugendlichenrehabilitation bestehen in Wissensdefiziten bei Eltern und Ärzten zu Reha-Angeboten und Antragstellung, einer intransparenten Bewilligung bzw. Ablehnung, einer zu geringen Flexibilisierung und Familienorientierung der Reha-Angebote im Hinblick auf die Begleitung durch Eltern bzw. Geschwisterkinder, der schulische Vereinbarkeit, beruflichen und persönlichen Motiven sowie Migrationshintergrund (Jürgensen et al. 2017, Berghem 2017a und b).

Methoden

Datengrundlage sind Anträge und abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen der Jahre 2006 bis 2017. Für die Ermittlung der altersstandardisierten Inanspruchnahmeraten wurde die Bevölkerung am Jahresende des Vorjahres (2005 bis 2016) herangezogen.

Ergebnisse

Im hier betrachteten Zeitraum sank die Zahl der Anträge um 32 % von 80.143 auf 54.452 und die Zahl der abgeschlossenen Rehabilitationen um 15 % von 36.443 auf 30.819, wobei von 2016 auf 2017 wieder ein moderater Anstieg zu verzeichnen war. Die altersstandardisierte, d. h. um demografische Effekte bereinigte Inanspruchnahme entwickelte sich im gleichen Zeitraum von 13,9 auf 12,9 (m: 14,1 auf 13,1; w: 13,7 auf 12,7) medizinische Rehabilitationen auf 10.000 Kinder und Jugendliche. Die Entwicklung von Anträgen, abgeschlossenen Rehabilitationen und altersstandardisierter Inanspruchnahme zeigt deutliche Schwankungen, die vergleichend in Abbildung 1 dargestellt sind, wobei hier zur besseren Vergleichbarkeit die Werte der Jahre 2007 bis 2017 auf das Anfangsjahr 2006 normiert wurden. Sie belegt einen deutlichen demografischen Anteil am Rückgang der Inanspruchnahme: während die abgeschlossenen Rehabilitationen um 15% zurückgegangen sind, ist der Rückgang der um demografische Effekte bereinigten Inanspruchnahme mit 7% weit geringer.

Es zeigen sich bedeutsame regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme: in den Stadtstaaten ist die altersstandardisierte Inanspruchnahme eher niedrig und in den neuen Bundesländer eher hoch, wobei das regionale Muster zwischen DRV Bund und Regionalträger sehr ähnlich ist. Obgleich die Inanspruchnahme in den Stadtstaaten schon zu Beginn des betrachteten Zeitraums relativ niedrig liegt, nimmt sie im Zeitverlauf auch noch stärker als in anderen Regionen ab.

Bei den Indikationen der Kinder- und Jugendlichenrehabilitationen gibt es ebenfalls bedeutsame Entwicklungen: so ist der Anteil mit Atemwegserkrankungen in den betrachteten Jahren erheblich gesunken, während die psychischen Störungen zugenommen haben.

Als Alternative zur Kinder- und Jugendlichenrehabilitation werden von Ärzten und Eltern häufig die Vorsorgekuren für Mütter und Väter gesehen, die von 2006 bis 2016 anstiegen, wenn auch mit erheblichen Schwankungen.

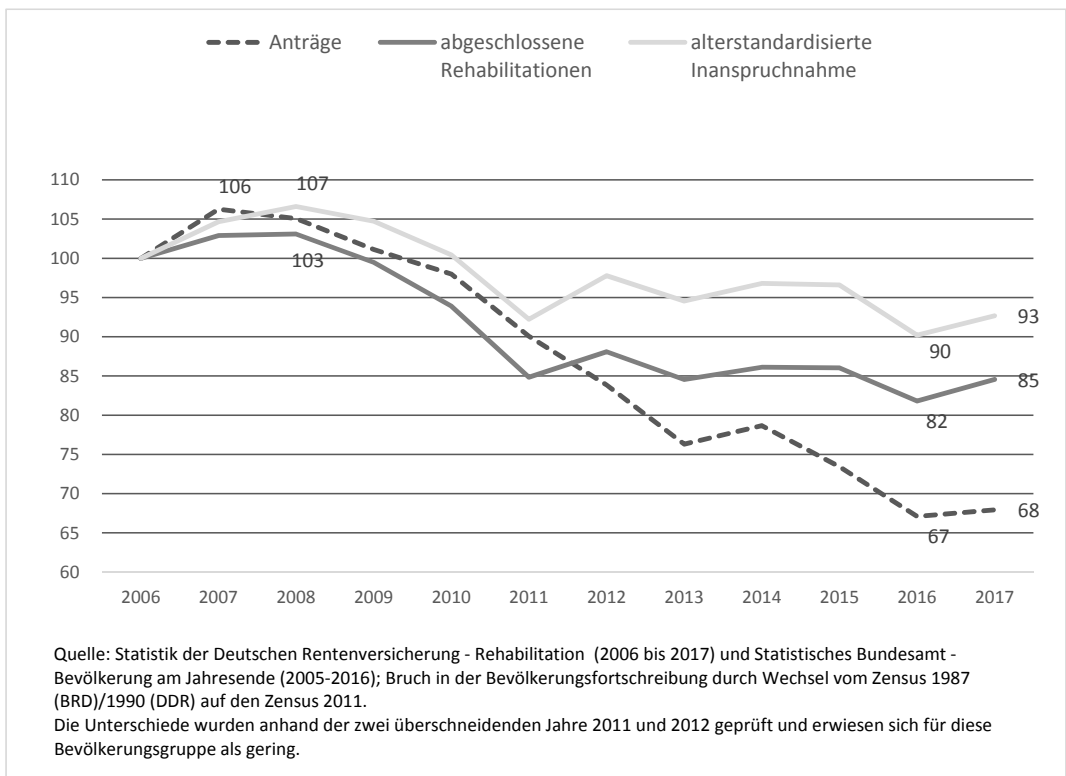


Abb. 1

Fazit

Der Rückgang der Inanspruchnahme von medizinischer Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen geht zu einem großen Teil auf demografische Effekte zurück. Dabei zeigen sich nur geringfügige geschlechtsspezifische Unterschiede. Von 2016 auf 2017 lässt sich wieder eine Zunahme von Anträgen, abgeschlossenen Rehabilitationen und altersstandardisierter Inanspruchnahme feststellen. Die Zunahme von Anträgen setzte sich auch im Jahr 2018

(2,5%) fort und ist möglicherweise auf die intensive Öffentlichkeitsarbeit der Deutschen Rentenversicherung zurückzuführen.

Der Rückgang der Kinder- und Jugendlichenrehabilitationen aufgrund von Atemwegserkrankungen, insbesondere Asthma bronchiale, trägt ebenfalls zur rückläufigen Inanspruchnahme bei, da er nicht durch die Zunahme bei den psychischen Erkrankungen ausgeglichen wird. Die Einführung von Disease-Management-Programmen für Asthma bronchiale im Jahr 2006, an dem Kinder ab 5 Jahren teilnehmen können, kann zu diesem Rückgang beigetragen haben.

Eine Verlagerung auf Vorsorgekuren für Mütter und Väter zu Lasten der GKV ist nicht auszuschließen, da diese im Zeitraum von 2006 bis 2016 (mit Schwankungen) erheblich angestiegen sind. Das ist insbesondere deshalb bedenklich, da nach Schätzungen des Müttergenesungswerk zwei Drittel der Kinder einen eigenen Reha-Bedarf aufweisen, dort aber nicht im Fokus der Therapie stehen.

Die regionalen Ungleichheiten in der altersstandardisierten Inanspruchnahme sind erklärungsbedürftig und begründen weiteren Forschungsbedarf.

Der Rückgang der Inanspruchnahme von medizinischer Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen ist zu einem großen Teil durch demografische Effekte und Veränderungen im Indikationsspektrum zurückzuführen. Verlagerungen auf andere Angebote der Gesundheitsversorgung sind ebenfalls nicht auszuschließen. Die Zunahme bei Anträgen, abgeschlossenen Rehabilitationen und altersstandardisierter Inanspruchnahme von 2016 auf 2017 markiert hoffentlich eine Trendwende. Die verstärkte Öffentlichkeitsarbeit der Rentenversicherung zeigt hier erste Früchte.

Literatur

Berghem S. Gründe für den Antragsrückgang in der Rehabilitation für Kinder und Jugendliche aus der Sicht unterschiedlicher Prozessbeteiligter. DRV-Schriften Band 107, 2015; 389-391

Berghem S. Weniger Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund wegen geringerer Kenntnisse der deutschen Rehabilitationslandschaft? DRV-Schriften Band 109, 2016; 463-464.

Jürgensen M, Großmann N, Thyen U. „Das würde ich gar nicht erst beantragen!“ – Barrieren der Inanspruchnahme einer Kinder- und Jugend-Rehabilitations-Maßnahme aus Sicht der Familien. Rehabilitation 2017; 56: 109-118.

Schlanstedt-Jahn U, Ostholt-Corsten M, Druckenmüller A, Jäger R. Kinder- und Jugendlichenrehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung – Entwicklung und Herausforderung. RVaktuell 3/2012; 89-99.

Widera T, Baumgarten E, Druckenmüller A, Niehues C. Kind- und Jugendlichenrehabilitation – Stand und Perspektiven aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung. Rehabilitation 2017; 56: 91-102.

Barrieren im Zugang zur Rehabilitation bei Menschen mit Migrationshintergrund – Ergebnisse einer qualitativen Befragung von Hausärzten/innen

*Aksakal, T. (1), Yilmaz-Aslan, Y. (2), Langbrandtner, J. (3), Razum, O. (2),
Deck, R. (3), Brzoska, P. (4)*

(1) Universität Bielefeld, Universität Witten/Herdecke, (2) Universität Bielefeld,
(3) Universität zu Lübeck, (4) Universität Witten/Herdecke

Zielstellung

Menschen mit Migrationshintergrund nehmen rehabilitative Leistungen trotz eines höheren Rehabilitationsbedarfs seltener in Anspruch als die Mehrheitsbevölkerung. Sie weisen außerdem ungünstigere rehabilitative Ergebnisse auf. Hierfür können Zugangs- und Wirksamkeitsbarrieren verantwortlich sein (Brzoska et al. 2013; Brzoska & Razum 2015). Während die rehabilitative Versorgung bei Rehabilitanden/innen mit Migrationshintergrund bereits sowohl aus der Perspektive von Nutzern/innen als auch von Klinikmitarbeitern/innen im Fokus früherer Untersuchungen stand (Brzoska & Razum 2015; Brzoska et al. 2010), ist in diesem Zusammenhang bisher vergleichsweise wenig über die Schnittstelle zwischen hausärztlicher und rehabilitativer Versorgung sowie über die Perspektive niedergelassener Ärzte/innen bekannt. Niedergelassene Ärzte/innen stellen für Nutzer/innen von Gesundheitsleistungen / Versorgungsleistungen wichtige Ansprechpartner/innen bei der Beantragung einer Rehabilitation dar, die auch wertvolle Erkenntnisse über Barrieren bei der Antragstellung liefern können (Brzoska et al. 2010). Mit vorliegendem Abstract sollen exemplarisch die Barrieren, denen Nutzer/innen mit türkischem Migrationshintergrund beim Zugang zur Rehabilitation gegenüberstehen aus der Sicht von Hausärzten/innen vorgestellt werden.

Methoden

Die Untersuchung basiert auf leitfadengestützten Interviews mit Hausärzten/innen in Nordrhein-Westfalen (NRW) und Schleswig-Holstein (SH), die in der Zeit von Februar 2015 bis März 2016 durchgeführt wurden. Hierbei wurden Ärzte/innen rekrutiert, die eine jeweils unterschiedlich starke Einbindung in die türkischsprachige Community haben. Die Teilnehmer/innen wurden u.a. danach gefragt, welche Erfahrungen sie mit der Behandlung von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund im Zusammenhang mit der Beantragung einer Rehabilitation gemacht haben, mit welchen Fragen sie konfrontiert wurden und welche Antworten sie darauf fanden. Die Auswertung der Experteninterviews erfolgte in MAXQDA mittels inhaltlich-strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse (Mayring, 2010).

Ergebnisse

Insgesamt wurden 10 Hausärzten/innen (jeweils 5 in NRW und SH) befragt, darunter 4 mit türkischem Migrationshintergrund. Patienten/innen mit türkischem Migrationshintergrund werden von den befragten Hausärzten/innen in Bezug auf ihr Bildungsniveau und die Ausprägung von Sprachbarrieren als eine sehr heterogene Bevölkerungsgruppe wahrgenommen, vor allem im Hinblick auf Unterschiede zwischen erster und zweiter Generation. Rehabilitative Leistungen seien den meisten Patienten/innen mit türkischem

Migrationshintergrund nicht bekannt; besonders die erste Generation sei häufig schlecht über die Rehabilitation, deren Inhalte und Ziele informiert. Die zweite Generation sowie Menschen ohne Migrationshintergrund hätten einen ähnlichen Informationsstand, der in vielen Fällen auch unzureichend sei. Der Anstoß zu einer Rehabilitationsmaßnahme käme meist von Hausärzten/innen. Überwiegend Patienten/innen mit türkischem Migrationshintergrund mit einem höheren Bildungsniveau und ohne Sprachbarrieren würden die Initiative zur Rehabilitationsmaßnahme ergreifen. Bei anderen sei die Bereitschaft eher gering, eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch zu nehmen. Als Barrieren nennen die Befragten vor allem das als kompliziert und intransparent erlebte Antragsverfahren, Sprachbarrieren, Informationsdefizite, Ängste und ein ausgeprägtes Schamgefühl. Die Hausärzte/innen fühlen sich mit dem Antragsverfahren teils selbst überfordert und schlecht informiert und haben Schwierigkeiten, Patienten/innen bei der Antragstellung zu unterstützen. Die Erwartungen und Ziele der Rehabilitation seien vom Bildungsgrad, Krankheits-/Medizinverständnis und der Indikation der Patienten/innen abhängig. Die Erwartungen der Patienten/innen und ihre Zufriedenheit mit der Rehabilitation stünden dabei in einem starken Zusammenhang, wobei besonders Erwartungen von Patienten/innen mit Migrationshintergrund oft nicht erfüllt würden.

Fazit

Patienten/innen mit türkischem Migrationshintergrund sind eine sehr heterogene Bevölkerungsgruppe und zeigen generationsspezifische Unterschiede im Hinblick auf ihre Informiertheit und ihr Verhalten bei der Beantragung einer Rehabilitationsmaßnahme. Die verschiedenen Barrieren spielen sowohl in der Antragsphase als auch zu Beginn des Rehabilitationsaufenthalts eine Rolle. Die wahrgenommene geringe Informiertheit der Patienten/innen mit türkischem Migrationshintergrund vor und zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme werden durch die Ergebnisse früherer Erhebungen (Brzoska & Razum, 2015) bestätigt. Dies macht die Notwendigkeit einer besseren Vorbereitung von (potenziellen) Rehabilitanden/innen im Vorfeld der rehabilitativen Versorgung deutlich. Hausärzten/innen müssen bei Feststellung eines rehabilitativen Versorgungsbedarfs über verfügbare Versorgungsangebote informieren und Rehabilitationsträger müssen vor der Antragstellung umfassend aufklären. Vor Beginn der Rehabilitation sollten Rehabilitanden/innen außerdem adäquat in die Planung ihres Rehabilitationsaufenthalts einbezogen werden, wozu auch die Erfassung ihrer Erwartungen an die Rehabilitation und ein Abgleich mit deren Zielen gehören. Um der Heterogenität der Bevölkerung gerecht zu werden, müssen dabei alle Informations- und Vorbereitungsmaßnahmen diversitätssensibel gestaltet werden.

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

Literatur

Brzoska, P., Voigtländer, S., Spallek, J., Razum, O. (2013): Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und Erwerbsminderung bei Menschen mit Migrationshintergrund. In: Schott, T., Razum, O. (Eds.): Migration und gesundheitliche Ungleichheit in der Rehabilitation. Weinheim: Beltz Juventa, 49-61.

- Brzoska, P., Razum, O. (2015): Erreichbarkeit und Ergebnisqualität rehabilitativer Versorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 58: 553-9.
- Brzoska, P., Voigtländer, S., Reutin, B., Yilmaz-Aslan, Y., Barz, I., Starikow, K., Reiss, K., Dröge, A., Hinz, J., Exner, A., Striedelmeyer, L., Krupa, E., Spallek, J., Berg-Beckhoff, G., Schott, T., Razum, O. (2010): Rehabilitative Versorgung und gesundheitsbedingte Frühberentung von Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Forschungsbericht 402. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziale
- Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz Verlag.

Inanspruchnahme rehabilitativer Versorgung durch ältere Beschäftigte mit und ohne Migrationshintergrund - Ergebnisse der lidA-Studie

Schröder, C.C., du Prel, J.-B.

Bergische Universität Wuppertal

Zielstellung

Die sukzessive Erhöhung des gesetzlichen Renteneintrittsalters und der demographische Wandel bringen eine alternde und schrumpfende Belegschaft mit sich, sowie die Verlängerung des Erwerbslebens. Diesbezüglich rückt zunehmend auch die Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund in den Blick, da diese inzwischen ca. 21 % aller Erwerbstätigen in Deutschland stellt, wovon wiederum 38% bereits über 45 Jahre alt sind (Destatis 2018). Hierzu zählen Menschen, die selbst (1. Generation) oder deren Eltern (mind. 1. Elternteil) nach Deutschland zugewandert sind (2. Generation) (Razum et al. 2008).

Zugleich ist schlechte Gesundheit ein bedeutender Grund für vorzeitigen Erwerbsausstieg (van den Heuvel, de Wind, 2015), welche Personen mit Migrationshintergrund, besonders die mit ausländischer Staatsangehörigkeit, vermehrt in Form der Erwerbsminderungsrente in Anspruch nehmen (Brzoska et al. 2013). Dem könnte medizinische Rehabilitation (Reha) entgegenwirken, indem sie zur Wiedererlangung der körperlichen und psychischen Gesundheit führt und somit auf die weitere aktive Teilhabe am Arbeitsleben abzielt.

Allerdings ist die geringere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit hierzulande gut belegt (Razum et al. 2008). Vor diesem Hintergrund ist die Frage interessant, ob sich ebenfalls bei Inanspruchnahme von Reha-Leistungen (ambulant und stationär) Beschäftigte mit Migrationshintergrund (BmM) in der 1. und 2. Generation von Beschäftigten ohne Migrationshintergrund (BoM) unterscheiden.

Methoden

Im Rahmen der ersten Welle der lidA (leben in der Arbeit)-Studie (www.lidA-studie.de) wurden 6303 sozialversicherungspflichtige Erwerbstätige der „Babyboomer-Generation“ (Geburtsjahrgänge 1959 und 1965) bundesweit im Jahr 2011 mittels computergestütztem Interview befragt. Die prospektive Kohortenstudie beschäftigt sich mit den Zusammenhängen von Arbeit, Alter, Gesundheit und Erwerbsteilhabe in Deutschland. Das Sample ist

repräsentativ für die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten dieser Jahrgänge, welche durch eine zweifache Zufallsziehung aus dem Datensatz der Integrierten Erwerbsbiographie der Bundesagentur für Arbeit realisiert wurden.

Einfache Unterschiede wurden mittels Chi-Quadrat-Test getestet, die multiple Analyse auf Unterschiede in der Inanspruchnahme von jeweils ambulanter und stationärer Reha zwischen BoM und BmM der 1. und 2. Generation mittels hierarchischer logistischer Regressionsanalysen durchgeführt. Blockweise wurde für soziodemographische (Alterskohorte, Geschlecht und Tätigkeitsgruppe), arbeitsbezogene (Führungsqualität, Work-Privacy-Konflikt, Arbeitsstress, eigener Einfluss bei der Arbeit sowie physische Arbeitsexpositionen) und nicht-arbeitsbezogene Variablen (gegenwärtiger Gesundheitszustand und zuhause gesprochene Sprache) adjustiert.

Ergebnisse

Insgesamt gaben 12,8 % (n=808) aller erwerbstätigen Teilnehmenden der ersten Studienwelle an, in den letzten 3 Jahren Reha-Leistungen in Anspruch genommen zu haben, zumeist eine stationäre medizinische Reha-Maßnahme. Unterschiede in der Inanspruchnahme zeigten sich sowohl zwischen BoM und BmM als auch zwischen 1. und 2. Generation ($p=0,109$). Während gruppenspezifische Unterschiede bei der Nutzung stationärer Reha marginal waren, fällt bezüglich ambulanter Reha der mit 2,3% vergleichsweise niedrige Anteil bei BmM der 1. Generation auf. BmM der 1. Generation gehen vermehrt an/ungelernte Tätigkeiten nach, sind häufiger physischen Arbeitsexpositionen wie z.B. Temperatur-, Lärm- oder körperlich schwere Belastungen ausgesetzt und sprechen hauptsächlich eine andere Sprache als Deutsch zuhause.

Im logistischen Regressionsmodell, bei Vergleich der generellen Inanspruchnahme von Reha-Leistungen fanden sich keine signifikanten Gruppenunterschiede zwischen BoM und BmM. Derselbe Fall ergab sich im differenzierten Modell zu stationären Reha-Leistungen.

In der detaillierten Analyse hatten BmM der 1. Generation jedoch eine signifikant niedrigere Chance als BoM ambulante Reha in Anspruch zu nehmen. Dieser Zusammenhang blieb im multipel adjustierten Modell mit allen Kontrollvariablen bestehen (OR=0,36 [95%-CI: 0,14-0,89]).

Fazit

Die Ergebnisse sind zum Teil mit den Beobachtungen von Brzoska (Brzoska et al. 2010) und anderen Kollegen vergleichbar. Bei den hier vorliegenden Analysen wurden Art der Reha sowie Untergruppen der BmM differenzierter untersucht als bisher für Deutschland. Demnach nehmen BmM der 1. Generation mit signifikant niedrigerer Chance ambulante Reha-Leistungen in Anspruch als BoM.

Durch die hohe Teilnehmerzahl der lidA-Studie konnte eine repräsentative Stichprobe für die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten dieser Jahrgänge erzielt werden. Demnach sind keine Selbstständigen, freien Mitarbeiter und Beamte eingeschlossen. Für soziodemographische, arbeitsbezogene und nicht-arbeitsbezogene Variablen wurde adjustiert, sowie der Migrationsstatus anhand von verschiedenen Indikatoren und nicht nur der Nationalität erfasst.

Der signifikante Gruppenunterschied bei BmM der 1. Generation bei der Inanspruchnahme ambulanter Reha konnte nicht durch die einbezogenen Kovariablen erklärt werden. Andere Gründe wie z.B. geringere ‚health literacy‘, kulturelle Barrieren oder Informationsmangel könnten hier zum Tragen kommen. Weitere Untersuchungen der dritten IidA-Welle 2018 sollen zeigen, welche Faktoren dieses unterschiedliche Verhalten der Inanspruchnahme erklären können. Diese und folgende Beobachtungen dazu könnten für sozialpolitische Entscheidungsträger interessant sein, um die Chancengleichheit der Inanspruchnahme von Reha-Leistungen und damit der Arbeitsteilhabe zu gewährleisten.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Brzoska, P., Voigtländer, S., Spallek, J., Razum, O. (2013): Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und Erwerbsminderung bei Menschen mit Migrationshintergrund. In: Schott, T., Razum, O. (Hrsg.): Migration und medizinische Rehabilitation. Weinheim: Beltz Juventa Verlag. 49-61.
- Brzoska, P., Voigtlander, S., Spallek, J., Razum, O. (2010): Utilization and effectiveness of medical rehabilitation in foreign nationals residing in Germany. *European Journal of Epidemiology*, 25 (9): 651–660. DOI: 10.1007/s10654-010-9468-y.
- Razum, O., Zeeb, H., Meesmann, U., Schenk, L., Bredehorst, M., Brzoska, P., Dercks, T., Glodny, S., Menkhaus, B., Salman, R., Saß, A-C., Ulrich, R. (2008): Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut (Hrsg.).
- Statistisches Bundesamt (DESTATIS) (2018): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2017. Fachserie 1 Reihe.2.2.URL:https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220177004.pdf?__blob=publicationFile, Abruf: 24.10.2018.
- van den Heuvel, S., de Wind, A. (2015): Domain: Health and health-related behaviour. In: Hans Martin Hasselhorn und Wenke Apt (Ed.): Understanding employment participation of older workers. Creating a knowledge base for future labour market challenges. Berlin: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Wer geht in die Reha? Inanspruchnahme nach Brustkrebsoperation im Kontext beruflicher Belastungen

Noeres, D., Röbbel, L., Geyer, S.
Medizinische Hochschule Hannover

Zielstellung

Gründe für die Teilnahme bzw. Nichtteilnahme an einer stationären onkologischen Rehabilitation stehen zunehmend im Interesse der Forschung. Persönliche bzw. private Überlegungen (Deck et al. 2017, Geyer et al. 2012) Informationsgrad (Deck et al. 2017), Ängste vor Schwierigkeiten am Arbeitsplatz (Bergelt et al. 2000) sowie die subjektive

Erwartung an den Nutzen einer Rehabilitation (Lehmann et al. 2012) beeinflussen unter anderem die Entscheidung für oder gegen die Maßnahme. Mit einem Fokus auf Brustkrebspatientinnen und deren Situation am Arbeitsplatz knüpft die vorliegende Studie an diese Ergebnisse an. Die Fragestellungen lauten: Gibt es arbeitsplatzbezogene und soziodemografische Merkmale, die die Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation von Frauen in den ersten sechs Monaten nach einer primären Brustkrebsoperation vorhersagen?

Methoden

Im Rahmen der von der DRV Bund geförderten, langfristig angelegten multizentrischen Studie „Rückkehr zur Erwerbsarbeit nach Brustkrebs“ wurden Patientinnen schriftlich befragt, die zwischen Dezember 2016 und Oktober 2018 in elf zertifizierten Brustzentren Niedersachsens an primärem Brustkrebs operiert wurden. Die Rücklaufquote der Erstbefragung (t0) beträgt 80,9 %. Eingeschlossen wurden erwerbstätige Patientinnen ≤ 63 Jahre (inkl. primär M1, inkl. Rezidive nach ≥10 Jahren, excl. DCIS). Um einen möglichst hohen Rücklauf zu erzielen, erfolgte die Befragung nach den von Dillman et al. vorgeschlagenen Regeln zur Durchführung postalischer Befragungen (Dillman et al. 2014). Wiederholungsbefragungen finden sechs (t1) und zwölf Monate (t2) nach der Operation statt. Die vorliegende Teilstudie basiert auf standardisierten Fragen zur Soziodemografie, zu belastenden Kontextfaktoren, beruflichen Gratifikationskrisen (ERI) sowie dem Screening-Instrument (SIMBO) zur Einschätzung des Bedarfs an Medizinisch-Beruflich Orientierten Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation (MBOR). Die Hauptanalysen wurden mittels logistischer Regression gerechnet. Es wurden drei getrennte Modelle geschätzt: Im ersten Modell wurde die Belastung am Arbeitsplatz in der Originalskalierung mit sechs Ausprägungen aufgenommen, im zweiten Modell wurde diese Variable dichotomisiert. Im dritten Modell wurde ersatzweise der ERI-Score verwendet. Patientinnen mit adjuvanter Chemotherapie wurden aus den Analysen ausgeschlossen, da diese Form der Behandlung eine Rehaeteilnahme verzögert.

Ergebnisse

Die Stichprobe besteht aus 227 Studienteilnehmerinnen, die im Anschluss an ihre primäre Brustkrebsoperation keine adjuvante Chemotherapie erhalten hatten. Die Patientinnen waren zum Zeitpunkt der OP durchschnittlich 50,9 Jahre alt (SD 7,5; Range 24-63 Jahre), 68% der Befragten hatten zum Zeitpunkt t1 bereits eine Reha in Anspruch genommen.

Die Analysen zeigten, dass bei 32,6% der Teilnehmerinnen eine belastende Situation bzw. Konflikte am Arbeitsplatz vorlagen und dass diese die Wahrscheinlichkeit einer Rehaeteilnahme um mehr als das Doppelte erhöhten ($p < 0,05$, OR = 2,31). Auch nahm die Teilnahmebereitschaft mit der Stärke der Belastung zu ($p < 0,05$, OR = 1,37). Das Vorliegen einer besonderen beruflichen Problemlage (bzw. eines MBOR-Bedarfs) bei Verwendung eines Cut-Off-Werts von 30 Punkten ($p < 0,05$, OR = 2,47) führt zu einer um mehr als das Doppelte erhöhten Wahrscheinlichkeit der Rehaeteilnahme. Das mit dem ERI-Fragebogen gemessene Verhältnis zwischen Anforderungen und Belohnungen am Arbeitsplatz hatte dagegen keine statistisch signifikante Vorhersagekraft ($p = 0,14$, OR = 0,42). Unter den soziodemografischen Merkmalen fand sich lediglich ein signifikanter Hinweis unter den Schulabschlüssen in der Richtung dass Realschulabsolventinnen deutlich häufiger als

Hauptschulabsolventinnen ($p < 0,05$; OR = 4,08) an einer onkologischen Rehabilitation teilnehmen.

Fazit

Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass Brustkrebspatientinnen mit Problemen am Arbeitsplatz mit höherer Wahrscheinlichkeit an einer onkologischen Reha teilnehmen als Patientinnen ohne solche Probleme. Beim jetzigen Stand der Analysen bleibt allerdings unklar, ob die Reha in Anspruch genommen wird, um sich Hilfe und Anregungen für die berufliche Situation zu holen, oder ob mit einer Rehateilnahme die Wiederaufnahme der Arbeit nach hinten verschoben werden soll.

Zu einer besseren Einordnung dieser Befunde ist es notwendig, den Zeitpunkt der Rückkehr in den Beruf und die Bedeutung arbeitsplatzbezogener Maßnahmen für die Rehateilnehmerinnen in die Analysen aufzunehmen. Aufgrund des noch unvollständigen Rücklaufs aus der Rehabilitandenbefragung haben wir diese Analysen noch nicht abgeschlossen und deshalb hier nicht dargestellt.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Bergelt, C., Koch, U., Welk, H. (2000): Erwartungen, Befürchtungen und Therapieziele von Patienten zu Beginn einer onkologischen Rehabilitationsmaßnahme. *Rehabilitation* 2000; 39(6): 338-349.
- Deck, R., Walther, A.L. (2017): Warum gehen onkologische Reha-Anträge und Reha-Leistungen der Deutschen Rentenversicherung zurück? *Dustri-Verlag*, Nr.2. 76-83.
- Dillman, D., Smyth, J.D., Christian, L.M. (2014): *Internet, Phone, Mail, and Mixed-Mode Surveys: The Tailored Design Method*. N.Y.: Wiley,
- Geyer, S., Schlanstedt-Jahn, U. (2012): Gibt es soziale Ungleichheiten in der Inanspruchnahme der onkologischen Rehabilitation bei Mammakarzinompatientinnen? [Are there social inequalities in the utilization of rehabilitation in oncology]? *Das Gesundheitswesen* 74:71-78.
- Lehmann, C., Beierlein, V., Hagen-Aukamp, C., Kerschgens, C., Rhee, M., Frühauf, S., Otto, J., Graefen, M., Krüll, A., Berger, D., Koch, U. & Bergelt, C. (2012): Psychosoziale Einflussfaktoren für die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen bei Patienten mit einer Prostatakreberkrankung. *Rehabilitation*, 51, 3, S. 160-170.

Antragsverhalten zur onkologischen Reha - eine Expertenstudie

*Maiwald, P. (1), Weis, J. (1), Bartsch, H.H. (1), Dresch, C. (1), Heidt, V. (2),
Valentini, J. (3), Kurlemann, U. (4)*

(1) Universitätsklinikum Freiburg,

(2) Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen, Köln,

(3) Universitätsklinikum Tübingen, (4) Universitätsklinikum Münster

Zielstellung

Die Daten der Deutschen Rentenversicherung (DRV) zeigen bei onkologischen Patienten seit einigen Jahren sowohl im Bereich der Anschlussrehabilitation als auch der allgemeinen Heilverfahren stagnierende bzw. rückläufige Antragszahlen. Diese Entwicklung steht der steigenden Inzidenz von onkologischen Patienten und damit dem potentiell höheren Reha-Bedarf gegenüber. Bislang untersuchen nur wenige Studien die Gründe dieser verringerten Inanspruchnahme. Zudem haben die vorliegenden Studien meist patientenseitige Erhebungen (z.B. Deck et al., 2018) zum Gegenstand und vernachlässigen damit die Sichtweise der im Therapieprozess involvierten Behandler und Berater. Diese Experten haben jedoch eine bedeutsame Funktion, da sie die Inanspruchnahme wesentlich steuern.

Die hier vorgestellte von der DRV Bund geförderte Studie untersucht Ursachen und Gründe für die Veränderung des Antragsverhaltens im Bereich der onkologischen Rehabilitation (stationäre und ambulante Maßnahmen) aus Sicht von verschiedenen Expertengruppen.

Methoden

Es wurde eine explorative multizentrische Querschnittserhebung mit qualitativer und quantitativer Methodik durchgeführt. Auf Grundlage von 61 teilstrukturierten Interviews mit Sozialarbeitern, Ärzten, Pflegenden/MFAs, Psychologen und DRV-Mitarbeitern wurde ein Fragebogen mit 55 Items zu krankheitsbezogenen, patientenbezogenen und systembezogenen Barrieren bei der Antragstellung entwickelt und nach abgeschlossener Pretestung (Expertenurteil sowie think-aloud-Technik) ab August 2018 bundesweit online eingesetzt. Eingeschlossen wurden o.g. Personengruppen, die in der Beratung oder Behandlung von onkologischen Patienten tätig sind. Im Rahmen der statistischen Analysen wurden die Barrieren mit den höchsten Zustimmungswerten identifiziert und mit Hilfe von Varianzanalysen verschiedene Subgruppen verglichen.

Ergebnisse

Insgesamt wurden N=372 Personen aus den folgenden Berufsgruppen in die Analyse einbezogen: 131 Sozialarbeiter (35%), 115 Ärzte (31%), 90 MFA/Pflegepersonal (24%), 36 Psychologen (10%). Die befragten Experten waren im Mittel 50.7 Jahre alt (SD=10.6) und zu rund 74% (N=275) weiblich. Die Bewertung der Items erfolgte auf einer sechsstufigen Likert-Skala, wobei hohe Werte darauf hindeuten, dass der abgefragte Aspekt eine Hürde bei der Antragstellung darstellt. Die Mittelwerte der Einzelitems variierten in einem Bereich von 1.70 (SD=1.0) bis 4.2 (SD=1.3). Die folgenden Items wiesen in der Analyse die höchsten Mittelwerte auf (Kriterium $M \geq 4.0$): die "zu schwierige Vermittlung von multimorbiden Patienten" ($M=4.6$, $SD=1.3$) sowie "das für Patienten mit Migrationshintergrund schlecht verständliche Antragsverfahren" ($M=4.3$, $SD=1.4$). Weiterhin wurden auch die Items "zu starre

AHB-Frist" (M=4.2, SD=1.4), "Wunsch des Patienten nach Normalität" (M=4.2, SD=1.3), "Überzeugung sich anderweitig besser erholen zu können" (M=4.1, SD=1.3), "Sorge vor Belastung durch andere Patienten" (M=4.1, SD=1.4) und "die Kostenträger sind für Nachfragen zum Antragsverfahren schlecht erreichbar" (M=4.0, SD=1.5) auf der Skala am höchsten bewertet.

Bei zwei Items zeigten sich signifikante Gruppenunterschiede: Erstens bei der Sorge vor Belastung durch andere Patienten, $F(3,355)=5.2$, $p=0.002$, $\eta^2=.04$. Psychologen (M=4.9, SD=0.9) hatten hier signifikant höhere Mittelwerte als Sozialarbeiter (M=4.1, SD=1.4, $p=0.006$), Ärzte (M=3.9, SD=1.4, $p=0.001$) und Pflegende (M=4.1, SD=1.3, $p=0.01$). Signifikante Gruppenunterschiede gab es außerdem bei der zu schwierigen Vermittlung von multimorbiden Patienten, $F(3,343)=9.9$, $p < 0.001$, $\eta^2=.08$. Ärzte (M=4.1, SD=1.4) sahen hier signifikant weniger Probleme als Sozialarbeiter (M=4.9, SD=1.2, $p < 0.001$) und Pflegende (M=4.8, SD=1.2, $p=0.001$).

Fazit

Bei den persönlichen Gründen von Patienten sich gegen eine onkologische Rehabilitation zu entscheiden, spielen aus Sicht der Experten vor allem Ängste vor weiterer Belastung sowie Überzeugungen der Patienten, sich durch Alternativen zur Reha besser erholen zu können, eine Rolle. Diese Gründe lassen sich unter dem Stichwort „Krankheitsverarbeitung“ zusammenfassen. Demgegenüber scheinen auch strukturelle Gegebenheiten den Zugang zur Rehabilitation zu erschweren. Dabei benennen die Experten vor allem hinderliche Aspekte des Antragsverfahrens, wie z.B. die als zu starr empfundene AHB-Frist.

Eine der zentralen Fragen in der Rehabilitationsforschung ist die Frage nach der Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen (Bailli et al., 2013). Die dargelegten Studienergebnisse tragen zur Beantwortung dieser Frage bei und ermöglichen es, gemeinsam mit Studien aus der Patientenperspektive, der Antragstellung entgegenstehende Barrieren abzubauen. So zeigt sich in Übereinstimmung mit den Studienergebnissen von Deck et al. (2018), dass beim Abbau von bestehenden Barrieren ein Fokus auf die Krankheitsverarbeitung der Patienten gelegt werden sollte. Zudem könnte über Anpassungen und Vereinfachungen des Antragsverfahrens der Zugang zur onkologischen Reha erleichtert werden.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Bailli, P., Hoekstra-Weebers, J., Van Hoof, E., Bartsch, H.H., Travado, L., Garami, M., Di Salvo, F., Micheli, A. & Veerus, P. (2013). Cancer rehabilitation indicators for Europe. *European J Cancer*, 49. 1356-1364.
- Deck, R., Babaev, V. & Katalinic, A. (2018). Gründe für die Nichtinanspruchnahme einer onkologischen Rehabilitation. Ergebnisse einer schriftlichen Befragung von Patienten aus onkologischen Versorgungszentren. *Die Rehabilitation*, DOI: 10.1055/a-0642-1411.

Bewertung der geriatrischen Rehabilitation durch niedergelassene Hausärzte in Baden-Württemberg: Ergebnisse einer qualitativen Studie

von der Warth, R. (1), Tinsel, I. (1), Schubert, I. (2), Farin, E. (1)

(1) Universitätsklinikum Freiburg, (2) Universität Köln

Zielstellung

Mit einem Bevölkerungsanteil von inzwischen etwa 21 % bilden Personen im Alter von über 65 Jahren eine wachsende Gruppe (Eurostat, 2018). Die Wahrscheinlichkeit von auftretenden Krankheiten steigt dabei mit zunehmendem Alter (Stier-Jarmer, Pientka, & Stucki, 2002). In der Regel sind es Hausärzte, die als erstes von älteren Patienten aufgesucht werden (Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg, 2014). Sie haben – insbesondere im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung – den Überblick über verschiedene Versorgungsmaßnahmen und deren Leistungserbringer. Von besonderer Bedeutung ist dies bei Patienten mit chronischen Erkrankungen, Multimorbidität und /oder Pflegebedarf, die meist regelmäßig auf multimodale Behandlungsangebote verschiedener Leistungserbringer angewiesen sind.

Unterstützend kann hierbei die geriatrische Rehabilitation sein, da hier diagnostische und therapeutische Angebote diverser Berufsgruppen integriert werden. Die geriatrische Rehabilitation lässt sich in die ambulante und stationäre Rehabilitation aufgliedern, wobei beide nach §40 SGB V wohnortnah erfolgen sollen. Als Rehabilitationsziel gilt im Allgemeinen die Wiederherstellung, Verbesserung sowie Erhaltung eines autonomen Lebens, damit der geriatrische Patient in gewohnter Umgebung verbleiben kann (Betting et al., 2008).

Ziel der Studie war es daher, die geriatrische Rehabilitation im Raum Baden-Württemberg durch niedergelassene Hausärzte bewerten und einschätzen zu lassen. Die Untersuchung entstand im Rahmen einer größeren vom Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg geförderten und von der PMV forschungsgruppe, Universität zu Köln mit verschiedenen Partnern durchgeführten Studie zur geriatrischen Versorgung in Baden-Württemberg.

Methoden

Im Rahmen zweier leitfadengestützter Fokusgruppen wurden im Juni 2018 insgesamt 13 Hausärzte dahingehend befragt, wie sie die Qualität der geriatrischen Rehabilitation in Baden-Württemberg einschätzen und auf welcher Grundlage sie diese beantragen. Die Fokusgruppen wurden zweckdienlich der Auswertung digital aufgezeichnet, transkribiert und in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet (Mayring, 2000). In einem zirkulären Analyseprozess wurden inhaltstragende Aussagen der Interviews Kategorien zugeordnet. Die Kategorien wurden zunächst deduktiv dem Interviewleitfaden entnommen und dann induktiv anhand der Aussagen angepasst und ergänzt. Alle

Analyseschritte wurden unabhängig von zwei der Autoren durchgeführt und Diskrepanzen diskutiert und im Konsens aufgelöst.

Ergebnisse

Die Hausärzte bewerteten verschiedene Aspekte der geriatrischen Rehabilitation, die sich in die drei Kategorien „stationäre Rehabilitation“, „geriatrische Komplexbehandlung“ und „ambulante Rehabilitation“ aufteilen lassen. In allen Kategorien werden ebenfalls Beantragungsmodalitäten einbezogen.

Nach Einschätzung der Hausärzte würde die stationäre Rehabilitation meist in Form einer Anschlussheilbehandlung (AHB) durch die Krankenhäuser beantragt werden. Kritisch wurden Wartezeiten zwischen Akutkrankenhaus und AHB bewertet, da in diesen Fällen kurzfristig eine Kurzzeitpflege organisiert werden müsse, dies sei ein hoher bürokratischer Aufwand. Die Beantragung der stationären Rehabilitation von hausärztlicher Seite sei insgesamt sehr aufwändig und würde vom Reha-Träger häufig abgelehnt. Als Indikation für die Maßnahme wurde vermehrt die Entlastung des sozialen Umfelds genannt.

Die Hausärzte waren sich uneinig, ob man die geriatrische Komplexbehandlung beantragen kann. Während einige Hausärzte von einer Überweisung in die Komplexbehandlung berichteten, war anderen diese Möglichkeit unbekannt. Hausärzte, die mit der geriatrischen Komplexbehandlung Erfahrungen hatten, bewerteten diese Maßnahme positiv.

Die ambulante Rehabilitation sei bei Patienten beliebt, da die Maßnahme erfolgen könne, ohne aus dem häuslichen Umfeld herausgenommen zu werden. Dies sei besonders wichtig für demente Patienten. Die Beantragung gehe über die geriatrischen Zentren vor Ort und sei keine große Hürde für die Hausärzte.

Insgesamt gäbe es zu wenig Rehabilitationsangebote, sodass sowohl im stationären als auch ambulanten Versorgungsektor lange Wartezeiten auftreten würden.

Fazit

Mit insgesamt 13 Hausärzten wurden zwei Fokusgruppeninterviews durchgeführt; angesprochen wurden die stationäre Rehabilitation, geriatrische Komplexbehandlung und die ambulante Rehabilitation. Die Maßnahmen selbst wurden insgesamt positiv bewertet. Jedoch wurden die Beantragungsmodalitäten für den stationären Sektor, also auch für die geriatrische Komplexbehandlung, als Hürde betrachtet. Angesprochen wurden auch die langen Wartezeiten auf eine Rehabilitation und der damit verbundene Wunsch mehr Angebote zu schaffen.

Wenngleich zwei Fokusgruppen mit insgesamt 13 Hausärzten für den Bereich der qualitativen Forschung eine adäquate Fallzahl darstellt, für die eine Sättigung der Themen erkennbar war, so kann doch nicht von einer im quantitativen Sinne repräsentativen Stichprobe gesprochen werden. Hinzukommt, dass die teilnehmenden Hausärzte aus einer Region im Bundesland Baden-Württemberg kommen und so die Ergebnisse nicht auf das Bundesgebiet ausgeweitet werden können.

Die Hausärzte sehen insgesamt einen medizinischen Nutzen in der geriatrischen Rehabilitation, empfinden jedoch die Beantragung als große Hürde. Bei der Entscheidung für die stationäre oder ambulante Rehabilitation sind auch sozialen Faktoren von Bedeutung. Es

ist zu prüfen, ob durch die wahrgenommenen Hürden bei der Beantragung eine Fehl- oder Unterversorgung bei geriatrischen Patienten verursacht wird.

Förderung: Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg

Literatur

- Betting, C., Dapp, U., Ernst, R., Gerke, U., Gerkens, K., Hock, G., ... Ziller, H. (2008). Arbeitshilfe zur geriatrischen Rehabilitation (Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation No. Heft 6). Frankfurt: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Abgerufen von https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/arbeitshilfen/downloads/Arbeitshilfe_Geriatrie.pdf
- Eurostat. (2018, September 10). Population by age group - % of total population. Abgerufen 9. Oktober 2018, von <https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=tps00010&language=en>
- Mayring, P. (2000). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (7. Auflage). Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg. (2014, April). Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2014. Abgerufen 23. Mai 2018, von https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Publikationen/Geriatriekonzept_2014.pdf
- Stier-Jarmer, M., Pientka, L., & Stucki, G. (2002). Frührehabilitation in der Geriatrie. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin, 12(04), 190–202. <https://doi.org/10.1055/s-2002-33901>

Wünsche und mögliche Lösungen für die Schnittstellen zu Rehabilitationskliniken und der Deutschen Rentenversicherung aus Sicht niedergelassener Ärzte: Qualitative Ergebnisse einer Befragung von Hausärzten/innen und Orthopäden/innen in Westfalen-Lippe

Fröhlich, S., Niemeyer, R., Greitemann, B.

Institut für Rehabilitationsforschung Norderney e.V. (IfR)

Zielstellung

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

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

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

Methoden

In Kooperation mit dem deutschen Hausärzterverband und dem Berufsverband der deutschen Orthopäden und Unfallchirurgen wurden 3221 Hausärzte und Orthopäden in Westfalen-Lippe mittels eines selbst erstellten Fragebogens schriftlich befragt. In diesem Fragebogen wurden neben quantitativen Fragen, u.a. zu Kenntnissen, Bewertungen und Informationsbedarf zum Thema Rehabilitation (s. Fröhlich et al., 2018) auch offene Fragen u.a. zu Problemen / Herausforderungen bzw. zu Wünschen und mögliche Lösungen getrennt für die zwei Schnittstellen zu den Rehabilitationskliniken und der Deutschen Rentenversicherung als ein Kostenträger gestellt. Die Antworten wurden inhaltsanalytisch induktiv ausgewertet. Die Kodierung erfolgte durch zwei Auswerter (weiblich & Projektleitung, Dipl.-Psychologin, viel Kodiererfahrung und männlich & Projektmitarbeiter, Dipl.-Biologe, wenig Kodiererfahrung).

Ergebnisse

468 Ärzte füllten einen Fragebogen aus und waren durchschnittlich 56,3 Jahre alt (SD: 8,5). 69% der Responder waren männlich. Im Mittel verfügten die Mediziner über 20 Jahre Berufserfahrung und schickten 2% ihrer Patienten/Innen im letzten Jahr in eine Rehabilitationsmaßnahme. 177 relevante Statements für die Wünsche an die Reha-Kliniken und 225 für die Schnittstelle zur Deutschen Rentenversicherung wurden identifiziert. Anschließend wurden die Häufigkeiten übereinstimmender und sehr ähnliche Nennungen ausgezählt, was insgesamt 16 (RK) bzw. 17 (DRV) verschiedenen Inhaltsklassen ergab. Diese Inhaltsklassen wurden dann weiter abstrahiert und nach inhaltlicher Ähnlichkeit zu jeweils 6 großen Themenbereichen zusammengefasst.

Die Wünsche zu den Reha-kliniken betreffen die Bereiche Diagnostik & Therapie („mehr Diagnostik“, „mehr individuelle Behandlung“), Informationsmaterial („erweiterte Angebote wie Apps: Reha mit Suchfunktion z.B. Apple-Android“), Personal („Ausbildung der Reha-Ärzte könnte in meinen Augen verbessert werden“, „Personalaufstockung“), Kommunikation („bei schwierigen Fällen der Leistungsbeurteilung sollten alle Beteiligten direkt miteinander sprechen: HA, FA, MDK, RK, DRV“, „Hinweis: Primärversorger Hausarzt – Medikation nach Absprache mit HA verordnen“), Entlassungsbrief („Am Entlassungstag einen vorläufigen Entlassungsbrief aushändigen“), Nachsorge („Patienten in konkrete Nachsorgeangebote vor Ort vermitteln“).

Die Wünsche zu der Deutschen Rentenversicherung betreffen letztendlich die Bereiche Antragsstellung allgemein („Feld für individuelle Begründungen vergrößern“), Hilfen zur Antragsstellung („Beispiele für Kontextfaktoren-Antrag“), Antragsbearbeitung („Name des Sachbearbeiters, Zeitfenster für Rückrufe und Durchwahl“), Ablehnung des Antrages („Direktkontakt zu medizinischem Entscheider bei Ablehnung oder speziellen Wünschen sinnvoll und win-win“), Beratung zur Reha („Regelmäßige Infos, Fortbildungen“), Reha-Einrichtung („Verbesserung des Personalschlüssels in den Rehakliniken“), Einrichtungswahl („Kliniken zur Auswahl anbieten, mind.2“), Finanzen („Entschädigung für Gutachter, wenn ein Pat. Immer unentschuldig nicht kommt, „Strafe“ für Pat.“).

Fazit

Durch die qualitativen Äußerungen von Wünschen und möglichen Lösungen aus Sicht der niedergelassenen Hausärzte und Orthopäden liegen der Deutschen Rentenversicherung Informationen vor, die für die Verbesserung der Schnittstellengestaltung zwischen den niedergelassenen Ärzten und den Rehabilitationskliniken und der Deutschen Rentenversicherung genutzt werden können. Mehr kollegiale Kommunikation, mehr motivierendes Marketing und bedürfnisorientierte Weiterbildung könnten den Prozess unterstützen.

Aktuell werden die Ergebnisse aus der qualitativen Erhebung im Rahmen von mehreren Expertengruppen mit Vertretern der Hausärzte, der Orthopäden, der Rehabilitationskliniken und der DRV diskutiert und bewertet.

Förderung: Verein für Rehabilitationsforschung e.V. Norderney

*Im Folgenden wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit ausschließlich die männliche Form benutzt. Es können dabei aber sowohl männliche als auch weibliche Personen gemeint sein und wenn wir von Hausärzten sprechen meinen wir Hausärzte und Allgemeinmediziner.

Literatur

- Dunkelberg, S., & van den Bussche, H. (2004). Bedarf an und Nutzen von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen aus hausärztlicher Sicht. *Die Rehabilitation*, 43(1), 33-41.
- Fröhlich, S.M.; Niemeyer, R.; Greitemann, B.; (2018). Kenntnisse, Bewertungen und Informationsbedarf zum Thema Rehabilitation: Quantitative Ergebnisse einer Befragung von Hausärzten/innen und Orthopäden/innen in Westfalen-Lippe. Poster auf dem 27. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium in München 2018. DRV-Schriften, Band 113, S.89-92.
- Greitemann, B. (2014). Behandelnder Arzt und Rehabilitation – Ein nicht immer einfaches Verhältnis. Impulsreferat der genannten Satellitenveranstaltung auf dem 23. Reha-Kolloquium, Karlsruhe.
- Lachmann, A., van den Bussche, H., Dunkelberg, S., & Ehrhardt, M. (1999). Der Bedarf an Rehamaßnahmen aus allgemeinärztlicher Sicht. *Rehabilitation*, 38, 148-153.
- Walther, A. L., Pohontsch, N. J., & Deck, R. (2014). Informationsbedarf zur medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung – Ergebnisse eines Online-Surveys mit niedergelassenen Ärzten. *Gesundheitswesen(EFirst)*. doi: 10.1055/s-0034-1377034

Rehabilitationszugang und -nutzen bei Rückenschmerz: Aktueller Stand und Stichprobe einer Kohortenstudie mit Versicherten der Deutschen Rentenversicherung Nord und Mitteldeutschland

*Fauser, D. (1), Mattukat, K. (2), Schmitt, N. (3), Schmidt, S. (3), Krüger, F. (3),
Bethge, M. (1), Mau, W. (3)*

(1) Universität zu Lübeck, (2) Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland, Halle/Saale,
(3) Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle/Saale

Zielstellung

Muskuloskeletale Erkrankungen, insbesondere chronische Rückenschmerzen, sind der zweithäufigste Grund für Erwerbsminderungsrenten in Deutschland. Um das vorzeitige gesundheitsbedingte Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu vermeiden, kann bei der Deutschen Rentenversicherung eine medizinische Rehabilitation beantragt werden. Ziel dieser Leistungen ist die Wiederherstellung oder Verbesserung der Erwerbsfähigkeit. Trotz des Grundsatzes „Reha vor Rente“ hat jedoch nur jede zweite Person, die eine Erwerbsminderungsrente bewilligt bekommt, in den letzten fünf Jahren an einer medizinischen Rehabilitation teilgenommen. Diese Diskrepanz zwischen Rehabilitationsbedarf und Beantragung bzw. Inanspruchnahme einer Rehabilitation lässt vermuten, dass Barrieren in der (rechtzeitigen) Beantragung medizinischer Rehabilitationsleistungen existieren. Untersuchungen hierzu sind jedoch rar (Mattukat et al., 2018). Zudem ist unklar, ob eine vorgeschaltete Rehabilitationsmaßnahme die Erwerbsminderungsrente hätte verhindern können, da die wenigen Studien zur Wirksamkeit medizinischer Rehabilitation bei Rückenschmerzen in Deutschland bisher widersprüchliche Befunde erbrachten (SVR Gesundheitswesen, 2014). Vor diesem Hintergrund verfolgt die Studie vorrangig zwei Ziele: Erstens werden Zugangsbarrieren zu Rehabilitationsleistungen bei Personen mit Rückenschmerzen analysiert und zweitens wird die Wirksamkeit medizinischer Rehabilitation in der erreichten Zielgruppe untersucht (Bethge et al., 2017).

Methoden

In dieser prospektiven Beobachtungsstudie (Akronym: REHAB-BP; Deutsches Register Klinischer Studien: DRKS00011554; www.rehab-bp.de) wurde zunächst eine Zufallsstichprobe von 45.000 Personen zu gleichen Teilen aus den Versichertenkonten der DRV Nord und der DRV Mitteldeutschland gezogen. Eingeschlossen wurden erwerbstätige Männer und Frauen im Alter von 45 bis 59 Jahren, die in den vorangegangenen vier Jahre keine Rehabilitation beantragt oder in Anspruch genommen und bisher keinen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt hatten. Nach der Erstbefragung im Jahr 2017 (t1) werden im Jahr 2019 (t2) lediglich Personen mit Rückenschmerzen zu t1 nachbefragt. Die Drei-Monats-Prävalenz von Rückenmerzen wurde mittels des Chronic-Pain-Grade-Fragebogens ermittelt (Von Korff et al., 1992). Rückenschmerzen wurden dabei als „Schmerzen im gesamten Bereich zwischen dem Halswirbel C7 und den Gefäßalten“ definiert. Die Fragebogendaten werden mit administrativen Daten der DRV verknüpft (u. a. Rehabilitation, Erwerbsminderungsrenten, Krankengeldtage). Durch den Vergleich von Personen mit Rückenschmerzen zu t1, die später eine Rehabilitation in Anspruch genommen haben vs. nicht in Anspruch genommen haben, können differenzierte Analysen zu möglichen

Zugangsbarrieren zu medizinischer Rehabilitation durchgeführt werden. Die Wirksamkeit medizinischer Rehabilitationsleistungen wird zu t2 über den Vergleich einer mittels Propensity Score gematchten Stichprobe von Reha-Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern ermittelt (Fauser, Bethge, 2018). Primäres Zielkriterium ist die Schmerzbeeinträchtigung der letzten drei Monate in Alltag, Arbeit und Freizeit, erhoben durch drei Items des Chronic-Pain-Grade-Fragebogens (Von Korff et al., 1992). Weitere Zielkriterien sind Schmerzintensität, Beeinträchtigungstage, schmerzspezifische Selbstwirksamkeit, Gesundheitszustand, Depressivität, Angstvermeidungsüberzeugungen, subjektive Arbeitsfähigkeit, subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit, sowie aus den Versichertenkonten extrahierte Daten zu Krankengeldtagen, Erwerbsminderungsrenten und Tagen mit versicherungspflichtiger Beschäftigung.

Ergebnisse

Von insgesamt 45.000 Versicherten nahmen 10.443 Personen (23,2 %) an der Erstbefragung teil und gaben eine Einwilligung in die Verknüpfung mit den Versichertenkonten. Der Großteil der Teilnehmenden war weiblich (57,2 %) und im Durchschnitt 52,3 Jahre alt (SD = 4,1). Die Drei-Monats-Prävalenz von Rückenschmerzen lag in der Stichprobe bei 72,1 % (n = 7.534 Personen). Bei 7.392 Personen liegen bisher administrative Daten von 2016 und 2017 vor. Die im Studienprotokoll vorab geschätzte Teilnehmeranzahl mit Rückenschmerzen von 5.760 Personen zur Erstbefragung konnte somit deutlich übertroffen werden (Bethge et al., 2017).

Fazit

Die Ziehung der Stichprobe und der Rücklauf zur Erstbefragung können erfolgreich bewertet werden. Im weiteren Verlauf untersucht diese prospektive Kohortenstudie einerseits Zugangsbarrieren zu medizinischer Rehabilitation und andererseits die Wirksamkeit medizinischer Rehabilitation. Damit wird ein Mangel an prospektiven Studien adressiert, um die Fragen von möglicher Unter-, Über- und Fehlversorgung empirisch zu klären. Zudem erwarten wir belastbare Ergebnisse zur Wirksamkeit der medizinischen Rehabilitation. Ohne einen solchen Nachweis ist die umfangreiche Realisierung dieser ressourcenintensiven Interventionen schwer zu rechtfertigen.

Förderung: Deutsche Forschungsgemeinschaft

Literatur

- Bethge, M., Mattukat, K., Fauser, D., Mau, W. (2017): Rehabilitation access and effectiveness for persons with back pain: the protocol of a cohort study (REHAB-BP, DRKS00011554). *BMC Public Health*, 18. 22.
- Fauser, D., Bethge, M. (2018): Propensity Score Matching zur Schätzung von Behandlungseffekten: eine Chance für die rehabilitative Versorgungsforschung. *Rehabilitation*, angenommen.
- Mattukat, K., Fauser, D., Schmitt, N., Bethge, M., Mau, W. (2018): Zugangsbarrieren zu und Wirksamkeit medizinischer Rehabilitation bei Rückenschmerz: Aktueller Stand einer Kohortenstudie mit Versicherten der Deutschen Rentenversicherung Nord und Mitteldeutschland. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, efirst.
- Sachverständigenrat (SVR) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014). *Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche*. Bern: Huber.

Von Korff, M., Ormel, J., Keefe, F.J., Dworkin, S.F. (1992): Grading the severity of chronic pain. *Pain*, 50. 133-49.

Individualisierte Leistungsauswahl nach bewilligten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Zusammenhang mit der subjektiven Erwerbsprognose

Sternberg, A., Bethge, M.

Universität zu Lübeck

Zielstellung

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) umfassen eine Vielzahl unterschiedlicher Leistungsarten. In Beratungsgesprächen mit einem Reha-Berater sollen unter Berücksichtigung der individuellen Ausgangssituation passende Leistungen aus dem zur Verfügung stehenden Leistungsspektrum ausgewählt werden (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2009). Die Wahrnehmung und Bewertung dieses Auswahlprozesses ist ein wichtiger Indikator für die Qualität des Rehabilitationsprozesses. Es ist zu vermuten, dass die individuelle Passung der ausgewählten Leistung einen Einfluss auf die Einschätzung der eigenen beruflichen Perspektive und auf den Verlauf und das Ergebnis der Leistungen hat. Die im Folgenden vorgestellte Analyse sollte klären, wie Rehabilitanden mit bewilligten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben das Ausmaß der Individualisierung der Leistungsauswahl einschätzten und in welchem Zusammenhang diese Bewertung mit der subjektiven Erwerbsprognose 16 Monate später stand.

Methoden

Die Daten wurden im Rahmen der Kohortenstudie „Individuelle Verläufe von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (Deutsches Register Klinischer Studien: DRKS00009910) postalisch erhoben. Eingeschlossen wurden Personen, deren LTA Antrag bei der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund) im ersten Halbjahr 2016 „dem Grunde nach“ bewilligt wurde. Die Studienteilnehmer hatten in den vorangegangenen zwei Jahren keine LTA abgeschlossen und keine Rentenansprüche gestellt oder entsprechende Leistungen in Anspruch genommen. Die Erstbefragung (T1) erfolgte kurz nach dem Versand der Bewilligung. Die erste Nacherhebung (T2) fand im November 2016, die zweite Nacherhebung (T3) im März 2018 statt. Das Ausmaß der Individualisierung der Leistungsauswahl wurde mit sieben Items erhoben, die auf einer vierstufigen Skala („stimmt nicht“ = 0 Punkte, „stimmt kaum“ = 1 Punkt, „stimmt eher“ = 2 Punkte, „stimmt genau“ = 3 Punkte) zu beantworten waren. Die Items erfassten die Berücksichtigung von Wünschen und Erwartungen, individuellen Fähigkeiten, persönlichen Lebensumständen, der gesundheitlichen Situation, der allgemeinen beruflichen Situation, dem beruflichen Werdegang und der Arbeitsmarktsituation bei der Leistungsauswahl. Aus den sieben Items wurde eine Mittelwertskala (0 bis 3 Punkte, hoher Wert entspricht starker Individualisierung) gebildet. Der Individualisierungsgrad wurde zur ersten Nacherhebung (T2) bei Personen erfasst, bei denen bereits eine Leistungsauswahl stattgefunden hatte. Die subjektive Erwerbsprognose wurde mit der 3-Item-Skala zur

Erfassung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit erhoben (Mittag et al., 2006). Der Gesamtwert reicht von 0 bis 3 Punkten. Hohe Werte gehen mit einem erhöhten Risiko eines Zugangs in Erwerbsminderungsrente einher. Die subjektive Erwerbsprognose wurde zu allen drei Erhebungszeitpunkten erfasst. Der Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Individualisierung bei der Leistungsauswahl im Beratungsgespräch und der subjektiven Gefährdung der Erwerbstätigkeit zur zweiten Nachbefragung wurde mittels linearer Regression analysiert.

Ergebnisse

Nach der zweiten Nachbefragung lagen Daten für 1393 Personen vor. 69,8 % der Teilnehmer waren weiblich. Das mittlere Alter lag bei 48,1 Jahren (SD = 8,7). Bei 1334 Teilnehmern (96,0 %) fand ein Beratungsgespräch mit einem Reha-Berater statt. Von den Teilnehmern, bei denen im Rahmen dieses Gespräches eine Leistung ausgewählt wurde (n = 1179), lagen für 986 Personen (83,6 %) Informationen zum Grad der Individualisierung bei der Leistungsauswahl vor. Es wurde insgesamt eine starke Individualisierung der Leistungsauswahl wahrgenommen. Jeweils über drei Viertel der Teilnehmer sahen Wünsche und Erwartungen (77,2 %), individuelle Fähigkeiten (78,4 %), persönliche Lebensumstände (77,8 %), gesundheitliche Situation (82,1 %) und die allgemeine berufliche Situation (79,1 %) bei der Leistungsauswahl berücksichtigt (2 bis 3 Punkte). Seltener wurde berichtet, dass der berufliche Werdegang (74,3 %) bzw. die Arbeitsmarktsituation (68,4 %) bei der Auswahl einbezogen wurden (2 bis 3 Punkte). Die interne Konsistenz der Skala zur Individualisierung der Leistungsauswahl war sehr gut (Cronbachs Alpha = 0,934). Die Skala hatte eine einfaktorielle Struktur. Der Mittelwert lag bei 2,05 (SD = 0,76). Im multivariaten Modell führte eine als stärker wahrgenommene Individualisierung der Leistungsauswahl ($b = -0,223$; 95 % KI: $-0,311$ bis $-0,136$; $p < 0,001$) neben einer guten gesundheitlichen Ausgangssituation der Rehabilitanden zu einer günstigeren subjektiven Erwerbsprognose 16 Monate nach der ersten Nacherhebung.

Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass ein wahrgenommener hoher Individualisierungsgrad der Leistungsauswahl mit einer günstigeren Erwerbsprognose über ein Jahr später assoziiert ist. Der Reha-Berater nimmt in diesem Zusammenhang als zentraler Akteur der Leistungsauswahl eine für den weiteren Verlauf der Leistungen bedeutende Funktion ein. Es wird deutlich, dass sich wahrgenommene Beratungs- und Begleitungsleistungen auch langfristig auf den Verlauf auswirken. Die Ergebnisse verdeutlichen die Relevanz von Befragungsdaten zur Wahrnehmung der Leistungsauswahl für die Beschreibung von Verläufen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Deutsche Rentenversicherung Bund. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA). Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund (2009).
- Mittag O, Meyer T, Glaser-Möller N et al. Vorhersage der Erwerbstätigkeit in einer Bevölkerungsstichprobe von 4225 Versicherten der LVA über einen Prognosezeitraum von fünf Jahren mittels einer kurzen Skala (SPE-Skala). Gesundheitswesen 2006; 68: 294-302.

Determinanten in der Antragsstellung der Rehabilitation für Kinder und Jugendliche

Ammelburg, N., Fahrenkrog, S., Bernert, S., Spyra, K.

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Zielstellung

Zwischen 2008 und 2014 kam es laut den Daten der Deutschen Rentenversicherung zu einem Rückgang der Antragszahlen bei der Kinderrehabilitation, seitdem stagniert die Anzahl der gestellten Anträge. Im Jahr 2008 wurden noch 37.568 bewilligte Leistungen durchgeführt, im Jahr 2016 jedoch nur noch 31.346 (Deutsche Rentenversicherung 2018). Gleichwohl kann nicht da-von ausgegangen werden, dass sich die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland soweit zum Besseren verändert hat, dass auch der Bedarf an medizinischer Rehabilitation gesunken ist (Lange, et al. 2014) In der vorliegenden Untersuchung wurden in zwei Modulen die Determinanten des Antragsverhaltens zur Kinder- und Jugendrehabilitation untersucht. Einerseits wurden individuelle und regionale Faktoren des Antragsverhaltens analysiert, andererseits erfolgte eine quantitative Befragung von Kinder- und Jugendmedizinern in Berlin und Brandenburg.

Methoden

Modul1: Die zur Verfügung gestellten Daten der DRV beinhalten Daten von insgesamt 23.415 Kindern und Jugendlichen in der Region Berlin-Brandenburg, für die im Zeitraum (2008 bis 2013) einen Antrag auf medizinische Rehabilitation gestellt wurde. Ergänzt wurden diese Daten durch publizierte regionale Daten, die die Struktur der Region Berlin-Brandenburg im Hinblick auf die Versorgung (u. a. Kinderärzte auf 100.000 Einwohner unter 15 Jahre) und der sozialen Lage (u. a. Arbeitsmarktdaten, Urbanitätsindex und sozioökonomischer Gesundheitsindex) beschreiben. Die Daten wurden verknüpft und anschließend regressionsanalytisch ausgewertet. Modul2: Es wurde ein Fragebogen entwickelt, der neben allgemeinen Fragen zur Beantragung von Reha-Maßnahmen sowie dem Informationsbedarf bezüglich des Reha-Prozesses, eine Vielzahl an Gründen enthielt, die in der Literatur mit der Nichtbeantragung einer Reha-Maßnahme in Zusammenhang gebracht werden (Tabelle 1). Der endgültige Fragebogen umfasste 5 Fragen mit insgesamt 47 Items auf 5 Seiten. Es wurde eine Vollerhebung der niedergelassenen Kinder- und Jugendmediziner aus Berlin und Brandenburg angestrebt. Von n=650 angeschriebenen Kinder- und Jugendmedizinern, nahmen n=195 an der Befragung teil, das entspricht einer Rücklaufquote von 30%. Die Auswertung erfolgte deskriptiv.

Ergebnisse

Modul 1: Die Analyse der Prädiktoren des Antragsverhaltens (Alter bei Antragsstellung, Geschlecht, Kinderärztdichte, Allgemeinarztdichte, Anzahl der Krankenhausbetten in der Region, Allgemeiner Gesundheitszustand in der Region, Rauchquote in der Region und Jahr der Antragstellung) zeigte, dass es keine signifikanten Zusammenhänge zwischen den gewählten Prädiktoren und der Antragsstellung gibt. Dies betrifft sowohl die individuellen Faktoren wie auch die regionsspezifischen Prädiktoren. Modul 2: Aus den Ergebnissen der Befragung der Kinder- und Jugendmediziner geht hervor, dass subjektiv kein

Antragsrückgang verzeichnet wurde. Mehr als die Hälfte der Befragten gab an, weniger als 5 Befundberichte pro Quartal zu schreiben. Der Informationsbedarf bezüglich des Reha-Prozesses ist vergleichsweise gering ausgeprägt. Zieht man eine Studie von Walther et al. (2015) heran, in der niedergelassene Ärzte in einem Online-Survey zu dem Informationsbedarf zur medizinischen Rehabilitation der DRV befragt wurden, gaben bis zu 91% der Befragten einen Informationsbedarf in einzelnen reha-spezifischen Bereichen an. In der vorliegenden Befragung äußerten jedoch nur ca. maximal die Hälfte der Kinder- und Jugendmediziner einen Informationsbedarf. Bereiche mit vergleichsweise hohem Informationsbedarf betrafen die Bewilligungs- und vor allem auch die Ablehnungspraxis sowie die Zuständigkeit der Kostenträger.

Betrachtet man die Bewertung möglicher Gründe für die Nichtbeantragung einer Reha-Maßnahme zeigte sich, dass mind. 2/3 der Befragten die abgefragten Gründe nicht als relevant bewerteten. Eine Ausnahme bildet die Aussage „Ihr Kind alleine zu einer 4-wöchigen Reha-Maßnahme zu schicken, ist meiner Erfahrung nach für Eltern nicht vorstellbar.“, die 50% der Befragten als relevant in Bezug auf die Nicht-Beantragung einer Reha erachteten. Dies stellt insgesamt gesehen den durch die befragte Stichprobe als am relevantesten bewerteten Grund dar, wenn auch hier lediglich knapp die Hälfte der Befragten dieser Meinung ist.

Tab. 1: Gründe, die gegen die Beantragung einer Reha-Maßnahme für Kinder und Jugendliche sprechen könnten:

<p>Gründe, die Kinder- und Jugendmediziner und Ihre Arbeit betreffen:</p> <p>Komplexität des Antragsverfahren, Zeitaufwand und Entlohnung der Befundberichterstellung, unklare Ablehnungsgründe, fehlende Informationen über Rehabilitation, mangelnde Wirksamkeit, Bevorzugung Eltern-Kind-Kur, ausreichende ambulante Versorgungsstrukturen</p>
<p>Gründe, die Eltern oder die Kinder selbst betreffen könnten:</p> <p>Abwesenheit eines Elternteils vom Beruf, Abwesenheit eines Elternteils vom Rest der Familie, Schulausfall, fehlende Informationen über eine Reha, nicht Bewilligung einer Begleitperson, unbegleitete Reha-Maßnahme per se nicht vorstellbar, Heimweh, Abwesenheit der Kinder vom sozialen Umfeld, eigenen Kosten der Reha-Maßnahme</p>

Fazit

Insgesamt ergibt sich für die Analyse des Antragsrückgangs kein klares Bild. Aus den Routinedaten ließen sich keine Faktoren bestimmen, die den Antragsrückgang präzisieren würden und auch die quantitative Befragung zeigt, dass nach Einschätzung der Kinder- und Jugendmediziner es viele Gründe mit wenig Relevanz gibt, aber keinen Grund, der als wirklich bedeutsam für die Nicht-Beantragung angenommen wird. Möglicherweise sind es die vielen Gründe in der Menge oder in Kombination, die zu geringen Antragszahlen führen. Aufgrund der Einführung ambulanter Rehabilitationen für Kinder und Jugendliche, die eine Versorgung am Wohnort ermöglichen, könnte zu mindestens einem relevanten Hindernis gegenüber einer Rehabilitation bei Kindern- und Jugendlichen entgegengewirkt werden. Inwiefern sich diese Änderung der Versorgung auf die Antragszahlen auswirkt, bleibt abzuwarten.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg

Literatur

Deutsche Rentenversicherung (2018). Reha-Bericht 2018. Berlin, DRV.

Lange, M., H. G. Butschalowsky, F. Jentsch, R. Kuhnert, A. Schaffrath Rosario, M. Schlaud, P. Kamtsiuris, KiGGS Study Group (2014). Die erste KiGGS-Folgebefragung (KiGGS Welle 1) Studiendurchführung, Stichprobendesign und Response. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 57(7): 747-761.

Walther, A. L., Pohontsch, N. J., Deck, R. (2015). Informationsbedarf zur medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung – Ergebnisse eines Online-Surveys mit niedergelassenen Ärzten. Gesundheitswesen, 77(05), 362-367.

Was hält adipöse Rehabilitanden von der Nutzung von post-stationären Online-Nachsorgeangeboten ab?

Anzelini, M. (1), Ellrott, T. (2), Reusch, A. (3), Reuss-Borst, M. (1)

(1) Rehabilitations- und Präventionszentrum Bad Bocklet,

(2) Georg-August-Universität Göttingen, (3) Julius-Maximilians-Universität Würzburg

Zielstellung

Im Rahmen stationärer Rehabilitationsmaßnahmen für adipöse Rehabilitanden stellt sich häufig die Frage nach einer adäquaten Nachsorgemaßnahme zur Verstärkung des Reha-Erfolges - bisher gibt es hierfür jedoch kaum geeignete und vor allem keine flächendeckenden Angebote.

In Anbetracht der zunehmenden Zahl adipöser Personen in Deutschland, den damit verbundenen Folgeerkrankungen sowie daraus resultierenden Kosten im Gesundheitswesen und der dringend notwendigen langfristigen Therapie der Adipositas dürfte jedoch eine effektive langfristige Nachsorge in Verbindung mit einer 3-4 wöchigen stationären Rehabilitationsmaßnahme von hoher Wichtigkeit sein, um eine weitere kontinuierliche Gewichtsabnahme und Verbesserung des Gesundheitszustandes im heimischen Umfeld zu erreichen.

Noch wenig erforscht ist die Frage, in wieweit Rehabilitanden auch von Online-Nachsorgeangeboten profitieren würden.

In einer Befragung von 92 adipösen Rehabilitanden von Dorow et al., 2017 gaben 76,1% der Rehabilitanden eine grundsätzliche Nutzungsbereitschaft neuer Medien in der Nachsorge an. Barrieren und Chancen neuer Online-Medien wurden bei diesem spezifischen Rehabilitanden-Klientel allerdings nicht erfragt. In der hier vorgestellten Studie sollte deshalb unter anderem der Fokus darauf liegen, welche Gründe/Barrieren adipöse Rehabilitanden von der Nutzung von Online-Nachsorgeangeboten abhalten könnten.

Methoden

Anhand eines 61 Fragen umfassenden Fragebogens wurden 96 Patienten (54,6% Männer, 45,5% Frauen) im Alter von 21-69 Jahren (mittleres Alter: 49 Jahre), die im Rahmen einer internistischen, orthopädischen oder psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahme im Rehabilitations- und Präventionszentrum Bad Bocklet im Zeitraum vom 01.01.2018 bis 15.10.2018 stationär behandelt wurden, befragt. Die Belegung des Rehabilitationszentrums erfolgt überwiegend durch regionale Träger der Deutschen Rentenversicherung (früher LVA), wodurch ein tendenziell niedrigerer sozioökonomischer Status der Rehabilitanden in dieser Befragung bedingt ist. 42 % der Befragten verfügten über einen Hauptschul-, 29% über einen Realschulabschluss. 47% der Teilnehmer gaben einen Lehrberuf als höchsten Berufsabschluss an.

Einschlusskriterien waren ein BMI > 30 kg/m² sowie Teilnahme an den Gewichtsschulungen im Rahmen der Rehabilitationsmaßnahme. Der Durchschnitts-BMI lag bei 42,6 kg/m².

Die statistische Auswertung erfolgte mithilfe der Programme Excel (Microsoft) und Statistica 12.

Ergebnisse

84,42% der adipösen Rehabilitanden gaben eine grundsätzliche Nutzungsbereitschaft für Online-Nachsorgeangebote an.

Als häufigsten Ablehnungsgrund nannten die Befragten mit 14,2%, dass sie schon zu viele Mails und Nachrichten erhalten würden. Ebenfalls relevant für eine ablehnende Einstellung bzgl. Online-Medien waren mit 11,7% Bedenken hinsichtlich des Datenschutzes.

Was die Wirksamkeit von Online-Nachsorgeangeboten anbelangt, so waren hingegen nur 6,5% der Befragten der Ansicht, dass diese keinen Effekt hätten. Die große Mehrheit (93,5%) sah grundsätzlich in der Nutzung moderner Medien eine Bereicherung des Nachsorge-Therapieangebotes.

Bezüglich der erfragten Bereitschaft zur finanziellen Mitbeteiligung an Online-Nachsorgeangeboten waren 53,3% der befragten Rehabilitanden nicht bereit, sich finanziell zu beteiligen.

Von denjenigen, die bereit wären, für solche Angebote zu bezahlen, war mit 50% der größte Teil gewillt, zwischen 20,00 und 49,99 €/Jahr für die Nutzung zu zahlen, weitere 21,9% würden auch zwischen 50,00 bis 99,99 € pro Jahr bezahlen.

Interessanterweise kannten nur 11,7 % bzw. 19,5% der adipösen Rehabilitanden Online Coachings bzw. Apps zur Unterstützung der Gewichtsabnahme.

Fazit

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt lässt sich folgendes festhalten: Zum einen scheinen adipöse Rehabilitanden in deutlich geringerem Umfang Online-basierte Unterstützungsangebote zur Gewichtsabnahme zu kennen als dies üblicherweise von Fachleuten in Diskussionen zur Thematik angenommen wird. Dies mag auch darauf zurückzuführen sein, dass die Mehrheit der Studienteilnehmer einen niedrigen sozio-ökonomischen Status aufwies.

Die grundsätzliche Nutzungsbereitschaft für Online-Nachsorgeangebote scheint jedoch ausgesprochen hoch zu sein, ein Potential, das mit Blick auf die gewünschte Verlängerung des therapeutischen Intervalls und der komplexen Gesamtsituation in jedem Fall genutzt werden sollte. Als mögliche Barrieren erwiesen sich für adipöse Rehabilitanden die Sorge vor einem Übermaß an Nachrichten/Informationen sowie Datenschutzbedenken, was bei der Etablierung von Online-Angeboten in jedem Fall berücksichtigt werden sollte.

Hinsichtlich der finanziellen Beteiligung ist die Frage zu diskutieren, warum nur ein geringer Prozentsatz der Befragten bereit wäre, sich finanziell an einem solchen Angebot zu beteiligen, um auf diese Weise in ihre eigene gesundheitliche Zukunft zu investieren und ob eine finanzielle Beteiligung am Angebot nicht doch die Nutzungsintensität und Dauerhaftigkeit der Nutzungsbereitschaft verbessern würde.

Literatur

- Ahnert, J., Küffner, R., Musekamp, G., Anzelini, M., Reuss-Borst, M., Reusch, A. (2018): Online-Nachsorge für adipöse Rehabilitanden – Machbarkeit in der Reha-Klinik aus Sicht der Mitarbeitenden. DRV-Schriften, Bd.113. 129-131.
- Dorow, M., Löbner, M., Stein, J., Kind, P., Markert, J., Keller, J., Weidauer, E., Riedel-Heller, S.G. (2017): Die Nutzungsbereitschaft von Patienten mit Adipositas gegenüber neuen Medien in der Rehabilitationsnachsorge. Die Rehabilitation, 56. 167-172.
- Gesser, U. (2016): Langzeiteffekte der Adipositas therapie – internetbasierte, ärztliche Nachsorge mit dem Online-Portal „rehasoananz.de“. Adipositas, 10. 25–30.
- Reusch, A., Reuss-Borst, M., Anzelini, M., Küffner, R., Trempa, E., Ahnert, J. (2018): Wie beurteilen therapeutische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine Online-Nachsorge für adipöse Rehabilitanden? – Ergebnisse einer explorativen Befragung in Reha-Einrichtungen. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, Heft 2 (103). 143-153.

Fatigue-Bewältigung nach Abschluss einer onkologischen Rehabilitation. Welche Unterstützung ist aus Patientensicht erforderlich?

Kähnert, H. (1), Niemann, J. (1), Leibbrand, B. (2)

(1) Institut für Rehabilitationsforschung Norderney (IfR), (2) Salzetalklinik, Bad Salzufen

Zielstellung

Die tumorassoziierte Fatigue wird durch körperliche, emotionale und kognitive Erschöpfungszustände charakterisiert, die die Patienten so stark beeinträchtigen können, dass sie den Anforderungen im Alltag und Beruf nicht mehr gewachsen sind (NCCN, 2015). Unterstützungsangebote zur Fatigue-Bewältigung sind somit unerlässlich. Demzufolge wurden im Rahmen der Fatigue Management (FaM) Studie für die onkologische Rehabilitation und Nachsorge Schulungsmodule (FaM-Module) entwickelt und evaluiert (Kähnert et al. 2017). Der vorliegende Beitrag greift in diesem Zusammenhang die Frage auf: Welche Unterstützungsangebote sind aus Sicht onkologischer Patienten für die Bewältigung ihrer Fatigue nach Abschluss einer Rehabilitation erforderlich?

Methoden

Insgesamt nahmen 141 onkologische Rehabilitanden mit Fatigue Symptomen (Fatigue-Screening: $6,8 \pm 1,7$ (Range: 0-10; 10 = maximale Erschöpfung) an den FaM-Modulen teil und beantworteten einen Monat und drei Monate nach Abschluss der Rehabilitation jeweils einen Fragebogen mit geschlossenen und offenen Fragen zur Gesundheit, zum Alltag und Beruf sowie zum Unterstützungsbedarf. Die Antworten der geschlossenen Fragen wurden deskriptiv und die der offenen Fragen inhaltsanalytisch ausgewertet.

Ergebnisse

Patientenstichprobe: Die FaM-Teilnehmer waren durchschnittlich $59,5 \pm 8,9$ Jahre alt, 87,2% waren weiblichen Geschlechts und 48,2% erwerbstätig. Bei 71,6% lag Brustkrebs oder ein gynäkologischer Tumor vor und bei 28,4% eine Leukämie- bzw. Lymphomerkrankung. Die

Primärtherapie war im Mittel seit 8,3±12,7 Monaten abgeschlossen. Nach Auswertung des Fatigue-Screenings gaben zur 3-Monatskatamnese von den Teilnehmern 31% an, keine bis leichte Fatigue-Symptome zu haben. Eine moderate Fatigue lag bei 40% und eine starke Fatigue bei 29% vor.

Unterstützung durch die Rehabilitation: Nach Aussagen der Befragten bewirkte die Teilnahme an den FaM-Therapien / der Rehabilitation bis zu drei Monaten nach Entlassung Einstellungs- und Verhaltensänderungen. So hat jeweils eine Mehrheit ihr Sport-/Bewegungsverhalten (73,1%) und/oder ihr Ernährungsverhalten (63%) teilweise bzw. voll und ganz geändert. Sie organisierten ihren Alltag kräfteschonend, indem sie „bewusst Ruhepausen in den Tagesplan einlegen (...)“ [TN_716], „Tätigkeiten an die Familie abgeben“ [TN_581] oder „Mache deutlich weniger Überstunden“ [TN_725]. Nachsorgebezogene Unterstützung vonseiten der Rehabilitation sollte in Form regelmäßiger telefonischer oder schriftlicher Kontaktaufnahmen erfolgen, um beispielsweise „Immer wieder Erinnerungen an die gesetzten Ziele“ (TN_581) und bedarfsorientierte Angebote zu erhalten. Aber auch in Form von „Angebote für sogenannte Gesundheitswochen (in der Reha), um Bewusstsein für gewisse Dinge zu schärfen und Infos zum Thema Fatigue im Arbeitsalltag zu bekommen“ (TN_581).

Unterstützungsbedarfe am Wohnort: Bei den Teilnehmern besteht einerseits der Bedarf nach informellen Gruppenangeboten (Selbsthilfe) für einen „intensiven Erfahrungsaustausch“ (TN_656) und um sich „gegenseitig zu unterstützen“ (TN_631) sowie einer Erweiterung der Sportangebote mit variablen Öffnungszeiten angepasst an den Arbeitszeiten. Andererseits besteht der Wunsch nach besser verfügbaren professionellen Unterstützungsangeboten, wie Gesprächstherapien oder psychoonkologischer Beratung. Für etwa 80% der Befragten ist der weiterbehandelnde Arzt ein wichtiger Ansprechpartner für die Bewältigung ihrer Fatigue Beschwerden. Jedoch weisen die Ergebnisse darauf hin, dass Fatigue im Arzt-Patienten-Gespräch nur eine untergeordnete Rolle spielt. 44% der Teilnehmer gaben an, kein Gespräch darüber geführt zu haben und weitere 34% hatten nur etwas über Fatigue mit dem Arzt gesprochen. Wurden Gespräche geführt, so waren diese für 38% (sehr) hilfreich, für 51% (etwas) hilfreich und für 11% gar nicht hilfreich. Insbesondere Patienten mit starken Fatigue Ausprägungen bewerteten die geführten Fatigue-Gespräche als weniger hilfreich. Entsprechend besteht der Wunsch nach „einem festen professionellen Ansprechpartner, der auch mit dem Krankheitsbild Fatigue vertraut ist“ (TN_564). Somit wird von den Befragten „mehr Informationen über Fatigue an die Ärzte und Fortbildungen dazu“ (TN_540) gefordert.

Fazit

Die FaM-Module, integriert im Rehabilitationsprozess, unterstützen die Patienten bei ihrer Fatigue-Bewältigung in der Nachsorge. Weitere Unterstützung sehen die Patienten zudem in wohnortnahen informellen Gruppenangeboten sowie professionellen und hinsichtlich der Fatigue kompetenten Ansprechpartnern. Diese Rolle sollten insbesondere die weiterbehandelnden Ärzte einnehmen. Da das Thema Fatigue im Arzt-Patienten-Gespräch bislang nur unzulänglich behandelt wird, besteht vonseiten der Patienten der Wunsch, dass sich die Ärzte zum Thema Fatigue weiter fortbilden. Inwieweit Fatigue-Informationsmaterialien oder entsprechende Fortbildungen von den Ärzten genutzt werden und welche Auswirkungen diese auf die Unterstützung von Fatigue-Patienten haben, muss Gegenstand weiterer Untersuchungen sein.

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

Literatur

Kähnert, H., Maschke, J. & Leibbrand, B.: Entwicklung und Evaluation eines Fatigue-Management Moduls für die onkologische Rehabilitation. Ergebnisse der FaM-Pilotstudie. DRV-Schriften Bd. 113: 389.

NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (2015). Cancer related fatigue. Version 1.2015. http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp.

SONET - Ergebnisse aus Fokusgruppen und einer Onlinebefragung zur Sozialraumorientierung der Rehabilitation der DRV Bund

Pieper, C. (1), Schröer, S. (1), Bühnen, I. (1), Kulisch, K. (2), Streibelt, M. (2)

(1) Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie, Essen,

(2) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Zielstellung

Die medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung zielt auf einen langfristigen Erhalt der Erwerbsfähigkeit. Um den Rehabilitationserfolg und damit die berufliche Teilhabe nachhaltig zu stabilisieren, wird ein stärkerer Einbezug des Sozialraums der Betroffenen gefordert. Unter dem „Sozialraum“ wird der soziokulturelle Raum einer Person verstanden, sowie die Möglichkeiten und Potenziale diesen zu nutzen (Friesenhahn et al. 2014). Untersuchungen zeigen, dass der Sozialraum noch immer zu wenig in die direkte Behandlung integriert und damit die Lebenswelt der Betroffenen wenig fokussiert wird (BAGFW 2014, Kaifie 2016, Seger 2017). Hier knüpft ein Modellprojekt der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund) an. Ziel des Projekts war die Analyse von Potenzialen und Grenzen einer verstärkten Orientierung am Sozialraum der Betroffenen in der Rehabilitation. Eine besondere Bedeutung hatte dabei die Perspektive der Betroffenen selbst.

Methoden

Aus Routinedaten wurden Versicherte der DRV Bund im Alter von 18-65 Jahren identifiziert, die eine Rehabilitation im Jahr 2017 abgeschlossen haben und in den Großräumen Essen, Nürnberg sowie Berlin wohnen. Durch ein selektives Sampling wurden Kontrastgruppen nach Art der Indikation (Orthopädie, Psychosomatik, Onkologie bzw. Herz-Kreislaufkrankung) und der sozialmedizinischen Ausgangslage (3 Monate und mehr Fehlzeiten vor der Rehabilitation vs. weniger als 3 Monate) gebildet. Es erfolgte eine Ziehung von jeweils 100 Personen pro Subgruppe (Total: 600 Personen), die eine Einladung zu einer Fokusgruppe erhielten.

Auf dieser Basis wurden sechs Fokusgruppen durchgeführt, die nach Indikation (Innere: Krebs/ Herz-Kreislauf, Orthopädie, Psychosomatik), Dauer der Arbeitsunfähigkeit und Region kontrastiert waren. Es erfolgte eine Auswertung der Fokusgruppen mittels inhaltsanalytischen Ansatzes nach Mayring. Anschließend wurde ein Online-Fragebogen erstellt, den Patienten, die nicht an den Fokusgruppen teilnehmen konnten, sich jedoch dazu bereit erklärt hatten, erhielten.

Ergebnisse

Von den 600 angeschriebenen Patienten waren 105 bereit, an den Fokusgruppen teilzunehmen. Die Fokusgruppen fanden im März 2018 statt. 41 der 105 Patienten konnten daran teilnehmen (10 Männer, mittleres Alter 54 ± 6 Jahre), die übrigen Patienten erhielten den Online-Fragebogen.

Indikationsübergreifend berichteten die Teilnehmenden unterschiedliche Erfahrungen hinsichtlich der Vereinbarung von individuellen Reha-Zielen. Auch die Reha-Maßnahmen selbst sowie die Kommunikation und Zusammenarbeit im und mit dem Reha-Team wurden unterschiedlich bewertet. Sowohl positive als auch eher kritische Meinungen wurden geäußert, wobei sich kein Zusammenhang zur Art der Erkrankung oder der sozialmedizinischen Problemlage feststellen ließ. Überwiegend stimmten die Betroffenen aber darin überein, dass ein hohes Maß an Eigeninitiative und Durchhaltevermögen erforderlich wäre, um nachgehende Leistungen nicht nur empfohlen zu bekommen, sondern diese auch zu erhalten. Auch die Anwendbarkeit von Empfehlungen auf den eigenen Alltag wurde häufig als schwierig angesehen. Von einer Einbindung externer Akteure in den Rehabilitationsprozess wurde kaum berichtet.

Insbesondere die Online-Befragung (n=43, mittleres Alter 53 ± 5) zeigte, dass Reha-Ziele vor allem auf den gesundheitlichen Bereich und kaum auf die persönliche Lebenssituation zugeschnitten waren. Männer bewerteten die Rehabilitation insgesamt schlechter als Frauen. Vor allem Männer, Versicherte mit kardiologischen Erkrankungen und solche mit Fehlzeiten von mehr als 12 Wochen vor Antritt der Reha wünschten sich insgesamt eine bessere Anpassung der Leistungen an die persönliche Lebenssituation.

Fazit

Die qualitative Untersuchung zeigte ein insgesamt ambivalentes Bild. Das Gesamturteil hinsichtlich der medizinischen Rehabilitation fiel unterschiedlich aus, wobei keine Assoziation mit spezifischen Rehabilitandencharakteristika zugrunde lag. Im Detail zeigte sich aber, dass die Rehabilitation aus der Sicht der Betroffenen noch immer zu wenig auf die individuellen Umstände, mithin den Sozialraum, ausgerichtet ist. Dies führt zu einer eher gering ausgeprägten „Alltagstauglichkeit“ des in der Reha Gelernten. Ein Grund dafür könnte die noch immer zu starke Orientierung an einem bio-medizinischen Krankheitsmodell sein. Aus den Ergebnissen können Potenziale und relevante Aspekte für künftige Reha-Konzepte identifiziert werden. Entsprechende Empfehlungen für die bessere Berücksichtigung individueller Lebensbedingungen sowie die Abstimmung der Rehabilitation auf die persönlichen Umstände der Betroffenen werden aktuell erarbeitet.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. (BAGFW). Positionspapier der BAGFW zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation. Online-Veröffentlichung vom 21.05.2014. [<https://www.bagfw.de/gremien-themen/sozialkommission-i/detail/article/positionspapier-der-bagfw-zur-weiterentwicklung-der-medizinischen-rehabilitation/>] – letzter Aufruf am: 04.09.2018.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Reha-Bericht 2018. Berlin 2018. Online Publikation. Im Internet: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/03_statistiken/02_statistikpublikationen/02_reha_bericht_2018.pdf?__blob=publicationFile&v=2; Stand:21.08.2018.

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

- Kaiffe, A; T. Lunau, N. Dragano, E. Jost, T. Kraus, TH. Brümmendorf, S. Wilop & M. Crysandt: Der Einfluss des Sozialraums auf das Gesamtüberleben bei acuter myeloischer Leukämie. Gesundheitswesen 2016; 78-A45.
- Kardorff E v. Qualitative Evaluationsforschung. In: Flick U, Kardorff E v, Steinke I, Hrsg. Qualitative Forschung: Ein Handbuch. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2003: 238–250.
- Seger, W; W. Cibis, A. Deventer, S. Grotkamp, N. Lübke, PW Schönle, M. Schmidt-Ohlemann & M. Schubert, 2017: Die Zukunft der medizinisch–rehabilitativen Versorgung im Kontext der Multimorbidität – Teil I: Begriffsbestimmung, Versorgungsfragen und Herausforderungen. Gesundheitswesen; 80(01): 12-19.

Bedarf es einer geschlechtsspezifischen Versorgung in der orthopädischen MBOR?

Korte, K. (1), Drüke, T. (2), Zander, R. (2)

(1) Hochschule Emden-Leer, Emden, (2) Dr. Becker Klinik Norddeich, Norden

Zielstellung

Arbeitsfähigkeit ist ein hohes Gut, das den Einzelnen in die Lage versetzt, die an ihn gestellten Aufgaben des Arbeitsplatzes zu bewältigen und auf diese Weise seinen Lebensunterhalt zu sichern. Langfristige Arbeitsunfähigkeit hingegen birgt die Gefahr von negativen gesundheitlichen und sozialen Folgen für den Einzelnen sowie hohe Kosten für die Gemeinschaft (Ludwig-Mayerhofer 2012). Um dem Bedarf dieser Zielgruppe in rehabilitativen Maßnahmen gerecht werden zu können, wurde das Konzept der MBOR entwickelt (Deutsche Rentenversicherung Bund 2015). Obwohl bekannt ist, dass Frauen und Männer sich in einer Vielzahl von Faktoren unterscheiden, die einen Einfluss auf die Gesundheit und den Erfolg der Rehabilitation haben (Tempel et al. 2013, Deck 2001), werden in dem Leitfaden der MBOR die geschlechtsspezifischen Bedürfnisse in der Versorgung nicht berücksichtigt. Da derzeit kaum Studien zur Geschlechtsspezifität in der Orthopädie vorliegen, wurde anhand von vorliegenden Daten der Dr. Becker Klinik Norddeich untersucht, ob eine geschlechtsspezifische Versorgung in der orthopädischen MBOR tatsächlich notwendig ist.

Methoden

In der Sekundärdatenanalyse wurden alle Frauen und Männer, die im Zeitraum vom 01.01.2017 bis zum 30.06.2017 eine orthopädische MBOR in der Dr. Becker Klinik Norddeich durchlaufen haben, in die Studie eingeschlossen. Die Stichprobe umfasste 196 Personen. Davon waren 120 Frauen und 76 Männer. Die folgenden Daten wurden in die Analyse einbezogen:

- Angaben der Reha-Ziele
- Einschätzung der subjektiven Leistungsfähigkeit über den PACT Index
- Erhaltene therapeutische Leistung über die KTL in Art und Umfang

Die genannten Reha-Ziele wurden mittels der quantitativen Inhaltsanalyse nach Züll (2015) kategorisiert, die codierten Antworten pro Zielbereich und je Geschlecht ausgezählt sowie nach der Häufigkeit der Angaben geschlechtsspezifisch ausgewertet. In der statistischen Analyse mit SPSS 24.0 galt es durch die Verknüpfung des subjektiven Reha-Bedarfes und den erhaltenen therapeutischen Leistungen herauszustellen, ob die erhaltene Versorgung mit dem Bedarf übereinstimmt (bedarfsgerechte Versorgung).

Ergebnisse

Bei der geschlechtsspezifischen Auswertung des Reha-Bedarfes wurde deutlich dass,

- beide Geschlechter am häufigsten das Reha-Ziel Schmerzlinderung nannten.
- 21,3% mehr Männer berufsbezogene Ziele angaben.
- 12,5% mehr Frauen Reha-Ziele hinsichtlich Stressbewältigung und Wohlbefinden beschreiben.
- 7,0% mehr Frauen Edukation, Information und Aufklärung in der MBOR erwarten.
- 4,7% mehr Männer das Reha-Ziel Gewichtsreduktion benennen.
- Männer eine signifikant bessere subjektive Leistungsfähigkeit aufweisen, als Frauen (PACT Index: Männer 110,45 und Frauen 96,64).

Die Auswertung der erhaltenen Versorgung nach Geschlecht, ergab dagegen nur geringfügig abweichende Werte in Art und Umfang der erhaltenen Versorgung bei Frauen und Männern. Bei der Zuordnung der Reha-Ziele zu den beschriebenen Leistungen in der KTL und der abschließenden Analyse, konnte bestätigt werden, dass eine Diskrepanz zwischen dem geschlechtsspezifischen Reha-Bedarf und der erhaltenen Versorgung vorliegt. Beispielsweise nannten Männer das Reha-Ziel Gewichtsreduktion häufiger als die Frauen, erhielten aber signifikant weniger ernährungsmedizinische Leistungen. Ursächlich hierfür könnten die in der Gesellschaft vorherrschenden Geschlechterstereotype, dass beispielsweise das Thema Ernährung „Frauensachen“ sei, sein.

Fazit

Die Zuteilung der Reha-Ziele zu den in der KTL beschriebenen Leistungen erfolgte nach subjektiver Einschätzung, sodass die Ergebnisse weiterer empirischer Untersuchungen bedürfen. Dennoch liefert die Studie erste Hinweise, dass die unterschiedlichen, geschlechtsspezifischen Bedürfnisse besser in die Versorgung der Rehabilitation integriert werden sollten. Als geeignete Ansätze für eine geschlechtergerechte MBOR konnten der bessere Einbezug des geschlechtsspezifischen Bedarfes in der Therapieplanung sowie die Implementierung geschlechtsspezifischer Interventionen innerhalb der Rehabilitation herausgestellt werden.

Literatur

- Deck, R. (2001) „Geschlechtsspezifische Aspekte in der Rehabilitation unspezifischer Rückenschmerzen“ in Rehabilitation weiblich-männlich Worringer, U., Zwingmann, C. (Hrsg.), Juventa Verlag: Weinheim.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2015) „Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation - Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR)“.

- Ludwig-Mayerhofer, W. (2012) „Deutsche Verhältnisse. Eine Sozialkunde. – Die Bedeutung der Erwerbsarbeit“ Bundeszentrale für politische Bildung, <http://www.bpb.de/politik/grundfragen/deutsche-verhaeltnisse-einesozialkunde/138646/die-bedeutung-der-erwerbsarbeit>, 19.01.2017.
- Tempel, G., Jung, F., Schörder, C. (2013) „Die Gesundheit von Männern ist nicht die Gesundheit von Frauen“ Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.).
- Züll, C. (2015) „Offene Fragen - SDM Survey Guidelines“ Mannheim: GESIS – Leibniz Institut für Sozialwissenschaften, <https://www.gesis.org/gesis-surveyguidelines/instruments/fragebogenkonstruktion/offene-fragen/>, 01.04.2018.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Rehabilitation: Effekte einer zeitnahen Rückmeldung von Messergebnissen und einer Mitarbeiterschulung zu ihrer Interpretation

Biedenweg, B. (1), Buchholz, M. (1), Kohlmann, T. (1), Müller, W.-D. (2), Feng, Y.-S. (1)
(1) Universitätsmedizin Greifswald, (2) m&i-Klinikgesellschaft Bad Liebenstein GmbH

Zielstellung

Um körperliche und psychische Einschränkungen von Rehabilitanden zu erfassen, werden immer häufiger Assessments zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität eingesetzt. Im Rahmen einer multizentrischen Studie wurde der Frage nachgegangen, ob die Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit zeitnaher Rückmeldung der Ergebnisse an das Reha-Team und eine dazugehörige Mitarbeiterschulungen einen Einfluss auf patientennahe Outcomes haben.

Methoden

Achtzehn ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen wurden zu Beginn der Studie in eine Interventionsgruppe (frühe Mitarbeiterschulung im ersten Studienjahr) und eine Kontrollgruppe (späte Mitarbeiterschulung im zweiten Studienjahr) eingeteilt. In der Mitarbeiterschulung, an der jeweils zwei Mitarbeiter/innen der Einrichtungen teilnahmen, wurden in einem eintägigen Workshop sowohl konzeptionelle und methodische Grundlagen der Lebensqualitätsmessung als auch praktische Hilfen zur Interpretation der Messergebnisse vermittelt. Patienten mit Erkrankungen des Bewegungsapparats (N=1087) der jeweiligen Einrichtungen wurden zu Beginn (T1) und am Ende (T2) der Rehabilitationsmaßnahme über ihre Schmerzintensität und schmerzbedingte Funktionsbehinderung (numerische Ratingskalen aus dem Von Korff-Index), die subjektive Arbeitsfähigkeit (WAI) und die gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D-VAS, SF-36-PCS/MCS) befragt. In einer Abschlussbefragung (T3) sechs Monate nach Rehabilitationsende wurden die Patienten nochmals mit der EQ-5D-VAS und dem SF-36 befragt. Die Ergebnisse der Befragung wurden zu T1 und T2 jeweils ausgewertet, graphisch dargestellt und dem Reha-Team zeitnah (innerhalb von 24 Stunden) zurückgemeldet.

Mit Hilfe von Regressionsmodellen für Längsschnittdaten wurden die Unterschiede in den Verläufen dieser patientenseitigen Outcomes in Abhängigkeit von der Zugehörigkeit zur

Gruppe mit früher bzw. später Mitarbeiterschulung analysiert. P-Werte < 0,05 wurden als statistisch signifikant gewertet, auf eine Adjustierung für multiples Testen wurde wegen des orientierenden Charakters der Analysen verzichtet.

Ergebnisse

Alle betrachteten Outcome-Parameter der befragten Patienten beider Gruppen veränderten sich im Verlauf der Studie positiv. In der Gegenüberstellung der gemessenen Patienten-Outcomes lassen sich jedoch Unterschiede erkennen. Tabelle 1 zeigt standardisierte Effektgrößen (SES) für die Veränderungen zwischen T1 und T2 bzw. zwischen T1 und T3. Positive SES kennzeichnen Verbesserungen im Zeitverlauf. Es ist zu erkennen, dass sich die Patienten-Outcomes in der Schmerzintensität, der SF-36-PCS sowie der EQ-5D-VAS in der Interventionsgruppe mit früher Intervention statistisch signifikant stärker verbesserten als in der Kontrollgruppe mit später Intervention. Deskriptiv zeigen sich auch bei den übrigen Parametern (z.B. Alter und Geschlecht) Ergebnisse zugunsten der Gruppe mit früher Intervention. Diese sind aber schwach und erreichen keine statistische Signifikanz. In weiterführenden Analysen unter Einbeziehung von Kontrollvariablen ergaben sich vergleichbare Ergebnisse.

Tabelle 1: Gesundheitsveränderungen der Patienten im Zeitverlauf (SES*) in den Vergleichsgruppen

	Frühe Intervention		Späte Intervention		p-Werte (Interaktionseffekt Gruppe x Zeit)
	T1-T2	T1-T3	T1-T2	T1-T3	
	<u>SES</u>	<u>SES</u>	<u>SES</u>	<u>SES</u>	
Schmerzintensität	0,35		0,22		0,035
Funktionsbehinderung	0,50		0,44		0,256
WAI	0,38		0,30		0,377
PCS	0,49	0,90	0,26	0,52	<0,001
MCS	0,05	0,12	0,03	0,05	0,414
VAS	0,40	0,65	0,25	0,29	0,005

* SES: Mittelwertdifferenz T1-T2 bzw. T1-T3 dividiert durch die gepoolte Standardabweichung zu T1.

Fazit

Die befragten Patienten berichteten in nahezu allen betrachteten Outcome-Parametern über Verbesserungen im Zeitverlauf. Bei drei der sechs Outcome-Parameter konnten in der Gruppe mit früher Mitarbeiterschulung günstigere Verläufe als in der Kontrollgruppe statistisch gesichert werden. Die Unterschiede zwischen den SES sind mit Werten um etwa 0,3 zwar nur gering bis mäßig, der Umstand, dass es sich bei den patientennahen Outcomes aber um eher distale Zielgrößen handelt, spricht dennoch für die Patientenrelevanz der Intervention. Es ist denkbar, dass noch intensivere Mitarbeiterschulungen und ein engeres Monitoring der Lebensqualitätsmessung in den Einrichtungen zu noch besseren Ergebnissen führen könnten.

Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung

Literatur

-

Nachhaltigkeit und Akzeptanz digital unterstützter Seminare in der ambulanten Rehabilitation im Vergleich zu „analogen“ Seminaren

Rinnenburger, L., Kolf, T.

Nanz medico GmbH & Co. KG, Trier

Zielstellung

Gesundheitskompetenz ist eine Kerndimension von „Gesundheit 2020“ des 2012 von den Mitgliedstaaten angenommenen Rahmenkonzeptes für die Europäische Region der WHO (Kickbusch, 2013). Untersuchungen zur Gesundheitskompetenz in Europa zeigen in Deutschland allerdings nur eine durchschnittliche Kompetenz in Gesundheitsthemen (Sørensen, 2015). In 46,3 % der Fälle wird die Gesundheitskompetenz in Deutschland als "problematisch" oder "schlecht" angegeben. Am Beispiel der ambulanten Rehabilitation in Deutschland zeigt sich, dass sich die Nachhaltigkeit und Akzeptanz von Gesundheitsbildungsprogrammen im letzten Jahrzehnt auf die Dimension der Selbstmanagementfähigkeiten und des Empowerment der Rehabilitanden konzentrierte (Faller, 2001). Insbesondere spezifisches Wissen bei Erkrankungen soll beim Transfer in den Alltag umfänglich erinnert und idealerweise unter Einbeziehung der Angehörigen reflektiert werden. Digitale Innovationen werden bei der Rehabilitandenschulung bisher selten eingesetzt. In der Edukation von Gesundheitsberufen werden bereits in einer Vielzahl von Fällen digitale Formate zur Schulung erfolgreich angewendet (Curran, 2017). Folglich ist anzunehmen, dass digitale Formate auch innerhalb der Patientenedukation vorteilhaft eingesetzt werden können, um die Gesundheitskompetenz nachhaltig zu optimieren. Die Studie erörtert die Fragestellung, ob professionell gestaltete und auf einfache Sprache und Verständlichkeit geprüfte Seminare eine bessere Akzeptanz und Nachhaltigkeit in der Vermittlung von Gesundheitsfakten erzielen und zur Steigerung der Gesundheitskompetenz beitragen können.

Methoden

Befragt wurden 228 Rehabilitanden im Alter von 30 bis 72 Jahren, die sich im Zeitraum vom 01.04.2018 bis 30.09.2018 zur ganztägig ambulanten Rehabilitation in den Indikationen Kardiologie, Orthopädie und Neurologie im ZAR Trier befanden. Von den 228 Befragten gehörten 111 Probanden der "digitalen" Gruppe an. 117 Probanden bildeten die "analoge" Kontrollgruppe. In der „digitalen“ Gruppe wurde das Seminar im Video Format durchgeführt. Während des Seminars waren Fragen nicht möglich. Im Anschluss an das Seminar wurden Fragen beantwortet. Innerhalb der "analogen" Kontrollgruppe wurden Seminare in klassischer Vortragsform durch Ärzte der Reha Einrichtung durchgeführt. Zwischenfragen der Probanden an den Vortragenden waren jederzeit möglich. Im Anschluss an die digitalen oder analogen Seminare wurden beide Probandengruppen mit einem standardisierten Fragebogen befragt. Der Fragebogen umfasste 7 Items zu den Themenschwerpunkten Informationsgehalt, Übersichtlichkeit, Aufbau und Gestaltung des Seminars, Einschätzung der Haltbarkeit und Verständlichkeit des Erlernen sowie Einsatz der Medien und Materialien. Die jeweiligen Items konnten entsprechend des Schulnotensystems innerhalb einer Skala von sehr gut (1) bis sehr schlecht (6) bewertet werden.

Ergebnisse

Den Informationsgehalt der Seminare, digital und analog, bewerteten 80 % aller Befragten mit "sehr gut" oder "gut". Hinsichtlich Übersichtlichkeit sowie Gestaltung der Seminare vergab die "digitale" Gruppe in 82% die Noten "gut" bis "sehr gut", in der "analogen" Kontrollgruppe gaben nur 69% eine gute bis sehr gute Übersichtlichkeit und Gestaltung an. Bei der Frage nach der Art der Vermittlung der Seminarinhalte waren die analogen Seminare mit 84 % den digitalen mit 79 % in der Bewertungskategorie "gut" bis "sehr gut" leicht überlegen. 67% der Befragten gaben in der digitalen Gruppe die Haltbarkeit des Erlernten mit gut bis sehr gut an, wobei regelmäßig der Wunsch geäußert wurde, das Seminar auch zuhause mit dem Lebenspartner noch einmal anschauen zu können. In der analogen Gruppe wurde eine gute bis sehr gute Haltbarkeit des Erlernten von 59% der Befragten angegeben.

Fazit

Digital unterstützte Seminare können in der Rehabilitation sinnvoll eingesetzt werden und etablierte Erbringungsformen der Patientenedukation ergänzen. Insbesondere die Möglichkeit, Seminare den Patienten auf einem mobilen Endgerät oder einer Website auch im häuslichen Umfeld zugänglich zu machen, eröffnet in der Repetition und der Einbeziehung von Angehörigen neue Möglichkeiten. Bisher können Leistungen ohne Anwesenheit des Therapeuten in der KTL noch nicht erfasst werden (DRV BUND, 2015). Bei der Überarbeitung der KTL sollten auch digital erbrachte Inhalte abgebildet werden. In weiteren Untersuchungen sollte der Frage nachgegangen werden, ob und in welcher Qualität die Haltbarkeit des Erlernen auch nach einem definierten Zeitraum noch gegeben ist. Dies könnte dann mittels eines standardisierten Quiz (Multiple Choice) mit inhaltlichen Fragen zum jeweiligen Seminar als digitale Lernerfolgskontrolle erfolgen. Auch wenn die reine Vermittlung von Fakten nicht ausreicht, um eine umfassende Patientenedukation zu gewährleisten (Faller, 2003), so kann die digitale Unterstützung einen gleichbleibenden Standard definieren, der durch Diskussionen und Reflektion der Inhalte zur Steigerung der Gesundheitskompetenz unter Einbeziehung der Angehörigen und des sozialen Umfeldes nachhaltig beitragen kann.

Literatur

- DRV BUND, Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Kommunikation, KTL–Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation, Berlin, 2015.
- Curran, V., Matthews, L., Fleet, L., Simmons, K., Gustafson (2017). A review of digital, social, and mobile technologies in health professional education. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 37(3), 195-206.
- Faller, H. (2001). Patientenschulung: Konzept und Evaluation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 14(54), 97-106.
- Faller, H. (2003). Shared decision making: an approach to strengthening patient participation in rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 42(3), 129-135.
- Kickbusch I., Pelikan J. (Hrsg.) (2013) Gesundheitskompetenz – die Fakten-, Deutsche Fassung veröffentlicht von der Careum Stiftung, Schweiz, <http://www.euro.who.int/de/publications/abstracts/health-literacy.-the-solid-facts>, Abruf: 02.11.2018.

Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European journal of public health*, 25(6), 1053-1058.

Bestandsaufnahme zu Gruppenangeboten zur Ernährungsschulung in der stationären medizinischen Rehabilitation

Meng, K. (1), Klemmt, M. (1), Toellner, C. (2), Reusch, A. (1)

(1) Julius-Maximilians-Universität Würzburg, (2) Frankenland-Klinik, Bad Windsheim

Zielstellung

Ernährungsbezogene Interventionen sind Bestandteil der medizinischen Rehabilitation und in den Reha-Therapiestandards als Therapiemodul festgelegt (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2015). Internationale Reviews geben Hinweise auf die Wirksamkeit von ernährungsbezogenen Interventionen wobei die Primärstudien hinsichtlich der Interventionen und Settings variieren (Spahn et al., 2010). Für die Gesundheitsbildung zur gesunden Ernährung (GE) in der Rehabilitation gibt es wenige publizierte Gruppenprogramme und keine Wirksamkeitsnachweise. Auch sind keine Daten verfügbar, welche Gruppenkonzepte in der Praxis genutzt werden und welcher Weiterentwicklungs- und Fortbildungsbedarf besteht. Bestandsaufnahmen für Patientenschulungsprogramme insgesamt (Reusch et al., 2010) zeigten Bedarfe an Konzeptentwicklung und Evaluation sowie Fortbildungen zu didaktischen Kompetenzen. Dies lässt sich auch für Gruppenprogramme zu GE erwarten und ist Gegenstand eines Projekts (SErFo).

Inhalt dieses Beitrags ist eine systematische Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse in Bezug auf Gruppenangebote zur GE. Fragestellungen sind:

(F1) Welche Angebote bestehen und wie sind diese strukturell, inhaltlich und methodisch ausgestaltet?

(F2) Bestehen Zusammenhänge zwischen strukturellen (Standardisierung, Gruppengröße, Anzahl Einheiten) und methodischen (interaktive Methoden, Material) Angebotsmerkmalen?

(F3) Welcher Weiterentwicklungsbedarf und (F4) welcher Fortbildungsbedarf bestehen aus Sicht der Ernährungsteams?

Methoden

Bundesweite schriftliche Befragung von stationären Rehabilitationseinrichtungen mit (psycho)- somatischer Indikation unter Berücksichtigung definierter Ausschlusskriterien. Die Stichprobenselektion erfolgte über ein Einrichtungsverzeichnis (Statistisches Bundesamt, 2017). An 548 Einrichtungen wurde ein zweiteiliger Fragebogen versandt.

Ein Fragebogenteil beinhaltete Fragen zur Einrichtungsstruktur. Ein zweiter Fragebogenteil war von jedem eigenständigen ernährungstherapeutischen Team der Einrichtung zu bearbeiten und umfasste: (1) Angaben zum Team. (2) Gruppenangebote: 10 Items zum Angebot einzelner Leistungen durch das Team (ja/nein). Vorhandene Angebote wurden im kategorialen Antwortformat hinsichtlich struktureller, inhaltlicher und methodischer Merkmale

bewertet. (3) Entwicklungsbedarfe: 19 Items zum Nutzen verschiedener Weiterentwicklungen mit Bezug zu Schulungskonzepten, Ausarbeitungsformen, Inhalten, Materialien (Antwortskala: 1=sehr hilfreich, 6=überhaupt nicht hilfreich). (4) Fortbildungsbedarfe: 14 Items zu Fortbildungsinhalten (Antwortskala: 1=starkes Interesse, 6=kein Interesse), 3 Items zu Fortbildungsform und Teilnahmeinteresse (Skala 1-10, positive Polung).

Die Auswertung beinhaltet Häufigkeiten und Verteilungsmaße sowie Chi2-Tests zum Vergleich von Angebotsgruppen hinsichtlich der Merkmale (F1), Zusammenhangsmaße für Häufigkeiten (Cramer-V) und Mittelwertvergleiche (Welch-Test) (F2) sowie Mittelwerte und 95%-Konfidenzintervalle (F3, F4).

Die Stichprobe umfasst 192 Rehabilitationseinrichtungen (Rücklauf: 39%) mit 202 ernährungstherapeutischen Teams. Bei 89% versorgt ein Team alle Rehabilitanden der Einrichtung.

Ergebnisse

F1: Ein Großteil der Teams bietet ernährungsmedizinische Gruppenangebote an, ausgenommen „weitere praktische Übungen“ (Tab. 1). Ein Vortrag zur GE ist die häufigste genannte Form der interdisziplinär vermittelten Angebote. Durchschnittlich werden pro Team Angebote aus 4,9 Leistungseinheiten (SD=1,6) angeführt.

Tab. 1: Gruppenangebote der Ernährungsberatung/-schulung – Häufigkeit der Ernährungsteams mit Angebot aus Leistungseinheit und Anzahl der genannten Angebote nach Leistungseinheit

Leistungseinheit	Ernährungsteams n (%) ^a (n=202)	Anzahl Angebote n (%) ^b (n=1171) ^b
Ernährungsmedizinischen Leistungen (KTL: M)		
Ernährungsberatung in der Gruppe	173 (85,6)	411 (35,1)
Lehrküche	189 (93,6)	--- ^c
Weitere praktische Übungen zum Ernährungsverhalten in der Gruppe	83 (41,1)	118 (10,1)
Information über Schulungsbuffet	143 (81,3)	--- ^c
Leistungen zur Ernährung, die interdisziplinär vermittelt werden (KTL: C, F)		
Vortrag: GE	154 (76,2)	230 (19,6)
Seminar zur Gesundheitsinformation und -förderung: GE	94 (46,5)	136 (11,6)
Ernährungsbezogene Einheiten krankheitsspezifischer Schulungen	117 (57,9)	221 (18,9)
Psychologische Gruppenangebote problemorientiert zum Ernährungsverhalten	45 (22,3)	55 (4,7)

KTL-C: „Information, Motivation, Schulung“. KTL F: „Klinische Psychologie“. GE = gesunde Ernährung. ^a Prozent zeilenweise. ^b Prozent spaltenweise. ^c nicht erfasst.

Die Angebote (n=998; Ernährungsberatungsgruppe, Seminar, Vortrag, Schulung) werden zu 56% indikationsübergreifend durchgeführt. 73% haben eine Einheit, die Einheitsdauer ist meist bis zu 60 Minuten (93%). 76% der Angebote haben eine Teilnehmerzahl von maximal 15. Eine Standardisierung liegt für 54% vollständig, für 39% teilweise vor. Durchschnittlich

werden 5,8 Inhaltsbereiche (maximal 8), 1,9 Methoden und 1,9 Materialien (jeweils maximal 4) genannt. Es bestehen angebotsspezifische Unterschiede hinsichtlich einiger Merkmale.

F2: Für die Gruppengröße und die Anzahl der Einheiten bestehen signifikante, kleine bis mittlere Zusammenhänge mit dem Methoden- und Materialeinsatz. In Gruppen mit über 15 Rehabilitanden bzw. einer Einheit werden häufiger Vorträge, in kleineren Gruppen bzw. Angeboten mit mehreren Einheiten häufiger interaktive Methoden und Schulungsmaterialien eingesetzt. Für die Standardisierung zeigen sich nur einzelne kleine Zusammenhänge mit der methodischen Umsetzung.

F3: Die genannten Weiterentwicklungen werden im Durchschnitt sehr bis mittel hilfreich bewertet ($1,56 \leq M \leq 3,29$). Einzelne Schulungsbausteine, die flexibel zusammengestellt werden können, werden hilfreicher bewertet als vollständig ausgearbeitete Gruppen/Vorträge. Bei den Inhalten werden vor allem Motivierung zu GE und deren Alltagstransfer sowie GE mit Bezug zu verschiedenen Lebenslagen (z.B. Berufstätigkeit) als sehr hilfreich eingeschätzt, bei den Materialien Präsentationen, Anschauungsmaterial/Spiele sowie Informationsmaterial.

F4: Hinsichtlich der Fortbildungsinhalte besteht das stärkste Interesse für Strategien und Methoden zur Motivierung und Förderung des Alltagstransfers und des Umgangs mit schwierigen Gruppensituationen ($1,5 \leq M \leq 1,8$). Das Interesse an allgemeinen Lehrmethoden sowie an Konzeptentwicklung und evaluation ($2,2 \leq M \leq 3,2$) ist vergleichsweise geringer. Eine Fortbildung wird als Präsenzseminar (57%) oder Seminar mit internetgestützter Vertiefung (37%) gewünscht. Das Teilnahmeinteresse ist hoch ($M=8,5$; $SD=2,2$).

Fazit

Für die Ernährungsschulung in Gruppen zeigt sich in der Praxis eine Vielzahl an Gruppenangeboten, deren Anzahl und Kombination zwischen den Teams variiert. Beim Weiterentwicklungsbedarf werden Bausteine zur flexiblen Zusammenstellung von Gruppen/Vorträgen am hilfreichsten angesehen. Dies erscheint plausibel angesichts der breiten, aber inhaltlich überschneidenden Angebotsstruktur in den Teams. Auch besteht ein hohes Fortbildungsinteresse. Die Ergebnisse sind Grundlage zur Konzeption von Seminarbausteinen zu GE und Fortbildungen für die Ernährungsberatung im Projekt (SErFo), deren Implementation formativ evaluiert wird.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- DRV Deutsche Rentenversicherung Bund (2015): Reha-Therapiestandards. URL: <https://www.reha-therapiestandards-drv.de> (19.10.18).
- 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.
- Spahn, J.M., Reeves, R.S., Keim, K.S., Laquatra, I., Kellogg, M., Jortberg, B., Clark, N.A. (2010): State of the evidence regarding behavior change theories and strategies in nutrition counseling to facilitate health and food behavior change. *Journal of the American Dietetic Association*, 110. 879-891.

Statistisches Bundesamt (2017): Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland. Stand: 31.12.2015. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Entwicklung, Implementierung und Evaluation einer Schulung zum Umgang mit Komplementärmedizin in der Krebs-Selbsthilfe

Jablotschkin, M. (1), Bartsch, H.H. (1), Horneber, M. (2), Weis, J. (1)

(1) Universitätsklinikum Freiburg,

(2) Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Klinikum Nürnberg

Zielstellung

Die Inanspruchnahme von komplementärmedizinischen Verfahren (KM) ist bei Krebspatienten mit einer durchschnittlichen Rate von ca. 40 % weit verbreitet (Horneber, 2012). Die Verfügbarkeit von zuverlässigen Informationen zu KM wird dabei seitens der Krebspatienten häufig als unbefriedigend empfunden (Verhoef et al., 2009). Eine entsprechende Beratung im Rahmen der ärztlichen Konsultation wird bevorzugt, findet jedoch eher selten statt (Weis, Gschwendtner, 2018). Krebsselbsthilfegruppen bieten neben der psychosozialen Unterstützung die Möglichkeit, Informationen und Einstellungen zu KM auszutauschen. Das Ziel der vorliegenden Studie war es daher, die in einem Vor-Projekt entwickelte Schulung zur Unterstützung von Selbsthilfegruppenleiter in der Diskussion und Vermittlung der Thematik KM umzusetzen. Die inhaltlichen Schwerpunkte der Schulung sind die Förderung des offenen Austauschs zu KM, die Vermittlung seriöser Quellen zur KM und die Sensibilisierung für potentiell unseriöse Angebote.

Methoden

Das Schulungskonzept aus vier Modulen wurde in Kooperation mit Vertretern vier großer Selbsthilfeverbände (BPS = Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe, FSH = Frauenselbsthilfe nach Krebs, DLH = Deutsche Leukämie- und Lymphomhilfe, ILCO = Selbsthilfe für Ileostoma und Colostoma) und verschiedenen Gesundheitsexperten (KM-Experte, Psychoonkologe, Sozialarbeiter) in einer ersten von der Deutschen Krebshilfe (DKH) geförderten Förderphase entwickelt. In der hier vorgestellten Studie (ebenfalls gefördert durch die DKH) wird die überarbeitete Schulung in einer größeren Stichprobe umgesetzt und auch die Nachhaltigkeit untersucht. Dabei werden Selbsthilfegruppenleiter durch die Forschungsgruppe geschult und dazu motiviert, die Schulung in ihren Selbsthilfegruppen (SHG) umzusetzen. Die Evaluation des Schulungskonzepts erfolgt durch schriftliche Befragungen zu zwei Messzeitpunkten unmittelbar im Anschluss an die Durchführung der Schulung in der SHG sowie in einer follow-up-Untersuchung nach sechs Monaten. Die Evaluationskriterien beinhalten die Auswahl und Verständlichkeit der Inhalte, Gruppenatmosphäre, Gestaltung der Schulungsmaterialien, Möglichkeit des Erfahrungsaustauschs sowie die Nachhaltigkeit der Schulung in Bezug auf die Nutzung der empfohlenen Informationsquellen (T2) sowie eine potentielle Änderung der Einstellung gegenüber KM (T2). Die hier vorliegende Ausführung konzentriert sich auf die Daten zu T1.

Ergebnisse

Von den 575 Selbsthilfegruppenleitern konnten sich N = 268 (46,3 %; Alter: 63,7/SD: 9,5; 57,1 % weibl.; FSH: 54,1 %; BPS: 26,5 %, ILCO: 17,9 %) vorstellen, die Schulung in der eigenen SHG umzusetzen. Hinderungsgründe für die Durchführung in der eigenen Gruppe waren beispielsweise das als zu gering eingeschätzte Interesse bei den Mitgliedern der SHG, die eigene Unerfahrenheit in der Durchführung von Schulungen sowie zeitliche Engpässe. Zum aktuellen Zeitpunkt haben 32 geschulte Selbsthilfegruppenleiter (FSH = 59,4 %, BPS = 25 %, ILCO = 12,5 %) die Schulung in ihren eigenen SHGs umgesetzt und insgesamt 282 Teilnehmer geschult Schulungsteilnehmer (65,5 Jahre alt, SD = 11, 05; weiblich: 69,1 %). Die Gruppenleiter fühlten sich sicher in der Moderation der Schulung und beurteilten die Unterstützung durch die bereitgestellten Schulungsmaterialien, das Teilnehmer-Interesse und die Gruppenatmosphäre als gut. Knapp die Hälfte der Teilnehmer nutzen KM, wobei sich 85,5 % auch in der SHG darüber informieren. Die Zufriedenheit mit den einzelnen Modulen war insgesamt hoch. Durch die Schulung konnte bei 14,9 % der Teilnehmer die Einstellung zu KM zum Positiven verändert werden. Bei 1,4 % veränderte sich die Einstellung zu KM negativ und bei knapp der Hälfte der Teilnehmer blieb sie unverändert.

Fazit

Nach Kenntnisstand der Autoren ist es das erste Mal, dass ein Informationsangebot zum Umgang mit KM für Selbsthilfegruppen implementiert und evaluiert wurde. Die Entwicklung der Schulung erfolgte in enger Zusammenarbeit mit Vertretern der Selbsthilfeverbände. Die Evaluation der Schulung zeigte bei Gruppenleitern und Teilnehmern eine hohe Zufriedenheit mit der Auswahl und der Verständlichkeit der Schulungsinhalte und eine hohe Empfehlungsrate der Schulung bei den Teilnehmern. Unsere Befunde zeigen, dass sie ein geeignetes Format in Ergänzung zur ärztlichen Beratung zum Umgang mit KM darstellen kann. Zugleich ergeben sich Hinweise, dass sich ein anderer Teil der Gruppenleiter durch die Form der Umsetzung überfordert fühlt.

Förderung: Deutsche Krebshilfe

Literatur

- Horneber, M., Bueschel, G., Dennert, G., Less, D., Ritter, E., Zwahlen, M. (2012): How Many Cancer Patients Use Complementary and Alternative Medicine: A Systematic Review and Metaanalysis. *Integr. Cancer Ther.*, 11. 187–203.
- Verhoef, M.J., Trojan, L., Armitage, G.D., Carlson, L., Hilsden R.J. (2009). Complementary therapies for cancer patients: assessing information use and needs. *Chronic Can*, 29. 80 - 88.
- Weis, J., Gschwendtner, K. (2018): Welche Informationsbedürfnisse haben Menschen mit Krebs? In: Kompetenznetzwerk Komplementärmedizin in der Onkologie KOKON (Hrsg.). Ergebnisse der ersten Förderphase (2012-2015). September 2018. 7-15.
- Witt, C.M., Bartsch, H.-H., Güthlin, C., Lampert, C., Längler, A. Ritter, C.A., Rostock, M., Schildmann, J. , Weis, J., Wilhelm, M. , Horneber, M. (2017): Kompetenznetzwerk Komplementärmedizin in der Onkologie (KOKON): Ein wissenschaftlicher Beitrag zur Verbesserung der Versorgung. *Forum*, 32. S. 416–423.

Aspekte einer guten und wirksamen Ernährungsberatung aus der Perspektive von Rehabilitanden

Klemmt, M., Reusch, A., Meng, K.
Julius-Maximilians-Universität Würzburg

Zielstellung

Ernährungsbezogene Interventionen sind ein wesentlicher Bestandteil der medizinischen Rehabilitationsbehandlung. Bei der Überarbeitung der Reha-Therapiestandards (DRV, 2015) wurde Ernährungsberatung und -schulung daher für alle Indikationen als eigenständiges evidenzbasiertes Therapiemodul festgelegt. Es sind differenzierte Bedarfe hinsichtlich der Ausgestaltung von Gruppenangeboten zur gesunden Ernährung anzunehmen.

Als Zielgruppe der Ernährungsberatung in der medizinischen Rehabilitation sind Rehabilitanden relevante Akteure, deren Meinungen, Erfahrungen und Bedürfnisse einen hohen Stellenwert in der Bewertung, Optimierung oder Initiierung von Schulungen einnehmen sollten. Dies entspricht auch der Forderung nach patientenorientierter Forschung und Versorgung (Farin, 2014).

Ziel dieser explorativen Studie ist daher die Analyse der subjektiven Erfahrungen, Perspektiven, Meinungen und Bedürfnisse von Rehabilitanden in Bezug auf ernährungsbezogene Gruppenangebote. Auf Basis der Ergebnisse sollen Aspekte einer guten und wirksamen Ernährungsberatung und -schulung aus Sicht der Rehabilitanden abgeleitet werden.

Methoden

Zur Erfassung der Meinungen, Erfahrungen, Bedürfnisse und Wünsche der Rehabilitanden wurde ein qualitativer Fokusgruppenansatz gewählt. Fünf indikationsspezifische, leitfadengestützte Fokusgruppen wurden in fünf Rehabilitationskliniken durchgeführt.

Die konkreten Leitfragen an die Rehabilitanden lauteten: 1. Was hat Ihnen bei der Ernährungsschulung besonders gut gefallen? 2. Worum sollte es bei einer guten Ernährungsschulung gehen? 3. Wie sollte eine gute Ernährungsberatung gestaltet sein? und 4. Was erleichtert Ihnen das Gelernte in Ihrem Alltag umzusetzen?

Die Fokusgruppen dauerten im Schnitt 75 Minuten und wurden mittels Tonband aufgezeichnet. Die transkribierten Aufzeichnungen wurden mit Hilfe der inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016), computergestützt mit MaxQDA Version 18 ausgewertet.

Es nahmen insgesamt 37 Rehabilitanden (weiblich: 70%) im Alter zwischen 34 und 77 Jahren (M=54,8 Jahre; SD=9,2) an den Fokusgruppen teil. Die Teilnehmerzahl verteilte sich auf die fünf Indikationsbereiche unterschiedlich: Kardiologie (n=5), Innere Medizin (n=9), Psychosomatik (n=4), Orthopädie (n=12) und Onkologie (n=7).

Ergebnisse

Es wurden 701 kategorienbasierte Kodierungen gesetzt, was einer Kodierabdeckung von 39% des Textmaterials entspricht. Bei 134 transkribierten Textseiten wurden 5,2 Kodierungen pro Seite markiert.

Die Aspekte einer guten und wirksamen Ernährungsberatung aus Patientensicht wurden durch ein Kategoriensystem mit 21 Oberkategorien und 23 Unterkategorien abgebildet. Die Kategorien wurden den Oberbegriffen Alltagstauglichkeit, Individualitätsbezug, Praktische Übungen sowie allgemeine Gestaltung und Vermittlung zugeordnet.

Die am häufigsten kodierten Oberkategorien betreffen den Alltagstransfer, die Zielgruppenspezifität, die Wissensvermittlung, eine interaktive Gestaltung der Angebote, die Schulungsmaterialien sowie adäquate Rahmenbedingungen. Vor allem die Alltagstauglichkeit der Inhalte und der Schulungsmethoden, welche unter anderem durch praktische Übungen hergestellt werden sollte, war indikationsübergreifend aus Sicht der Patienten relevant. Zudem wünschen sich die Patienten ein hohes Maß an Individualitäts- und Zielgruppenbezug. Theoretische Informationen sollten stets interaktiv und mit einem Bezug zur praktischen Umsetzung vermittelt werden. Auch beim erfragten Top-Aspekt nannten die Rehabilitanden Die Alltagstauglichkeit (n=18) und den Individualitätsbezug (n=5) am häufigsten.

Fazit

Die Ergebnisse liefern Hinweise zur bedürfnisorientierten und subjektiv wirksamen Gestaltung von ernährungsbezogenen Gruppenangeboten in der medizinischen Rehabilitation aus Patientensicht. Insbesondere darüber, wie Schulungskonzepte optimiert werden können. Insgesamt thematisierten die befragten Rehabilitanden ein breites inhaltliches und methodisches Spektrum der Ernährungsberatung. Große Relevanz wird der inhaltlichen und methodischen Alltagstauglichkeit ernährungsbezogener Angebote zugesprochen.

Die Ergebnisse können mit methodisch vergleichbaren Studien zur Sicht von Rehabilitanden auf Patientenschulungen, z.B. in Bezug auf den Alltagstransfer oder die Informationsvermittlung, verknüpft werden (u.a. Nagl et al., 2013). In einem von der Deutschen Rentenversicherung geförderten Projekt sollen diese Ergebnisse zusammen mit Befunden aus der Literatur und einer bundesweiten Bestandsaufnahme zur Gestaltung von Gruppenangeboten integriert und Schulungsbausteine zur gesunden Ernährung weiterentwickelt werden.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (2015): Reha-Therapiestandards. Verfügbar unter: www.reha-therapiestandards-drv.de.

Farin, E. (2014): Patientenorientierung in der Rehabilitation – Übersicht über den aktuellen Forschungsstand. Zeitschrift für Rheumatologie, 73. 35-41.

Kuckartz, U. (2016): Qualitative Inhaltsanalyse – Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 3. Auflage. Weinheim: Beltz/Juventa.

Nagl, M., Ulrich, A., Farin, E. (2013): Verständlichkeit von Patientenschulungen in der orthopädischen Rehabilitation: Qualitative Erhebung bei Rehabilitanden und Schulungsleitern. Rehabilitation, 52. 34-39.

MBOR-Plus: Unterscheiden sich als niedrig und hoch motiviert eingestufte Stoffwechsel-Patienten in ihrer Selbsteinschätzung zu Reha-Beginn?

Arling, V., Slavchova, V.
RWTH Aachen

Zielstellung

Mit der Einführung des SGB IX ist die Forderung eines nahtlosen Übergangs von medizinischer zu beruflicher Rehabilitation ein zentrales Thema in der Rehabilitationslandschaft. Um die funktionelle Gesundheit und Erwerbstätigkeit zu verbessern bzw. aufrechtzuerhalten, stellt die frühzeitige Vorbereitung und Unterstützung auf den Wiedereinstieg in das Berufsleben ein wichtiger Fokus dar.

Vor diesem Hintergrund erhalten Patienten mit besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL) in der Klinik Niederrhein (Indikationsbereich: Stoffwechselerkrankungen) eine stationäre medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR). Hoch motivierte Patienten können über MBOR-Vorträge in der Klinik zusätzliche Gruppensitzungen besuchen. Dabei zeigen Erfahrungswerte, dass der Transfer vom Kliniksetting in den Alltag häufig schwierig ausfällt.

Zur Verstetigung, Stabilisierung und Kontrolle des MBOR-Programmes erhält die Personen mit hoher Motivation im Rahmen des Projektes „MBOR-Plus: Effekte eines Fallmanagements nach MBOR auf die berufliche Reintegration von Patienten mit Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen“ ein zusätzliches Fallmanagement nach der Beendigung der stationären MBOR-Maßnahme. Die RWTH Aachen überprüft im Rahmen der wissenschaftlichen Evaluation des Projektes die Wirksamkeit und Effekte des neu eingeführten Fallmanagements.

Dabei stellt sich die Frage, inwieweit sich die Zuweisung zu den Gruppen mit der Selbstbeurteilung der Teilnehmer deckt. Ziel dieses Beitrages ist es vor diesem Hintergrund, zu überprüfen, inwieweit sich Patienten, die als niedrig bzw. hoch motiviert eingestuft wurden, in ihrer Selbsteinschätzung unterscheiden.

Methoden

Im gesamten Rekrutierungszeitraum von Oktober 2016 bis Februar 2018 konnten 263 Patienten mit Stoffwechselerkrankung in der Klinik Niederrhein rekrutiert werden, für 227 Teilnehmer lagen Fragebögen vor. Die Zuteilung in „niedrig motiviert“ und „hoch motiviert“ erfolgte durch die zuständigen Klinik-Ärzte auf Basis des Würzburger Screenings (Löffler et al., 2008) und des Aufnahmegesprächs.

Um abzugleichen, inwiefern diese Zuordnung mit der Selbsteinschätzung der Teilnehmer übereinstimmt, wurde zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme u.a. die Rehamotivation (PAREMO-20, Nübling et al, 2004) und die reha bezogenen Erwartungen (FREM-8, Deck, 2006) auf einer Skala von ‚1‘: stimmt nicht bis ‚4‘: „stimmt“ abgefragt.

Ergebnisse

95 Patienten wurden vom Arzt als niedrig motiviert eingestuft (MBOR Stufe 1, nur Vorträge), 144 Teilnehmer wurden als hoch motiviert klassifiziert. Es berechneten sich keine

Unterschiede hinsichtlich der soziodemografischen Merkmale (z.B. Geschlecht, Alter) sowie medizinischer Basisdaten (Aufnahmegewicht, BMI) zwischen den Gruppen.

Hinsichtlich der Reha-Motivation (PAREMO-20) berichteten als hoch motiviert eingestufte Teilnehmer eine höhere „Änderungsbereitschaft“ als niedrig motivierte Teilnehmer (hohe Motivation: AM = 3,01, SD = 0,72; niedrige Motivation: 2,80; SD = 0,87; $t(173,29) = 1,98$, $p = 0,05$, $d = 0,27$). Hoch motivierte Teilnehmer hatten tendenziell weniger Skepsis gegenüber der Rehabilitationsmaßnahme (hohe Motivation: AM = 2,24, SD = 0,72; niedrige Motivation: AM = 2,24, SD = 0,70; $t(230) = 1,82$, $p = 0,069$, $d = 0,25$). Die Gruppen unterschieden sich nicht hinsichtlich des körperlichen und seelischen Leidensdrucks, Krankheitsgewinn und dem Informationsstand zur Reha-Maßnahme.

Hinsichtlich der Erwartungen an die Rehabilitationsmaßnahme (FREM-8) hatten als hoch motiviert eingestufte Patienten höhere Erwartungen hinsichtlich der Krankheitsbewältigung als niedrig motivierte Teilnehmer (hohe Motivation: AM = 3,16, SD = 0,80; niedrige Motivation: AM = 2,85, SD = 0,90; $t(231) = 2,77$, $p = 0,006$, $d = 0,37$). Hinsichtlich der Erwartungsdimensionen „Erholung“, „Gesundheit“ und „Rente“ berechneten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen.

Fazit

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Zuweisungskriterien in MBOR-Plus inhaltlich valide sind. Die Einstufung der Patienten durch das Arzt-Urteil spiegelt sich auch in der Selbsteinschätzung der Teilnehmer wider. Hoch motivierte Teilnehmer haben eine höhere Änderungsbereitschaft und sind weniger skeptisch hinsichtlich der Reha-Maßnahme. Darüber hinaus können die Ergebnisse Anlass dazu sein, ungünstige Selbstbewertungen mit wenig motivierten Patienten vor dem Hintergrund ihrer beruflichen Teilhabe zu reflektieren.

Förderung: Rehabilitations-Forschungsnetzwerk der Deutschen Rentenversicherung Rheinland

Literatur

- Deck, R (2006): Entwicklung und Validierung einer Kurzform des Fragebogens zu reha-bezogenen Erwartungen und Motivationen (FREM-8). Zeitschrift für medizinische Psychologie, 4. 175-183.
- Löffler, S., Wolf, H.D., Gerlich, C., Vogel, H. (2008): Handbuch zum Würzburger Screening - Zur Identifikation von beruflichen Problemlagen und dem Bedarf an berufsorientierten und beruflichen Rehabilitationsleistungen. URL: http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de/_downloads/WuerzburgerScreening_Manual.pdf. Abruf: 17.10.2018.
- Nübling, R., Hafen, K., Jastrow, J., Körner, M., Löschmann, C., Rundel, M., Schmidt, J., Wirtz, M. & Bengel, J. (2004); Indikation zu psychotherapeutischen und psychosozialen Maßnahmen im Rahmen stationärer medizinischer Rehabilitation. Regensburg: Roderer.

Internet- und mobilbasierte Nachsorge und Rückfallprävention bei psychischen Störungen: systematische Übersichtsarbeit und Implikationen für die Rehabilitation

Hennemann, S. (1), Farnsteiner, S. (1), Sander, L. (2)

(1) Johannes Gutenberg-Universität Mainz, (2) Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Zielstellung

Viele psychische Störungen sind durch ein erhöhtes Rückfallrisiko oder fluktuierende Krankheitsverläufe gekennzeichnet (Olmsted, Kaplan & Rockert, 2005; Paykel, Brugha & Fryers, 2005). Maßnahmen der Tertiärprävention (z.B. Rehabilitation, Rückfallprophylaxe, Nachsorge) sollen Krankheitsrückfällen oder Re-Hospitalisierung vorbeugen, die Funktionsfähigkeit verbessern und Behandlungserfolge stabilisieren. Internet- und mobilbasierte Interventionen (IMIs) können in diesem Kontext eine niedrigschwellige und effiziente Erweiterung bestehender Instrumente zur Aufrechterhaltung der mentalen Gesundheit darstellen (Sander, Ebert & Baumeister, 2017), bislang fehlt jedoch eine Übersicht der Studienlage.

Methoden

Eine systematische Datenbanksuche (PsycInfo, MEDLINE, CENTRAL) ergab 2576 Treffer, von denen N = 16 RCTs die Einschlusskriterien erfüllten (erwachsene Studienteilnehmer; psychische Belastung; Verwendung valider diagnostischer Instrumente; psychologische, Internet- oder mobilbasierte Intervention; bis 6 Monate nach Face-to-Face Behandlung). Primäres Outcome war der Schweregrad psychischer Symptome. Sekundäre Outcomes waren die Rezidiv- sowie die Re-Hospitalisierungsrate, Funktionsfähigkeit, Lebensqualität, Adhärenz zur Primärbehandlung. Die methodische Qualität wurde entlang der Cochrane Risk of Bias- sowie der GRADE-Regeln bewertet (Guyatt et al., 2008; Higgins & Green, 2011).

Ergebnisse

Eingeschlossene Studien waren mehrheitlich transdiagnostisch ausgelegt (n = 7) oder fokussierten Depressionen (n = 5) sowie Essstörungen (n = 4). Die untersuchten Interventionen waren überwiegend (n = 11) KVT-basiert, beinhalteten meist eine (minimale) therapeutische Unterstützung und wurden eher web- als mobil-basiert umgesetzt. Vier Interventionen waren als störungsübergreifende Nachsorge im Anschluss an eine (psychosomatische) Reha-Maßnahme angelegt. Als Kernelemente der Interventionen konnten Symptom-Monitoring, Strukturierung und Implementierung von Aktivitäten oder Zielen, supportives Feedback sowie die Verstärkung von Selbsthilfe-Strategien identifiziert werden. Die methodische Qualität der Studien war gemischt, wobei Einschränkungen hauptsächlich auf hohe Dropoutraten, fehlende ITT-Analysen oder Misspezifikation von Co-Interventionen zurückzuführen waren. Die Studien umfassten störungsübergreifend kleine bis

mittlere Interventionseffekte ($d = -0.08$ – $d = -0.45$) für die Reduktion der Symptomschwere im Kontrollgruppenvergleich, wobei die beste Evidenzlage für Depressivität und Angstsymptome gefunden wurde. Die Studienergebnisse zu den sekundären Outcomes waren heterogen, so wurden Rückfallraten von 10.5% bis 43.0% ($n = 3$) und kleine Effektstärken für Lebensqualität berichtet ($d = 0.08$ bis $d = -0.35$, $n = 5$). Subgruppenvergleiche ergaben Hinweise für eine höhere Effektivität von Internet- gegenüber mobil-basierten und von begleiteten gegenüber unbegleiteten Interventionen zur Tertiärprävention.

Fazit

Das vorliegende Review stellt die erste systematische Übersicht zu IMIs in der Nachsorge und Rückfallprävention psychischer Störungen dar. Die eingeschlossenen Studien veranschaulichen die Diversität der Anwendungsfelder sowie das Potenzial in der Tertiärprävention, insbesondere im Bereich der Rehabilitation. Es konnten Hinweise für die Effektivität von IMIs in der Symptomreduktion sowie der Lebensqualität gefunden werden, die vergleichbar sind mit Befunden zu herkömmlichen Nachsorge- oder Präventionsmaßnahmen. Insgesamt ist die Evidenzlage jedoch noch eingeschränkt. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist die Heterogenität der Studien bezüglich verschiedener Störungsbilder, Interventionsarten oder Messinstrumenten zu berücksichtigen. Qualitativ hochwertige Studien (z.B. größere Stichproben, konsequente ITT-Analysen, Berücksichtigung von Co-Interventionen, längere Follow-Up-Zeiträume) sind erforderlich, um bestehende Forschungsergebnisse zu festigen und auf bislang unterbeforschte Störungsbilder und Anwendungsfelder zu erweitern. Nächste Schritte sind die Optimierung effektiver IMIs und deren wissenschaftlich begleitete Implementierung in die Routineversorgung.

Literatur

- Guyatt, G.H., Oxman, A.D., Vist, G.E., Kunz, R., Falck-Ytter, Y., Alonso-Coello, P., Schünemann, H.J., 2008. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 336 (7650), 924–926.
- Higgins, J., Green, S., 2011. The Cochrane Collaboration. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions - Version 5.1.0*. URL: <http://handbook.cochrane>, Abruf: 24.10.2018.
- Olmsted, M.P., Kaplan, A. S., & Rockert, W. (2005). Defining remission and relapse in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 38(1), 1-6.
- Paykel, E.S., Brugha, T., & Fryers, T. (2005). Size and burden of depressive disorders in Europe. *Eur. Neuropsychopharmacology*, 15(4), 411–23.
- Sander L., Ebert D.D., & Baumeister, H. (2017). Internet- and Mobile Based Psychotherapy for Depression. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 85(01): 48-58.

Wirksamkeit einer Internet-basierten Intervention für Depression im Anschluss an eine stationäre Rehabilitationsbehandlung (WARD-BP) – Ergebnisse einer pragmatischen randomisiert-kontrollierten Studie

*Ebert, D.D. (1), Paganini, S. (2), Sander, L. (2), Lin, J. (2),
Schlicker, S. (1), Baumeister, H. (3)*

(1) Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen,
(2) Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, (3) Universität Ulm

Zielstellung

Chronische Rückenschmerzen und Depression treten häufig auf und sind mit erheblichen Einschränkungen und ökonomischen Konsequenzen verbunden. Internet-basierte Interventionen im Anschluss an eine stationäre Rehabilitationsbehandlung könnten eine vielversprechende Alternative zu klassischen Ansätzen vor Ort sein. Ziel der vorliegenden Studie war die Evaluation der Wirksamkeit einer Internet-basierten Intervention zur Bewältigung von Depression als Nachsorgemaßnahme nach einer stationären Rehabilitationsbehandlung für chronische Rückenschmerzen.

Methoden

Rehabilitanden (N = 210) wurden von 10/2015 bis 07/2017 durch zwei Strategien rekrutiert: persönliche Rekrutierung durch klinisches Personal in acht orthopädischen Rehabilitationskliniken und Online-Rekrutierung durch Flyer und einem Informationsschreiben von 74 orthopädischen Rehakliniken. Teilnehmer mit zwei aufeinanderfolgenden positiven PHQ-9 Screenings (≥ 5) innerhalb von 2-3 Wochen oder mit einem zweiten positiven Screening 2 Monate später, wurden zu einem Online- und Telefon-Assessment mit einem strukturierten klinischen Interview für psychische Störungen eingeladen (SKID). Rehabilitanden wurden eingeschlossen, wenn Sie die folgenden Kriterien erfüllten: 1) 18 Jahre und älter, 2) Chronische Rückenschmerzen (von einem Arzt diagnostiziert) und eine Schmerzchronizität von mindestens sechs Monaten (vom Patienten angegeben), 3) leichte bis mittelschwere Depression anhand DSM oder Dysthymie, 4) ausreichende Deutschkenntnisse, 5) Internetzugang. Ausschlusskriterien waren 1) Psychotherapie (derzeit / in den folgenden drei Monaten), 2) Suizid- / Suizidversuche in den letzten fünf Jahren, 3) schwere depressive Episode oder 4) Kriterien für eine bipolare Störung. Die Teilnehmer wurden entweder in eine Interventionsgruppe (IG) oder in eine Treatment-as-usual Kontrollgruppe (TAU) randomisiert. Diagnostische Interviews (SKID) und Online-Assessments fanden vor der Randomisierung (T0), neun Wochen (T1) sowie sechs Monate später (T2) statt. Primäres Zielkriterium war der Schweregrad der Depression (Klinisches Interview per Telefon, Hamilton-Bewertungsskala für Depression-17; HAM-D). Sekundäre Endpunkte waren u. A. Remission von Depression (SKID), Response (HAM-D-17, Reliable Veränderung nach Jacobson and Truax) selbst-berichtete Depressive Symptome (PHQ-9), gesundheitsbezogene Lebensqualität (AQoL-6D), Schmerzintensität (numerische Bewertungsskala von 0 = keine Schmerzen bis 10 = extrem starke Schmerzen und eine Bewertungsskala mit vier Kategorien von „keine“ bis „schwer“), Schmerzassoziierte Behinderung (Oswestry Disability Index (ODI) 29), Schmerzselbstwirksamkeit (PSEQ), Arbeitsfähigkeit (Subjektive prognostische Beschäftigungsskala; SPE). Gruppenunterschiede

wurden durch Regressionsanalysen basierend auf Intent-to-Treat-Analysen untersucht. Die geleitete Selbsthilfe-Intervention basiert auf kognitiver Verhaltenstherapie mit sechs regulären und drei optionalen Sitzungen.

Ergebnisse

Vorläufige Ergebnisse bezüglich sekundärer Endpunkte zu t1 zeigten in der IG im Vergleich zu TAU eine signifikant niedrigere Schmerzintensität ($d = 0.25$, 95% CI: 0.01-0.48), eine geringere schmerzbedingte Disability (ODI, $d = 0.33$, 95%CI: 0.51-0.16) eine signifikant höhere Schmerzselbstwirksamkeit (PSEQ, $d = 0.33$, 95%CI: 0.12-0.54), sowie höhere Lebensqualität (AQoL-6D, $d = 0.32$, 95%CI: 0.10-0.54). Zudem war die Remissionsquote in der IG um 97% signifikant erhöht (1.97, 95% CI: 1.05-3.69). Keine signifikanten Unterschiede wurden hinsichtlich der subjektiven Erwerbsprognose, Treatment Response und selbstberichteten depressiven Symptomen gefunden. Abschließende Analysen der primären und sekundären Ergebnisse sind in Vorbereitung und werden auf dem Kongress präsentiert.

Fazit

Vorläufige Analysen zeigen Unterschiede in den Studienbedingungen auf einer Reihe von relevanten Zielkriterien, allerdings ebenso nicht-signifikante Ergebnisse hinsichtlich wichtiger sekundärer Endpunkte wie der subjektiven Erwerbsprognose. Vorläufige Ergebnisse deuten auf gemischte Befunde hinsichtlich des Potenzials einer Implementierung in die routinemäßige Gesundheitsversorgung hin. Allerdings bleiben abschließende Analysen abzuwarten.

Literatur

-

Prävention von Depressionen in der Nachsorge von Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen: Ergebnisse der bundesweiten PROD-BP Studie.

*Sander, L. (1), Paganini, S. (1), Schlicker, S. (2), Spanhel, K. (1),
Ebert, D.D. (2), Baumeister, H. (3)*

(1) Albert-Ludwigs-Universität Freiburg,
(2) Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen, (3) Universität Ulm

Zielstellung

Patienten mit chronischen Rückenschmerzen haben ein deutlich erhöhtes Risiko an einer Depression zu erkranken (Demyttenaere et al., 2007). Komorbide Depressionen führen dabei in dieser Patientengruppe zu verringerter Behandlungsadhärenz und geringerem Behandlungserfolg. Zudem steigen das Risiko für medizinische Komplikationen, die Behandlungskosten sowie die schmerzbedingte Beeinträchtigung der Patienten (Bair, Robinson, Katon, & Kroenke, 2003). Internet- und mobil-basierte Interventionen (IMI) erscheinen hier als vielversprechend, um Selbsthilfe-Interventionen zur Prävention von Depressionen innerhalb der rehabilitativen Nachsorge flächendeckend einzusetzen

(Hennemann, Farnsteiner, & Sander, 2018; Sander, Ebert, & Baumeister, 2017). Ziel dieser pragmatischen, multizentrischen und randomisiert-kontrollierten Studie (RCT) mit parallelem Design war die Untersuchung der Effektivität einer IMI zur Prävention von Depressionen bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen und subklinischen depressiven Symptomen (PHQ-9 ≥ 5) (Sander, Paganini, et al., 2017).

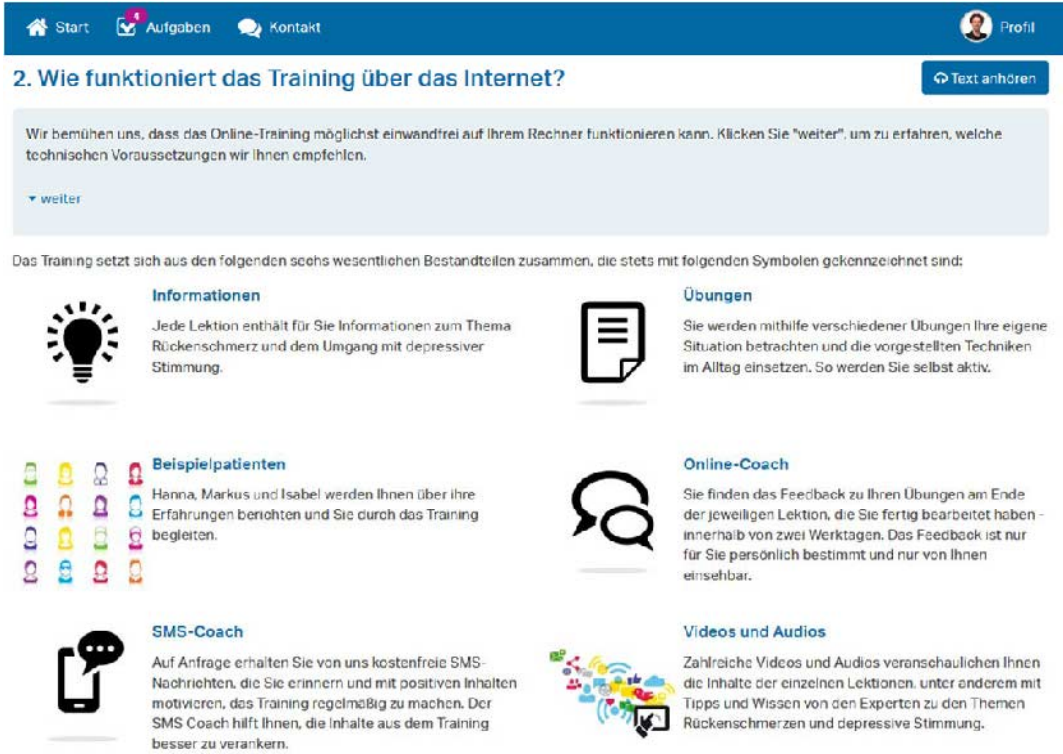


Abb. 1: Online-Training

Methoden

Es wurden 295 Patienten ohne klinische Depression zur Baseline (SKID-V) am Ende ihrer Reha-Behandlung an deutschlandweit 82 orthopädischen Rehakliniken rekrutiert. Die Interventionsgruppe (IG) und die Kontrollgruppe (KG) hatten vollen Zugriff auf die Standardbehandlungsmaßnahmen (TAU). Teilnehmer in der IG erhielten zusätzlich eine Internet- und mobile-basierte, präventive Depressionsintervention. Die kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Intervention umfasste 8 wöchentliche Online-Trainingslektionen von jeweils circa 1,5 stündiger Dauer. Primäres Outcome war die Inzidenz von Depressionen innerhalb eines Jahres nach Randomisierung (SKID-V). Sekundäre Maße waren der Schweregrad der depressiven Symptomatik (PHQ-9, HAMD, QIDS) sowie Maße zur Schmerzbeeinträchtigung, Lebensqualität und Nebenwirkungen der Intervention.

Ergebnisse

Es konnte eine Stichprobe mit einem durchschnittlichen Alter von 53 (SA: 7,7) Jahren, einem verhältnismäßig geringem Bildungsniveau und einem Männeranteil von annähernd 40% rekrutiert werden. Vorläufige sekundäre Ergebnismaße zeigen in der IG verglichen mit der KG

eine signifikant höhere Abnahme depressiver Symptome (PHQ-9, QIDS, HAMD) im Follow-Up nach neun Wochen, sechs Monaten sowie einem Jahr mit Effektstärken zwischen $d=0.59$ (95%CI: 0.36 – 0.81; post-treatment) und $d=0.39$ (95%CI: 0.16 – 0.62; 1-Jahres Follow-Up). Zudem zeigte die IG im Vergleich zur KG signifikante Verbesserungen in der Lebensqualität, der schmerzbezogenen Beeinträchtigung und Selbstwirksamkeitserwartung sowie der wahrgenommenen Schmerzintensität.

Fazit

In der PROD-BP Studie konnte unter hoher externer Validität gezeigt werden, dass sich mittels einer Internet-basierten Selbsthilfeintervention die Symptomschwere von Depressionen bei chronischen Rückenschmerzpatienten reduzieren lässt. Eine breite Implementierung in die Routinenachsorge von Rehabilitanden würde dazu beitragen, die Behandlung von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen zu verbessern und die Krankheitslast von Depressionen zu verringern.

Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung;
Deutsche Forschungsgemeinschaft

Literatur

- Bair, M. J., Robinson, R. L., Katon, W., & Kroenke, K. (2003). Depression and pain comorbidity: a literature review. *Archives of Internal Medicine*, 163(20), 2433–45.
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Lee, S., Posada-Villa, J., Kovess, V., Angermeyer, M. C., ... Von Korff, M. (2007). Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: results from the world mental health surveys. *Pain*, 129(3), 332–342.
- Hennemann, S., Farnsteiner, S., & Sander, L. (2018). Internet- and mobile-based aftercare and relapse prevention in mental disorders: A systematic review and recommendations for future research. *Internet Interventions*, 14, 1–17.
- Sander, L., Ebert, D. D., & Baumeister, H. (2017). Internet- und mobilebasierte Psychotherapie der Depression Internet- and Mobile Based Psychotherapy for Depression. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 85, 48–58.
- Sander, L., Paganini, S., Lin, J., Schlicker, S., Ebert, D. D., Buntrock, C., & Baumeister, H. (2017). 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*, 17:36(1).

Stabilisierung depressiver Symptome nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation durch Online-Selbsthilfe: Katamnese-Ergebnisse einer randomisiert kontrollierten Studie

Zwerenz, R. (1), Baumgarten, C. (1), Becker, J. (1), Tibubos, A. (1),
Siepmann, M. (2), Beutel, M.E. (1)

(1) Johannes Gutenberg-Universität Mainz, (2) Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Zielstellung

Online Selbstmanagementprogramme haben sich in zahlreichen Studien als wirksam zur Behandlung von depressiven Erkrankungen erwiesen (Karyotaki et al., 2017). Als sog. „blended treatment“ (Erbe et al., 2017) können sie die stationäre Behandlung ergänzen und so den Behandlungserfolg verbessern. In einer randomisiert kontrollierten Studie konnten wir zeigen, dass der behandlungsbegleitende Einsatz des in mehreren kontrollierten Studien als wirksam erwiesenen (Twomey et al., 2017) Online Selbstmanagementprogramms *deprexis®* den Behandlungserfolg einer stationären psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung bei depressiven Patienten verbessern kann (Zwerenz et al., 2017). Nach wirksamen stationären Behandlungen kommt es aber oftmals nicht zu einer vollständigen Rückbildung der Symptomatik oder zu Rückfällen, insbesondere dann, wenn eine erforderliche Anschlussbehandlung oder Nachsorge nicht verfügbar ist. Online Selbstmanagementprogramme haben sich als niedrigschwellige Intervention in diesem Fall v.a. bei leichten bis mittelgradigen Depressionen als wirksame Nachsorgemaßnahme erwiesen. Ziel dieser Arbeit ist daher die differenzierte Analyse der nachhaltigen Wirksamkeit einer durch Online-Selbsthilfe ergänzten stationären psychosomatischen Rehabilitation.

Methoden

In einer randomisiert kontrollierten Studie wurden N = 229 Patienten mit der Diagnose einer Depression und einem Wert > 13 im „Beck Depression Inventory-II“ (BDI-II; Beck et al., 1996) zu Beginn der stationären psychosomatischen Rehabilitation nach Zustimmung zur Studienteilnahme zufällig einer von zwei Gruppen zugewiesen. Die Interventionsgruppe (IG) konnte bereits während der stationären psychosomatischen Rehabilitation mit dem Online Selbstmanagementprogramm *deprexis®* beginnen und dieses auch über das Behandlungsende hinaus für insgesamt 12 Wochen nutzen. Teilnehmer der Kontrollgruppe (KG) erhielten zusätzlich zur stationären Behandlung 12 Wochen lang Zugang zu einer Online-Plattform mit relevanten, wöchentlich aktualisierten, Informationen zum Thema Depression (z.B. öffentlich zugängliche Informationen, wie z.B. Patientenleitlinien). Mit standardisierten Fragebögen wurden zu Beginn und am Ende der stationären Behandlung sowie drei und sechs Monate später die Hauptzielgröße (BDI-II) und Nebenzielkriterien, wie Depressivität (PHQ-9), generalisierte Angst (GAD-7), Selbstwahrnehmung (RSE), Lebensqualität (Eurohis-Qol) und dysfunktionale Kognitionen (DAS) zu Beginn und Ende der stationären Behandlung (T0 und T1) sowie am Ende der Intervention (T2) und drei Monate später (T3) erfasst.

Ergebnisse

Zum Katamnesezeitpunkt (T3) hatten die Teilnehmer der IG eine erheblich geringere Symptombelastung in Bezug auf die depressive Symptomatik, erfasst mit dem BDI-II ($d = 0,58$) als die Teilnehmer der KG. Darüber hinaus berichteten Sie auch von niedriger Ängstlichkeit, erfasst mit dem GAD-7 ($d = 0,46$) und gaben eine bessere subjektive Lebensqualität, gemessen mit dem Eurohis-QoL ($d = 0,43$) sowie ein positiveres Selbstwertgefühl, erfasst mit dem RSE ($d = 0,31$), an als die KG. Unter den Teilnehmern der IG wurde darüber hinaus häufiger eine Remission und seltener eine Verschlechterung beobachtet als unter den Teilnehmern der KG ($\chi^2 = 15,158$; $p = .002$; $d = 0,55$). Die Anzahl der notwendigen Behandlungen („Number Needed to Treat“; NNT), um einen hinsichtlich der Depression remittierten Fall (Besserung im BDI-II um mind. 8 Punkte und Summenscore < 14) zu erreichen, lag zu T3 bei 5,12. Signifikante Prä-diktoren für das Behandlungsergebnis (Besserung der depressiven Symptomatik) waren neben der Gruppenzugehörigkeit (IG vs. KG) der Summenwert im BDI-II bei Entlassung aus der Rehabilitationsklinik.

Fazit

Die depressive Symptomatik am Ende der stationären Behandlung war der stärkste Prädiktor für die depressive Symptomatik zum Katamnesezeitpunkt, mit einem kleinen signifikanten Gruppeneffekt zugunsten der IG. Die Ausgangswerte von Depressionen, Kindheitstraumata, oder soziodemografische Merkmale (z.B. Alter, Geschlecht) spielten keine zusätzliche Rolle. Eine stationäre psychosomatische Rehabilitation ist normalerweise bei chronischen und komplexen Fällen von Depressionen mit unterschiedlichen psychischen und somatischen Begleiterkrankungen indiziert. Auf der Grundlage unserer Befunde und in Übereinstimmung mit anderen Studien (Kuehner, Huffziger, 2013), sollte Ziel von stationären Behandlungen soweit möglich die Remission sein, bzw. zumindest die Verringerung der depressiven Symptomatik bis zu einer möglichst niedrigen Residualsymptomatik. Auf dem Hintergrund von immer kürzeren stationären Behandlungsdauern in den letzten Jahren, erscheint dieses Ziel nur schwer erreichbar, so dass dementsprechend ein erhöhtes Risiko für einen Rückfall oder Rezidiv besteht. Die Erschließung von Selbsthilfe-Ressourcen von Patienten durch das Angebot einer Online-Selbsthilfe während der regulären stationären psychosomatischen Rehabilitation ist daher ein vielversprechender Weg, um die Langzeitergebnisse nachhaltig zu verbessern.

Förderung: Rhön Klinikum AG

Literatur

- Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio: TX: Psychological Corporation.
- Erbe, D., Eichert, H.-C., Riper, H., Ebert, D. D. (2017): Blending Face-to-Face and Internet-Based Interventions for the Treatment of Mental Disorders in Adults: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 19(9). e306.
- Karyotaki, E., Riper, H., Twisk, J., Hoogendoorn, A., Kleiboer, A., Mira, A., Mackinnon, A., Meyer, B., Botella, C., Littlewood, E., Andersson, G., Christensen, H., Klein, J. P., Schröder, J., Bretón-López, J., Scheider, J., Griffiths, K., Farrer, L., Huibers, M. J. H., Phillips, R., Gilbody, S., Moritz, S., Berger, T., Pop, V., Spek, V., Cuijpers, P. (2017):

- Efficacy of Self-guided Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Depressive Symptoms. *JAMA Psychiatry*, 74(4). 351.
- Kuehner, C., Huffziger, S. (2013): Factors predicting the long-term illness course in a cohort of depressed inpatients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 263(5). 413-423.
- Twomey, C., O'Reilly, G., Meyer, B. (2017): Effectiveness of an individually-tailored computerised CBT programme (Deprexis) for depression: A meta-analysis. *Psychiatry Res*, 256. 371-377.
- Zwerenz, R., Becker, J., Knickenberg, R. J., Siepman, M., Hagen, K., Beutel, M. E. (2017): Online self-help as an add-on to inpatient psychotherapy: Efficacy of a new blended treatment approach. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86(6). 341-350.

Die „multikulturelle Reha“ – können Internet-basierte Interventionen die Versorgung verbessern?

*Spanhel, K. (1), Bengel, J. (1), Spiegelhalder, K. (2), Lehr, D. (3),
Baumeister, H. (4), Sander, L. (1)*

(1) Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, (2) Universitätsklinikum Freiburg,
(3) Leuphana Universität Lüneburg, (4) Universität Ulm

Zielstellung

In Deutschland leben etwa 19 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund (Destatis, 2017). Auch aufgrund sprachlicher sowie kultureller Barrieren zeigt sich bei diesen Personen eine verringerte Inanspruchnahme und Wirksamkeit medizinischer Rehabilitation (Brzoska, Razum, 2015). Kultursensitive Rehabilitationsangebote sowie erweiterte Angebote durch eine prästationäre Vorbereitung oder Nachsorge könnten diese Barrieren vermindern (Kobelt et al., 2011). Im Sinne eines niedrigschwelligen Zugangs könnten internetbasierte Interventionen dazu beitragen, die bestehenden Herausforderungen zu bewältigen (Sander et al., 2016). Für eine effektive Bereitstellung von internetbasierten Interventionen scheint allerdings neben einer sprachlichen auch eine kulturelle Adaption notwendig (Harper Shehadeh et al., 2016). Besonders herausfordernd ist hierbei die große Bandbreite der kulturellen Hintergründe der Rehabilitanden.

Methoden

Ziel dieser qualitativen Untersuchung war es, Elemente in internetbasierten Interventionen zu identifizieren, die für Menschen mit einem nicht-deutschen kulturellen Hintergrund angepasst werden sollten. Sechs Menschen aus Syrien, Iran, Eritrea, Algerien und Irak sowie sechs Fachkräfte (Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Psychologen, Ärzte), die mit Menschen mit Migrationshintergrund tätig sind, durchliefen eine internetbasierte Intervention. Verwendet wurde eine verkürzte Version der Intervention GET.ON Regeneration für Menschen mit Schlafproblemen (eSano Sleep-e). Mögliche Hindernisse der Benutzerfreundlichkeit für Menschen mit Migrationshintergrund wurden mittels der Methode des Lauten Denkens und semistrukturierten Interviews identifiziert. Die Aussagen wurden basierend auf der Grounded Theory Methode analysiert.

Ergebnisse

Es erscheint eine kulturelle Anpassung der Intervention an sich unterscheidende Ressourcen, Werte, Behandlungs- und Krankheitskonzepte, sowie an Unterschiede in der Sozialisierung der Menschen mit Migrationshintergrund notwendig. Elemente der Adaption sollten eine einfachere Sprache, eine klarere und verkürzte Struktur der Module, eine bevorzugte audiovisuelle Präsentation, vermehrte psychoedukative Elemente sowie die Abbildung kulturell vielfältiger Menschen bei Bildern und Beispielcharakteren beinhalten.

Fazit

Eine kulturelle Adaption kann Menschen mit Migrationshintergrund die Identifizierung mit einer internetbasierten Intervention erleichtern. Dies scheint notwendig, um die Akzeptanz solcher Interventionen für die Zielgruppe zu erhöhen. Trotz vielfältiger kultureller Hintergründe scheint es möglich, Interventionen zu gestalten, die Menschen aus unterschiedlichen Herkunftsländern gleichermaßen eine Identifizierung erlauben. Internetbasierte Interventionen können auf diese Weise dazu beitragen, Menschen mit Migrationshintergrund den Zugang zu medizinischer Rehabilitation zu erleichtern.

Literatur

- Brzoska, P., Razum, O. (2015): Erreichbarkeit und Ergebnisqualität rehabilitativer Versorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 58. 553–559.
- Destatis (2017): Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2016. Fachserie 1 Reihe 2.2. Wiesbaden.
- Harper Shehadeh, M., Heim, E., Chowdhary, N., Maercker, A., Albanese, E. (2016): Cultural adaptation of minimally guided interventions for common mental disorders: A systematic review and meta-analysis. JMIR Mental Health, 3. e44.
- Kobelt, A., Göbber, J., Petermann, F. (2011): Die Bedarfsfrage in der Rehabilitation und die Versorgung neuer Zielgruppen. Migranten in der psychosomatischen Rehabilitation. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 54. 475–481.
- Sander, L., Ebert, D. D., Baumeister, H. (2017): Internet- und mobilebasierte Psychotherapie der Depression. Fortschritte der Neurologie Psychiatrie, 85. 48–58.

Teamklima als Voraussetzung für Teamcoaching in der medizinischen Rehabilitation

Becker, S., Küllenberg, J., Körner, M.
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Zielstellung

Teamarbeit stellt ein zentrales Erfolgsmerkmal der medizinischen Rehabilitation dar (z.B. PATENT, Körner, 2014; MeeR, Stamer, Zeisberger, Kleineke, Brandes, Meyer, 2014 & LORE.). Dabei ist von verschiedenen monoprofessionellen Teams (z.B. Ärzteteam, Pflorgeteam, Therapeutisches Team) auszugehen, die sich häufig über einen Stellvertreter im multiprofessionellen Rehabilitationsteam austauschen (Multi-Team-System).

Damit ein Team leistungsfähig und innovativ sein kann, muss ein Teamklima vorherrschen, dass sich an einer hohen Ausprägung der Facetten Vision, Aufgabenorientierung, Partizipative Sicherheit und Unterstützung der Innovation erkennen lässt (Brodbeck, Anderson & West, 2000). Diese Facetten stellen Indikatoren dar, um Leistungsunterschiede und somit individuellen Verbesserungsbedarf in Teams zu erkennen und entsprechend handeln zu können.

Teamcoaching bietet eine Möglichkeit, um das Teamklima und somit die Teamarbeit und damit verbundene Outcomekriterien auf Patient-, Mitarbeiter- und Organisationsebene zu verbessern. Trotz des Bedarfs wird im Gesundheitsversorgungsbereich bislang, verglichen mit anderen Wirtschaftszweigen, den Möglichkeiten von Coaching wenig bis keine Aufmerksamkeit geschenkt (Budhoo & Spurgeon, 2012). Das spezifisch für den Kontext der medizinischen Rehabilitation entwickelte und evaluierte Vorgehen der „Patientenorientierten Teamentwicklung“ zeigte, dass durch Teamcoaching eine verbesserte Wissensintegration, Verantwortungsübernahme sowie Organisation in den Teams erzielt werden konnte (Körner et al., 2016).

Die Fragestellung des Beitrags lautet, wie Teammitglieder und Teamleiter das Teamklima im Rehateam einschätzen und in welchen Bereichen Teamleiter vor allem Coachingmethoden einsetzen sollten, um dieses zu verbessern.

Methoden

Vor der Durchführung der Schulung erhielten n=42 Teamleiter (=Coaches) aus mono- und interprofessionellen Rehateams sowie deren Teammitglieder (n=160) das deutsche Teamklimainventar (Brodbeck et al., 2000), ein Instrument, welches zur Diagnose für Teamentwicklung und Coaching eingesetzt werden kann. Die Bewertung der Items erfolgt auf einer Likert-Skala von 1 (=trifft gar nicht zu) bis 5 (=trifft völlig zu).

Ergebnisse

Die Einschätzungen auf den Hauptskalen Vision, Aufgabenorientierung, Partizipative Sicherheit und Unterstützung für Innovation lagen sowohl bei den Teammitgliedern, als auch bei den Coaches im mittleren bis guten Bereich (siehe Tabelle 1).

Tab. 1: Mittelwerte und Standardabweichung der Einschätzungen der Teammitglieder und Coaches für die Hauptskalen

	Teammitglied (n=160)	Coach (n=42)
Vision	3,43 (0,73)	3,67 (0,6)
Aufgabenorientierung	3,45 (0,75)	3,42 (0,64)
Partizipative Sicherheit	3,57 (0,7)	3,81 (0,51)
Unterstützung für Innovation	3,11 (0,75)	3,1 (0,68)

Die inferenzstatistische Auswertung des Vergleichs zwischen den Teammitgliedern und den Coaches mittels einfaktoriellen ANOVAs ergab, dass sich die Skala Vision (gemeinsame, klare, bedeutsame und nützliche Ziele) zwischen Teammitgliedern und Coaches unterschied, der Unterschied war statistisch knapp nicht bedeutsam ($p=0.53$, $F=3,798$). Die Einschätzung der Skala Partizipative Sicherheit (geteilte Information, Verständnis, Akzeptanz, Zuhören, Geben und Nehmen, Kontaktpflege) unterschied sich bedeutsam zwischen Teammitgliedern und Coaches ($p=0.36$, $F=4,465$). Die Einschätzung der Skalen Aufgabenorientierung und Unterstützung für Innovation unterschieden sich nicht zwischen Coaches und Teammitgliedern.

Den niedrigsten Mittelwert erreichte sowohl bei den Coaches als auch bei den Teammitgliedern die Skala Unterstützung für Innovation, welche die Bereitschaft und Umsetzung zur Innovation auf verschiedenen Ebenen misst.

Fazit

Die Einschätzungen sowohl aus Sicht der Teammitglieder als auch aus Sicht der Coaches deuten darauf hin, dass die Teamatmosphäre und das Teamklima bereits positiv bewertet werden, jedoch in allen Bereichen noch Entwicklungsmöglichkeiten bestehen. Insbesondere im Bereich Offenheit für Innovation sehen Teammitglieder und Teamleiter Entwicklungsbedarf. Da dies ein wesentlicher Aspekt für die erfolgreiche Implementierung von Teamcoaching und anderen Interventionen darstellt, ist es wichtig hier zukünftig anzusetzen. Die Ergebnisse zeigen zudem, dass insbesondere in den Bereichen Partizipative Sicherheit und Vision eine divergente Wahrnehmung zwischen Coaches und Teammitgliedern besteht. Der erhobene Ist-Zustand gibt sowohl einen Hinweis über die aktuelle Einschätzung der Rehateammitglieder und der Coaches zum Stand der Teamarbeit als auch zu den Bereichen im Team, in denen Coaching sinnvoll ist. Ziel der im Rahmen der Studie entwickelten Schulung ist es, die Einschätzung der Coaches für die Einschätzung des Teams zu sensibilisieren sowie Ihnen für die Arbeit an den divergierenden Bereichen Coachinginstrumente an die Hand zu geben.

Die Ergebnisse weisen auf Trainingsbedarf bei den Coaches hin, andererseits zeigen sie, dass bereits Bereiche vorhanden sind, in welchen die Einschätzung der Teammitglieder und der Coaches kohärent ist. Dies bietet eine vielversprechende Grundlage zur Optimierung der Teamleiterfähigkeiten durch Coachingskills. Weitere Forschung sollte zudem den Grund der unterschiedlichen Wahrnehmung der Coaches und der Teammitglieder untersuchen.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Brodbeck, F. C., Anderson, N. & West, M. (2000). Teamklima-Inventar. Göttingen: Hogrefe.
- Budhoo, M. R. & Spurgeon, P. (2012). Views and understanding of clinicians on the leadership role and attitude to coaching as a development tool for clinical leadership. *The International Journal of Clinical Leadership*, 17 (3), 123–129.
- Körner, M. (Förderschwerpunkt zur versorgungsnahen Forschung - Chronische Krankheiten und Patientenorientierung, Hrsg.). (2014). Entwicklung und Evaluation eines Konzepts zur patientenorientierten Teamentwicklung in Rehabilitationskliniken (PATENT), Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. Zugriff am 04.09.2017. Verfügbar unter <http://www.forschung-patientenorientierung.de/index.php/projekte/zweite-foerderphase/modul-zwei-phase-2/patent-koerner.html>
- Körner, M., Luzay, L., Becker, S., Rundel, M., Müller, C. & Zimmermann, L. (2016). Teamentwicklung in der medizinischen Rehabilitation. Konzept und Evaluation einer Teamintervention. *Die Rehabilitation*, 55 (2), 74–80.
- Stamer, Zeisberger, Kleineke, Brandes, Meyer. (2014). MeeR Merkmale einer guten und erfolgreichen Reha-Einrichtung im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Bund. Im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Bund. Abschlussbericht für den Auftraggeber. Hannover: Medizinische Hochschule Hannover. Zugriff am 04.09.2017. Verfügbar unter http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/contentAction.do?key=main_reha_ep_meer

Zunahme der selbsteingeschätzten körperlichen Leistungsfähigkeit durch einen kinesio-physischen Leistungstest (EFL nach Isernhagen) – Daten zur Reproduzierbarkeit

Schindl, M. (1), Zipko, H. (2), Wassipaul, S. (1), Jirasek, U. (1), Gestaltner, K. (1)

(1) Rehabilitationszentrum Weißer Hof, Klosterneuburg, (2) FH Wien

Zielstellung

Obwohl die Reproduzierbarkeit von Studienergebnissen ein wichtiger Faktor für den wissenschaftlichen Fortschritt darstellt (Open Science Collaboration, 2015), liegt diese bei psychologischen Studien bei nur 36% (Open Science Collaboration, 2015) und nur circa 50% befragter Wissenschaftler schätzen Ihre eigenen Studienergebnisse als reproduzierbar ein (Baker, 2016).

Für die Rückkehr an den Arbeitsplatz stellt bei Traumapatienten die selbsteinschätzte körperliche Leistungsfähigkeit einen wichtigen personenbezogenen, psychologischen Prädiktor dar (Clay et al., 2016). In einer früheren Studie konnte gezeigt werden, dass der kinesio-physische EFL-Test (Isernhagen 1992), der eine quasi-realistische Testsituation darstellt, zu einer signifikanten Zunahme der selbsteingeschätzten Leistungsfähigkeit und somit der Selbstwirksamkeit führte (Schindl et al., 2018).

Ziel der vorliegenden Studie war es nun, die Reproduzierbarkeit und Äquivalenz dieser Ergebnisse zu überprüfen

Methoden

Replikationsstudie

Im Rehabilitationszentrum Weißer Hof wurden die jeweiligen 1-Jahreskohorten aller mittels EFL getesteter Patienten der Jahre 2016 und 2017 eingeschlossen. Die subjektive Leistungsfähigkeit wurde mittels SFS-Fragebogens=PACT (Matheson, 1989), vor und unmittelbar nach dem EFL-Test erhoben.

Statistik

Demographische Daten der Jahreskohorten 2016 und 2017 wurden deskriptiv-statistisch und mittels Hypothesentests ($\alpha = 5\%$) analysiert.

Die Reproduzierbarkeit der SFS-Differenzen vor und nach EFL wurde primär grafisch mittels Datendichte-Ellipsen innerhalb von Bland-Altman-Plots visualisiert, um den Grad der Übereinstimmung für 50 bzw. 95% der Patienten zu beurteilen und die Limits of Agreement im Bereich Mittelwert der Differenzen $\pm 95\%$ CI's zu ermitteln. Die Äquivalenz wurde mittels Konfidenzintervall-Inklusion der SFS-Differenzen 2016 mit 2017 (jeweils einseitig vorgegebenes $\alpha = 5\%$) (Wellek, Blettner, 2012) ermittelt.

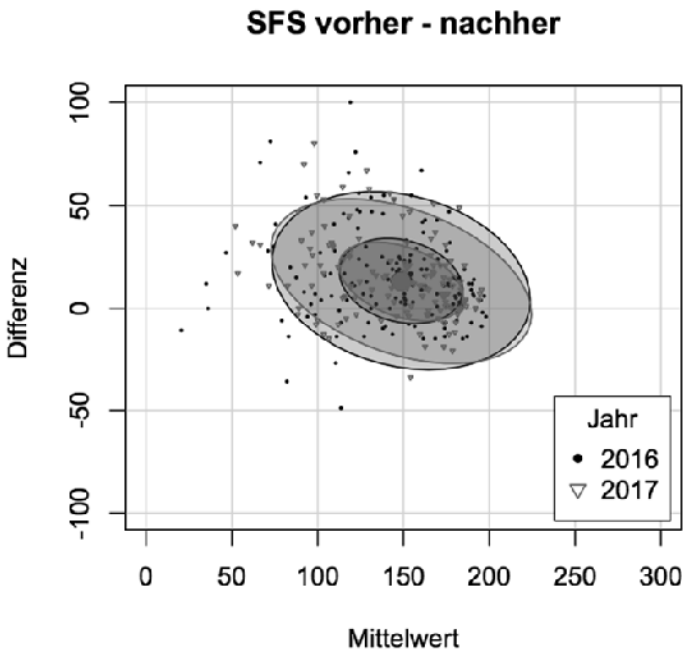
Ergebnisse

Die demographischen Daten zeigten im Vergleich der beiden Kollektive 2016 (n=161) und 2017 (n=141) keine signifikanten Unterschiede (m/w: 143/18 versus 130/11 - Fishers's Exact Test $p=0.434$; Alter: Mittelwert: $42,1 \pm 11,1$ versus $42,8 \pm 11,1$ Jahre - U-Test $p=0,549$; Latenz nach Unfall: Mittelwert: $13,4 \pm 21,8$ versus $11,6 \pm 16,8$ Monate - U-Test $p=0,821$).

Der Mittelwert der SFS-Differenzen vor und nach EFL als Maß für eine höhere selbsteingeschätzte körperliche Leistungsfähigkeit lag bei $14,8 \pm 22,2$ (2016), beziehungsweise $15,0 \pm 19,8$ (2017).

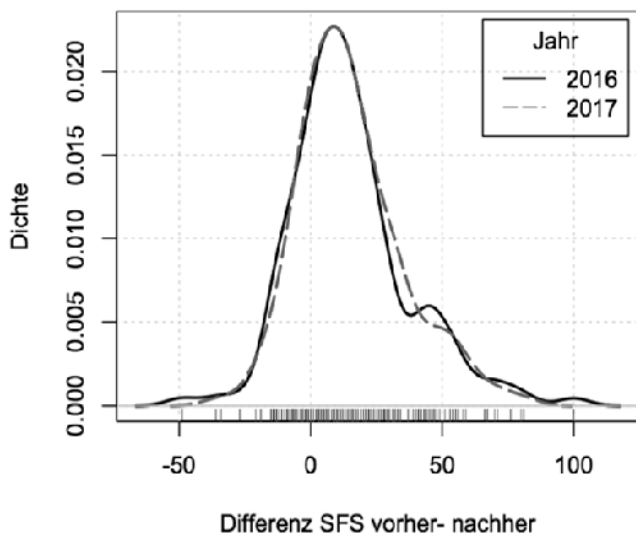
Die Analyse der SFS-Differenzen mittels Ellipsoiden der 95% Werte ergab eine auffällig grafische Ähnlichkeit (siehe Abbildung 1).

Abb. 1



Die Äquivalenzanalyse bestätigte eine bemerkenswerte Akzeptanz der Übereinstimmung der Daten. Die Differenz der SFS-Werte ergab im Vergleich der beiden Kohorten einen Wert von $-0,20$. Das korrespondierende 95%ige CI (-4.97 bzw. 4.56) wurde daher innerhalb des vorab definierten Intervalls von -5 bis $+5$ inkludiert und bestätigte die Gleichwertigkeit bzw. Reproduzierbarkeit der beiden Kohortenergebnisse (siehe Abbildung 2).

Abb. 2



Fazit

Die Äquivalenzprüfung bestätigt, dass die SFS-Differenz vor und nach EFL im Jahresvergleich reproduzierbar und valide beziehungsweise evidenz-basiert belastbar sind.

Dies ist auch deshalb bemerkenswert, weil die Tests in beiden Kohorten von jeweils mindestens 8 verschiedenen Therapeuten durchgeführt und von 2 Ärzten ausgewertet und abschließend befundet wurden. Die Stärke der Studie liegt auch darin, dass jeweils auf Daten gesamter Jahreskohorten zurückgegriffen wurde und somit ein Selektionsbias auszuschließen ist. Weiters erfolgte die Auswertung retrospektiv zu einem Zeitpunkt (im Jahr 2018), als die Befundung der EFL-Tests beider Kohorten bereits abgeschlossen war, sodass auch eine Beeinflussung der Patienten durch eine mögliche Erwartungshaltung der Autoren nicht möglich war.

Zusammenfassend zeigte sich, dass die, in der Vorstudie beschriebene realistischere Selbsteinschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit von Traumapatienten durch einen insgesamt nur circa 5-stündigen EFL-Test in hohem Maße auch im Kollektiv des Folgejahres reproduzierbar ist.

Wir hoffen mit diesen Ergebnissen einen Beitrag zur Datenlage der Reproduzierbarkeit von Studienergebnissen im Bereich der Persönlichkeitsfaktoren (Selbstwirksamkeit) in Hinblick auf die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation traumatologischer Patienten liefern zu können.

In Zukunft ist eine weitere Überprüfung der Reproduzierbarkeit dieser Ergebnisse in anderen Rehabilitationszentren mit ähnlichen Patientenkollektiven geplant.

Literatur

Baker M, Nature; 2016;53: 452-454.

Clay FJ, Newstead SV, McClure RJ (2010). A systematic review of early prognostic factors for return to work following acute orthopaedic trauma. *Injury* 41, 787-803.

Isernhagen SJ (1992). Functional capacity evaluation: rationale, procedure, utility of the kinesiophysical approach. *J Occup Rehabil* 2, 157-168.

Matheson LN, Matheson ML (1989). Spinal Function Sort: Rating of Perceived Capacity. Text Booklet and Examiner's Manual. Trabuco Canyon: Performance Assessment and Capacity Testing.

Open Science Collaboration, *Science* 349. Aac4716 (2015).

Schindl M, Wassipaul S, Wagner, T, Gstaltner K. Einfluss der EFL auf die subjektiv wahrgenommene physische Leistungsfähigkeit von traumatologischen Rehabilitanden. DRV (Hrsg.) 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium 2018, S.173-75.

Wellek S, Blettner M 2012: *Dtsch Arztebl Int.* 2012 Oct;109(41):674-9. doi: 10.3238/arztebl.2012.0674. Epub 2012 Oct 12. Review.

Return to Work nach psychischer Erkrankung. Mixed-Methods-Follow-Up-Studie: Determinanten einer erfolgreichen Wiedereingliederung. Ergebnisse der qualitativen Teilstudie

Stegmann, R. (1), Schulz, I. (1), Schröder, U.B. (2)

(1) Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), Berlin,

(2) e-fect dialog evaluation consulting eG, Berlin

Zielstellung

Psychische Erkrankungen führen zu überdurchschnittlich langen Arbeitsunfähigkeitszeiten (Badura et al. 2017), erhöhen das Risiko arbeitslos zu werden, sind der zweithäufigste Grund für eine Frühverrentung (BPtK 2015) und verursachen hohe wirtschaftliche Kosten (BAuA 2018). Für die Betroffenen bedeuten sie eine massive Einschränkung der Lebensqualität und der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (Wege und Angerer 2013).

Die bisherige Forschung zeigt, dass die Wiedereingliederung [international Return to Work (RTW)] ein komplexer und multifaktoriell beeinflusster Prozess ist (France et al. 2002; Stegmann und Schröder 2016), der noch nicht hinreichend erforscht ist. Quantitative systematische Übersichtsarbeiten weisen darauf hin, dass vor allem eine Kombination von klinischen und arbeitsbezogenen Maßnahmen erfolgversprechend erscheint (Furlan et al. 2012; Arends et al. 2012; Nieuwenhuijsen et al. 2014). Eine qualitative systematische Übersichtsarbeit verdeutlicht, dass sowohl individuelle Faktoren (z.B. Einstellung zur Arbeit) als auch betrieblich soziale Faktoren (z.B. stufenweise Wiedereingliederung, soziale Unterstützung) und die Zusammenarbeit (über-)betrieblicher Akteure Erfolgsfaktoren im RTW-Prozess sind (Andersen et al. 2012).

Ziel der von der Deutschen Rentenversicherung Bund geförderten Mixed-Methods-Längsschnittstudie ist es, vor allem die arbeitsbezogenen Faktoren in Wechselwirkung mit den individuellen und therapiebezogenen Faktoren zu analysieren.

Methoden

Aus der quantitativen Teilstudie (n= 286) wurde ein Subsample von 32 TeilnehmerInnen für die qualitative Studie ausgewählt. Mit den Teilnehmenden wurden leitfadengestützte, narrativ fundierte Interviews zu drei Erhebungszeitpunkten durchgeführt: zu Baseline t0 am Ende des Klinikaufenthalts, zu t1 6 Monate und t2 ein Jahr nach Entlassung aus der Klinik. Die Interviews wurden digital aufgezeichnet und verschriftlicht. Ausgewertet wurden sie mit der Dokumentarischen Methode nach Bohnsack (Bohnsack 2010).

Ergebnisse

Von 96 geplanten Interviews wurden 95 durchgeführt. Folgende Entstehensbedingungen konnten identifiziert werden: (1) Überforderung durch Arbeitsbedingungen und Einstellung zur Arbeit, (2) Überforderung durch individuelle Bedingungen, (3) Kombinationen aus 1 und 2 sowie (4) Sinnkrisen. In diesem Kontext wurden drei zentrale Typen rekonstruiert, die für das Erleben, Verhalten und Handeln im Verlauf der Krise stehen: (1) eine Werteorientierung, (2) eine Verhältnisorientierung und (3) eine Sinnorientierung. Im ersten Fall zeigen die Befragten entweder eine übermäßige Leistungsorientierung, ein ausgeprägtes Pflichtbewusstsein oder eine sich verselbständigende Helferorientierung, die sie im Laufe der Krise überfordert. Im Falle einer Verhältnisorientierung dokumentieren sich ausschließlich Konflikte bei der Arbeit. Die Interviewten geraten in die Krise, (1) weil sie aus ihrer Perspektive zu wenig Anerkennung bekommen, (2) oder weil ihre Arbeitseinstellung zunehmend in Konflikt mit den betrieblichen Rahmenbedingungen gerät. Im Gegensatz dazu erleben die Betroffenen in der Sinnorientierung eine Lebenskrise als Auslöser für die psychische Erkrankung.

Unabhängig von der Orientierung weisen die Interviewten eine hohe Verausgabungsbereitschaft, eine nicht ausreichende Abgrenzungsfähigkeit gegenüber äußeren Anforderungen und eine geringe Selbstsorge während der sich zuspitzenden Krise auf. Überdies charakterisieren sie die Entstehung als einen schleichenden Prozess des Ignorierens oder Missverstehens von Symptomen. Ein nicht unerheblicher Teil der Betroffenen beschreibt ein „Funktionieren bis zum Umfallen“, währenddessen sie sich selber und anderen fremd werden.

In der Klinik zeigen sich abhängig vom Grad der Auseinandersetzung mit der zentralen Handlungsorientierung und den Entstehensbedingungen unterschiedliche Bewältigungsstrategien: (1) ein offensiv erkenntnisorientierter, (2) ein pragmatisch nutzenorientierter, (3) ein defensiv erholungsorientierter und (4) ein ohnmächtig-orientierter Umgang mit der Erkrankung und der Rückkehr zur Arbeit.

Auf die Wiedereingliederung bezogen lassen sich zwei zentrale Handlungsstrategien identifizieren, die unterschiedliche Bedarfe andeuten: (1) eine betrieblich-sozial flankierte Selbstwirksamkeitsorientierung und (2) eine Unterstützungsorientierung zur Neu- bzw. Umorientierung.

Fazit

Die narrativ fundierten Interviews erwiesen sich als geeignete Erhebungsmethode zur Rekonstruktion des Erlebens, Verhaltens und Handelns im RTW-Prozess. Das qualitative Sample, das sich in zentralen Merkmalen vom quantitativen Sample nicht unterscheidet, deckt die Breite möglicher Problemlagen in Folge einer psychischen Erkrankung in Bezug auf die Wiedereingliederung gut ab und ermöglicht so ein besseres Verständnis der Wechselwirkungen zwischen therapiebezogenen, individuellen und arbeitsbezogenen Faktoren. Einschränkend ist allerdings festzustellen, dass Personen mit schwerwiegenden Komorbiditäten nicht in die Studie einbezogen wurden.

Auf der individuellen Ebene bildet eine erkenntnisorientierte Auseinandersetzung mit der zentralen Handlungsorientierung, der Erkrankung und der Rückkehr die beste Voraussetzung für eine erfolgreiche Wiedereingliederung. Positive Signale des Arbeitgebers, eine betriebliche Vertrauensperson, die die Rückkehr aktiv unterstützt sowie eine stufenweise Wiedereingliederung (STWE) sind in diesem Kontext hilfreich.

Ein erholungsorientierter und ohnmächtig-orientierter Umgang hingegen deuten einen intensiven Unterstützungsbedarf an. Programme wie PsyRENA sind ebenso erforderlich wie eine professionelle Begleitung der Wiedereingliederung inklusive einer STWE.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Andersen, M.F., Nielsen, K.M., Brinkmann, S. (2012): Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 38. 93–104.
- Arends, I., Bruinvels, D.J., Rebergen, D.S., Nieuwenhuijsen, K., Madan, I., Neumeyer-Gromen, A., Bültmann, U., Verbeek, J.H. (2012): Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, 12.
- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (2017): Fehlzeiten-Report 2017. Krise und Gesundheit – Ursachen, Prävention, Bewältigung. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Berlin. Springer-Verlag GmbH Deutschland.
- Bohnsack, R. (2010): *Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden*. Opladen, Framington Hills. Verlag Barbara Budrich.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2018): Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt und betriebliche Wiedereingliederung. Kolloquium vom 13. bis 14. Juni 2017 in Berlin.
- BundesPsychotherapeutenKammer (BPtK) (2015): BPtK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit. Psychische Erkrankungen und Krankengeldmanagement. Berlin.
- Furlan, A.D., Gnam, W.H., Carnide, N., Irvin, E., Amick, B.C., DeRango, K., McMaster, R., Cullen, K., Slack, T., Brouwer, S., Bültmann, U. (2012): Systematic review of intervention practices for depression in the workplace. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(3). 312-321.
- Nieuwenhuijsen, K., Faber, B., Verbeek, J.H., Neumeyer-Gromen, A., Hees, H.L., Verhoeven, A.C., van der Feltz-Cornelis, C.M., Bültmann, U. (2014): Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, 12.

- Schröder, U., Stegmann, R. (2016): Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt: Wiedereingliederung nach einer psychischen Krise. Ergebnisse einer qualitativen Studie. ASU Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin, 51. 660–668.
- Wege, N., Angerer, P. (2013): Psychische Erkrankungen – Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und Versorgung psychisch erkrankter Erwerbstätiger. Psychiatrie, 10. 71-81.

Berufliche (Re-)Integration nach psychosomatischer Rehabilitation: Welchen Einfluss haben Rehabilitandenmerkmale bzw. die Rehabilitationseinrichtung?

Kaluscha, R., Krischak, G.
Universität Ulm

Zielstellung

Neben der Verbesserung des Gesundheitszustandes sind der Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit und die berufliche (Wieder-)Eingliederung zentrale Ziele der Rehabilitationsleistungen der Deutschen Rentenversicherung. Diese hat daher im Rahmen ihrer Qualitätssicherung entsprechende Vorgaben wie z.B. die Reha-Therapiestandards entwickelt, um unabhängig von der ausgewählten Einrichtung eine adäquate Versorgung der Rehabilitanden zu gewährleisten. Zugleich verfolgen die Rehabilitationseinrichtungen eigene Behandlungsstrategien und sind auch gehalten, bei Bedarf individuelle Anpassungen der Therapie vorzunehmen. Daher stellt sich die Frage, ob nun sämtliche Häuser ähnliche Behandlungen mit ähnlichen Ergebnissen durchführen oder ob es auch nach Berücksichtigung möglicher Unterschiede bei den behandelten Rehabilitanden Häuser mit auffälligen Ergebnissen gibt.

Methoden

Aus der Rehabilitationsstatistikdatenbasis der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover wurden alle Rehabilitanden ausgewählt, die in den Jahren 2011, 2012 oder 2013 eine Rehabilitationsmaßnahme aufgrund einer psychosomatischen Erkrankung (ICD10: F32 bis F34 sowie F41, F43 und F45) durchführten und zwischen 18 und 63 Jahren alt waren. Zielgröße war der Erwerbsstatus (Beschäftigung ja vs. nein) im Jahr nach Rehabilitation. Dieser wurde bei Rehabilitationseinrichtungen, die in allen drei Jahren mindestens 50 Rehabilitanden aufgrund der jeweiligen Zieldiagnosen behandelten, mittels logistischer Regression analysiert. Die Stichprobe umfasste damit 7.979 Fälle aus elf Kliniken. Da unterschiedliche Eingangsvoraussetzungen der Rehabilitanden (Nübling et al. 2015, Kaluscha et al. 2017) oder andere Faktoren wie z.B. der regionale Arbeitsmarkt (Hetzel & Streibelt 2016) den Erwerbsstatus nach Rehabilitation beeinflussen können, wurde für die entsprechenden Rehabilitandenmerkmale wie z.B. Alter und Geschlecht, den Erwerbsstatus vor der Rehabilitation sowie den Herkunftskreis und die dortige Arbeitslosenquote adjustiert. Es wurden sukzessive Variablen aus den Modellen entfernt, falls diese keinen signifikanten Einfluss auf die Zielgröße hatten (Backward-Selection, Signifikanz-Niveau=1%). Um die

Robustheit der Ergebnisse prüfen zu können, wurde für jedes Jahr ein separates Modell gerechnet.

Ergebnisse

In allen drei Jahren waren das Alter, die Arbeitsunfähigkeitsdauer im Jahr vor der Rehabilitation und der Erwerbsstatus im Monat vor der Rehabilitation signifikante Einflussgrößen.

Die Wahrscheinlichkeit einer Beschäftigung im 12. Monat nach der Rehabilitation war bei jüngeren Rehabilitanden höher als bei älteren Rehabilitanden. Eine kürzere AU-Dauer im Jahr vor der Rehabilitation sowie Beschäftigung im Monat vor der Rehabilitation waren mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für Beschäftigung im 12. Monat nach der Rehabilitation verbunden.

Die auf Kreisebene vorliegenden Regionalinformationen zeigten mit einer Ausnahme hingegen keinen signifikanten Einfluss.

Auf Basis dieses Modells wurde nun für die Rehabilitanden jeder Klinik die Beschäftigung vorhergesagt und klinikspezifisch geprüft, ob es auffällige Abweichungen zwischen der gemäß der Rehabilitandenmerkmale zu erwartenden und der tatsächlich erreichten Beschäftigungsquote gab. Bei acht Kliniken lagen die Ergebnisse im 95%-Konfidenzband, während sie bei zwei Kliniken unterhalb und bei einer Klinik oberhalb lagen.

Insgesamt waren überwiegend homogene Ergebnisse hinsichtlich der beruflichen (Re-)Integration zu beobachten. Bei den drei auffälligen Kliniken wäre zu prüfen, ob für die abweichende Ergebnisse Faktoren ausschlaggebend waren, die außerhalb des Rechenmodells liegen (wie z.B. Besonderheiten in der Zuweisung). Ansonsten müssten ggfs. die zwei nach unten abweichenden Häuser ihre Behandlungskonzepte nachbessern, während die nach oben abweichende Klinik womöglich Impulse für eine Verbesserung der Behandlung in allen Häusern geben könnte.

Tab. 1

		Kohorte 2011		Kohorte 2012		Kohorte 2013	
c-Statistik		0,797		0,808		0,812	
Effekt		OR	95%-KI	OR	95%-KI	OR	95%-KI
Altersgruppe Referenz: 60 bis 63-Jährige	unter 25	5,3	(1,6;18,2)	7,2	(1,8; 29)	3,1	(1,0;10,1)
	25 bis 30	2,2	(0,9;5,6)	4,1	(1,5; 11)	6,4	(2,4;17,1)
	31 bis 35	3,9	(1,7;8,8)	3,3	(1,4;8,1)	4,1	(1,9;9,0)
	36 bis 40	3,4	(1,6;6,9)	3,0	(1,3;6,6)	3,5	(1,7;7,3)
	41 bis 45	4,4	(2,2;8,7)	2,4	(1,1;5,0)	3,6	(1,8;7,1)
	46 bis 50	3,1	(1,6;6,0)	3,5	(1,7;7,3)	2,7	(1,4;5,2)
	51 bis 55	2,9	(1,5;5,6)	3,3	(1,6;6,9)	2,0	(1,1;3,7)
	56 bis 60	2,5	(1,3;4,9)	2,0	(0,9;4,2)	1,4	(0,7;2,6)
Familienstand Referenz: verheiratet	ledig					0,7	(0,5;1,0)
	geschieden					0,6	(0,4;0,8)
	verwitwet					1,0	(0,6;1,9)
Arbeitsunfähigkeitsdauer im Jahr vor der Rehabilitation	bis unter 3 Monate	0,7	(0,4;1,1)	0,5	(0,3;1,0)	0,9	(0,5;1,5)
	3 bis unter 6 Monate	0,5	(0,3;0,8)	0,4	(0,2;0,8)	0,8	(0,5;1,5)

		Kohorte 2011		Kohorte 2012		Kohorte 2013	
c-Statistik		0,797		0,808		0,812	
Effekt		OR	95%-KI	OR	95%-KI	OR	95%-KI
Referenz: keine Arbeitsunfähigkeitszeiten	6 und mehr Monate	0,3	(0,2;0,6)	0,2	(0,1;0,5)	0,5	(0,3;0,9)
Anzahl der Diagnosen im Entlassbrief		0,9	(0,8;1,0)			0,9	(0,8;1,0)
Beschäftigung im Monat vor der Rehabilitation		5,4	(3,9;7,6)	4,5	(3,0;6,6)	6,0	(4,1;8,7)
Beschäftigung im 12. Monat vor der Rehabilitation		1,7	(1,2;2,5)	2,6	(1,7;4,2)		
Differenz der Arbeitslosenquote vom Reha-Jahr zum Folgejahr		0,5	(0,3;0,7)				
Aufforderung durch die Krankenkasse				0,6	(0,4;0,8)	0,5	(0,3;0,7)

Fazit

Sowohl Rehabilitandenmerkmale als auch Rehabilitationseinrichtungen können einen Einfluss auf die berufliche (Re)-Integration nach Rehabilitation haben. Die Nutzung entsprechender adjustierter Modelle sollte Baustein der Qualitätssicherung der Rentenversicherung werden und kann einen wertvollen Beitrag zur Bewertung von Ergebnisqualität hinsichtlich zentraler Zielparameter liefern.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Literatur

- Hetzel C, Streibelt M. Hängt die berufliche Wiedereingliederung nach beruflichen Bildungsleistungen vom Arbeitsmarkt ab? Rehabilitation. 2016;55:290-8.
- Kaluscha, R., Nübling, R., Krischak, G., Kriz, D., Martin, H., Müller, G., Renzland, J., Schmidt, J., Kaiser, U., Toepler, E. (2017). Zusammenhänge zwischen subjektivem Reha-Nutzen und Erwerbsminderungsrente: Ergebnisse der Dreijahreskatamnese zur „Reha-QM-Outcome-Studie“ Baden-Württemberg. DRV-Schriften Bd. 111, S. 98-99.
- Nübling, R., Kaluscha, R., Krischak, G., Kriz, D., Holstiege, J., Martin, H., Müller, G., Renzland, J., Reuss-Borst, M., Schmidt, J., Kaiser, U., & Toepler, E. (2015): Die „Reha-QM-Outcome-Studie“ des Qualitätsverbundes Gesundheit und der DRV Baden-Württemberg – Methodik und ausgewählte Ergebnisse. Prävention und Rehabilitation, 27, 77-94.

Danksagung

Wir danken der DRV Braunschweig-Hannover für die Förderung dieser Studie.

Sozialmedizinische Therapieinterventionen in der Richtlinienpsychotherapie

Linden, M., Dragunowa, O.

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Zielstellung

Sowohl vor, wie insbesondere auch nach einer stationären psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahme befinden sich viele Patienten in Behandlung bei Richtlinienpsychotherapeuten (Nübling et al. 2015, Linden 2017). Wegen der Art der Störungen und der Dauer der Erkrankungen liegen bei vielen Patienten nicht nur Funktionsstörungen (Krankheitsbeschwerden), sondern auch Fähigkeits- und Teilhabeeinschränkungen vor. Dies erfordert eine ganzheitliche sozialmedizinische und rehabilitationsorientierte Behandlung. Dem kommen seit kurzem auch Änderungen der Psychotherapierichtlinie oder von Verfahrensregeln der Rentenversicherer entgegen, die jetzt auch Psychologischen Psychotherapeuten die Verordnung von Sozialtherapie oder die Berichterstattung bei einem Rehaantrag erlauben.

Auf diesem Hintergrund war eine Frage, welche sozialmedizinischen Interventionen von Richtlinienpsychotherapeuten durchgeführt oder initiiert werden oder prinzipiell zur Anwendung kommen können. Dies soll in einer Feldstudie untersucht werden. Voraussetzung für diese Untersuchung war, eine Zusammenstellung einschlägiger Maßnahmen zu erarbeiten.

Methoden

Es wurde in einem mehrschrittigen Prozeß eine sozialmedizinische Therapieliste erarbeitet. Dazu wurde das sozialmedizinische Glossar der DRV durchgesehen nach Stichworten, die operative Elemente bezeichnen. Es wurde eine Literatursichtung durchgeführt. Es wurden Verlautbarungen der Psychotherapeutenkammern und Kassenärztlichen Vereinigungen zu Rate gezogen. Es wurde eine Befragung bei Sozialarbeitern in Rehakliniken und Akutkliniken durchgeführt mit der Bitte anzugeben, welche sozialmedizinischen Interventionen von ihnen eingeleitet werden.

Ergebnisse

Es fanden sich 40 sozialmedizinische Interventionen, die Richtlinienpsychotherapeuten zur Anwendung bringen oder initiieren können. Dies umfasst unmittelbare eigene Aktivitäten (z.B. Verordnung von Soziotherapie, Abfassung eines Rehaantrags), Kontaktaufnahmen mit teilhaberelevanten Stellen (z.B. Arbeitsagentur, Arbeitsmediziner), Weiterverweisung von Patienten (z.B. Sozialamt, Selbsthilfegruppen), Initiierung von Attesten durch Dritte (z.B. Arbeitsunfähigkeit, GdB) oder Kooperation mit Dritten (z.B. Suchthilfe, IRENA).

Fazit

In der Richtlinienpsychotherapie werden wegen der Zuweisungsbedingungen und der therapeutischen Problemstellungen vorrangig chronisch psychisch Kranke behandelt (Linden 2008). Sie bedürfen daher aus klinischer Perspektive wie auch nach den Vorgaben des SGB IX einer ganzheitlichen bio-psycho-sozialen Behandlung. Die sozialmedizinischen

Interventionen stellen einen wichtigen Behandlungsbaustein dar. Es steht ein breites Spektrum an einschlägigen Optionen zur Verfügung. Es ist eine Aufgabe der Berufsgruppen, Krankenkassen oder Rentenversicherungsträger diese Möglichkeiten bekannt zu machen und die Voraussetzungen zu schaffen, dass sie auch genutzt werden. Die sozialmedizinische Therapeulinste ist ein Schritt in dieser Richtung.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg

Literatur

- Linden, M. (2008). Was ist Psychotherapie gemäß SGB IX? Verhaltenstherapie, 18, 144-145.
- Linden, M. (2017). Teilhabe am Arbeitsleben in der Richtlinienverhaltenstherapie. Ergebnisse einer Auswertung von Therapieantragsberichten. Psychotherapeut 62, 371-375.
- Nübling, R et al (2015). Psychische Beeinträchtigung und Empfehlung sowie Inanspruchnahme von Psychotherapie nach medizinischer Rehabilitation – weitere Ergebnisse der „Reha-QM-Outcome-Studie“. DRV-Schriften, 107, 315-318.

Vergleich der Relevanz von Informationen im Kontext der Inklusion von Menschen mit körperlichen und psychischen Behinderungen

Slavchova, V., Arling, V.

RWTH Aachen

Zielstellung

Die gesellschaftliche Inklusion von Menschen mit Behinderung ist seit 2006 mit der UN-Behindertenrechtskonvention gesetzlich gefordert (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2016) und mit dem Bundesteilhabegesetz sowie der Novellierung des SGB IX verankert (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2017). Demgegenüber zeigten Studien mit fingierten Bewerbungssituationen, dass insbesondere psychisch erkrankte Bewerber seltener als gesunde Bewerber ausgewählt werden (Slavchova et al., 2016).

Sozialpsychologische Studien konnten zeigen, dass die Haltung gegenüber anderen Gruppen positiv durch konkrete Informationen verändert werden kann (Stangor, et. al., 2001). In Slavchova et al. (2018) konnte in diesem Zusammenhang gezeigt werden, dass Informationen über konkrete Einschränkungen bei psychisch erkrankten Bewerbern eine wichtige Stellschraube in Richtung der Inklusion sein können. Dabei gab eine weitere Studie Hinweis darauf, dass körperlich und psychisch behinderte Menschen grundlegend anders beurteilt werden (Slavchova et al., 2017).

Gegenstand dieser Studie ist vor diesem Hintergrund die Frage, inwieweit sich die Wichtigkeit von behinderungsrelevanten Informationen im Vergleich zwischen körperlichen und psychischen Behinderungen unterscheidet.

Methoden

Im Rahmen einer Online-Studie nahmen insgesamt 580 Personen teil (386 ♀, 194 ♂). Das durchschnittliche Alter betrug 29,64 Jahre (SD = 11,51 Jahre). Die Teilnehmer wurden angehalten, eine Personalauswahl-Entscheidung für eine kaufmännische Tätigkeit

(verwaltend-organisierende Aufgaben, z.B. PC-Tätigkeiten, Teamarbeit, Kundenkontakt) in einem mittelständigen Unternehmen zwischen einem behinderten Bewerber und einem gesunden Bewerber zu treffen.

Die Studie umfasste vier Bedingungen (2x2 Design), auf die alle Personen randomisiert zugewiesen wurden. Variiert wurde zum einen die Art der Behinderung (körperlich: Sehbehinderung - psychisch: Depression) und zum anderen die Informationen über die Behinderung (keine Informationen - detaillierte Informationen). Die Informationen waren so gewählt, dass sie sachlich über die Auswirkung der Behinderung im Berufsalltag aufklärten. Dabei wurde hervorgehoben, dass der behinderte Bewerber die Einschränkungen bereits aktiv kompensiert (Sehbehinderung: Hilfsmittel; Depression: Medikamente).

Mit Hilfe dieses Designs konnte ermittelt werden, welche Relevanz die Vermittlung von Informationen vor dem Hintergrund körperlicher und psychischer Behinderungen in der Personalauswahl hat. Zum besseren Verständnis entsprechender Ergebnisse wurden die Probanden gebeten, sehbehinderten Menschen und Menschen mit Depression „typische“ Eigenschaften zuzuschreiben.

Ergebnisse

Ohne Informationen entschieden sich 62 Probanden (40,52%) für den sehbehinderten Bewerber (gesunder Bewerber: N = 91, 59,48%). Mit vorgegebenen Informationen verbesserte sich das Verhältnis, 70 Personen (48,28%) wählten den sehbehinderten Bewerber (gesunder Bewerber: N = 75, 51,72%). Ohne Informationen entschieden sich 29 Personen (20,42%) für den Bewerber mit Depression (gesunder Bewerber: N = 113, 79,58%). Mit konkreten Informationen über die Depression erhöhte sich die Einstellungsbereitschaft leicht, 40 Teilnehmer (29,41%) waren bereit, den depressiven Bewerber einzustellen (gesunder Bewerber: N = 96, 70,59%). Das Auswahlverhalten der Probanden ist in Abbildung 1 im Überblick dargestellt.

Hinsichtlich der Eigenschaftszuschreibungen wurden die offenen Nennungen kategorisiert (Mehrfachnennungen möglich). Sehbehinderten Menschen wurde 20 Mal eine negative Eigenschaft, 20 Mal eine neutrale Eigenschaft und 60 Mal eine positive Eigenschaft zugeschrieben. Demgegenüber wurde depressiven Menschen 79 Mal eine negative Eigenschaft, 17 Mal eine neutrale Eigenschaft und vier Mal eine positive Eigenschaft zugeschrieben.

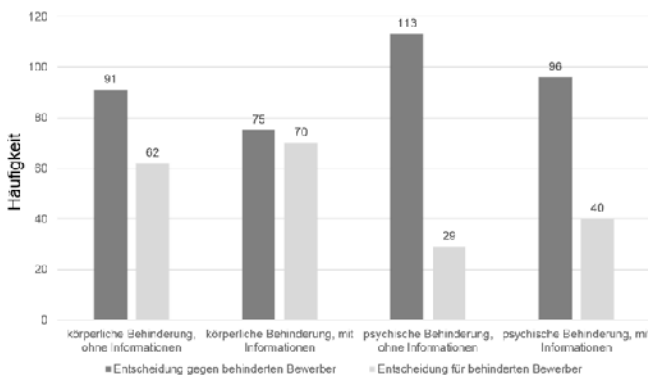


Abb. 1: Auswahlverhalten der Probanden

Fazit

Die Studie gibt Hinweis darauf, dass Informationen bei körperlichen und psychischen Behinderungen im Berufskontext wichtig sind. Dies gilt aber insbesondere für psychische Behinderungen, weil die grundsätzliche Bereitschaft zur Beschäftigung hier deutlich geringer ausfällt. Die Eigenschaftszuschreibungen unterstützen dieses Bild, depressive Menschen werden negativer beurteilt als sehbehinderte Menschen. Da die Eigenschaftszuschreibungen bei depressiven Personen vor allem auf Leistungsaspekte bezogen sind, gilt es diesem Punkt besondere Aufmerksamkeit bei der Vermittlung passgenauer Informationen zu schenken.

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: 17.10.2018.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2017): Bundesteilhabegesetz Kompakt - Die wichtigsten Änderungen im SGB IX. URL: <https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/Sonstiges/downloads/BTHG-Kompakt.pdf>. Abruf: 17.10.2018.
- Slavchova, V., Arling, V. (2018): Informationen über Einschränkungen als Stellschraube bei der Personaleinstellung von psychisch erkrankten Bewerbern. DRV-Schriften, 112. 221 - 223.
- Slavchova, V., Spijkers, W., Arling, V. (2017): Zuschreibungen in Bezug auf die Personaleinstellung von behinderten Bewerbern – körperliche und psychische Erkrankungen im Vergleich. DRV-Schriften, 111. 147 - 149.
- Stangor, C., Sechrist, G. B., Jost, J. T. (2001): Changing racial beliefs by providing consensus information. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(4). 486 - 496.

Erwerbsbiografien im Fokus – worauf achten Anwender der beruflichen Rehabilitation in der Arbeit mit dem Teilnehmer?

Knispel, J., Arling, V.
RWTH Aachen

Zielstellung

Ein klassischer Grundsatz aus der Personalpsychologie besagt, dass vergangenes Verhalten der beste Prädiktor für zukünftiges Verhalten darstellt (Owens, 1976). Dies lässt sich im Sinne des ökologischen Modells (zit. nach Breough, 2009) durch Umwelterfahrungen erklären, die den Menschen in Bezug auf das formen, was ihn ausmacht (z.B. Wissen, Fertigkeiten, Fähigkeiten, Interessen).

Um die Passung von dem Bewerber zur Stelle zu bewerten, stellt die Erwerbsbiografie in der Personalpsychologie daher eine wichtige diagnostische Quelle dar (Schuler et al., 2014). Eine entsprechende Berücksichtigung wird beispielsweise durch die Sichtung des Lebenslaufs des Bewerbers realisiert (Cole et al., 2003). Die berufliche Vergangenheit ist – gerade im Kontext

der gesundheitlichen Einschränkung und der Notwendigkeit einer beruflichen Umorientierung –besonders relevant in der beruflichen Rehabilitation.

In diesem Sinne galt es zu erfassen, welche Themengebiete bzw. Aspekte der Erwerbsbiografie in der Arbeit mit dem Teilnehmer aus Expertensicht von Relevanz sind. Ziel des Beitrages ist es, die Expertise von Anwendern aus Berufsförderungswerken (BFW) bzw. Berufstrainingszentren (BTZ) über Erwerbsbiografien in der beruflichen Rehabilitation zu bündeln.

Methoden

Zur Beantwortung der Fragestellung wurden 19 Experteninterviews im BFW Oberhausen (N=6), im BTZ Duisburg (N=7) und im BTZ Dortmund (N=6) geführt. Für die Interviews wurde ein teilstandardisierter Interviewleitfaden verwendet, der im Pretest mit der Leiterin des RehaAssessments (BFW Köln) erfolgreich erprobt wurde.

Die Experten sollten möglichst viele erwerbsbiografische Aspekte benennen, die für sie in der Arbeit mit den Teilnehmern wichtig sind. Dabei sollten die Experten neben dem Aspekt selbst auch eine Vermutung darüber formulieren, welche Bedeutung die entsprechende erwerbsbiografische Information für den Erfolg der beruflichen Rehabilitation hat.

Die acht Frauen (42,1%) und elf Männer (57,9%) konnten eine durchschnittliche Berufserfahrung von 13,83 Jahren (SD = 8,36 Jahre; Spanne: 1,75 – 26 Jahre) in der beruflichen Rehabilitation vorweisen. Acht Befragte waren Ausbilder (42,2%), sieben Experten waren für die Maßnahmenbetreuung zuständig (36,8%) und je zwei Mitarbeiter waren in der Ergotherapie (10,5%) bzw. als psychosoziale Mitarbeiter (10,5%) beschäftigt.

Die Auswertung erfolgte in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) induktiv aus dem Material heraus. Ergebnis dieser Auswertung war ein Categoriesystem, mit dessen Hilfe die erwerbsbiografischen Informationen strukturiert aufbereitet werden konnten.

Ergebnisse

Im Rahmen der induktiven Kategoriebildung leiteten sich insgesamt 27 unterschiedliche erwerbsbiografische Aspekte mit vier Hauptkategorien ab.

Unter die Hauptkategorie „Bildung“ fielen erwerbsbiografische Aspekte wie z.B. Schulbildung oder Berufsbildung. Unter „Berufstätigkeit“ fielen Themen, die mit der Art des Berufs, mit den Bedingungen des Berufes sowie die Bewertung des Berufs assoziiert waren. Das Thema „Erkrankung“ beschrieb die Erkrankungsform, daraus resultierende Einschränkungen und den Umgang mit der Erkrankung. „Individuelle Voraussetzungen“ waren Themen, die nicht unmittelbar Teil der Erwerbsbiografie waren, aber auf die Bewertung derselben einwirkten (z.B. Alter, ...).

Die Experten benannten sowohl „deskriptive Elemente“ (harte Fakten, unmittelbar einem Lebenslauf zu entnehmen) als auch „interpretative Faktoren“ (z.B. dahinterliegende Motive für eine erwerbsbiografische Entwicklung). Als wichtige Erkenntnis bildete sich ab, dass die Experten die einzelnen Aspekte als voneinander abhängiges Netzwerk charakterisierten. Somit ist die Einordnung einzelner Aspekte nur relativ zu anderen Aspekten zu bewerten (z.B. häufiger Arbeitgeberwechsel x branchenübliche Beschäftigungsverhältnisse) (vgl. Abbildung 1).

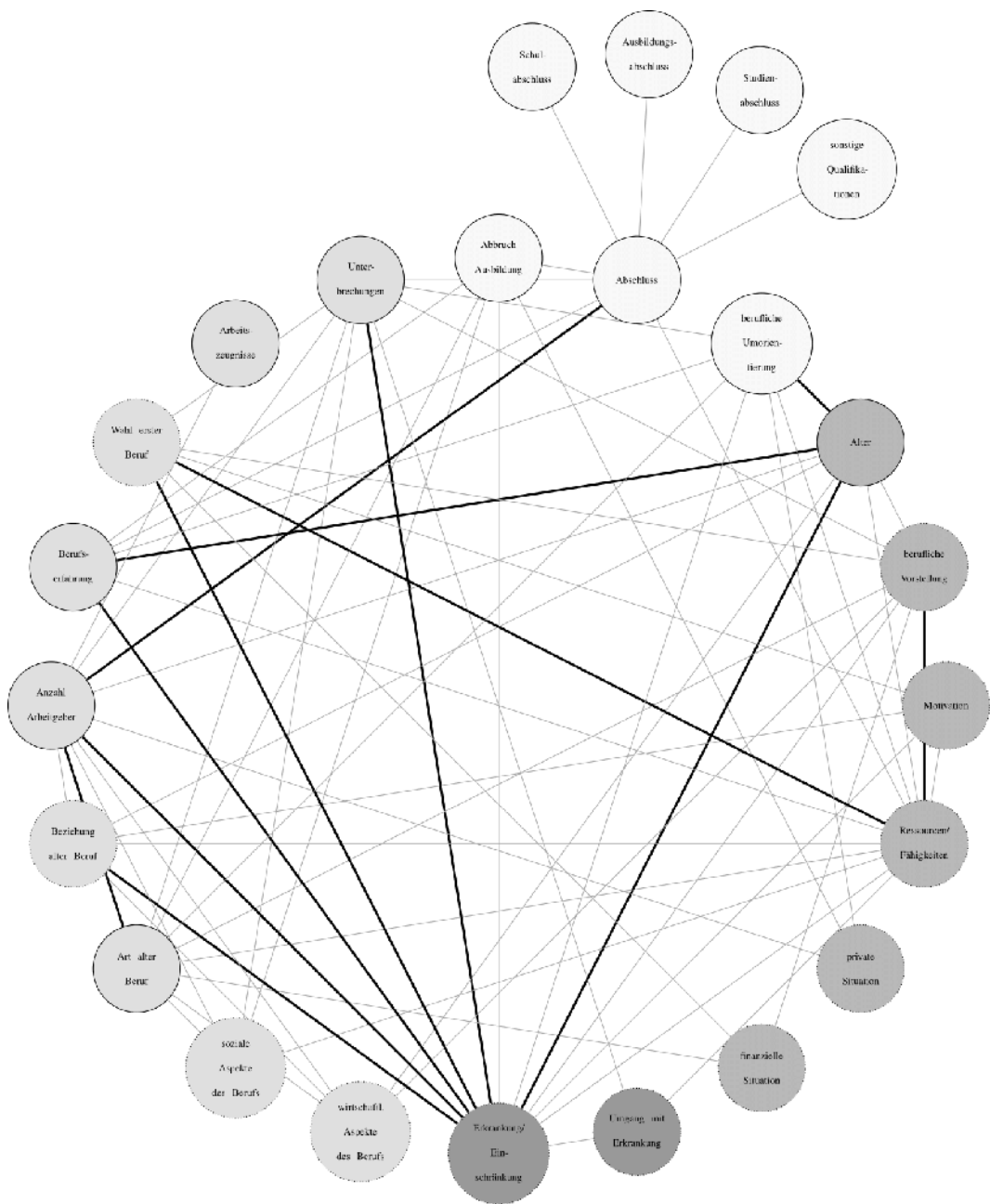


Abb. 1: Netzwerk erwerbsbiografischer Aspekte

Fazit

Die Experteninterviews weisen auf vier große Themenfelder hin, die in der alltäglichen Arbeit mit den Teilnehmern der beruflichen Rehabilitation relevant sind. Die Aufschlüsselung entsprechender Aspekte spiegelt die Breite und Komplexität des erwerbsbiografischen Themas wider. Daher erscheint es im Sinne einer kognitiven Entlastung lohnenswert, die

erwerbsbiografische Arbeit mittels eines teilstandardisierten Fragebogens bzw. Interviewleitfadens zu unterstützen.

Literatur

Breugh, J. (2009): The use of biodata for employee selection: Past research and future directions. *Human Resource Management Review*, 19. 219 - 231.

Cole, M.S., Feild, H.S., Giles, W.F. (2003): What can we uncover about applicants based on their resumes? A field study. *Applied HRM Research*, 8(2). 51-62.

Mayring, P. (2015): *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12., überarbeitete Aufl.). Weinheim: Beltz.

Owens, W.A. (1976): Background Data. In: Dunette, M.D. (Hrsg.): *Handbook of industrial and organizational psychology*. Chicago: Rand-McNally. 609-644.

Schuler, H., Kanning, U. P. (2014): *Lehrbuch der Personalpsychologie*. Göttingen: Hogrefe.

Einstellung zur Rückkehr ins Erwerbsleben bei Versicherten mit zeitlich befristeter Erwerbsminderungsrente

Briest, J.

Medizinische Hochschule Hannover

Zielstellung

Aus bisherigen Publikationen ist bekannt, dass etwa ein Drittel der Versicherten mit einer zeitlich befristeten Erwerbsminderungsrente (EM-Rente) angibt, wieder ins Berufsleben zurückkehren zu wollen (RTW) (Kobelt et al., 2009; Zschucke et al., 2016).

In vorangegangenen Analysen zu den Ergebnissen der REBER-Studie konnte bereits gezeigt werden, die subjektive Arbeitsfähigkeit und Möglichkeit der Umsetzung eines RTW jedoch deutlich pessimistischer bewerten (Briest, 2018). Ziel der folgenden Analysen war die Prüfung möglicher systematischer Einflussfaktoren für diese Bewertungen.

Methoden

In die Studie wurden Versicherte zwischen 35 und 60 Jahren eingeschlossen, deren erster Bewilligungszeitraum einer erstmalig und unabhängig vom Arbeitsmarkt gewährten, zeitlich befristeten EM-Rente im Erhebungszeitraum endete. Insgesamt wurden innerhalb eines Jahres 15.237 potentielle Studienteilnehmer der DRV Bund, DRV Baden-Württemberg, DRV Mitteldeutschland und DRV Nord angeschrieben.

Die schriftliche Erhebung umfasste unter anderem Instrumente zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36), zur Bewertung möglicher Folgen der Berentung sowie Skalen zu Selbstwirksamkeit und Coping-Strategien (FERUS). Zudem wurden soziodemographische Merkmale erfasst. Die Einstellung zum RTW wurde mittels drei 11-stufiger Fragen zur Bewertung von Wunsch, Fähigkeit und Möglichkeit erhoben. Diese Items wurden im Rahmen der Analysen dichotomisiert (≥ 7 Punkte: hohe Ausprägung). Die Fragebogendaten wurden durch Routinedaten der Versicherten ergänzt.

Zur Stichprobenbeschreibung wurden deskriptive Verfahren eingesetzt. Die Überprüfung des Einflusses der verschiedenen erhobenen Merkmale auf die drei verschiedenen Bewertungsdimensionen eines RTW erfolgte mit Hilfe logistischer Regressionsanalysen.

Ergebnisse

4.126 Versicherte konnten für eine Studienteilnahme rekrutiert und in die Analysen eingeschlossen werden. Ein Drittel der Befragten war männlich, das durchschnittliche Alter betrug 51,9 Jahre (Standardabweichung [SD] = 5,8). Knapp 40 % erhielten während ihres Rentenbezugs Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, 90 % waren voll erwerbsgemindert. Die häufigste Berentungsdiagnose stellte die Gruppe der psychischen Erkrankungen dar (52,4 %). Etwa jede zehnte Berentung erfolgte aufgrund von Neubildungen bzw. muskuloskelettalen Erkrankungen, knapp 7 % der Versicherten litten unter Krankheiten

des Kreislaufsystems. 32,8 % der Befragten gaben einen hohen RTW Wunsch an. Dies traf für die Aspekte Arbeitsfähigkeit (9,5 %) und Möglichkeit (5,9 %) nur in geringerem Ausmaß zu.

Bei Berücksichtigung eines hohen RTW Wunsch als abhängige Variable im logistischen Regressionsmodell zeigte sich insbesondere für Versicherte mit einer teilweisen Erwerbsminderung (Odds Ratio [OR] = 3,54; 95 % Konfidenzintervall [KI]: 2,61; 4,79) und Befragte mit Abitur (vs. Hauptschulabschluss; OR = 1,51; 95 % KI: 1,19; 1,92) eine signifikant erhöhte Wahrscheinlichkeit. Ebenso zeigte sich bei besonders hohen Ausprägungen (+ 1 SD) auf den Skalen zur Wahrnehmung besonders negativer Folgen der EM-Rente, der Selbstwirksamkeit (FERUS) und der psychischen Summenskala des SF-36 eine 1,3 bis 1,9fach erhöhte Chance eines hohen RTW Wunschs. Ältere Befragte (OR = 0,92, 95 % KI: 0,91; 0,94) und Versicherte, die mindestens ein Jahr vor Rentenbeginn arbeitslos waren (OR = 0,69; 95 % KI: 0,51; 0,94) gaben hingegen seltener einen hohen RTW-Wunsch an. Kein signifikanter Einfluss zeigte sich hingegen unter anderem für die Merkmale Berentungsdiagnose, Rentenbetrag sowie Erhalt einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation während des Rentenbezugs.

Für die Regressionsmodelle mit den abhängigen Variablen Arbeitsfähigkeit und Möglichkeit zeigten in ihrer Richtung insgesamt vergleichbare Ergebnisse. In beiden Modellen zeigt sich erwartungsgemäß ein noch stärkerer Einfluss einer lediglich teilweisen Erwerbsminderung (OR = 5,7 bzw. 6,9). Zudem hatten Befragte mit einer vergleichsweise günstigen Bewertung der psychischen und körperlichen Summenskala des SF-36 (+1 SD) eine doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit sowohl Arbeitsfähigkeit als auch Möglichkeit günstig zu bewerten. Hinsichtlich der wahrgenommenen sozialen Unterstützung zeigte sich dieser Effekt auch für eine hohe Einschätzung der RTW Möglichkeit (OR = 1,25; 95 % KI: 1,01; 1,56). Für die Bewertung möglicher Folgen der Berentung sowie eine vorangegangene Arbeitslosigkeit zeigte sich hingegen kein signifikanter Einfluss.

Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass eine positive Beurteilung eines RTWs hinsichtlich Wunsch, Können und Möglichkeit von ähnlichen Faktoren beeinflusst wird. So beurteilten vor allem Versicherte mit einer befristeten EM-Rente einen RTW bzw. weiteren Verbleib vergleichsweise günstig. Doch während für den RTW Wunsch auch die vorangegangene Erwerbsbiographie sowie eine erhöhte Wahrnehmung negativer Folgen der EM-Rente eine Rolle spielen, wird die positive Beurteilung von Fähigkeit und Möglichkeit stärker durch die wahrgenommene Gesundheit beeinflusst. Eine begriffliche Trennung des oftmals übergreifend genutzten Wunsch-Begriffs und individuelle Betrachtung der Dimensionen erscheint daher, auch in der Kommunikation mit Betroffenen, sinnvoll.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Briest, J. (2018). Lebensqualität, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Motivation zur Rückkehr ins Erwerbsleben bei zeitlich befristeten Erwerbsminderungsrenten. DRV-Schriften (113), 186-188.
- Kobelt, A., Grosch, E., Hesse, B., Gebauer, E. & Gutenbrunner, C. (2009). Wollen psychisch erkrankte Versicherte, die eine befristete Rente wegen voller Erwerbsminderung beziehen,

wieder ins Erwerbsleben eingegliedert werden? *Psychother Psychosom Med Psychol*, 59 (7), 273-280.

Zschucke, E., Hessel, A. & Lippke, S. (2016). Befristete Erwerbsminderungsrente aus Sicht der Betroffenen: subjektiver Gesundheitszustand, Rehabilitationserfahrungen und Pläne zur Rückkehr ins Erwerbsleben. *Rehabilitation*, 55 (04), 223-229.

Einstellung ärztlicher und psychologischer PsychotherapeutInnen zum Thema EM-Rente – Ergebnisse einer nicht repräsentativen Piloterhebung

*Gombert, C. (1), Hesse, B. (2), Nebe, A. (3), Delbrück, R. (4), Eggens, U. (5),
Wagner, B. (1), Köllner, V. (6)*

- (1) Medical School Berlin, (2) Deutsche Rentenversicherung Westfalen, Münster,
(3) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin,
(4) Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, Karlsruhe,
(5) Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg, Berlin,
(6) Rehazentrum Seehof, Teltow

Zielstellung

Psychische und psychosomatische Erkrankungen sind seit der Jahrtausendwende die häufigste Begründung für Erwerbsminderungsrenten (DRV 2018). Erwerbsminderungsrenten werden zunächst grundsätzlich befristet gewährt, sofern eine Besserungsmöglichkeit nicht zu 100% auszuschließen ist. Der Anteil derjenigen, die tatsächlich in das Erwerbsleben zurückkehren liegt jedoch nur im niedrigen einstelligen Prozentbereich. Die geringe Rückkehrtrate ist insbesondere auch im Hinblick auf verschiedenen Studienergebnissen bemerkenswert, in denen ErwerbsminderungsrentnerInnen eine deutlich höhere Rückkehrintention äußerten (Kobelt et al. 2009; Zschucke et al 2016). Allerdings ist bislang nicht bekannt, ob ErwerbsminderungsrentnerInnen durch ihre BehandlerInnen zielgerichtete Unterstützung zur Rückkehr in das Erwerbsleben erhalten. Mit einer Befragung ärztlicher und psychologischer Psychotherapeutinnen soll geklärt werden, ob Fragen der Erhaltung und Wiedererlangung der beruflichen Leistungsfähigkeit in die ambulanten psychotherapeutische Behandlung einbezogen werden und ob ausreichendes Wissen zu den Themen Erwerbsminderungsrenten und Leistungen zur Teilhabe bei den BehandlerInnen besteht.

Methoden

Um die Einstellung von ambulanten PsychotherapeutInnen zu den o. g. Themenfeldern und ihren Informationsstand zu Erwerbsminderungs-Rente und Leistungen zur Teilhabe zu erfassen, wird Anfang 2019 eine repräsentative Erhebung mit Unterstützung ärztlicher Fachgesellschaften und Psychotherapeutenkammern durchgeführt werden. Um einen hierfür geeigneten Fragebogen zu erstellen, wurde im Sommer 2018 eine Pilot-Erhebung mit überwiegend offenen Fragen an einer kleinen Zahl ärztlicher und psychologischer Psychotherapeutinnen durchgeführt. Die Ergebnisse wurden deskriptiv ausgewertet. Die Antworten der offenen Fragen wurden inhaltsanalytisch nach Themenfeldern klassifiziert. Darauf aufbauend wurde der Online-Fragebogen erstellt.

Ergebnisse

Von 30 eingeladenen PsychotherapeutInnen beteiligten sich 19 (15 w, 4 m, Berufserfahrung meist > 10 Jahre, 13 psychologische und 6 ärztliche PsychotherapeutInnen). In 68,3% aller Therapien war die Auseinandersetzung mit Aspekten der Arbeitssituation (bzw. auch Arbeitslosigkeit) ein Teil des Therapieprozesses. Erwerbsarbeit wurde deutlich eher als förderlich denn als hinderlich für die Überwindung einer psychischen Erkrankung angesehen. Die TherapeutInnen gaben an, bisher im Mittel etwa 35 PatientInnen behandelt zu haben, die eine EM-Rente bezogen. 14 PsychotherapeutInnen hatten PatientInnen mindestens einmal aktiv geraten, einen Rentenantrag zu stellen, in 50% der Fälle mit dem Ziel vorübergehender Entlastung, in 33% weil eine Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit nicht zu erwarten war und in 10% zur Linderung einer existentiellen Not. Als Ursache hierfür wurden neben schweren und chronischen psychischen Erkrankungen häufig schwere Kränkungerlebnisse am Arbeitsplatz (z.B. Mobbing), zunehmende, nicht mehr zu bewältigende Leistungsverdichtung oder die Arbeitsmarktsituation genannt. Ein Rentenbegehren wurde nur von einer TherapeutIn als Kontraindikation gegen eine Psychotherapie gesehen, die anderen sprechen die sich hieraus ergebenden Ambivalenzen für den Therapieprozess in der Therapie offen an. Als Unterstützung wurde für diese Patientengruppe z. B. gewünscht:

- Angebot eines an die Erkrankung und vorhandene Leistungseinschränkung angepassten Arbeitsplatzes
- flexiblere Möglichkeiten seitens der Arbeitgeber (verschiedene Teilzeitmodelle, mehr Möglichkeiten, leichtere Tätigkeit ausführen zu können)
- frühere schnellere arbeitsbezogene Begleitung (wert- und zielfrei), Unterstützung im Umgang mit Arbeitgebern
- Jobcoaching vor Ort, um Konflikte besser zu lösen

Die Mehrzahl der Befragten würde sich an einem sozialmedizinischen Case-Management für EM-RentnerInnen beteiligen, wenn hierbei kein zusätzlicher Druck auf die PatientInnen ausgeübt werde und eine angemessene Honorierung des damit verbundenen Aufwands erfolge. Als Voraussetzung für den Erfolg wurde vor allem das Vorhandensein geeigneter Arbeitsplätze genannt.

Fazit

Die befragten PsychotherapeutInnen zeigten ein hohes Engagement bei der sehr differenzierten und ausführlichen Beantwortung der Fragen. Als Barrieren wurden neben bürokratischen Hemmnissen vor allem die Arbeitsmarktsituation bzw. das Fehlen von für das noch bestehende Leistungsvermögen geeigneten Arbeitsplätzen genannt. Insgesamt erscheinen ein Austausch und die Kooperation mit niedergelassenen PsychotherapeutInnen erfolgversprechend, um die Quote der erfolgreich rehabilitierten EM-RentnerInnen steigern zu können. Aufbauend auf diesen Ergebnissen und der folgenden bundesweiten Online-Befragung können zielgerichtete Strategien für eine effektive Zusammenarbeit erarbeitet werden.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2018). Verteilung der Ursachen von Erwerbsminderungsrenten in Deutschland im Jahr 2017 (Rentenneuzugang). In Statista -

Das Statistik-Portal. Zugriff am 17. Oktober 2018, von <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/899209/umfrage/haeufigste-ursachen-von-erwerbsminderungsrenten-in-deutschland/>.

Kobelt, A., et al. (2009). Wollen psychisch erkrankte Versicherte, die eine befristete Rente wegen voller Erwerbsminderung beziehen, wieder ins Erwerbsleben eingegliedert werden?, *Psychother Psychosom Med Psychol*, 59(7), 273–80.

Zschucke E., Hessel A., Lippke S. (2016): Befristete Erwerbsminderungsrente aus Sicht der Betroffenen: subjektiver Gesundheitszustand, Rehabilitationserfahrungen und Pläne zur Rückkehr ins Erwerbsleben. *Rehabilitation* 2016 (55): 223–229.

Wege psychisch Kranker in die EM-Rente und Rückkehrperspektiven aus der EM-Rente in Arbeit: Ansatzpunkte zu frühzeitiger Intervention in biografische und krankheitsbezogene Verlaufskurven (WEMRE)

Rafalzik, Y., von Kardorff, E., Meschnig, A., Klaus, S., Ostern, A.R.
Humboldt-Universität zu Berlin

Zielstellung

Seit 2001 sind psychische Störungen der häufigste Grund für die Bewilligung einer Erwerbsminderungsrente (DRV Bund 2015). Während im Jahr 2001 24,2% aller EM-Berentungen aufgrund psychischer Beeinträchtigungen erfolgten, betrug ihr Anteil im Jahr 2016 bereits 42,8% (DRV Bund 2017) Die Hauptdiagnosen sind dabei mit zunehmender Tendenz affektive Störungen, hier v.a. Depressionen, und Angststörungen. Die steigende Anzahl von Erwerbsminderungsrenten aufgrund psychischer Beeinträchtigungen erweist sich als eine rehabilitationsökonomische und präventionspolitische Aufgabe und stellt die Betroffenen selbst vor psychische und soziale Herausforderungen. Daraus ergibt sich die praxisbezogene Aufgabe frühzeitige und akzeptierte Angebote zur Vermeidung eines vorzeitigen Ausscheidens aus dem Berufsleben bereit zu stellen.

Die Studie fokussiert auf die Untersuchung der biographischen Vorgeschichten der Betroffenen bis hin zum Eintritt in die EM-Rente; dabei sind die Inanspruchnahme von Leistungen in der Versorgungskette, der weitere Krankheitsverlauf, Veränderungen in der Motivationslage, Rückkehrerwartungen und -wünsche im Zeitraum des erstbewilligten EM-Rentenbezugs, weitere wichtige Themen. Anhand charakteristischer Fallkonstellationen werden die Bedeutung von Geschlecht, Alter und Diagnose, Familien- und beruflichem Umfeld, sowie die Motive zur EM-Berentung rekonstruiert.

Methoden



Abb. 1: Studiendesign

Ergebnisse

Der Antragstellung auf eine Erwerbsminderungsrente geht meist eine lange, oft schleichende, vielfach auch durch Schwankungen geprägte Krankheitsgeschichte voraus. Sozialer Abstieg, negative Ereignisse im privaten Umfeld, Präsentismus am Arbeitsplatz und Diskriminierung im Beruf sowie im Versorgungssystem gehen dabei oft Hand in Hand. Dies spiegelt sich subjektiv in „Verlaufskurven des Erleidens“ (Schütze 2016).

Biographische Verläufe

Bei den jüngeren EM-Rentnern lassen sich in den Erzählungen oftmals entwicklungsgeschichtliche Traumata erkennen. In den Biographien der älteren Interviewten zeigen sich vermehrt somatische Erkrankungen, oft mit Schmerzen verbunden, als Belastungsfaktoren sowie unterschiedliche im Lebensverlauf aufgeschichtete Probleme. Starke körperliche Komorbiditäten sind in der Folge häufig mit depressiven Phasen verbunden; Veränderungen in langjährigen Beschäftigungsverhältnissen führen vielfach zu Anpassungsproblemen, insbesondere verbunden mit fehlender sozialer Anerkennung.

Auseinandersetzung mit der Krankheit

Bewältigungsstrategien vor der EM-Rente:

Die Befragten greifen nicht nur auf zahlreiche institutionelle Angebote wie Psychotherapie, Rehabilitation, stationäre Klinikaufenthalte und Medikamente, sondern auch auf Selbstbehandlung und informelle Hilfen zurück. Für einen Teil der EM-Rentenempfänger gilt jedoch, dass sie keinen Zugang zu angemessenen und krankheitsspezifischen Maßnahmen finden.

Bewältigungsstrategien in der EM-Rente:

Als wichtige Faktoren zur Bewältigung der Erkrankung (Krankheitsarbeit; vgl. Corbin & Strauss 2004) zeigen sich z.B. Achtsamkeitstraining (Suche nach: „Was tut mir gut?“) und die Aufnahme neuer Hobbys. Weiter fördern oftmals Haustiere die Aufrechterhaltung von Alltagsroutinen für die Stabilisierung einer Tagesstruktur. Die Pflege des bestehenden bzw. der Aufbau eines neuen Freundeskreises, schildern viele Interviewten als hilfreich. Zeit für die Familie und soziale Einbindung, die Neudefinition familiärer Beziehungen sind ebenso wichtige Faktoren des Umgangs mit der neuen Lebenssituation. Arbeit, ob als Ehrenamt, Nebenjob oder Teilzeitbeschäftigung dienen der Ausbildung einer neuen Identität (Biografiearbeit; vgl. Corbin & Strauss 2004).

Bewältigungsmuster

Da die Erwerbsarbeit einen hohen Stellenwert einnahm und als Quelle der Wertschätzung diente, brauchen die Befragten einen längeren Zeitraum, bis der nicht-normative Status des EM-Rentners akzeptiert werden kann. Dies fällt den Älteren in der Regel leichter als den Jüngeren, zumal die EM-Rente als biografische Endstation erscheint.

Bisher zeigen sich unterschiedliche Strategien im Umgang mit dem neuen Status als EM-Rentner: offensiver Umgang, Weiter machen wie bisher, Verleugnung, Verheimlichen, Aufgeben, Ablehnung von Hilfe und Rückzug („mir kann niemand helfen“), Akzeptanz (Arrangement vs. Neuorientierung).

Funktion und Verhalten in der EM-Rente:

- finanzielle Sicherheit
- Ruhephase zur Wiedergewinnung von Stabilität
- Auseinandersetzung mit und Bearbeitung der Krankheitsgeschichte
- Neue Selbstpositionierung/ Entwicklung eines neuen Selbstbildes

Fazit

Ein Großteil der Befragten nimmt den Zeitraum der erstbewilligten EM-Rente als temporär an. Während bei den älteren Personen die biographische Endposition mit der EM-Rente zumeist akzeptiert wird, versuchen die jüngeren eine biographische Neuorientierung über die beabsichtigte Rückkehr in Erwerbsarbeit. Die neu gewonnene Sicherheit aufgrund der EM-Rente ermöglicht prinzipiell die Entwicklung von Handlungsalternativen, konkret zeigen sich jedoch psychische und arbeitsmarktbezogene Barrieren bei einem antizipierten Scheitern einer Rückkehr in Arbeit.

Auffällig ist aber, dass vor der EM-Berentung keine expliziten Unterstützungsnachfragen existieren und zusätzliche präventive Maßnahmen (noch) nicht ersichtlich sind.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Corbin, J. M. & Strauss, A. L. (2004): Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. Bern: Huber.
- DRV Bund (2015): Rentenversicherung in Zahlen 2015. Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Hg. v. Deutsche Rentenversicherung Bund. Grundsatz- und Querschnittsbereich: Finanzen und Statistik. Berlin.

DRV Bund (2017): Rentenversicherung in Zeitreihen. Hg. v. Deutsche Rentenversicherung Bund. Grundsatz- und Querschnittsbereich: Finanzen und Statistik. Berlin.

Schütze, Fritz (2016): Verlaufskurven des Erleidens als Forschungsgegenstand der interpretativen Soziologie. In: Fiedler, Werner und Krüger, Heinz-Hermann (Hg.): Sozialwissenschaftliche Prozessanalyse: Grundlagen der qualitativen Sozialforschung. Opladen, Berlin, Toronto: Barbara Budrich, S. 117-150.

Eine empirische Auswertung motivationsrelevanter Einflussfaktoren die zu einem vorzeitigen Austritt aus der Erwerbstätigkeit führen – Eine Differenzierung zwischen White- und Blue-Collar-Arbeitskräften im kliniknahen Kontext

Giessner, S.M.
AHG Klinik Waren

Zielstellung

Seit den 1970er Jahren haben sich die Altersstrukturen in Deutschland durch eine immer älter werdende Bevölkerung verschoben (Grünheid & Fiedler, 2013). Eine Folge dieses Wandels ist ein Mangel an qualifiziertem Personal auf dem Arbeitsmarkt, insbesondere aufgrund eines vorzeitigen Ausscheidens Älterer aus dem Erwerbsleben (Reeuwijk et al., 2013). Um dem entgegenzuwirken ist es erforderlich ältere Arbeitnehmer grundsätzlich längst möglich am Arbeitsplatz zu halten und die Ursachen für den Wunsch nach einem vorzeitigen Ruhestand genauer zu ermitteln.

Eine neue Perspektive durch eine differenzierte Betrachtung von Berufsgruppen im kliniknahen Kontext

Die nachfolgend zusammengefasste Untersuchung benennt erkennbare und kategorische Zusammenhänge zwischen berufsbezogenen Vorruhestandsgründen und der Tendenz zu einer vorzeitigen Verrentung in Differenzierung der klinikrelevanten Berufsgruppen von

- a. Blue-Collar Arbeitern wie Kranken- und Altenpfleger, Krankenschwestern oder Therapeuten und
- b. White-Collar Arbeitern wie leitende ärztliche Angestellte oder Verwaltungsmitarbeiter.

Hierbei werden motivationsabhängige Fragestellungen in den Fokus genommen – gesundheitsrelevante und physische Aspekte wurden aufgrund der vorherrschenden Forschung exkludiert.

Methoden

Das Studiendesign umfasst Berechnungen multivariater Regressionsmodelle anhand von Daten der fünften Welle der internationalen Panelstudie SHARE (n=4.112) (Börsch-Supan, 2013), die eine statistisch validierte Einschätzung erlauben.

Ergebnisse

Die Untersuchung zeigt auf, dass sich das Anforderungsprofil signifikant zwischen White- und Blue-Collar Arbeitnehmern unterscheidet und spezifische Arbeitsbedingungen die Vorruhestandsintentionen beeinflussen.

Grundsätzlich haben Blue-Collar-Arbeitnehmer eher einen Frühverrentungswunsch als White-Collar-Angestellte, wobei die Auslöser innerhalb der beiden Berufsgruppen variieren. Vor allem für White-Collar-Arbeitnehmer kann

- eine unzureichende Feedbackkultur und ein als
- zu niedrig eingeschätztes Gehalt sowie der Grund
- das Leben mehr genießen zu wollen

zu Vorruhestandsabsichten führen.

Umgekehrt tragen solche Bedingungen eher nicht zu einem Frühverrentungswunsch bei den Blue-Collar-Arbeitnehmern bei. Bei ihnen ist der

- Zeitdruck aufgrund hoher Arbeitsbelastung

ein wesentlicher Faktor für einen vorzeitigen Ausstieg aus dem Arbeitsleben.

Interessanterweise scheinen White-Collar-Mitarbeiter mit ihrem Leben zufriedener zu sein als ihre Blue-Collar-Kollegen. Letztere sehen ihre Zukunft unter anderem weniger positiv und messen ihrem Leben weniger Bedeutung bei. Beide Berufsgruppen erleben einen Rückgang an Zufriedenheit, wenn sie geringe Chancen und wenig Perspektiven in ihrem Arbeitsumfeld haben und sie ein Defizit an sozialen Kontakten verspüren.

Fazit

Was können Kliniken tun, um ihre Mitarbeiter längst möglich zu halten?

Es empfiehlt sich, allgemeine Maßnahmen, wie die Verbesserung der Arbeitsumgebung oder die Stärkung der persönlichen Kompetenzen, dauerhaft in die HR-Strategie von Kliniken zu integrieren, um die Effizienz der Mitarbeiter zu optimieren, psychisch bedingtes Ausscheiden zu vermeiden und die Arbeitsfähigkeit so lange wie möglich zu erhalten.

Im Hinblick auf die Unterschiede zwischen den Arbeitsgruppen werden drei wichtige Verbesserungen bei den Arbeitsbedingungen von White-Collar-Arbeitnehmern empfohlen:

1. Es besteht eine höhere Chance, White-Collar-Angestellte im Arbeitsleben zu halten, wenn sie in schwierigen Situationen ausreichende Unterstützung bekommen.
2. Unternehmen sollten zudem bemüht sein für (oftmals leitende) White-Collar-Angestellte eine ausreichende Feedback-Kultur aufrecht zu erhalten.
3. White-Collar-Arbeitnehmer sind an prestigeträchtigen Aufgaben interessiert. Hier spielen auch monetäre Anreize, z.B. ein attraktives Gehalt oder Bonusvereinbarungen, eine große Rolle.

Bei der Mitarbeitererhaltung von Blue-Collar-Angestellten sind die Schwerpunkte anders zu setzen:

1. Prozesse müsend dahingehend optimiert werden, das man, trotz einem oftmals knappen Personalbestand an Blue-Collar-Berufsgruppen, die klinikinternen Abläufe einhalten kann. Hier ist eine bessere Kooperation zwischen Fachpersonal und Klinikleitung erforderlich.
2. Eine Umstrukturierung der oftmals psychisch belastenden Tätigkeiten sollte angeboten werden, um neue Aufgaben zu übernehmen oder zu einer neuen, weniger mental beanspruchenden Position wechseln zu können.

3. Eine Aufwertung der Blue-Collar-Tätigkeit im unternehmensinternen Umfeld ist notwendig um eine Gleichstellung der verschiedenen Professionen zu ermöglichen. Möglichkeiten hierzu bietet zum Beispiel eine Einbeziehung der Blue-Collar-Arbeiter in die Planung von Pflegeprozessen.

Solche Empfehlungen sind nicht neu und dennoch scheitert es oft in der Umsetzung. Eine Ursache ist, dass ein mehrdimensionales betriebliches Altersmanagement auf eine lange Sicht ausgerichtet und die betrieblichen Vorteile oft mangels konkreter Kennzahlen schwer nachvollziehbar sind. In diesem Zusammenhang kann das Altersmanagement eines Unternehmens relativ schnell und leicht kalkulierbar als Kostenbelastung in Bezug auf das Betriebsergebnis interpretiert werden. Hier müssen Gesundheitseinrichtungen langfristig planen, da der aktuelle Fachkräftemangel in Kombination mit der kommenden Verrichtungswelle der Baby-Boomer-Generation in Zukunft ein handfestes Problem darstellen wird. Hier sind konsequente unternehmensinterne Maßnahmen dringend erforderlich, sodass ein integriertes Bild der Mitarbeitererhaltung umsetzbar ist.

Ist die Mitarbeiterförderung älterer Erwerbstätigen überhaupt zeitgemäß?

Zwei dominierende Gründe geben Anlass zu der Frage, ob sich eine Investition in ältere Arbeitnehmer überhaupt lohnt: Zum einen könnte die Digitalisierung langfristig zu einer Kompensation der sinkenden Beschäftigtenzahl führen. In diesem Fall ist ein vorzeitiger Ausstieg der alten Arbeitskräfte aus betriebswirtschaftlicher Sicht durchaus sinnvoll. Aus der Perspektive eines Unternehmers könnten einige Aufgaben in der Zukunft von profitableren Maschinen ausgeführt werden, was eine nachhaltigere Investition darstellen könnte als kostspielige Weiterbildungsmaßnahmen älterer Mitarbeiter, die zudem den physischen sowie psychischen Anforderungen oftmals nicht mehr gewachsen sind. Zum anderen ist es fraglich, ob eine potenzielle Produktivitätssteigerung der älteren Arbeitskräfte, insbesondere in Blue-Collar-Berufsgruppen, den organisatorischen und wirtschaftlichen Aufwand kompensiert. Da die älteren Arbeitskräfte ohnehin in absehbarer Zeit in Rente gehen werden, ist es eine Überlegung, ob die Unternehmen ihre Mitarbeiter so motivieren und weiterbilden können, dass beide Seiten profitieren.

Literatur

- Börsch-Supan, Axel (2013): Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 5.
- Grünheid, Evelyn; Fiedler, Christian (2013): Bevölkerungsentwicklung 2013 - Daten Fakten Trends zum demografischen Wandel. Hg. v. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Wiesbaden). Wiesbaden. Online verfügbar unter http://www.bib-demografie.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschueren/bevoelkerung_2013.pdf?__blob=publicationFile&v=12, zuletzt geprüft am 02.02.2016.
- Reeuwijk, Kerstin; Wind, Astrid de; Westerman, Marjan; Ybema, Jan Fekke; van der Beek, Allard; Geuskens, Goedele (2013): 'All those things together made me retire': qualitative study on early retirement amongst Dutch employees. In: BMC public health 13, S. 516. DOI: 10.1186/1471-2458-13-516.

Typische Erwerbsverläufe vor einer Erwerbsminderungsberentung

Dannenmaier, J., Kölle, T., Jankowiak, S., Krischak, G.

Universität Ulm

Zielstellung

Personen, die aufgrund von gesundheitlichen Beeinträchtigungen frühzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden, weisen mehr Arbeitsunfähigkeits- bzw. Arbeitslosigkeitszeiten auf und können dadurch deutlich weniger Vermögen aufbauen als gesunde Personen, die durchgängig voll beschäftigt waren (Schofield et al., 2010). Erwerbsminderungsrentner sind daher einem höheren Armutsrisiko ausgesetzt. Um die Erwerbsfähigkeit möglichst lange zu erhalten, sollen durch die Rentenversicherungsträger Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht werden. Inwieweit das im SGB VI verankerte Prinzip „Rehabilitation vor Rente“ tatsächlich erfüllt wird und welche typischen Muster von Erwerbsbiographien bei EM-Rentnern zwei Jahre vor der Berentung auftreten, ist Gegenstand der Untersuchung.

Methoden

Grundlage der Analysen war die Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg (DRV BW). Daraus wurden alle Versicherte mit bewilligter Erwerbsminderungsrente, die zwischen Januar 2014 und Dezember 2016 einen Antrag stellten, ausgewählt. Die Erwerbsbiografien der Versicherten in den 24 Monaten vor Rentenanspruchstellung wurden mit einer Sequenzmusteranalyse zu typischen Verläufen zusammengefasst. Anschließend wurden die Charakteristiken der Versicherten, die Inanspruchnahme von Rehabilitation innerhalb von drei Jahren vor der Berentung und die fünf häufigsten Berentungsdiagnosen in den gefundenen Gruppen verglichen.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 50.007 Erwerbsminderungsrenten im ausgewählten Zeitraum durch die DRV BW bewilligt. Mit Hilfe der Sequenzmusteranalyse konnten dabei acht typische Erwerbsbiografien identifiziert werden.

Die Versicherten mit Erwerbsverlauf 1 leisteten in den zwei Jahren vor der Berentung überwiegend Pflichtbeiträge aufgrund von sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung. Vier Monate vor der Antragstellung stieg der Anteil der Versicherten mit Krankengeldbezug leicht an. In Erwerbsverlauf 2 waren die Versicherten vom 24. bis zum 12. Monat vor Antragsstellung überwiegend beschäftigt und wechselten dann langsam zu Krankengeldbezug. Die Versicherten mit Erwerbsverlauf 3 waren nur im ersten Drittel überwiegend beschäftigt und bezogen im zweiten Drittel des Beobachtungszeitraums vermehrt Krankengeld. In den drei Monaten vor Antragstellung stieg in dieser Gruppe der Anteil der Versicherten mit Bezug von ALG I. Der Erwerbsverlauf 4 kennzeichnet sich durch Krankengeldbezug in der ersten Hälfte des Beobachtungszeitraums. In der zweiten Hälfte wechselten die Versicherten zu Bezug von ALG I. Versicherte mit Erwerbsverlauf 5 bezogen in den ersten vier Monaten des Beobachtungszeitraums überwiegend ALG I und Krankengeld, wobei der Anteil an ALG I stetig anstieg. Ab dem 15. Monat vor Antragsstellung stieg der Anteil der Versicherten, die keine Beiträge leisteten kontinuierlich an. Versicherte mit Erwerbsverlauf 6 bezogen überwiegend ALG II. Ab der zweiten Hälfte des

Beobachtungszeitraums erhöhte sich in dieser Gruppe der Anteil der Versicherten, die keine Beiträge leisteten. In Erwerbsverlauf 7 leisteten die Versicherten über den kompletten Beobachtungszeitraum nahezu keine Beiträge. Erwerbsverlauf 8 sammelt alle übrigen Erwerbsverläufe. Hier bleiben die Anteile der Versicherten ohne Beiträge, mit Beiträgen aufgrund von Kindererziehung, freiwilliger Beitragszeit und Beiträge aus der Gleitzone konstant.

Die Charakteristiken der Versicherten, der Anteil der Versicherten mit vorherigen Rehabilitationsmaßnahmen und die fünf häufigsten Diagnosen in jeder der acht Verlaufsgruppen sind in Tabelle 1 dargestellt. Dabei zeigte sich, dass die Reha-Quote sich sehr stark zwischen den Gruppen unterschied. Die Erwerbsverläufe 3 und 4 hatten die höchste Reha-Quoten (ca. 55%). Die geringsten Reha-Quoten wiesen die Erwerbsverläufe 6 und 8 auf.

Fazit

Erwartungsgemäß wechselten viele Versicherte von Pflichtbeiträgen aufgrund von sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung in Krankengeldbezug bzw. von Krankengeldbezug zu ALG I.

Rehabilitation wird eher durchgeführt, wenn ein höherer Anteil Krankengeldbezug den Verlauf charakterisiert. Dies liegt darin begründet, dass in diesem Fall die Versicherten nach § 51 SGB V eher durch die Krankenkasse zur Rehabilitation aufgefordert werden.

Insbesondere bei Verlauf 1 überrascht, dass lediglich jeder zehnte Versicherte eine Rehabilitation in Anspruch nahm, obwohl die Versicherten zum Zeitpunkt der Antragsstellung in Beschäftigung waren und nichts auf eine krankheitsbedingte Beeinträchtigung der Erwerbsunfähigkeit hindeutet. Auffällig war bei Erwerbsverlauf 1 auch der hohe Anteil an Versicherten, die die Erwerbsminderungsrente aufgrund einer unbekannteren und nicht näher bezeichneten Krankheitsursache beantragten.

Der Grundsatz „Reha vor Rente“ scheint nur bei Versicherten mit Krankengeldbezug gut umgesetzt zu werden. Bei Personen, die durchweg in Beschäftigung stehen, sollten die Bemühungen gestärkt werden, die Rehabilitanden-Quote zu steigern.

Literatur

Schofield, D. J., Shrestha, R. N., Percival, R., Callander, E. J., Kelly, S. J., Passey, M. E. (2010): Early retirement and the financial assets of individuals with back problems. *European spine journal* , 20(5). 731-6.

Rückkehr ins Erwerbsleben nach der befristeten Erwerbsminderungsrente - Ergebnisse aus der REBER-Studie

Briest, J.

Medizinische Hochschule Hannover

Zielstellung

Bislang liegen nur wenige belastbare Daten zur Rückkehr ins Erwerbsleben (RTW) nach einer zeitlich befristeten Erwerbsminderungsrente (EM-Rente) vor (Kobelt et al., 2009; Zschucke et al., 2016). Ziel der Studie „Rehabilitation bei Personen mit zeitlich befristeter Erwerbsminderungsrente“ (REBER) war daher unter anderem eine träger- und diagnosenübergreifende Erfassung der weiteren Inanspruchnahme von Rentenleistungen nach der erstmaligen Befristung sowie eine Analyse des RTW.

Methoden

Im Rahmen des Projektes REBER wurden 15.237 Versicherte der DRV Bund, DRV Baden-Württemberg, DRV Mitteldeutschland und DRV Nord befragt, die zwischen 35 und 60 Jahre alt waren und erstmalig eine zeitlich befristete, vom Arbeitsmarkt unabhängige EM-Rente erhielten, deren erste Bewilligung im Befragungszeitpunkt auslief. Teilnehmende der ersten Befragung wurden ein Jahr später erneut befragt. Die schriftliche Erhebung umfasste unter anderem Instrumente zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36), Fragen zur Einstellung gegenüber RTW (Wunsch, Fähigkeit, Möglichkeit) und einer aktuellen Erwerbstätigkeit sowie soziodemographische Merkmale. Die Fragebogendaten wurden durch ausgewählte Routinedaten der Versicherten ergänzt.

Neben deskriptiven Verfahren wurden logistische Regressionsmodelle zur Vorhersage einer Berufstätigkeit bzw. Verdienst über der Hinzuverdienstgrenze berechnet.

Ergebnisse

2.500 Versicherte nahmen an der Erhebung zum zweiten Befragungszeitpunkt teil. Gut zwei Drittel der Teilnehmenden waren weiblich, das Durchschnittsalter betrug 51,9 Jahre (Standardabweichung [SD] = 5,7). Der überwiegende Anteil erhielt eine volle EM-Rente (89,5%). Gut die Hälfte der Renten wurde aufgrund von psychischen Erkrankungen gewährt. Knapp ein Drittel der Berentungen erfolgten aufgrund von Neubildungen (12,8%), muskuloskelettalen Erkrankungen (9,7%) oder Krankheiten des Kreislaufsystems (6,5%).

Bei lediglich 17 Personen wurde die EM-Rente nach der ersten Befristung nicht weiter gewährt. Knapp 3% der Befragten erhielten eine andere Rentenart (z.B. Altersrente) bzw. einen anderen Berentungsumfang, in den meisten Fällen wurde die bisherige Rente weitergewährt.

Ein Viertel der Versicherten gab jedoch an, derzeit beruflich tätig zu sein. Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit betrug 15,0 Stunden (SD = 9,8). Das erhaltene Entgelt überstieg bei 10,6% der Befragten die Zuverdienstgrenze. Im Rahmen einer logistischen Regressionsanalyse zeigte sich, dass die Wahrscheinlichkeit einer Berufstätigkeit vor allem durch das Vorliegen einer teilweisen Erwerbsminderung (Odds Ratio [OR] = 6,14; 95% Konfidenzintervall [KI]: 3,87; 9,73) und einer psychiatrischen Berentungsdiagnose (OR = 1,53; 95% KI: 1,06; 2,19)

begünstigt wurde. Ebenso zeigte sich bei besonders günstigen Werten (+ 1 SD) auf den zum ersten Befragungszeitpunkt erfassten Skalen zur Einstellung gegenüber einem RTW sowie der psychischen und körperlichen Summenskala des SF-36 eine um den Faktor 1,2 bis 1,4 höhere Wahrscheinlichkeit einer Berufstätigkeit. Frauen (OR = 0,73; 95% KI: 0,55; 0,96) sowie Versicherte der DRV Mitteldeutschland (vs. DRV Bund; OR = 0,63; 95% KI: 0,41; 0,96) und DRV Baden-Württemberg (vs. DRV Bund; OR = 0,60; 95% KI: 0,37; 0,97) hatten hingegen eine geringere Wahrscheinlichkeit für RTW. Der Erhalt einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation, eine der Berentung vorangegangene Arbeitslosigkeit, Rentenbetrag sowie Alter und Schulbildung der Befragten hatten hingegen keinen signifikanten Einfluss. Bei Berücksichtigung eines Entgelts über der Hinzuverdienstgrenze als abhängiges Merkmal zeigten sich insgesamt vergleichbare Ergebnisse.

Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass der Wegfall der Berentung bei einer erstmalig befristeten Erwerbsminderungsrente ein sehr seltenes Ereignis darstellt. Eine Berufstätigkeit trotz weiterhin bestehender Erwerbsminderung ist nicht nur angesichts einer möglichen Entlastung der Versicherungsträger durch Verringerung der Rentenzahlungen, sondern auch der gesellschaftlichen Teilhabe der Betroffenen als erstrebenswert zu bewerten. In den durchgeführten Analysen zeigte sich insbesondere für den Umfang der Erwerbsminderung ein hoher Einfluss für die Chance eines RTW. Insbesondere angesichts der Chronizität vieler Berentungsdiagnosen scheint es daher möglich, dass eine frühere, jedoch nur teilweise Berentung zu einem für den Betroffenen günstigeren Verlauf der Erwerbs- und Teilhabebiographie führen könnte.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Kobelt, A., Grosch, E., Hesse, B., Gebauer, E. & Gutenbrunner, C. (2009). Wollen psychisch erkrankte Versicherte, die eine befristete Rente wegen voller Erwerbsminderung beziehen, wieder ins Erwerbsleben eingegliedert werden? *Psychother Psychosom Med Psychol*, 59 (7), 273-280.
- Zschucke, E., Hessel, A. & Lippke, S. (2016). Befristete Erwerbsminderungsrente aus Sicht der Betroffenen: subjektiver Gesundheitszustand, Rehabilitationserfahrungen und Pläne zur Rückkehr ins Erwerbsleben. *Rehabilitation*, 55 (04), 223-229.

Rückkehr-Intentionen und Rückkehr-Verhalten: Erwartungen und Erfahrungen von befristeten Erwerbsminderungsberenteten über 17 Monate

Lippke, S. (1), Zschucke, E. (1), Schüz, N. (2), Hessel, A. (2)

(1) Jacobs University Bremen gGmbH,

(2) Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen, Bremen

Zielstellung

Über das Risiko des Zugangs in eine Erwerbsminderungsrente liegen mittlerweile zahlreiche Studien (z.B. Bethge, 2017) und systematische Reviews inklusive Metaanalysen (z.B. Carroli et al., 2010; Knardahl et al., 2017; Nigatu et al., 2017) vor. Allerdings gibt es nur wenige Untersuchungen mit Versicherten in befristeter Erwerbsminderungsrente (bEMR) und deren Absicht, erneut einer Erwerbstätigkeit nachzugehen (Return to Work, RTW). Eine der wenigen Interventionsstudien (Magnussen et al., 2007) stellte fest, dass positive Erwartungen, eine bessere körperliche Funktionsfähigkeit und Gesundheit RTW wahrscheinlicher machten. Die Literatur zu RTW stellt Befunde, Beobachtungen und Theorien bereit, um diesen Prozess genauer zu verstehen und evidenzbasiert zu verbessern. Eine Theorie ist beispielsweise der Health Action Process Approach (HAPA), auf dessen Grundlage in dieser Studie die Erwartungen und Ziele von Versicherten mit bEMR bezüglich einer Rückkehr ins Erwerbsleben untersucht werden sollten.

Zweck der Untersuchung: Menschen mit bEMR sind im Hinblick auf potentielle Teilhabestörungen eine vulnerable Gruppe, bei der Handlungsnotwendigkeit bezüglich geeigneter Interventionen zur Förderung der RTW besteht. Deswegen sollte in dieser Studie ermittelt werden, welche Faktoren Intention bzgl. RTW aus bEMR vorhersagen.

Methoden

453 Versicherte mit bEMR wurden mittels strukturierter telefonischer Interviews (CATI) zu zwei Messzeitpunkten (Erster Messzeitpunkt/Baseline; Nachbefragungsmesszeitpunkt = Baseline + ca. 14 Monate) zu verschiedenen potentiellen soziodemografischen und psychologischen Prädiktoren befragt.

Ergebnisse

Es zeigte sich, dass Befragte, die jünger waren (OR=0.94), die seit kürzerer Zeit bEMR bezogen (OR=0.82) und die mit dem ihnen zur Verfügung stehenden Geld schlechter zurechtkamen (OR=0.73), eine höhere RTW-Intention hatten.

Im zweiten Schritt wurden personale Ressourcen, d.h. sozial-kognitive Variablen im Zusammenhang mit Erwerbstätigkeit (Handlungsergebniserwartung/HEE, Selbstwirksamkeit zur RTW und Soziale Unterstützung), die Job Ressource „selbständig Entscheidungen treffen“ und das Job-Demand „Arbeit hat mich oft gestresst oder überfordert“ sowie subjektive Gesundheit und Erwartungen an eine medizinische Rehabilitation in die Analysen einbezogen. Dabei zeigte sich, dass nach Kontrolle von soziodemografischen Variablen drei der vier Handlungsergebniserwartungen sowie die Erwartungen an die Reha von Bedeutung waren: Während Alter und Zeit in EMR statistisch bedeutsam blieben, waren auch die HEE, weiterhin Geld zu verdienen (OR=1.91), die HEE, gebraucht zu werden (OR=1.67) sowie

HEE, rauszukommen aus familiärem/häuslichem Umfeld (OR=1.41) und die Erwartung an die medizinische Rehabilitation (OR=1.61) signifikant korreliert mit der RTW-Intention (jedoch nicht intrinsische HEE Spaß und die anderen personalen Ressourcen).

Fazit

Um Versicherte bei RTW zu unterstützen, können ihre HEE genutzt und Selbstwirksamkeitserwartung erhöht werden, z.B. durch gestufte Arbeitserprobungen und Praktika, in denen insbesondere Erfolgserlebnisse gesammelt werden. Diese Angebote werden bereits im Bereich von medizinisch-beruflich orientierter Rehabilitation (MBOR) angeboten – möglicherweise sollten sie jedoch stärker auf die Prävention der EMR und auf die Besonderheiten dieser Versicherten maßgeschneidert werden. Dass möglichst frühzeitig Maßnahmen erfolgen sollten, zeigen die Analysen zur Bedeutung der Dauer in EMR.

Wurden Alter und die bEMR-Dauer gleichzeitig in eine Regressionsanalyse integriert, waren querschnittlich zu Baseline beide bedeutsam. Mit anderen Worten: obwohl die beiden Variablen Zeitaspekte abbilden, haben sie diskriminante Validität. Altern scheint zumindest teilweise etwas Anderes zu sein, als einfach nur länger im Zustand der ERM zu verweilen. Die Tatsache, dass bei der längsschnittlichen Vorhersage der RTW-Intention das Alter, aber nicht die Zeit seit Beginn der EMR eine Rolle spielt, impliziert allerdings, dass an jüngere Versicherte gerichtete Interventionen, erfolgsversprechender sind, als Interventionen, die möglichst bald nach Eintritt in die EMR stattfinden. Damit werden bisherige Befunde bestätigt (z.B. Knardahl et al., 2017) und die Notwendigkeit unterstrichen, Maßnahmen für ältere Versicherte und Menschen, die länger in EMR sind, anzubieten.

Interventionen zur Förderung der Rückkehr in die Erwerbstätigkeit aus bEMR sollten frühzeitig angeboten werden und die RTW-Intention stärken. Dies kann z.B. durch das Sammeln von Erfolgserlebnissen und der damit verbundenen Stärkung der Selbstwirksamkeit geschehen.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen

Literatur

- Bethge, M., Work-related medical rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 2017. 56(1): p. 14-14.
- Carrolli, C., et al., Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions *Disability and Rehabilitation*, 2010. 32(8): p. 607-621.
- Knardahl, S., et al., The contribution from psychological, social, and organizational work factors to risk of disability retirement: a systematic review with meta-analyses. *BMC public health*, 2017. 17(1): p. 176-176.
- Magnussen, L., et al., Motivating disability pensioners with back pain to return to work - A randomized controlled trial. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 2007. 39(1): p. 81-87.
- Nigatu, Y.T., et al., Prognostic factors for return to work of employees with common mental disorders: a meta-analysis of cohort studies. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 2017. 52(10): p. 1205 - 1215

Unterstützung von ErwerbsminderungsrentnerInnen zur Erreichung eines Return to Work: Internationale Erfahrungen und Erkenntnisse für Deutschland

Köckerling, E. (1), Hesse, B. (2), Körner, Mi. (1,2)

(1) Institut für Rehabilitationsforschung Norderney e.V. (IfR),

(2) Deutsche Rentenversicherung Westfalen, Münster

Zielstellung

Erwerbsminderungsrenten (EM-Renten) werden seit dem Jahr 2001 vom Grundsatz her befristet gewährt. Die zeitliche Befristung impliziert dabei eine Verbesserungsmöglichkeit des Gesundheitszustandes bzw. die Chance auf Wiedererlangung der vollen Erwerbsfähigkeit (Hegelich 2006). Erste Auswertungen im Rahmen des ZEMI-Projekts (Zeitlich befristete Erwerbsminderungsrenten: Gibt es eine Chance auf Return to Work?) haben jedoch gezeigt, dass lediglich 5,9% der zeitlich befristeten EM-RentnerInnen ein RTW in einem Umfang von 183 bis 365 Versicherungstage mit einem Tagesentgelt von mehr als 33.-€ (entspricht dem Mindestlohn von 8,50 € für eine Halbtagsbeschäftigung von 4 Stunden) erreichten (Köckerling et al. 2018). Dieses Ergebnis zeigen Handlungsbedarf auf: Personen, die eine zeitlich befristeten EM-Rente beziehen, benötigen zielgerichtete Unterstützung, damit die Zeit des Rentenbezugs als Zeit zur Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit und –tätigkeit genutzt werden kann. Vor diesem Hintergrund wurde ein international orientierter Review durchgeführt, bei dem bisherige Unterstützungsansätze systematische erfasst wurden. Diese Ergebnisse wurden von einer interdisziplinären Expertengruppe mit Blick auf Implikationen für Deutschland diskutiert.

Methoden

Die Literaturrecherche erfolgte nach dem international anerkannten PRISMA-Statement (engl. Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) und umfasst die Datenbanken Pubmed, LIVIVO, Sowiport, Rehadat Forschung/Literatur sowie Recherchen in Kongressberichte, auf den Internetseiten der Deutschen Rentenversicherung und den Internetseiten von regionalen Forschungsverbänden in Deutschland. Die Auswahl der einzuschließenden Dokumente erfolgte durch zwei Personen, die unabhängig von einander die Dokumente zunächst nach Titel/Abstract und in einem zweiten Schritt nach dem Volltext sichteten. Die Analyse der eingeschlossenen Dokumente erfolgte formal und inhaltlich. Die Ergebnisse wurden zusammengefasst und im Rahmen einer Expertenrunde vorgestellt, die neun VertreterInnen aus dem Bereich der Sozialversicherung, Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertretung, Betroffenenvertretung und Forschung umfasste. Anschließend wurden die Ergebnisse mit Blick darauf diskutiert, welche Implikationen sich für die Unterstützung von EM-RentnerInnen in Deutschland ergeben.

Ergebnisse

Es wurden in den Review insgesamt 72 Dokumente eingeschlossen, die zu 49 Untersuchungseinheiten/Projekten zusammengefasst werden konnten. Zur Förderung des

Return to Work (RTW) konnten in den untersuchten Modellprojekten insgesamt drei verschiedene Ansätze identifiziert werden, die mitunter auch kombiniert wurden:

a) Maßnahmen, die finanzielle Anreize für ein RTW geben, z.B. keine/graduelle Reduktion des EM-Rentenzahlbetrags bei Aufnahme einer Erwerbstätigkeit.

b) Maßnahmen, die eine persönliche Begleitung über einen längeren Zeitraum beinhalten, z.B. in Form eines Fallmanagements.

c) Maßnahmen, die zeitlich komprimiert sind und einen Anstoß zum Return to Work geben sollen, z.B. einmalige Beratung durch Sozialversicherung und Arbeitsamt.

Maßnahmen mit finanziellen Anreizen oder einer persönlichen Begleitung zeigten dabei das größte Potenzial zur Unterstützung eines RTW. Es konnte keine Maßnahme identifiziert werden, die das RTW von EM-RentnerInnen substanziell und nachhaltig steigern konnte und darüber hinaus kostenneutral/-senkend für das Rentensystem war.

In der Expertenrunde wurden folgende Bereiche zur strukturellen Förderung des RTW diskutiert:

a) Stärkere Ausrichtung des EM-Rentensystem auf Erwerbstätigkeit/RTW:

Die Expertenrunde unterstützt den Ansatz, eine (finanziell abgesicherte) Phase zur Erprobung der Arbeitsfähigkeit, aber auch eine persönliche, ganzheitliche Unterstützung anzubieten. Es wurde auch darauf hingewiesen, dass unter den geltenden marktwirtschaftlichen Prinzipien keine neuen Arbeitsplätze für gesundheitlich eingeschränkte Personen geschaffen werden und somit politischer Handlungsbedarf besteht. Auch an die Eigenverantwortung der EM-RentnerInnen soll appelliert werden: Der Kontakt zwischen EM-RentnerInnen und ihren ArbeitgeberInnen soll gepflegt werden, damit ein RTW erleichtert werden kann.

b) Verbesserung der Kooperation der Behörden untereinander:

Hierzu wurde festgestellt, dass die Systeme verschiedener Akteure derzeit nicht zusammen passen und es dadurch zu Spannungen kommt. In diesem Bereich wird großer Weiterentwicklungsbedarf gesehen. Auch mit Blick auf die Kundenorientierung sollten Angebote und Zuständigkeiten transparenter gemacht werden.

c) Kooperation von Behörden, ArbeitgeberInnen und Gesundheitsprofessionen:

Es wurden positive Erfahrungen in dem Bereich der interdisziplinären Kooperation gemacht. Um diese Strukturen überregional zu etablieren, sollte jedoch in der Politik ein fester Arbeitsrahmen erarbeitet werden. Es wird Aufklärungsbedarf bei ArbeitgeberInnen, aber auch bei Versorgern des Gesundheitssystem gesehen. Dadurch können Berentungen im Vorfeld vermieden und stärkere Anreize für ArbeitgeberInnen geschaffen werden, erwerbsgeminderte ArbeitnehmerInnen (weiter) zu beschäftigen.

Fazit

Die Ergebnisse des Reviews zeigen, dass es unter den verschiedenen internationalen Ansätzen Teilerfolge gibt, aber eine „endgültige Lösung“ bislang ausblieb. Ausgehend von diesen Ergebnissen hat die Gruppendiskussion aufgezeigt, dass einige internationale Ansätze auch in Deutschland adaptierbar wären und es Möglichkeiten zur Optimierung der strukturellen Rahmenbedingungen für die Unterstützung des RTW gibt. Insgesamt kam die Gruppe zu der Schlussfolgerung, dass eine soziale Verpflichtung zur Unterstützung von EM-

RentnerInnen besteht, auch wenn diese Einzelfallararbeit ist – und perspektivisch auch bleibt – und nicht kostendeckend ist.

Förderung: Institut für Rehabilitationsforschung Norderney e.V. (IfR)

Literatur

Hegelich, S.(2006): Reformkorridore des deutschen Rentensystems. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Köckerling, E., Hesse, B., Körner, M. (2018): Return to Work aus der zeitlich befristeten Erwerbsminderungsrente: Erste Ergebnisse einer SUF-Auswertung. DRV-Schriften, Bd 113. 191-192.

Gute Zusammenarbeit = Gute Maßnahme? Der Einfluss guter Zusammenarbeit zwischen Akteuren in der beruflichen Rehabilitation aus Leistungserbringerperspektive

Neumann, K., Reims, N., Nivorozhkin, A.

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), Nürnberg

Zielstellung

Berufliche Integration schafft gesellschaftliche Integration (Jahoda, 1982). Insbesondere Menschen mit Behinderung können jedoch im Bildungs- und Erwerbssystem auf Barrieren stoßen (u.a. Pfahl, Powell, 2010). Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) im Rahmen beruflicher Rehabilitation sind ein sozialpolitisches Instrument und dienen dem Abbau bestehender Hürden im Erwerbsleben (SGB IX § 33).

Wesentliche Förderinstrumente sind dabei berufsvorbereitende Maßnahmen, Trainingsmaßnahmen, Erstausbildungen oder Umschulungen für Menschen mit Behinderung. Über die Anbieter solcher Maßnahmen ist bislang wenig bekannt. Das Projekt „Perspektive der Leistungserbringer“ soll in diesem Bereich eine erste systematische Betrachtung gewährleisten. Ziel ist es, neben der Darstellung des Praxisfeldes und den gegebenen Herausforderungen, auch die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren in der beruflichen Rehabilitation aus Perspektive der Leistungserbringer zu untersuchen und deren Effekt auf den Erfolg von LTA.

Methoden

Verwendet wird ein Mixed-Methods-Design: Es wurden alle Leistungserbringer, die qualifizierende rehabilitationsspezifische Maßnahmen in Kostenträgerschaft der Bundesagentur für Arbeit durchführen (Stand 2016) mittels eines standardisierten Onlinefragebogens befragt. Nachfolgend wurden vertiefende Experteninterviews bei den Leistungserbringern durchgeführt (N=30).

Ergebnisse

Eine erfolgreiche Maßnahmeteilnahme ohne vorzeitigen Abbruch hat einen zentralen Einfluss auf die späteren Integrationschancen der Teilnehmenden in den ersten Arbeitsmarkt (Reims et al., 2018). Somit kann u.a. die Abbruchquote als ein zuverlässiger Indikator für den langfristigen Erfolg von LTA gelten. Laut der Ergebnisse unserer Onlinebefragung liegt die durchschnittliche Abbruchquote bei den befragten Leistungserbringern (N=200) bei 16%. Mit dem Fractional-Response-Modell werden Faktoren, die die Abbruchquote beeinflussen, identifiziert. Während die Charakteristiken der Einrichtungen keinen wesentlichen Einfluss auf die Abbruchquote haben, stellen die Intensität und Qualität der Zusammenarbeit mit den entsprechenden Stellen der Arbeitsagenturen sowie Kooperationsbetrieben eine wichtige Rolle bei der Verringerung der Abbruchquote dar.

Die vertiefenden Experteninterviews bei den Anbietern rehabilitationsspezifischer Maßnahmen unterstreichen diese Resultate, sie ermöglichen eine bessere Interpretierbarkeit der Daten und erlauben einen differenzierteren und tieferen Einblick in die Beziehung zwischen den unterschiedlichen Akteuren. Die Interviews wurden mittels der Grounded Theory Methodologie ausgewertet (Strauss, Corbin, 1996). Aus dem Interviewmaterial lässt sich ableiten, dass besonders die Zusammenarbeit mit den zuweisenden Stellen in den Arbeitsagenturen als zentral für den Maßeerfolg gewertet wird. Die Bedingungen 'Beständigkeit', 'Wissen' und 'Vertrauen' bei den Akteuren wirken auf die Güte dieser Zusammenarbeit. Durch eine bspw. höhere Personalfuktuation und Veränderungen in der Ausbildung der Mitarbeiter bei den Agenturen, können sich diese Determinanten der Zusammenarbeit verändern und bilden somit zusätzliche Herausforderungen für die Maßeerträger. Diese können darauf zum Beispiel mit einem veränderten Engagement in ihrer Beziehungsarbeit zu den Kooperationspartnern reagieren. So laden einige Träger vermehrt zu Informationsveranstaltungen oder Besichtigungen ihrer Einrichtungen ein, um so in Wissen, Vertrauen und die Beständigkeit der Beziehungen zu investieren. Die Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern und den Betrieben lässt sich nach einem ähnlichen Modell beschreiben und erklären.

Fazit

Die bisherigen Ergebnisse der Studie belegen den zentralen Einfluss der Qualität der Zusammenarbeit zwischen den Akteuren in der beruflichen Rehabilitation (z.B. Rehaberater, Leistungserbringer, Betriebe) auf den Erfolg rehabilitationsspezifischer Maßnahmen bzw. deren erfolgreichen Abschluss. Zudem hebt unser Beitrag zum einen den Nutzen von Mixed-Method-Ansätzen hinsichtlich ihrer Erklärungsreichweite hervor. Zum anderen wird die Notwendigkeit unterstrichen, sozialpolitische Instrumente auch auf der Ebene der umsetzenden Akteure zu betrachten, so können Mechanismen auf Mikroebene untersucht werden und ihr Einfluss auf den Erfolg von LTA.

Literatur

- Jahoda, M. (1982): Employment and unemployment: a social-psychological analysis. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Pfahl, L.; Powell, J.J.W. (2010): Draußen vor der Tür: Die Arbeitsmarktsituation von Menschen mit Behinderung. Aus Politik und Zeitgeschichte (2010), H. 23, 32-38.
- Reims, N.; Tophoven, S.; Tisch, A.; Jentzsch, R.; Nivorozhkin, A.; Köhler, M.; Rauch, A.; Thomsen, U. (2018): Aufbau und Analyse des LTA-Rehaprozessdatenpanel. Endbericht: http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/Forschungsberichte/fb503-aufbau-und-analyse-des-lta-rehaprozessdatenpanels.pdf?__blob=publicationFile&v=1 [29.03.2018]
- Strauss, A.; Corbin, J. (1990): Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques, Sage Public.

Von der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation zur nachhaltigen Wiedereingliederung in Arbeit bei psychischen Beeinträchtigungen

von Kardorff, E., Meschnig, A., Blasczyk, S., Klaus, S.
Humboldt-Universität zu Berlin

Zielstellung

Aus der starken Zunahme diagnostizierter psychischer Störungen ergeben sich nicht nur sozialpolitische, sondern auch fachliche Herausforderungen für die Rehabilitation. Angesichts der wenigen und teils widersprüchlichen Studienergebnisse zum längerfristigen Erfolg beruflicher Wiedereingliederung bei psychischen Beeinträchtigungen haben wir uns darauf konzentriert, konkrete Verlaufsprozesse aus Sicht der Teilnehmer medizinischer und beruflicher Rehabilitation – angefangen von den ersten psychischen Beschwerden über die Inanspruchnahme von Therapien und Rehabilitationsmaßnahmen bis hin zur Rückkehr und dem Verbleib in Arbeit – vergleichend nachzuerfolgen. Darüber hinaus haben wir die subjektiven Nutzungsformen von und die Erwartungshaltungen an die Reha-Maßnahme, sowie individuelle Strategien im Umgang mit der Krankheit und beim Return to Work (RTW) analysiert. Damit sollten Erfolgsbedingungen und Barrieren identifiziert und Ansatzpunkte zu neuen Formen der Unterstützung und/oder Förderung eines nachhaltigen RTW identifiziert werden.

Methoden

Die Studie war als multimethodische Verlaufsuntersuchung angelegt, die quantitative und schwerpunktmäßig qualitative Erhebungsmethoden und Analyseverfahren kombiniert. Die Teilnehmer wurden dabei zu drei Zeitpunkten befragt; 6, 12 und 18 Monate nach Ende der Maßnahme.

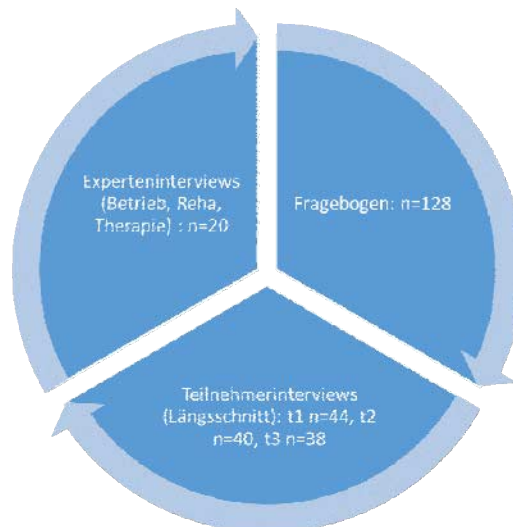


Abb. 1: Sample

Ergebnisse

a) Medizinische und berufliche Rehabilitation im Vergleich:

Gemeinsamkeiten zeigen sich in der Attribution, im Belastungserleben und in den sozialmedizinischen Beeinträchtigungen:

- Arbeits- und Familienleben werden für die Entstehung psychischer Beschwerden gleichermaßen als ausschlaggebend erlebt; andere „Arenen“, z.B. Freunde, Vereine, Politik werden nicht benannt.
- In der Regel durchdringen und verstärken sich verschiedene Belastungen, dauerhafte psychische Belastungen (z.B. Überlastungserleben am Arbeitsplatz) werden durch situative Ereignisse (z.B. eingetretener Pflegebedarf eines Elternteils) verstärkt.
- Als beeinträchtigungsrelevant erlebt werden: Schwere somatische Vorerkrankungen, Überlastungserleben, Traumata, strukturelle Veränderungen in Familie und Arbeit, Gratifikationskrisen sowie Probleme in der Lebensbewältigung

Unterschiede zeigen sich bei der Themensetzung im zeitlichen Verlauf der Rehabilitation und bei der Bearbeitung der Krankheitsgeschichte:

- Während sich in der medizinischen Rehabilitation fast die Hälfte (48,6%) der Rehabilitanden durch die aktuelle Symptomatik stark im Alltag beeinträchtigt sieht, steht das Belastungserleben bei beruflichen Rehabilitanden weniger stark im Fokus (13,0%); bei ihnen hat sich der Umgang mit der Krankheit stabilisiert so dass Fragen des Wiedereinstiegs in Arbeit im Vordergrund stehen.
- Gegenüber beruflichen berichten medizinische Rehabilitanden auch längere Zeit nach Beendigung der Reha ausführlich über ihr Belastungserleben.

b) Zur Rolle der Diagnosen

- Medizinische und berufliche Rehabilitanden unserer Stichprobe unterscheiden sich hinsichtlich der untersuchten Hauptdiagnosen F3 (zwei Drittel) und F4 (ein Drittel) nicht.
- Die Analyse der konkreten Lebensgeschichten zeigt, dass es sich mehrheitlich um komplexe Lebens- und Anpassungsprobleme in Familie und/oder Arbeit, und weniger um eindeutig abgrenzbare psychische Krankheiten handelt.
- hohe Komorbidität: Etwa 80% unserer Teilnehmer geben zusätzliche körperliche Erkrankungen an; oft werden diese als stärker belastend erlebt als die psychischen Beschwerden.

c) Unterschiedliche Nutzung der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation

Medizinischen Rehabilitation wird verstanden als:

- Auszeit/Kur
- Therapie/Akutbehandlung
- Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit und Neuorientierung

Berufliche Rehabilitation wird verstanden als:

- letzte Chance auf dem Arbeitsmarkt
- Re-Normalisierung des Lebens
- biografischer Neuanfang

d) RTW Erwartungen

- 69,6% der beruflichen Rehabilitanden können sich vorstellen direkt nach der Maßnahme wieder zu arbeiten; nach 6 Monaten sind bereits 59,4% in Arbeit.
- In der psychosomatischen Reha erwarten lediglich 36,2% der Befragten direkt wieder arbeiten zu können. Ein halbes Jahr nach Ende der Maßnahme ist aber der überwiegende Teil der Rehabilitanden entweder an ihren alten Arbeitsplatz (56,6%) zurückgekehrt oder hat eine neue Arbeit aufgenommen (9,3%).

Fazit

In der medizinischen stehen im Kontrast zur beruflichen Reha stärker Lebensprobleme in Familie und Arbeit im Vordergrund, die auch ohne direkten Arbeitsbezug große Auswirkungen auf den RTW-Erfolg haben; daher greift die Zuordnung etwa zu einer MBOR-Maßnahme nur bedingt.

Die beruflichen Rehabilitanden sind in der Krankheitsbewältigung meist „weiter“ fortgeschritten. In welchem Stadium der „Krankheitsverlaufskurve“ (Klaus, Meschnig und Kardorff 2018) Rehabilitanden sich beim Zugang zur Rehabilitation befinden, hat gerade bei der medizinische Rehabilitation einen entscheidenden Einfluss auf den Erfolg beim RTW. Rehabilitanden mit der Hoffnung auf eine Auszeit oder konkreten Genesungs- und Therapiewartungen kommen (auch mangels Alternativen) sehr früh in die psychosomatische Rehabilitation, können aber die Maßnahme nicht im Sinne einer Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit nutzen.

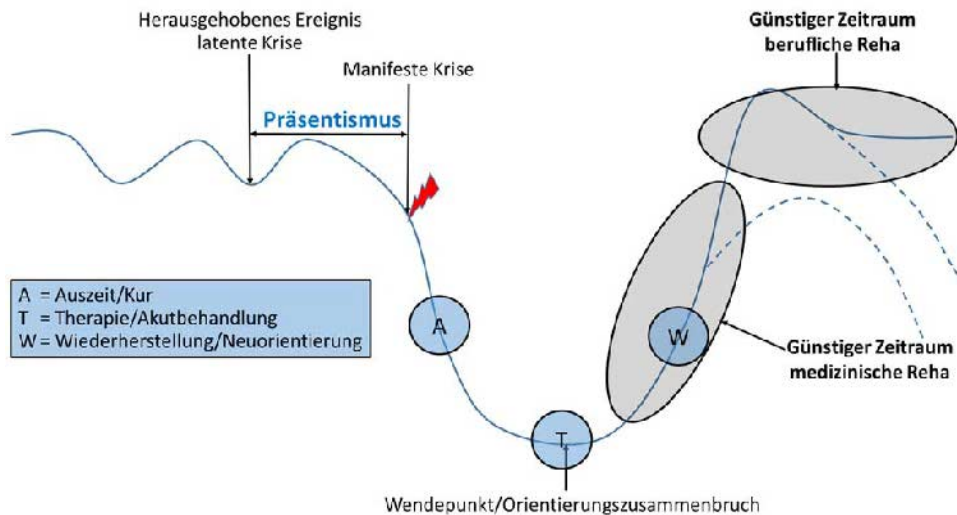


Abb. 2: Verlaufskurve

Die Differenz zwischen der subjektive Einschätzung der Erwerbsfähigkeit und der im Entlassungsbericht diagnostizierten bereitet den Rehabilitanden Probleme. Darüber hinaus wünschen sich viele Rehabilitanden eine Verlängerung des Schonraums zur Rückkehr in und zur Veränderung der belastenden Lebenslagen vor dem RTW, bei der eine Stufenweise Wiedereingliederung im Anschluss hilfreich sein könnte (Bethge 2016).

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg

Literatur

- Bethge, Matthias (2016): Effects of graded return-to-work: a propensity-score-matched analysis. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health* 42 (4), 273–279.
- Klaus, Sebastian; Meschnig, Alexander und Kardorff, Ernst von (2018): Veränderungen der Unterstützungsbedarfe in den Verlaufskarrieren beruflicher Rehabilitanden. Biografische Prozesse in (Risiko-)Konstellationen und deren Auswirkungen auf den Return to Work sowie den Stay at Work Erfolg. In: *Berufliche Rehabilitation*, Heft 1, S. 33-51.

Unterscheiden sich die erwerbsbezogenen Ergebnisse verschiedener Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben?

Kölle, T.(1), Kaluscha, R. (1), Krebs, K. (2), Krischak, G. (1)

(1) Universität Ulm, (2) Berufsförderungswerk Schömburg

Zielstellung

Durch das im Zuge des demographischen Wandels ansteigende Durchschnittsalter von Arbeitnehmern sowie durch die Erhöhung des Renteneintrittsalters wird auch die Zahl von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen im erwerbsfähigen Alter zunehmen. Vor diesem Hintergrund werden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) zunehmend an Bedeutung gewinnen. LTA umfassen verschiedene Leistungsformen, zu denen auch Integrationsmaßnahmen, Teilqualifizierungen und Vollausbildungen gehören. Diese drei Maßnahmenarten unterscheiden sich hinsichtlich Inhalt, Dauer, Betreuungsintensität sowie Kosten deutlich. Inwieweit sich auch das erwerbsbezogene Ergebnis der Maßnahmen unterscheidet, ist Untersuchungsgegenstand der Studie.

Methoden

Die Auswertungen erfolgten auf Grundlage von Routinedaten (Rehabilitations-Statistik-Datenbasis - RSD 2015) der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg (DRV BW) sowie eines kooperierenden Berufsförderungswerks (BFW). Beide Datenstränge wurden über ein einheitliches Versichertenpseudonym datenschutzgerecht verknüpft. In die Analysen wurden alle Rehabilitanden eingeschlossen, die in den Jahren 2009-2014 eine durch die DRV BW finanzierte Maßnahme (Integrationsmaßnahme, Teilqualifizierung oder Vollausbildung) im kooperierenden BFW durchliefen. Um Hinweise auf die erwerbsbezogenen Ergebnisse der drei Maßnahmen zu bekommen, wurden multivariate Analysen (Kovarianzanalyse, logistische Regressionsanalyse) berechnet. Zielgrößen waren das sozialversicherungspflichtige Entgelt und die Beschäftigungstage im Folgejahr der Maßnahme sowie der Erwerbsstatus im 12. Monat nach Maßnahmenende. In die multivariaten Analysen wurden neben der Maßnahmenart zwölf weitere Einflussgrößen aufgenommen, hinsichtlich derer sich die Teilnehmer im Rahmen zuvor berechneter Gruppenvergleiche (Kruskal-Wallis-Test, Chi²-Test) signifikant unterschieden hatten und die einen Einfluss auf den Erwerbsstatus haben können. Dabei handelte es sich um Alter, Geschlecht, Schulabschluss, Stellung im Beruf, Kinder, Führerschein, Umzugsbereitschaft, Entgelt im Vorjahr, Beschäftigungstage im

Vorjahr, Beitragsart im 3. Monat vor Maßnahmenbeginn, Erwerbssituation sowie das Vorliegen einer anerkannten Behinderung.

Ergebnisse

In die Auswertungen konnten die Daten von 953 Rehabilitanden einbezogen werden. Knapp die Hälfte der Rehabilitanden durchlief eine Integrationsmaßnahme (47,7%, n=455), ein weiteres Drittel eine Teilqualifizierung (33,6%, n=320), die verbleibenden Rehabilitanden eine Vollausbildung (18,7%, n=178). Das Durchschnittsalter der Rehabilitanden lag bei 42,7 Jahren, 83 % der Teilnehmer waren männlich. Insgesamt schlossen 599 Rehabilitanden die Maßnahme regulär ab, bei 138 kam es zu einem Abbruch der Maßnahme. Aufgrund unterschiedlicher Codierungen in den Routinedaten des BFWs und der DRV BW (z.B. bei „Abbruch“ wegen Arbeitsaufnahme) konnte bei 216 Fällen keine eindeutige Zuordnung in eine der beiden Gruppen (Abbruch bzw. Abschluss) vorgenommen werden.

Die Kovarianzanalysen ergaben für die beiden stetigen Zielgrößen sozialversicherungspflichtiges Entgelt und Beschäftigungstage einen deutlichen Effekt der Maßnahmenart auf das Ergebnis. So hatten bei Abschluss der Maßnahme Rehabilitanden in Vollausbildung und Teilqualifizierung durchschnittlich 97 [61; 132] bzw. 62 [33; 92] Beschäftigungstage mehr als Teilnehmer einer Integrationsmaßnahme. Gleichzeitig erzielten Teilnehmer, die eine Vollausbildung und Teilqualifizierung abgeschlossen hatten, ein um 11.470€ [8.333; 14.607] bzw. 7.188€ [4.576; 9.800] höheres sozialversicherungspflichtiges Entgelt, als Teilnehmer einer Integrationsmaßnahme.

Ähnlich klare Ergebnisse fanden sich auch für die binäre Zielgröße „Beschäftigung vs. Leistungsempfang“. So war die Wahrscheinlichkeit, im 12. Monat nach regulärem Maßnahmenende erwerbstätig zu sein, bei Teilnehmern einer Vollausbildung (OR 3,55 [1,83; 6,87]) bzw. Teilqualifizierung (OR 3,50 [2,01; 6,13]) mehr als dreimal so hoch wie bei Teilnehmern einer Integrationsmaßnahme.

Bei Gegenüberstellung von Vollausbildung und Teilqualifizierung wiesen Teilnehmer der Vollausbildung zwar tendenziell ein höheres Entgelt und mehr Beschäftigungstage auf, diese Unterschiede erweisen sich jedoch als statistisch nicht signifikant.

Neben der Maßnahmenart stellten je nach Zielgröße das Geschlecht, die Umzugsbereitschaft oder die Anzahl der Beschäftigungstage im Vorjahr weitere Prädiktoren dar.

Werden nicht nur Teilnehmer mit Abschluss einer Maßnahme, sondern alle Teilnehmer betrachtet, so zeigt sich ebenfalls ein signifikanter Einfluss der Maßnahmenart auf die drei Zielgrößen. Werden hingegen nur Abbrecher in die Analysen einbezogen, so hat die Maßnahmenart keinen Einfluss auf die Zielgrößen.

Fazit

Vollausbildungen und Teilqualifizierungen dauern in der Regel länger als Integrationsmaßnahmen und sind damit kostspieliger. Die Untersuchung hat gezeigt, dass sich die beiden Maßnahmen jedoch durch ein besseres erwerbsbezogenes Ergebnis auszeichnen. So sind Teilnehmer einer Vollausbildung bzw. Teilqualifizierung im 12. Monat nach Maßnahmenende eher beschäftigt und weisen im Folgejahr ein höheres Entgelt sowie mehr Beschäftigungstage auf als Teilnehmer einer Integrationsmaßnahme. Im Rahmen der Zuweisung sollte daher für

jeden Rehabilitanden, unter Abwägung von Aufwand und Nutzen, eine passende Maßnahme gewählt werden.

Die Analysen zeigen, dass auch unter Berücksichtigung der Teilnehmermerkmale die Art der Maßnahme eine Rolle bei der beruflichen (Re-)Integration spielt. Dabei zeigen die aufwändigeren Maßnahmen bessere erwerbsbezogene Ergebnisse.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Interessenkonflikt: Autor K. Krebs ist Geschäftsführer des Leistungserbringers Berufsförderungswerk Schömborg gGmbH

Literatur

-

Erlebte Begleitung durch einen Reha-Berater bei Personen mit bewilligten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Sternberg, A., Bethge, M.

Universität zu Lübeck

Zielstellung

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) umfassen eine Vielzahl unterschiedlicher Leistungsarten. Abgestimmt auf den individuellen Bedarf des Einzelfalls wird eine Auswahl aus dem zur Verfügung stehenden Leistungsspektrum getroffen. Bei der Wahl der Leistung beraten Reha-Berater unter Berücksichtigung der individuellen Erwerbs- und Krankheitsbiografie des Rehabilitanden (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2009). Angesichts der Heterogenität der Zielgruppe und des Leistungsspektrums ist von einem deutlich variierenden Beratungsbedarf auszugehen. Der eingesetzte Berliner Fragebogen zur Qualitätssicherung von beruflichen Bildungsleistungen umfasst lediglich eine globale Beurteilung der allgemeinen Arbeit des Reha-Beraters (Deutsche Rentenversicherung, 2008). Unklar ist bisher, wie der Reha-Berater von den Rehabilitanden wahrgenommen wird und welche Auswirkungen diese Wahrnehmung hat. Ziel der qualitativen Studie ist es, anhand einer Stichprobe von Personen mit bewilligter LTA die wahrgenommene Begleitung und Beratung durch den Reha-Berater zu beschreiben.

Methoden

Eingeschlossen wurden Personen, deren Antrag auf LTA im ersten Halbjahr 2016 von der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund) „dem Grunde nach“ bewilligt wurde. Die Studienteilnehmer hatten in den vorangegangenen zwei Jahren keine LTA abgeschlossen und keine Rentenanträge gestellt oder entsprechende Leistungen in Anspruch genommen. Mit 16 Personen wurden leitfadengestützte telefonische Interviews durchgeführt. Die Interviews fanden im Oktober und November 2016 (T1), im Februar und März 2017 (T2) und im Mai und Juni 2018 (T3) statt. Die Interviewpartner wurden sowohl zum bisherigen Verlauf ihrer LTA und zur ihrer Erwerbs- und Krankheitsbiografie befragt als auch zum Kontakt mit dem Reha-Berater der DRV Bund. Die Gespräche wurden aufgezeichnet, transkribiert,

anonymisiert und inhaltsanalytisch (Mayring, 2015) in MAXQDA ausgewertet. Vorliegende Informationen über den Kontakt zum Reha-Berater wurden systematisiert und in drei wahrgenommenen Beziehungskonstellationen beschrieben.

Ergebnisse

Nach einem bei allen befragten Personen stattgefundenen ersten persönlichen Kontakt zum Reha-Berater wurde die Kommunikation häufig schriftlich oder telefonisch weiter geführt. Die Häufigkeit der Kontakte war individuell sehr unterschiedlich und hing stark vom aktuellen Stand des LTA Verlaufs ab. Bei allen Befragten reduzierte sich der Kontakt zum Reha-Berater im Verlauf deutlich. Von einigen Rehabilitanden wurde eine schwierige Erreichbarkeit des Reha-Beraters außerhalb der vereinbarten Termine erlebt. Die thematisierten Inhalte der Beratungsgespräche berührten erwartungsgemäß den Rehabilitanden betreffende Themen wie Erwerbs- und Krankheitsbiografie, Wünsche und Interessen, Informationen zum allgemeinen Ablauf einer LTA, Informationen zu bestimmten Leistungsarten oder Anbietern, Ergebnisse medizinischer Gutachten sowie mögliche Tätigkeiten und Zielberufe. In der Wahrnehmung der befragten Rehabilitanden übernahm der Reha-Berater in einigen Fällen die Rolle eines gleichwertigen Partners im Prozess, der sich für die individuelle Situation interessierte, fachlich kompetent beriet und gemeinsam mit dem Rehabilitanden vorging. In der Wahrnehmung anderer Rehabilitanden zeigte der Reha-Berater nur begrenztes Interesse für die individuelle Situation und die Wünsche des Rehabilitanden. Die Wahrnehmung der Begleitung war davon geprägt, den Prozess möglichst aufwandsarm zu beenden und die Rehabilitanden fühlten sich nicht involviert. Weitere Rehabilitanden nahmen die Beratung und damit einhergehende Vorschriften als Einschränkungen wahr und sahen sich im vollen Ausmaß ihrer Möglichkeiten nicht gesehen. Rehabilitanden mit den beiden zuletzt genannten Wahrnehmungen beschrieben häufig Enttäuschung und Rückzug aus dem Kontakt. Personen mit der Wahrnehmung der Eingrenzung schilderten insbesondere das Gefühl der Verunsicherung. Rehabilitanden mit der Wahrnehmung eines gleichwertigen Prozesses berichteten von Motivation und Orientierung. Unter den Interviewteilnehmern bestanden Beratungsbedürfnisse in Bezug auf den Reha-Berater, wie z. B. eine stärkere Personenorientierung, mehr Zeit und eine bessere Erreichbarkeit. Darüber hinaus wurden über die Funktion des Reha-Beraters hinausgehende Bedürfnisse geäußert, wie aufsuchende Hilfen und Begleitung und weiterführende Beratungsleistungen.

Fazit

Die Ergebnisse ermöglichen einen detaillierten Einblick in die von den Rehabilitanden wahrgenommene Begleitung durch den Reha-Berater im Verlauf einer LTA. Es werden unterstützende und einschränkende Rollen wahrgenommen. Es ist davon auszugehen, dass die individuelle Wahrnehmung der Begleitung Folgen für das Mitwirken und die Einstellung der Rehabilitanden im weiteren Verlauf haben kann. Dies könnte insbesondere auf sensible Zielgruppen, z. B. Personen mit psychischen Beeinträchtigungen, zutreffen. Die nachlassende Frequenz der Kontakte im Verlauf stellt die Bedeutung des Erstberatungsgesprächs zur Klärung des Beratungsbedarfs und der Beratungsmöglichkeit im Rahmen der Begleitung durch den Reha-Berater in den Vordergrund. Qualitative Studien sollten zur Berücksichtigung der Betroffenenperspektive und zur Beschreibung der Wahrnehmung von Beratungsleistungen durchgeführt werden.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA). Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund (2009).

Deutsche Rentenversicherung. Teilnehmerbefragung. Fragebogen nach beruflicher Rehabilitation. Berlin: Deutsche Rentenversicherung (2008).

Mayring, P (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (12. überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz.

Partizipative Workshops im Rahmen der Forschung zum betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) – ausgewählte Ergebnisse einer Theorie-Praxis-Interaktion

Ohlbrecht, H., Kuczyk, S., Detka, C., Lange, B.

Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Zielstellung

Im Rahmen der durch die Hans-Böckler-Stiftung geförderten Studie „Präventive Gesundheitsstrategien – aus BEM lernen“ kam mit der Durchführung partizipativer Workshops ein noch relativ seltenes Instrument der qualitativen Forschung zum Tragen, welches zum einen den Teilhabe-Gedanken aufgreift und zum anderen eine Anwendungsorientierung im Forschungsdesign verankert. Der Theorie-Praxis-Transfer auf dem Gebiet der Forschungen zur Teilhabe am Arbeitsleben stellt bisher noch ein Forschungsdesiderat dar, welches auch von Praxisakteur_innen gesehen wird (Bartel, Ohlbrecht, 2018). In diesem Zusammenhang können die Ergebnisse der vorliegenden Studie Aufschluss über eine Kopplung von Theorie und Praxis in der Forschung geben.

Den Ausgangspunkt für die Studie bildete das Wissen um die veränderten Arbeitsbedingungen, welche zu Gesundheitsbelastungen und -risiken führen und nach einer gesundheitsschonenden und -fördernden Gestaltung der Arbeitswirklichkeiten verlangen, die Zunahme von Arbeitsunfähigkeits-Tagen und die Annahme, dass das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) ein wichtiges Instrument darstellt, um diesem Trend zu begegnen, Beschäftigungsfähigkeit zu sichern und Kosten zu senken. Da BEM bereits seit 2004 gesetzlich verankert ist, jedoch bis heute insbesondere in kleinen und mittleren Unternehmen kaum angewandt wird, waren die forschungsleitenden Fragen a) wie die Ausgestaltung von BEM-Prozessen verbessert werden kann und b) wie bisherige Erfahrungen mit dem BEM zur Entwicklung präventiver Maßnahmen und Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit genutzt werden können.

Methoden

In einer ersten Projektphase wurden Entwicklungs- und Verlaufsprozesse im Vorfeld, im Zugang und in der Durchführung von BEM-Verfahren mittels einer qualitativen Interviewstudie untersucht. In der zweiten Projektphase stand eine partizipative Arbeitsausrichtung im

Mittelpunkt (Unger, 2014). Das zweistufige Vorgehen stellte sicher, dass das in der ersten Projektphase zur Anwendung gebrachte Forschungsverfahren seine erkenntnisgenerierenden Potentiale zunächst voll entfaltete und gerade auch von den Akteur_innen im Forschungsfeld noch unzureichend kategorisierte und reflektierte Prozesse erfassbar und analysierbar machte und dass, nachdem die Forschungsergebnisse über Methoden- und Perspektiventriangulation zu empirisch gesättigten Erkenntnissen geführt haben, diese Ergebnisse in der zweiten Projektphase in die Handlungspraxis des Feldes gespiegelt und dort kommentiert werden konnten. Innerhalb dieser „Spiegelung“ sollten dabei die Projektergebnisse nicht einfach als fertiges Wissen in die Praxis vermittelt werden, sondern durch das Arrangement einer gemeinsamen Arbeit von Forscher_innen und Praxisakteur_innen und die Transformation der Forschungsergebnisse eine möglichst hohe Anwendbarkeit und Nutzbarkeit in der Handlungspraxis erfahren.

Zur methodischen Unterstützung in der Durchführung der partizipativen Workshops dienten verschiedene Moderationsmethoden wie auch der Einsatz von empirischen Fallvignetten, die konkrete Schwierigkeiten der Prozessanalyse und der Situationsgestaltung bei diffusen Prozessverläufen drohender Beschäftigungsbeeinträchtigung veranschaulichen. Darüber hinaus wurde fallbezogen transkribiertes Datenmaterial diskursiv bearbeitet. Das Arrangement der gemeinsamen Arbeit von Praxisakteur_innen und Forscher_innen folgte dabei dem erkenntnisgenerierenden Verfahren der Forschungswerkstatt (Inowlocki et al., 2010; Schütze, 2005).

Ergebnisse

Durch ein dreistufiges partizipatives Verfahren, das auf Workshops mit den relevanten Praxisakteur_innen des BEMs, d.h. Arbeitnehmenden einerseits sowie inner- und außerbetrieblichen Akteur_innen andererseits und auch auf gemischten Workshops mit Arbeitnehmenden und inner- und außerbetrieblichen Akteur_innen beruhte, wurde eine evaluative Bearbeitung der Forschungsergebnisse gewährleistet. Im Ergebnis liegen 13 partizipative Workshops vor, die mit Hilfe von Protokollen ergebnisgesichert und z.T. transkribiert wurden.

Die durch die Moderationsvarianten herbeigeführten Gruppendiskussionen einerseits und die Triangulation der unterschiedlichen Perspektiven andererseits führten nicht nur zu neuen Erkenntnissen im Sinne unserer forschungsleitenden Fragen. In allen Workshops wurden die Projektergebnisse der ersten Phase gespiegelt und gemeinsam evaluiert. Es wurde zum einen deutlich, dass BEM-Prozesse als kreative „Suchprozesse“ verstanden werden müssen, die sich an den individuellen „Fällen“, den Betriebsspezifika, vorhandenen Netzwerken und den Arbeitsmarktvariablen ausrichten und intensiv begleitet werden sollten, dass es jedoch auch auf allen Ebenen Paradoxien gibt, die es dabei zu beachten und im Theorie-Praxis-Transfer weiter zu bearbeiten gilt. Zum zweiten zeigte sich erneut, dass das Wissen zum BEM noch immer ungleich verteilt ist und die Wissenschaft Formen finden muss, diejenigen in der Handlungspraxis zu erreichen, denen das Wissen zum BEM und seinen Chancen fehlt. Und schließlich wurde deutlich, dass das partizipative Forschungsdesign auf großen Zuspruch aller Praxisakteur_innen stößt, welche dadurch nicht nur ihre Teilhabe gestärkt, sondern auch Handlungsimplikationen für die Praxis sehen.

Fazit

Ohne eine Transferstrategie können Forschungsergebnisse nicht zu einer Optimierung der Praxis führen und Forschende nicht aus der Praxis „lernen“. Für den Theorie-Praxis-Transfer scheinen jedoch (aufwendige) Translationsprozesse notwendig. Eine Form eines Brückenschlags zwischen Theorie und Praxis (Bartel, Ohlbrecht, 2018) kann auch mit Hilfe von partizipativen Forschungsdesigns gewährleistet werden.

Förderung: Hans-Böckler-Stiftung

Literatur

- Bartel, Susanne; Ohlbrecht Heike (2018): Forschung zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Zum Wissenstransfer zwischen Theorie und Praxis. In: Die Rehabilitation: Zeitschrift für Praxis und Forschung in der Rehabilitation. Stuttgart: Thieme, Bd. 57 (03): 193-200; <http://dx.doi.org/10.1055/a-0604-8416>.
- Inowlocki, Lena; Schütze, Fritz; Riemann, Gerhard (2010): Das forschende Lernen in der Biographieforschung – europäische Erfahrungen. In: Zeitschrift für qualitative Forschung. Jg. 11, Heft 2: 183-195.
- Schütze, Fritz (2005): Eine sehr persönlich generalisierte Sicht auf qualitative Forschung. In: Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung. Jg. 6. Heft 2: 211-248.
- Unger, Hella von (2014): Partizipative Forschung – Einführung in die Forschungspraxis. Wiesbaden: Springer VS.

Berufsbiographische Bedingungen für die Optimierung von Prozessen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM)

Detka, C., Ohlbrecht, H., Kuczyk, S., Lange, B.
Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Zielstellung

Im Rahmen der Datenanalysen in der von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten Studie „Präventive Gesundheitsstrategien – aus BEM lernen“ trat deutlich zutage, dass ein wesentlicher Bedingungsrahmen für den Erfolg von BEM-Prozessen in biographischen, insbesondere berufsbiographischen Bedingungen liegt, die sich bereits vor dem BEM-Verfahren oder sogar vor der Manifestation gesundheitlicher Schwierigkeiten des Arbeitnehmenden manifestiert bzw. aufgeschichtet haben. Der vorgeschlagene Beitrag fokussiert solche systematischen (berufs)biographischen Bedingungen für BEM-Prozesse.

Die Befunde gründen in einem Forschungsprojekt, dessen Ziel es war, den Umgang mit bedingter Gesundheit sowie Strategien zur Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit in betrieblichen Wiedereingliederungsprozessen insbesondere in KMU zu untersuchen. Ein Schwerpunkt bestand dabei in der Frage, wann und in welcher Form präventive Strategien ansetzen könnten, um krankheitsbedingte Ausfälle zu vermeiden und damit eine Wiedereingliederung überflüssig zu machen. Dafür war nicht allein die Analyse konkreter Prozesse der beruflichen Wiedereingliederung in KMU von Bedeutung, sondern auch die Analyse berufsbiographischer Verläufe von Arbeitnehmenden, die ein BEM durchlaufen haben. Auf diese Weise ließ sich in

den Blick nehmen, wie sich Gesundheitsrisiken in konkreten Berufsbiographien zu einer Bedrohung der Beschäftigungsfähigkeit aufschichten und welche Einflussfaktoren dabei eine hemmende oder befördernde Rolle spielen.

Methoden

Qualitative biographieanalytische Perspektiven auf Prozesse der Erkrankung und der medizinischen sowie beruflichen Rehabilitation sind im Bereich der Rehabilitationsforschung nach wie vor noch unterrepräsentiert. Das Forschungsprojekt nutzte zur Bearbeitung der genannten Fragestellung eine berufsbiographisch-narrative Fokussierung, um die Aufschichtung von Risikopotenzialen für die Gesundheit bzw. die Beschäftigungsfähigkeit im Verlauf der beruflichen Entwicklung von Arbeitnehmenden rekonstruieren zu können. Der vorgeschlagene Beitrag gründet in der Analyse von 40 retrospektiv-episodischen Interviews mit Arbeitnehmenden, die entweder strukturierte BEM-Prozesse oder alternative BEM-Prozesse durchlaufen haben.

Ergebnisse

In der Analyse der berufsbiographischen Interviews mit Arbeitnehmenden zeigte sich, dass anhand von Berufsbiographien nicht nur rekonstruiert werden konnte, wie sich Risikopotentiale zu einer Bedrohung der Beschäftigungsfähigkeit aufschichten, sondern dass in den Erfahrungen der Arbeitnehmenden im Verlaufe ihrer Berufsbiographie – also zum Teil bereits lange vor dem BEM-Prozess oder auch schon vor dem Eintritt gesundheitlicher Beschwerden – systematisierbare Bedingungen und Prozessmechanismen dafür liegen, wie sich BEM-Berechtigte dann auf das BEM-Verfahren einlassen können und im BEM-Prozess agieren und interagieren.

Zu solchen biographischen Bedingungen gehören zum Beispiel:

- Die biographisch-aufgeschichteten, individuellen Kompetenzen biographischer Arbeit (Schütze 2008), über die der BEM-Berechtigte verfügt, und die es ihm erlauben, sich auf Veränderungen der Rahmenbedingungen oder auch der Tätigkeiten seiner Berufsarbeit im Zuge des BEM-Verfahrens akzeptierend und mitgestaltend einzulassen oder eben auch nicht
- Frühere Erfahrungen mit einer eigenen Erkrankung oder auch mit der Erkrankung signifikanter Bezugspersonen, in denen sich ein bestimmtes Bild von Krankheit und dem Umgang mit dem Kranksein ausgeprägt hat, das in aller Regel aber für selbstverständlich genommen wird und deshalb unreflektiert bleibt – jedoch als Hintergrundfolie für die Bewertung des BEM-Prozesses durch den Berechtigten wirksam ist. Dazu gehört zum Beispiel auch die Frage, wie Verknüpfungen und Wechselwirkungen zwischen Berufsarbeit und Gesundheit grundsätzlich vom Berechtigten konzeptionalisiert werden.
- Frühere berufsbiographische Entwicklungslinien und Entwürfe, die im Verlauf der faktischen Entwicklung der Berufsbiographie aufgegeben werden mussten und aus dem Blickfeld geraten sind, an die im BEM-Prozess auf der Suche nach alternativen Beschäftigungsmöglichkeiten aber produktiv angeschlossen werden könnte.
- Der Punkt im lebenszyklischen Ablaufmuster, an dem sich die BEM-Berechtigten befinden – ob Erwartungen an eine starke Aufwärts-Dynamik der Berufskarriere als Kernbereich der

eigenen biographischen Entwicklung definiert wird oder vielmehr (materielle und Sinnquellen-bezogene) Bestandssicherung relevant ist.

- Erfahrungen mit einer bestimmten Unternehmens- und Führungskultur, die grundlegend für die Ausprägung einer Haltung gegenüber betrieblichen Diskursarenen geworden sind – und nun als Bewertungsfolie in der Begegnung mit dem Handeln des BEM-Teams wirksam ist.

Fazit

Wenn biographische Bedingungen einen relevanten Einfluss auf den praktischen Verlauf eines BEM-Verfahrens haben, etwa darauf, wie sich BEM-Berechtigte auf ein BEM-Verfahren – und dabei auch auf die in der Praxis sehr unterschiedlich ausgestaltete Ansprache und Interaktionsform in BEM-Prozessen – einstellen können, ist zu fragen, wie solche biographischen Bedingungen in der Praxis von BEM-Prozessen Berücksichtigung finden können. Denkbar wäre eine besondere Sensibilisierung von BEM-Beauftragten für solche Bedingungen im Rahmen eines Weiterbildungsangebotes.

Förderung: Hans-Böckler-Stiftung

Literatur

Schütze, Fritz (2008): Biography Analysis on the Empirical Base of Autobiographical Narratives: How to Analyse Autobiographical Narrative Interviews. In: European Studies in Inequalities and Social Cohesion No. 1/2. 153-242, 243-298. No. 3/4. 6-77.

Estimating the impact of successful completion of vocational education on employment outcomes

Echarti, N.

Hochschule Bonn-Rhein-Sieg, Bonn

Background

An impressive amount of literature has shown that individual wages increase with general education (Card, 1999); whether this is also true for vocational education measures for persons with disabilities is rather unclear. A potential reason for the current lack of convincing empirical evidence in program effectiveness is that re-training participants, due to their individual limitations are rather heterogeneous making it difficult to find suitable comparison groups for program evaluation. Some international studies indicate that vocational education programs have a positive effect on long-term earnings (Dean, Pepper, Schmidt, & Stern, 2015) while other authors find little or no effects (Frölich, Heshmati, & Lechner, 2004). The interpretation of these findings is complicated by differences in programs, which may have different mandates and strategies, and differences in study populations.

The goal of this analysis is to estimate the impact of successful completion of vocational re-training on employment outcomes for a cohort of German rehabilitants.

Methods

Using administrative patient data, from the German Pension Insurance Fund (SUF RSDV2013) the absolute treatment effects of one- and two-year re-training programs are estimated. The control group consists of individuals, who were also admitted into vocational re-training measures but who left the program prior to its completion (or never started). The reasoning behind this intent-to-treat analysis is that using program dropouts reduces concerns about selection bias. This is because dropouts and completers both have the same motivation to apply for vocational education, satisfy the relevant eligibility criteria, and likely have similar health problems. More conceptually, using dropouts changes the nature of the estimate from the effect of starting vocational education to the effect of finishing the program.

The primary outcome variable is the accumulative income earned in the first eight years after program admission (2006-2013). Secondary outcomes consist of days with employment, days with un-employment benefits and days with other social security benefits. Due to data limitations, days with means tested unemployment benefits are only available until the year 2010. In the analyses, a "selection on observed variables strategy" is adopted making use of available pre-treatment data on the rehabilitants' socio-economic status, to identify conditional treatment-probabilities. Program impact is calculated using inverse probability weighted regression adjustment (ipwra). Specifically, the average treatment effect (on the treated) of graduating from either vocational education programs is estimated against the alternative of non-redemption.

As illustrated in figure 1, it is possible to balance propensity scores of the compared subjects (n=2,399) and thereby create a quasi-control group with an almost identical distribution of treatment propensities. Furthermore, standardized differences in covariates between treatment groups are calculated to assess the differences in individual characteristics post re-weighting. All estimated standardized differences in covariates fall within 0.1 standard deviations.

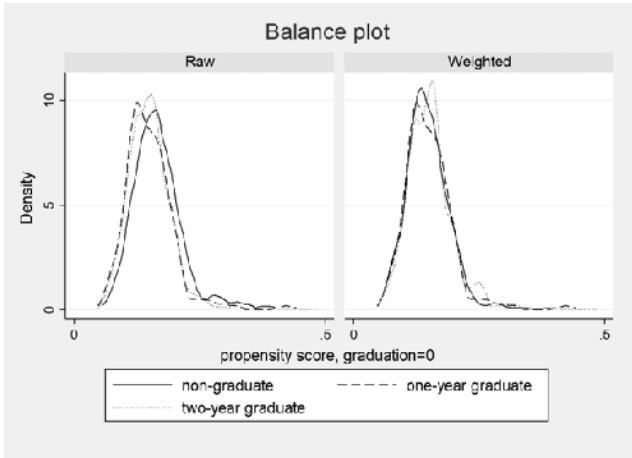


Fig. 1: Boxplot of propensity scores, no training, one-year and two-year re-training before and after re-weighting

Results

Over the eight-year observation period one-year completers had €24,260 (p:0.000; 95%CI: €12,805-€35,714), and two-year completers had €32,736 (p:0.000; 95%CI: €23,926-€41.545) higher income compared to hypothetically not having finished the program (average potential outcome without completion: €69,939). The graph of yearly income differentials (figure 2) illustrates the development of earnings over time showing that program graduates maintain a positive and significant earnings differential until the last year surveyed. A large part of the income gain can be attributed to the increased number of days with employment: One-year program completers had 405 days (p:0.000; 95%CI: 249-561), two-year program completers 455 additional days (p:0.000; 95%CI: 330-580) of employment in comparison to the control group (average potential outcome without program completion: 1,095).

Additionally, the overall number of days with unemployment benefits and other social security benefits are reduced by -322 days (p:0.000; 95%CI: -425 -219) and -242 days (p:0.000; 95%CI: -323 -161), for the one- and two-year graduates, respectively. For graduates of one-year re-training this is mainly due to the reduced number of other social security benefits (-316 days; p:0.000; 95%CI: -380 -251) while for two-year re-training graduates the reduced number of days with unemployment benefits II are pivotal (-146 days; p:0.001; 95%CI: -233 -60), but also the reduced number of days with other social security benefits (-80 days; p:0.008; 95%CI: -140 -21).

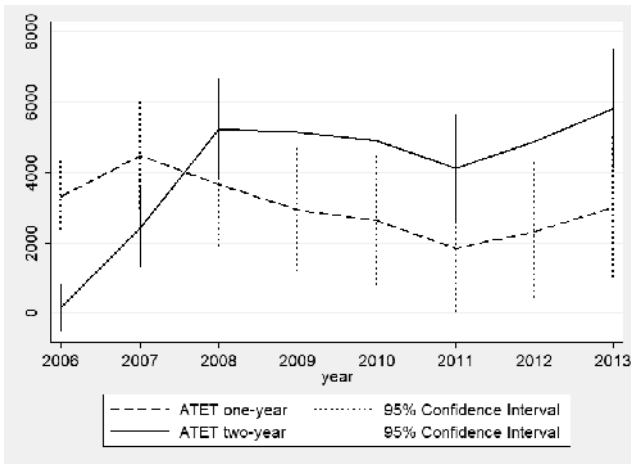


Fig. 2: Average Treatment Effect on the Treated of one- and two-year vocational education programs

Discussion and Conclusions

Compared to an intend-to-treat group, the effect of successful completion of one- or two-year re-training on income and employment is large and statistically significantly different from zero. Additionally, dependency on social security benefits is significantly reduced.

References

- Card, D. (1999). The causal effect of education on earnings. *Handbook of Labor Economics*, 3. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1573446399030114>
- Dean, D., Pepper, J., Schmidt, R., & Stern, S. (2015). The effects of vocational rehabilitation for people with cognitive impairments. *International Economic Review*, 56(2), 399–426. <http://doi.org/10.1111/iere.12109>
- Frölich, M., Heshmati, A., & Lechner, M. (2004). A microeconomic evaluation of rehabilitation of long-term sickness in Sweden. *Journal of Applied Econometrics*, 19(3), 375–396. <http://doi.org/10.1002/jae.757>

RehaFuturReal®: Psychologische Selbsteinschätzung von arbeitslosen Versicherten ohne und mit Case-Management-Einstufung im Vergleich

Knispel, J., Arling, V.
RWTH Aachen

Zielstellung

Zur Umsetzung zentraler Empfehlungen aus dem Entwicklungsprozess RehaFutur (Riedel et al., 2011) etablierte die Deutsche Rentenversicherung (DRV) Westfalen das Beratungskonzept RehaFuturReal®. Mit RehaFuturReal® wurde die Beratungsleistung der Reha-Fachberater als zentrale Akteure des beruflichen Rehabilitationsprozesses mittels einer am Case Management (CM) orientierten Arbeitsweise optimiert. Die RWTH Aachen evaluiert und begleitet das Beratungskonzept wissenschaftlich.

Thematisierte das RehaFuturReal-I (RFR-I) noch die Zielgruppe von Versicherten mit bestehendem Beschäftigungsverhältnis, so fokussiert das Modellprojekt RehaFuturReal-II (RFR-II) mit arbeitslosen Versicherten auf eine deutlich problematischer einzuschätzende Gruppe. Versicherte mit z.T. stark psychisch belastenden, besonderen beruflichen bzw. lebenslagenorientierten Schwierigkeiten werden von den Reha-Fachberatern vor diesem Hintergrund als CM-Fälle klassifiziert und intensiviert beraten.

Mit dieser Studie soll geklärt werden, ob sich die CM-Einstufung von Versicherten über ihre psychologische Selbsteinschätzung abbilden lässt.

Methoden

RFR-II wurde in den Interventionsbezirken Münster und Bielefeld im Zeitraum vom 01.05.2016 bis zum 30.06.2018 erprobt. In die Analyse wurden alle Versicherten einbezogen, die im Datenerhebungszeitraum vor der Beratung (t0) einen Selbstauskunftsbogen ausgefüllt hatten und im Rahmen der Erstberatung (t1) durch den Reha-Fachberater hinsichtlich des CM-Bedarfs beurteilt wurden (N = 678). Mit 499 Männern (73,6%) und 179 Frauen (26,4%) mit einem mittleren Alter von 47,59 Jahren (SD = 8,76 Jahre) spiegelt die Stichprobe eine charakteristische LTA-Zielgruppe der DRV wider. 85 Versicherte (12,5%) wurden als CM-Fall mit intensivierten Unterstützungsbedarf eingestuft (kein CM-Fall: N = 593, 87,5%). Beide Gruppen unterschieden sich statistisch nicht in Bezug auf ihre soziodemografische Struktur.

Im Selbsteinschätzungsbogen (t0) schätzten die Versicherten u.a. ihre Reha-Motivation (PAREMO-20; Kriz et al., 2006), Depressivität (PHQ-2; Kroenke et al., 2007), berufliche Selbstwirksamkeitserwartung (BSW, Abele et al., 2000) und externale Kontrollüberzeugung (Kovaleva et al., 2012) ein.

Ergebnisse

Die Deskriptionen der psychologischen Selbsteinschätzung beider Gruppen und die Mittelwertvergleiche mittels t-Tests für unabhängige Stichproben sind in Tabelle 1 abgebildet. Alle Effekte liegen im kleinen bis mittleren Bereich (Cohens d zwischen 0,196 und 0,448).

Versicherte, die vom Reha-Fachberater als CM-Fall eingestuft wurden, berichteten gegenüber Nicht-CM-Fällen in Bezug auf die Reha-Motivation einen höheren seelischen Leidensdruck, wohingegen die körperbedingten Einschränkungen sowie die individuelle Änderungsbereitschaft vergleichbar waren. Analog zu dem seelischen Leidensdruck fiel die Depressivität von Versicherten mit CM-Status höher aus als bei Nicht-CM-Fällen. Hinsichtlich der beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung hatten CM-Fälle eine ungünstigere Bewertung ihrer Fähigkeit; keine Unterschiede berechneten sich für die motivationale Komponente der beruflichen Selbstwirksamkeit. Darüber hinaus attribuierten Versicherte mit CM-Status in Bezug auf ihre Kontrollüberzeugung stärker external (z.B.: „Egal ob privat oder Beruf: Mein Leben wird zum großen Teil von anderen bestimmt“).

Tab. 1: Deskriptionen und Mittelwertvergleiche (t-Tests für unabhängige Stichproben) der psychologischen Selbsteinschätzung zwischen Versicherten ohne und mit CM-Einstufung sowie entsprechende Effektstärken.

Selbsteinschätzung	Kein CM-Fall (N = 583)		CM-Fall (N = 84)		t-Test	p-Wert	Effektstärke (d)
	AM	SD	AM	SD			
Seelischer Leidensdruck ¹	2,33	0,96	2,76	0,95	t(665) = 3,87	< 0,001	0.448
Körperbedingte Einschränkungen ¹	3,20	0,78	3,11	0,86	t(670) = 1,00	0,160	-
Änderungsbereitschaft ¹	2,54	0,84	2,58	0,76	t(656) = 0,38	0,350	-
Depressivität ²	2,27	0,90	2,58	0,98	t(669) = 2,88	0,002	0.341
Selbstwirksamkeit (Fähigkeiten) ³	2,78	0,75	2,60	0,77	t(636) = 1,91	0,029	0.239
Selbstwirksamkeit (Motivation) ³	2,92	0,72	2,92	0,78	t(645) = 0,08	0,470	-
Externale Kontrollüberzeugung ⁴	2,66	0,96	2,85	1,03	t(664) = 1,65	0,050	0.196

Anmerkungen: einseitige Testung auf $\alpha = 0,05$ – Niveau; Bewertung der Effektstärke nach Cohen (1988): $d \geq 0,2$ – kleiner Effekt, $d \geq 0,5$ – mittlerer Effekt, $d \geq 0,8$ – großer Effekt; Skalierung: ¹⁻⁴, 1': trifft nicht zu bis ,4': trifft zu; ⁵, 1': trifft gar nicht zu bis ,5': trifft voll und ganz zu; Zuordnung der Skalen: ¹ Subskalen des PAREMO-20 (Reha-Motivation); ² PHQ-2 (Kroenke et al., 2007); ³ Skala der beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung (Abele et al., 2001); ⁴ Subskala aus Internale-Externale-Kontrollüberzeugung IE-4 (Kovaleva et al., 2012)

Fazit

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Einstufung der CM-Fälle durch die Reha-Fachberater adäquat umgesetzt wird. CM-Fälle zeichnen sich in ihrer psychologischen Selbstbewertung durch einen stärkeren seelischen Leidensdruck bzw. ein höheres Maß an Depressivität aus, dies wiederum spiegelt eine als besonders belastet einzustufende berufliche bzw. private Situation wider. Vor dem Hintergrund der Reintegrationsbemühungen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt kann insbesondere die ungünstigere Fähigkeitsbewertung sowie die Tendenz, external zu attribuieren, explizit zum Gegenstand der Intervention bei CM-Fällen gemacht werden.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Westfalen

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.

Kovaleva, A., Beierlein, C., Kemper, C.J., & Rammstedt, B. (2012): Eine Kurzskaala zur Messung von Kontrollüberzeugung: Die Skala Internale-Externale-Kontrollüberzeugung-4 (IE-4). URL:

https://www.gesis.org/fileadmin/kurzskalen/working_papers/IE4_Workingpaper.pdf Abruf: 20.10.2018.

- 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.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Monahan, P. O. & Löwe, B. (2007): Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine*, 146. 317-325.
- 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.

Fallvignetten als Beratungshilfe in der beruflichen Rehabilitation

Meschnig, A., von Kardorff, E., Klaus, S.
Humboldt-Universität zu Berlin

Zielstellung

Ziel des Projekts war die Entwicklung didaktisch aufbereiteter Fallvignetten als Hilfsmittel zum berufsbiografischen Assessment, zur Begleitung und Krisenprävention, zur Überleitung in Beschäftigung und zur Fachkräftefortbildung in der Beratung und Begleitung beruflicher Rehabilitanden in enger Kooperation mit den Experten und Praktikern vor Ort.

Die Fallvignetten wurden auf der Basis einer umfangreichen Literaturanalyse und eigener Forschungsergebnisse aus zwei vorangehenden Studien: „Abbrüche beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen in der Rehabilitation“ und „Wege von der beruflichen Qualifizierungsmaßnahme in das Beschäftigungssystem“ erstellt. Konzeptionell orientieren sie sich an der sozialwissenschaftlichen Biografie-Forschung, an der ICF, d.h. an der Interaktion von persönlichen Funktionsbeeinträchtigungen mit Umweltfaktoren, an der personenzentrierten Teilhabeplanung (vgl. Bundesteilhabegesetz § 19), an Ergebnissen der Return to Work Forschung und nicht zuletzt an dem aus der Sozialarbeit und -pädagogik stammenden Konzept des Case-Managements, das seit einiger Zeit auch in der Rehabilitation angekommen ist.

Methoden

Die von uns entwickelten Fallvignetten stellen eine Verdichtung charakteristischer immer wiederkehrender Konstellationen in der beruflichen Rehabilitation dar; sie können in der konkreten Beratung, in der Supervision und Qualitätssicherung verwendet werden und in Aus- und Fortbildung als didaktisches Hilfsmittel dienen. Zentraler Bezugspunkt ist immer der „Fall“. Die Fähigkeit, die Fallgeschichte hermeneutisch zu rekonstruieren und dabei Kernelemente herauszuarbeiten, die die Verlaufsstruktur des jeweiligen Falls im Spannungsfeld zwischen den chronologischen Lebensereignissen und ihrer Deutung durch die betroffenen Rehabilitanden/innen sichtbar machen, stellen in psycho-sozialen Berufen ein wichtiges

Element der Professionalisierung dar und bilden eine Voraussetzung für das Verständnis von beruflichen Rehabilitationsprozessen.

Die Akzeptanz und Praktikabilität der zu erstellenden Handreichungen bei den Praktikern für eine Anwendungsorientierung im Praxisalltag stand bei der Ausarbeitung von Beginn an im Mittelpunkt. Insbesondere wurden bereits existierende und bewährte Konzepte des Fallmanagements bei regionalen Trägern der Rentenversicherung sowie Erfahrungen und Expertise einzelner BFWs genutzt und das Fallmanagementkonzept der DGUV kritisch gesichtet.

Nach einer internen Analyse der Materialien wurden die Entwürfe der Fallvignetten im Hinblick auf „Best und Good Practice“ angepasst und anschließend in Expertengesprächen und Fokusgruppen mit den beteiligten Nutzergruppen diskutiert. In Gesprächen mit Fachkräften und Experten, die für Zuweisung, Assessment, Ausbildung, Begleitung und Überleitung beruflicher Rehabilitanden zuständig sind, wurden folgende thematische Schwerpunkte gesetzt: die Akzeptanz von Arbeitsmaterialien, Nutzen und Praktikabilität, Erfahrungen mit vorhandenen Instrumenten sowie Konzeptionelle, inhaltliche und das Layout betreffende Vorstellungen. Darüber hinaus spielten Perspektiven der didaktischen Umsetzung eine wichtige Rolle.

Ergebnisse

Im Ergebnis zahlreicher Diskussionsrunden mit Experten und Praktikern in unterschiedlichen Entwicklungsstadien schloss sich die Erstellung der Fallvignetten auf der Basis der im Forschungsprojekt „Wege von der beruflichen Qualifizierungsmaßnahme in das Beschäftigungssystem“ entwickelten Fallkonstellationen an. Als Ergebnis entstanden ein Arbeitsbuch mit zwölf didaktisch aufbereiteten Fallvignetten für die Einarbeitung, Aus- und Fortbildung sowie für die Qualitätssicherung für den Bereich der Reha-Fachberatung der Rentenversicherungsträger, für Reintegrations-/Disability Manager sowie für weitere Fachkräfte beruflicher Qualifizierungseinrichtungen. Zusätzlich wurde ein Manual für Multiplikatoren erstellt, in dem die konzeptionellen und theoretischen Grundlagen sowie didaktische Anleitungen für die Arbeit mit den Fallvignetten dargestellt werden.

Fazit

Im Kontext einer Strategie eines umfassenden Fallmanagements in der Rehabilitation können die Fallvignetten einen wichtigen Baustein für eine konsequente Umsetzung personenzentrierter Praxis liefern. Ihre möglichen Einsatzfelder sind:

- die Einarbeitung von neuen Mitarbeitern und ihre Sensibilisierung für eine biografisch orientierte Fallberatung in der beruflichen Qualifizierung
- die Aus- und Fortbildung von Fachkräften in der beruflichen Rehabilitation
- die Bereitstellung von Arbeitsmaterialien und Kriterien für qualitätssichernde Fallkonferenzen der in den beruflichen Leistungsketten wirkenden Fachkräfte
- gemeinsame Fallsupervisionen oder Fallgespräche zur Reflexion der eigenen Praxis

Prinzipiell orientiert sich der Aufbau der Fallvignetten für Beratung, Vermittlung und Begleitung an den Prinzipien eines personenzentrierten Case-Managements und entspricht damit sowohl dem aktuellen Stand der sozialen Beratungspraxis als auch den gesetzlichen Vorgaben des Bundesteilhabegesetzes.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Kardorff, E. v.; Ohlbrecht, H.; Bartel, S.; Kasten, Y. & Meschnig, A. (2013): Abbrüche beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen in der Rehabilitation. Eine qualitative Studie zu individuellen und kontextbezogenen Ursachen. Endbericht des gleichnamigen Forschungsprojektes, gefördert von der Deutschen Rentenversicherung Bund. Berlin: Institut für Rehabilitationswissenschaften
- Kardorff, E. v.; Meschnig, A. & Klaus, S. (2015): Wege von der beruflichen Qualifizierungsmaßnahme in das Beschäftigungssystem, gefördert von der Deutschen Rentenversicherung Bund. Berlin: Institut für Rehabilitationswissenschaften
- Meschnig, A.; von Kardorff, E. v. & Klaus, S. (2018): Von der beruflichen Vollqualifizierungsmaßnahme zurück in Arbeit. Eine Langzeitanalyse individueller Verlaufskarrieren und ihrer biografischen und strukturellen Bedingungen. Unter: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0044-101814.pdf>

Berufsbiografische Beratung als Chance(ungleichheit) in der beruflichen Rehabilitation

Lange, L., Ohlbrecht, H., Kuczyk, S., Detka, C.
Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Zielstellung

Frauen nehmen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) deutlich weniger in Anspruch als Männer. Im Jahr 2016 wurden von insgesamt 156.117 abgeschlossenen LTA nur 55.090 der Leistungen von Frauen beansprucht (DRV 2018: 54). Mit knapp einem Drittel sind Frauen damit deutlich unterrepräsentiert, wodurch sich die Frage nach Möglichkeiten einer erhöhten Inanspruchnahme von LTA stellt – insbesondere unter Einbezug des Gender Mainstreaming Konzepts. Modelle wie das der wohnortnahen beruflichen Rehabilitation greifen die besonderen Bedürfnisse von Rehabilitandinnen, welche sich u.a. durch die weiterhin bei Frauen liegende Zuständigkeit für die Kindererziehung und die Pflege von Angehörigen auszeichnen, zwar auf (Niehaus 1997), jedoch ist das Angebot von genderspezifischen Instrumenten und Maßnahmen derzeit nicht ausreichend. Hier sind Angebote gefragt, die der geringen Absolventinnenquote von LTA-Maßnahmen unter Berücksichtigung von geschlechtsspezifischen Rollenanforderungen, dem genderspezifischen Umgang mit chronischen Erkrankungen wie auch den geschlechtsspezifischen Erwartungen an Erwerbsarbeit innerhalb einer Work-Life-Blending-Kultur (Mikfeld 2016), Rechnung tragen.

Im Zuge der Innovationswerkstatt soll ein Instrument der berufsbiografischen Beratung, welches aus der sozialwissenschaftlichen Biografie- und Identitätsforschung hervorgeht, vorgestellt und sein Nutzen für die praktische berufsbiografische Anamnese und Beratung von Rehabilitand_innen demonstriert werden. Zur Veranschaulichung dienen Fallvignetten von Rehabilitandinnen aus einem aktuellen Forschungsprojekt zur betrieblichen Eingliederung (Ohlbrecht et al. 2018), die die Chancen einer berufsbiografischen Beratung aufzeigen. Die Fallvignetten ermöglichen im Sinne der Case Studies ein gemeinsames Arbeiten der Workshopteilnehmer/-innen an den biografischen Prozessstrukturen. Mithilfe

dieses Vorgehens können die jeweilige sozialstrukturelle Verortung der Rehabilitandinnen und ihre Einbindung in spezifische Milieus in die Planung des beruflichen Wiedereinstiegs miteinbezogen werden, wie auch gendersensible biografische Verlaufsmuster thematisiert werden. Die soziale Situierung der Subjekte (Eribon 2017) mit ihrer schicht- und milieuspezifischen Verankerung bildet einen relevanten Rahmen für die Frage, auf welche beruflichen Tätigkeiten mit den damit verbundenen kollektiven Orientierungen sich die Betroffenen leichter bzw. schwerer einzulassen vermögen – bzw. wie diese auf das jeweilige Feld auch über die Berufstätigkeit hinaus vorbereitet werden sollten.

Methoden

Durch den Einsatz einer sozialwissenschaftlich fundierten berufsbiografischen Beratung wird systematisch an der Wiederherstellung einer biografischen Kontinuität zwischen der Lebensphase vor und mit der Erkrankung gearbeitet werden (Corbin und Strauss 2004) und wird das Ausloten beruflicher Perspektiven ermöglicht, um berufliche Abstiegsprozesse zu verhindern sowie die Akzeptanz der beruflichen Neuausrichtung, des entsprechenden Berufsmilieus und damit die praktischen Chancen der beruflichen Wiedereingliederung deutlich zu erhöhen. Dabei ist die methodisch kontrollierte Erfassung der zentralen Prozessstrukturen des Lebenslaufs (Schütze 2008) vor der Manifestation der jeweiligen Erkrankungen mit den damit verbundenen beruflichen Orientierungen, Karriereplänen, Enttäuschungen usw. wichtig, um die beruflichen Perspektiven passgenau, d.h. fallrekonstruktiv (Ohlbrecht 2013), an den berufsbiografischen Voraussetzungen der Rehabilitand_innen ansetzen zu können bzw. um hier neue Perspektiven zu entwickeln. Im Mittelpunkt steht die gemeinsame, d.h. von den Teilnehmer_innen des Workshops erarbeitete Entwicklung von beruflichen gendersensiblen Perspektiven, um die Beschäftigungsfähigkeit von Rehabilitandinnen dauerhaft zu sichern.

Ergebnisse

Mithilfe berufsbiografischer Beratung können individuelle Ressourcen für die berufliche Wiedereingliederung identifiziert und in diese miteinbezogen werden. Für Fallmanager_innen, die LTA begleiten oder dazu beraten, kann sich dieses Instrument dementsprechend als erfolgsversprechend erweisen und zu einem Gelingen des beruflichen (Wieder)Einstiegs beitragen. Dabei bauen die Planung und die Beratung zum beruflichen Wiedereinstieg systematisch auf einer – für Fallmanager_innen nutzbar gemachten – sozialwissenschaftlich orientierten Analyse der individuellen Berufsbiografie auf, sodass zentrale biografische Sinnquellen, die möglicherweise im Laufe der beruflichen Entwicklung ein Stück weit ihre Funktion verloren haben, wieder reaktiviert oder berufliche Neuorientierungen sensibel erarbeitet werden können. Geschlechtsspezifische Berufswahlentscheidungen können biografisch bearbeitet sowie erkannt und Herausforderungen von biografischen Statuspassagen gendersensibel gedeutet werden.

Fazit

In der Innovationswerkstatt sollen die Chancen eines berufsbiografischen Beratungsansatzes für die berufliche Rehabilitation diskutiert werden. Darüber hinaus gilt es eine Sensibilisierung für eine geschlechtergerechte Angebotsstruktur von LTA zu erzielen. Berufsbiografische Beratung kann den Leitziele des Gender Mainstreamings, d.h. eine Verwirklichung/ gelebte Gleichstellung von Männern und Frauen unter Berücksichtigung der jeweiligen

Lebenswirklichkeiten, durch ihr Potential habituelle und milieuspezifische Aspekte einer Biografie sichtbar zu machen, gerecht werden und eine Chance der Steigerung der Absolventinnenquoten von LTA-Maßnahmen bedeuten.

Förderung: Hans-Böckler-Stiftung

Literatur

- Bourdieu, P. (1993): Sozialer Sinn. Kritik der theoretischen Vernunft. Frankfurt/Main: Suhrkamp
- Corbin, J. M.; Strauss, A. L. (2004): Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. 2. Auflage. Bern: Huber.
- Deutsche Rentenversicherung (2018): Reha-Bericht 2018. Online auf: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/03_statistiken/02_statistikpublikationen/02_rehabericht_2018.pdf?__blob=publicationFile, abgerufen am: 26.10.2018.
- Eribon, D. (2017): Gesellschaft als Urteil. Klassen, Identitäten, Wege. Aus dem Französischen von Tobias Haberkorn. Berlin: Suhrkamp Verlag.
- Mikfeld, B. (2016): Zur Einführung: Trends, Diskurse, Klärungsbedarfe. In: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) [Hrg.]: Werkheft 01, Digitalisierung der Arbeitswelt, Stand März 2016. Online auf: https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/werkheft-01.pdf;jsessionid=50D5D8511BE1CB02D58B891FCCA38A0F?__blob=publicationFile&v=3, abgerufen am 30.10.2018.
- Niehaus, M. (1997): Probleme der Evaluationsforschung von Modellprojekten in der beruflichen Rehabilitation am Beispiel der Implementation wohnortnaher betrieblicher Umschulungen von Frauen. In: MittAB, 2, S.291-304.
- Ohlbrecht, H. (2013): Soziale Gesetzmäßigkeiten rekonstruieren - zur Forschungsstrategie der objektiven Hermeneutik. In: Enzyklopädie Erziehungswissenschaft. Online. - Weinheim: Juventa Verlag.
- Ohlbrecht, H.; Detka, C.; Kuczyk, S.; Lange, B. (2018): Return to Work und Stay at Work - die Frage nach einem gelingenden betrieblichen Eingliederungsmanagement. In: Die Rehabilitation: Zeitschrift für Praxis und Forschung in der Rehabilitation : Organ der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation, Organ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Organ der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften - Stuttgart [u.a.]: Thieme, Bd. 57.2018, 3, S. 157-164; <http://dx.doi.org/10.1055/a-0608-9402>
- Schütze, F. (2008): Biography Analysis on the Empirical Base of Autobiographical Narratives: How to Analyse Autobiographical Narrative Interviews. Part one and two. In: European Studies n Inequalities ans Social Cohesion. 1 (2): S. 153-242; 3 (4): S. 5-77.

A comparison of employment outcomes between one- and two-year vocational education programs

Echarti, N.

Hochschule Bonn-Rhein-Sieg, Bonn

Background

Traditionally, the focus of German re-training programs has been on long term measures, which are oftentimes completed through formal examinations. Following criticism with regards to long lasting lock-in effects, there has been an uprising of partial re-training measures that usually can be completed within one year. So far, most of the empirical research in Germany has focused on non-disabled study populations and persons receiving means tested unemployment benefits. For example, Bernhard & Kruppe (2012) have shown, that partial re-training has a considerable beneficial impact on participants as it raises the employment rate in the medium term. Their results is linked to the findings of Biewen & Waller (2007) who find that short-term programs are surprisingly effective when compared to the traditional and more expensive longer-term programs, and Fitzenberger & Völter (2007), who examined the comparative effectiveness of public sponsored training programs with the federal employment office. Recently, an evaluation of the differential impact of partial and full re-training measures for person with disabilities has been brought forward by Bethge & Streibelt (2015). Using four years of follow up data, the authors show, that for the matched rehabilitants partial qualifications led to at least comparable integration results compared to the longer two-year programs.

The goal of this analysis is to re-estimate the differential impact of one- and two-year vocational education programs for persons with disabilities given the availability of eight years of follow up data.

Methods

Using administrative patient data, from the German Pension Insurance Fund (SUF RSDV2013) the relative treatment effects of one- and two-year re-training programs are estimated. The primary outcome variable is the accumulative income earned in the first eight years after program admission (2006-2013). Secondary outcomes consist of days with employment, days with un-employment benefits and days with other social security benefits. Due to data limitations, days with means tested unemployment benefits are only available until the year 2010. Identification of conditional treatment-probabilities is carried out based on observable socio-economic patient characteristics at program start. Program impact is calculated using inverse probability weighted regression adjustment (ipwra). Specifically, the average treatment effect (on the treated) of participation in two-year re-training programs is estimated against the alternatives of participation in shorter, partial re-training.

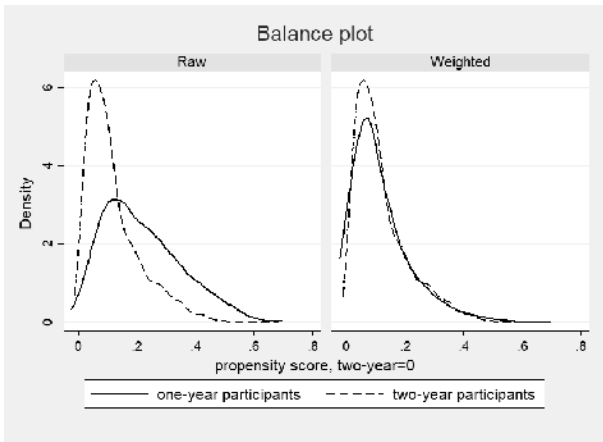


Fig. 1: Boxplot of propensity score two- vs. one-year re-training

Through re-weighting of observations ($n=2,399$), it is possible to balance propensity scores and thereby create a quasi-control group with an almost identical distribution of treatment propensities (figure 1). Furthermore, standardized differences in covariates between treatment groups are calculated to assess the differences in individual characteristics post re-weighting. All estimated standardized differences in covariates fall within 0.1 standard deviations.

Results

Over the eight-year observation period, participation in a two-year vocational education program is associated with €11,270 ($p:0.066$; 95%CI: €-761 €23,300) higher income compared to hypothetically having been allocated into a one-year re-training program instead. The corresponding average treatment effect for the whole population equals €9,181 ($p:0.104$; 95%CI: €-1884 €20,246). The results are a consequence of the higher accumulative days in employment after eight years, despite longer program duration and higher dropout rates. The graph of yearly income differentials (figure 2) illustrates the development of earnings over time showing that after a lock-in period the relative income of two-year participants is significantly higher.

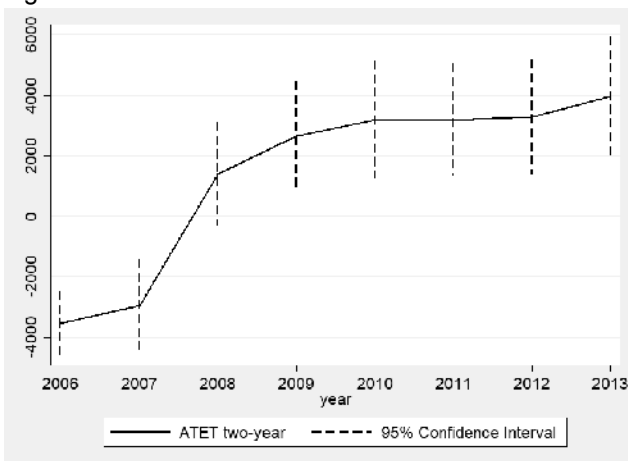


Fig. 2: Average Treatment Effect on the Treated: Participation in two- vs. one-year programs (ipwra)

The analysis of welfare outcomes shows that participants of two-year programs had 211 days less with unemployment benefits II (p:0.000; 95%CI: -296 -125), but 41 days more with unemployment benefits I (p:0.001; 95%CI: 18 65) and 238 more days with other social security benefits (p:0.000; 95%CI: 190 286) compared to having been allocated into the shorter re-training programs instead.

Discussion and Conclusions

For the sampled individuals that were allocated into two-year re-training programs, the measures led on average to an accumulative income advantage compared to hypothetical allocation into a one-year program. The duration of transfer payments, on the other hand, is characterized by shifts, i.e. being allocated a two-year re-training is linked to fewer days with unemployment benefits II, but more days with unemployment benefits I and more days with other social security benefits.

References

- Bernhard, S., & Kruppe, T. (2012). Effectiveness of Further Vocational Training in Germany-- Empirical Findings for Persons Receiving Means-Tested Unemployment Benefits. *Schmollers Jahrbuch: Zeitschrift Fur Wirtschafts- Und Sozialwissenschaften/Journal of Applied Social Science Studies*, 132(4), 501–525. <http://doi.org/10.3790/schm.132.4.501>
- Bethge, M., & Streibelt, M. (2015). Are Two-Year Vocational Retraining Programs Really Better than One-Year Programs? Findings of a Propensity Score Matched Analysis. *Die Rehabilitation*, 54(6), 389–395. <http://doi.org/10.1055/s-0041-108682>
- Biewen, M., & Waller, M. (2007). Which Program for Whom? Evidence on the Comparative Effectiveness of Public Sponsored Training Programs in Germany. *IZA Discussion Papers Series*, 2885(2885).
- Fitzenberger, B., & Völter, R. (2007). Long-run effects of training programs for the unemployed in East Germany. *Labour Economics*, 14(4 SPEC. ISS.), 730–755. <http://doi.org/10.1016/j.labeco.2007.05.002>

Integrationscoaching für Menschen mit Sehschädigung im Rheinland: Wissenschaftliche Evaluation der formalen Implementierung und inhaltlichen Umsetzung

Slavchova, V., Arling, V.

RWTH Aachen

Zielstellung

Inklusion behinderter Menschen setzt voraus, dass im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention behinderte Menschen gleichberechtigt am gesellschaftlichen Leben teilhaben können (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2016). Im Erwerbs- bzw. Berufsleben behinderter Menschen bedeutet dies, dass eine optimale Passung zwischen den Bedürfnissen des Betroffenen und den Arbeitsanforderungen sichergestellt werden muss. Eine besondere Herausforderung stellt vor diesem Hintergrund die Zielgruppe der blinden und sehbeeinträchtigten Personen dar, da hier sehr spezifisches Fachwissen erforderlich ist (z.B.

Herausforderungen spezieller Sehbehinderungen, Hilfsmittel, etc.) und das Klientel eine intensive sowie passgenaue Unterstützung benötigt. Hier lag bislang eine Lücke im Versorgungssystem vor.

Mit dem vom Landschaftsverband Rheinland geförderten Projekt „Integrationscoaching für Sehgeschädigte im Rheinland“ (IcoSiR) wurde daher in einer Kooperation zwischen dem Berufsförderungswerk (BFW) Düren und dem Integrationsfachdienst (IFD) Sehen das Ziel verfolgt, ein spezifisches Jobcoaching-System für blinde und sehbeeinträchtigte Menschen aufzubauen und auf diese Weise die berufliche Teilhabe zu unterstützen. Das Konzept wurde durch die RWTH Aachen wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Ziel war es, bei der Umsetzung von IcoSiR zu unterstützen und zu überprüfen, inwiefern die Implementierung des Jobcoaching-Systems aus organisatorischer wie inhaltlicher Perspektive gelang.

Gegenstand des Beitrages ist die Darstellung ausgewählter Evaluationsergebnisse, die das Gesamtbild der Umsetzung von IcoSiR widerspiegeln.

Methoden

IcoSiR wurde im Zeitraum vom 01.05.2014 bis zum 30.04.2017 umgesetzt (Laufzeit der Projektevaluation: 18.09.2014 bis 30.07.2018). Im Rahmen des Projektes erhielten drei pädagogische Fachkräfte unter Leitung eines Mitarbeiters des BFW Düren und des IFD Sehen eine Basis-Qualifizierung zum Job-Coach Unterstützte Beschäftigung. Zielgruppenspezifisch wurden sie vom BFW Düren für die Bedarfe sehgeschädigter Menschen, sensibilisiert und bekamen Wissen über die Themenbereiche „Auge“, „Hilfsmittel“ und wichtige „Netzwerkpartner in der beruflichen Rehabilitation“ vermittelt. Ergänzend dazu besuchten die Mitarbeiter externe Schulungen zu den Bereichen „Diagnostik“, „Büroorganisation“ und „systemisches Coaching“. Das Programm wurde durch Hospitationen (z.B. bei Hilfsmittelfirmen) und Einheiten des Selbststudiums (z.B. Braille-Schrift) abgerundet. Im Anschluss an die Qualifikationsphase fand ein Transfer entsprechender Expertise auf die inhaltliche Umsetzung mit sehbehinderten bzw. blinden Klienten (N= 43) statt.

Die Evaluation von IcoSiR erfolgte in Orientierung an Mittag und Hager (2000) sowohl summativ (Prä-Post-Vergleich) als auch formativ (prozessorientiert). Die formal-organisatorische Implementierung und inhaltliche Umsetzung rückte mit zwei Evaluationsperspektiven voneinander getrennt in den Fokus. Die beiden Evaluationsperspektiven wurden auf Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität ausdifferenziert (Donabedian, 1966).

Ergebnisse

Die Auswertung der Evaluationsergebnisse ergibt sowohl in Bezug auf die formale Implementierung (Tabelle 1) als auch bzgl. der inhaltlichen Umsetzung (Tabelle 2) von IcoSiR ein sehr positives Gesamtbild.

Hinsichtlich der formalen Prozessqualität waren die drei Mitarbeiter mit den unterschiedlichen Qualifizierungsangeboten (Ausbildung Job Coaching, Schulungen, Hospitationen, Selbststudium) und der begleitenden Supervision zufrieden und vergaben im Mittel „sehr gute“ bis „gute“ Schulnoten. Das Commitment der Mitarbeiter für die Rolle als Job Coach für sehbehinderte bzw. blinde Klienten fiel mit einer mittleren Einschätzung von 3,67 hoch aus

(,1': trifft nicht zu; ,4': trifft zu). Die Mitarbeiter BFW Düren und IFD Sehens sahen das Job Coaching Angebot als wichtige Ergänzung im Angebotsportfolio.

Für die konkrete inhaltliche Umsetzung des Job Coachings lässt sich ebenfalls ein positives Fazit ziehen. Die projektspezifischen Arbeitsweisen und Instrumente wurden adäquat unter Berücksichtigung eines Prozessmodells umgesetzt. Die Mitarbeiter (Job Coaches), die Klienten und die Arbeitgeber der Klienten waren zufrieden mit der Beratungsleistung.

Tab. 1: Zentrale Ergebnisse zur Umsetzung des Integrationscoachings für Menschen mit Sehschädigung im Rheinland (IcoSiR) aus formaler (organisatorischer) Evaluationsperspektive.

Formal (organisatorisch)		theo. Spanne	AM (SD)
Strukturqualität	Projektkonzept des BFW Düren (Zielsetzung & Zeitplan)	<i>liegt vor</i>	
	Schulungskonzept zum Job Coach mit Schwerpunkt auf die Klientel sehbehinderter bzw. blinder Menschen (Zielsetzung, Themen & Zeitplan)	<i>liegt vor</i>	
Prozessqualität	Benotung der Weiterbildung zum Job Coach Unterstützung Beschäftigung (8 Einzelmodule)	[+] 1-6 [-] ¹	1,92 (0,58)
	Benotung (externer) Schulungen		2,11 (1,01)
	Benotung der Hospitationen		1,78 (0,94)
	Benotung der Einheiten des Selbststudiums		1,71 (0,75)
	Benotung der begleitenden Supervision		1,00 (0,00)
Ergebnisqualität	Commitment für die Rolle als Job Coach für sehbehinderte bzw. blinde Klienten	[-] 1-4 [+] ²	3,67 (0,58)
	Sinnhaftigkeit der Tätigkeit als Job Coach für sehbehinderte bzw. blinde Klienten		4,00 (0,00)
	Abgrenzbarkeit der Tätigkeit als Job Coach zu anderen Berufsbildern		3,00 (0,00)
	Job Coaching Angebot als wichtige Erweiterung des Angebotsportfolios (Mitarbeiter BFW Düren)	22 von 24 Mitarbeiter	
	Job Coaching Angebot als wichtige Erweiterung des Angebotsportfolios (Mitarbeiter IFD Sehen)	10 von 10 Mitarbeiter	

Anmerkung: ¹ 1: sehr gut - 6: ungenügend; ² 1: trifft nicht zu - 4: trifft zu

Tab. 2: Zentrale Ergebnisse zur Umsetzung des Integrationscoachings für Menschen mit Sehschädigung im Rheinland (IcoSiR) aus inhaltlicher Evaluationsperspektive

Inhaltlich		Bewertung durch Evaluation	
Strukturqualität	IcoSiR-Stichprobe	Adäquate Fallzuweisung gemäß der Kriterien (Sehbehinderung, Unterstützungsbedarf am Arbeitsplatz)	
	Beratungsinstrumente (Einzelfall-Dokumentation, Falldokumentationstabelle)	Nutzung liefert vollständiges Beratungsbild.	
Prozessqualität	Dokumentation der Beratungskontakte	Hinweis auf intensive Beratung	
	Job Coaching – bezogene Arbeitsweisen (z.B. Standardisierung des Fall-Ablaufes)	findet statt, z.B. Anwendung eines Prozessmodells	
		theo. Spanne	AM (SD)
Ergebnisqualität	Anwendbarkeit der Qualifikationen im Einzelfall aus Sicht der Job Coaches	[-] 1-4 [+] ¹	3,65 (0,49)
	Zufriedenheit der Job Coaches mit Beratung		3,00 (0,82)
	Zielerreichung des Job Coachings aus Sicht der Klienten		4,00 (0,00)
	Benotung Job Coaching durch Klienten	[+] 1-6 [-] ²	1,25 (0,50)
	Benotung Job Coaching durch Arbeitgeber		2,17 (0,74)

Anmerkung: ¹ 1: trifft nicht zu - 4: trifft zu; ² 1: sehr gut - 6: ungenügend;

Fazit

Die Einführung des Integrationscoachings für Menschen mit Sehschädigung ist aus Sicht der Evaluation als gelungen zu beurteilen. Die Mitarbeiter waren mit dem Qualifizierungsangebot mitsamt den zielgruppenspezifischen Inhalten zufrieden und konnten sich adäquat in ihre Rolle als Job Coaches einfinden. Basierend auf den vorliegenden Rückmeldungen von Netzwerkpartnern (BFW Düren, IFD Sehen), sehbehinderten bzw. blinden Klienten und Arbeitgebern der Klienten stößt das Angebot auf hohe Akzeptanz.

Förderung: Landschaftsverband Rheinland

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: 16.10.2018.
- Donabedian, A. (1966): Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44. 166-203.
- Mittag, W., Hager, W. (2000): Ein Rahmenkonzept zur Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen. In Hager, J. P. W. (Hrsg.): *Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen*. Bern: Huber. 102-128.

Sag ich´s? Umgang mit chronischen Erkrankungen am Arbeitsplatz - Die Rolle betrieblicher Akteur*innen

Jakob, L., Bauer, J.F., Chakraverty, V., Niehaus, M.

Universität zu Köln

Zielstellung

Zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit sieht der Gesetzgeber eine Vielzahl von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vor. Um diese Leistungen in Anspruch nehmen zu können, ist es notwendig, dass Mitarbeiter*innen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Arbeitskontext zumindest in Teilen ihre Erkrankung oder Behinderung offenlegen. Rechtlich sind Arbeitnehmer*innen nur dann dazu verpflichtet gesundheitliche Beeinträchtigungen zu offenbaren, wenn sie die vertraglich vereinbarten Arbeitsaufgaben nicht verrichten können, wenn es besondere berufsspezifische Risiken gibt oder wenn Dritte gefährdet werden. Insbesondere bei nicht sichtbaren Erkrankungen oder Behinderungen tendieren Betroffene oft dazu – auch aus Angst vor schlechteren beruflichen Aufstiegschancen oder Stigmatisierung – ihre gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht zu thematisieren (Bauer et al., 2017). In diesem Fall können jedoch eigentlich notwendige Leistungen nicht in Anspruch genommen werden, was wiederum zu geminderter Leistungsfähigkeit, steigenden Fehlzeiten, Unzufriedenheit auf Seiten der Betroffenen und Unstimmigkeiten im Team führen kann. Betroffene können oft nicht abschätzen, welche Art des Umgangs in ihrer individuellen Situation am besten ist, sodass Abwägungen zu der Frage ob, wie und wann das Arbeitsumfeld über nicht sichtbare gesundheitliche Beeinträchtigungen informiert werden soll, schnell zur Überforderung werden. Bei dieser schwierigen Entscheidung können betriebliche Akteur*innen als unterstützende Ansprechpersonen fungieren. Sowohl Betriebsärzt*innen, als auch Interessensvertretungen gelten als vertrauensvolle Berater*innen und sind in der Regel mit den betrieblichen Rahmenbedingungen vertraut. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass betriebliche Akteur*innen in ihrer täglichen Arbeit mit der Thematik konfrontiert werden und hierzu eine Expertise entwickeln. Bisher ist jedoch wenig darüber bekannt, inwiefern betroffene Arbeitnehmer*innen betriebliche Akteur*innen in die Entscheidung zur Offenbarung nicht sichtbarer gesundheitlicher Beeinträchtigungen im Unternehmen einbeziehen, wie die verschiedenen Akteur*innen mit dieser Thematik umgehen und welches Wissen sie zu relevanten (betrieblichen) Rahmenbedingungen entwickeln. Die vorliegende explorative Untersuchung bildet somit einen ersten Schritt, die Erfahrungen und die Expertise betrieblicher Akteur*innen zu nutzen, mit dem langfristigen Ziel Unterstützungsangebote für Betroffene und Akteur*innen abzuleiten.

Methoden

In einem Großunternehmen wurden Leitfadeninterviews mit allen betrieblichen Akteur*innen durchgeführt, bei denen man davon ausgehen kann, dass sie mit der Thematik ‚Offenbarung von nicht sichtbaren gesundheitlichen Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz‘ im Arbeitsalltag konfrontiert werden (N = 5): die Schwerbehindertenvertretung/Inklusionsbeauftragte*r, der/die Betriebsärzt*in, der BEM-Beauftragte*r, ein Mitglied der Arbeitnehmer*innenvertretung, und eine Führungskraft. Die Akteur*innen wurden einerseits zu ihrem Rollenverständnis in Bezug auf die Thematik und andererseits zu (betrieblichen) Rahmenbedingungen befragt, unter denen im Falle einer Offenbarung mit positiven Veränderungen/Folgen zu rechnen ist. Die Auswertung erfolgte mittels inhaltlich strukturierender Analysen nach Kuckartz (2016).

Ergebnisse

Erwartungsgemäß werden alle befragten Akteur*innen in ihrem Arbeitsalltag mit der Offenbarungsthematik konfrontiert. Je nach Akteursrolle bzw. individuellem Rollenverständnis variiert jedoch die Art und Weise, wie die Akteur*innen mit der Thematik umgehen. Um betroffene Arbeitnehmer*innen individuell unterstützen zu können, holen sich die Befragten selbst Information ein oder verweisen auf andere Personen oder Unterstützungsangebote. Der Großteil der Akteur*innen betont die Individualität der Offenbarungsentscheidung und spricht sich gegen pauschale Ratschläge aus. Unterschiede zwischen körperlichen und psychischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen werden hervorgehoben.

Bezüglich relevanter Rahmenbedingungen spielen aus Sicht der Akteur*innen – neben der Frage nach notwendigen Arbeitsplatzanpassungen – vor allem soziale Konstellationen auf der Arbeit eine Rolle. Herrscht eine offene Kommunikationskultur im Kollegium und besteht ein tolerantes Teamklima, so gehen mit einer Offenbarung meist positive Veränderung einher. In diesem Zusammenhang ist auch eine hohe Diversity-Kompetenz der Führungskraft entscheidend.

Die gute Vernetzung der betrieblichen Akteur*innen im Unternehmen wurde bislang noch nicht für einen Austausch über die Offenbarungsthematik genutzt, jedoch wird dies als zukünftig wichtige Aufgabe angesehen.

Fazit

Die explorative Untersuchung liefert erste Hinweise auf die hohe Relevanz des Themas in der täglichen Arbeit der jeweiligen betrieblichen Akteur*innen. Gleichzeitig konnten die Diversity-Kompetenzen auf Seiten der Führungskräfte und eine inklusive Unternehmenskultur als wichtige Rahmenbedingungen für einen offenen Umgang mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz herausgestellt werden. In einem weiteren Schritt gilt es die Inhalte in Führungskräftebildungen zu implementieren und die Thematik „Offenbarung chronischer Erkrankungen am Arbeitsplatz“ akteursübergreifend im Unternehmen zu verankern.

Es besteht ein wertvoller Erfahrungsschatz, der noch zu wenig genutzt wird und in Zukunft auch in quantitativen Untersuchungen weiter erschlossen werden sollte, um Implikationen/Handlungsempfehlungen für die betriebliche Praxis ableiten und Unterstützungsangeboten für ratsuchende Betroffene verbessern zu können.

Literatur

- Bauer, J. F., Chakraverty, V., & Niehaus, M. (2017): Betriebliche Inklusion: Arbeitnehmer mit dauerhaften gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Etikettierungs-Ressourcen-Dilemma. *Public Health Forum*, 25/4, 315-317.
- Kuckartz, U. (2016): *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 3., überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Kennen Vorgesetzte die vorhandenen Unterstützungs(strukturen) für Mitarbeitende mit Behinderungen? – Eine Untersuchung am Beispiel von Professor*innen

Groth, S., Bauer, J.F., Niehaus, M.
Universität zu Köln

Zielstellung

Die Gruppe der Hochschulabsolvent*innen mit Behinderungen hat bislang weder in der Debatte um eine inklusive Hochschule noch in der Diskussion um eine chancengerechte Teilhabe am Arbeitsleben hinreichend Berücksichtigung gefunden. Eine Pilotstudie von Niehaus und Bauer (2013) gibt erste Hinweise darauf, mit welchen Barrieren hochqualifizierte Menschen mit Behinderungen am Übergang ins Berufsleben und am Arbeitsmarkt konfrontiert sind. Neben den „Barrieren in den Köpfen“ stellen Unwissenheit bzw. schlechte Aufklärung und eine mangelnde Unterstützung große Hindernisse bei einer erfolgreichen Beschäftigungsaufnahme dar (Niehaus, Bauer, 2013).

Im Rahmen des durch das BMAS geförderten Projektes PROMI – Promotion inklusive haben 45 Hochschulabsolvent*innen mit Behinderung an insgesamt 21 Hochschulen in ganz Deutschland die Möglichkeit zur Promotion erhalten. Ein Ziel des Projektes ist es, herauszufinden, wie nachhaltige Strukturen an den teilnehmenden Hochschulen etabliert und neue Zugangsmöglichkeiten für Absolvent*innen mit Behinderung eröffnet werden können. Aus diesem Grund wird untersucht, inwiefern bestehende Angebote und Unterstützungsstrukturen bekannt sind, genutzt werden und den Bedarfen von Promovierenden gerecht werden. Da den betreuenden Professor*innen als direkte Vorgesetzte im Promotionsprozess eine besondere Rolle als so genannte Gatekeeper (Deuchar, 2008) zukommt, stellen sie eine Personengruppe dar, die für die Beschäftigungsaufnahme und den Erfolg der Arbeit ausschlaggebend sind.

Methoden

Es wurden semistrukturierte Interviews mit Professor*innen (N=25) durchgeführt, die Promovierende mit Behinderungen im Rahmen des PROMI-Projektes betreuen. Der Fokus der Interviews lag auf dem Promotionsverfahren im Hinblick auf Herausforderungen und Leistungen, wobei ein besonderer Fokus darauf lag, inwiefern die Professor*innen Unterstützungsangebote zum Thema „inklusive Hochschule“ kennen und diese bereits genutzt haben.

Ergebnisse

Viele Promotionsbetreuer*innen werden im Rahmen des Projektes zum ersten Mal mit den (potentiellen) Herausforderungen der Beschäftigung eine*r Hochschulabsolvent*in mit Behinderungen konfrontiert. Wenn es Vorerfahrungen in der (Zusammen-)Arbeit mit Menschen mit Behinderungen bei den Befragten gibt, sind diese häufig auf Tätigkeiten außerhalb der Hochschule zurückzuführen. Dementsprechend sind die Promotionsbetreuer*innen unterschiedlich gut informiert über gesetzlich verankerte und öffentlich zur Verfügung stehende Unterstützungsstrukturen und -angebote.

Die hochschulintern bereitgestellten Strukturen und Angebote sind ebenfalls unterschiedlich bekannt und werden vor allem in den Fällen verstärkt genutzt, in denen ein besonders hoher Unterstützungsbedarf bei den Promovierenden vorliegt und/oder die relevanten Akteur*innen (Schwerbehindertenvertretung, Inklusionsbeauftragte*r, Beauftragte*r für Studierende mit Behinderungen) bekannt sind.

Die Rollenauffassung sowie die persönliche Beziehung zu den Promovierenden sind häufig ausschlaggebend dafür, inwiefern sich neben der fachlichen Betreuung auch um Belange in Bezug auf die Beeinträchtigung gekümmert wird.

Fazit

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Promotionsbetreuer*innen unterschiedliche Auffassungen von ihrer Rolle als Vorgesetzte*r und ihrer Verantwortlichkeit im Promotionsprozess haben, meist abhängig von ihrem Verständnis der Forschung und ihren bisherigen Erfahrungen im System der Universitäten.

Dadurch, dass Hochschulabsolvent*innen bzw. Promovierende mit Behinderungen hochschulpolitisch bislang nur wenig Berücksichtigung fanden, ist das Wissen über Unterstützungsmöglichkeiten und –strukturen bei betreuenden Professor*innen noch sehr unterschiedlich ausgeprägt. Um für Hochschulabsolvent*innen mit Behinderungen bessere Zugangsmöglichkeiten in das System Wissenschaft auszubauen, ist es also notwendig, ein Bewusstsein für das Thema zu schaffen und potentielle Promotionsbetreuer*innen zu sensibilisieren.

Eine Zusammenstellung von zugeschnittenen Informationsmaterialien und Handlungsempfehlungen könnte ebenfalls hilfreich sein, um diese Lücke zu füllen. Die Ergebnisse aus dem Projekt PROMI – Promotion inklusive tragen dazu bei, zielgruppenspezifische Handlungsempfehlungen abzuleiten.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Literatur

- Deuchar, R. (2008). Facilitator, director or crucial friend?: contradiction and congruence in doctoral supervision styles, *Teaching in Higher Education*, 13:4 (p. 489-500).
- Niehaus, M. & Bauer, J. (2013). Chancen und Barrieren für hochqualifizierte Menschen mit Behinderung: Übergang in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis - Pilotstudie zur beruflichen Teilhabe (Aktion Mensch e.V., Hrsg.), Bonn.

Promovieren mit Behinderungen – Barrieren und Lösungen am Arbeitsplatz Wissenschaft aus Sicht hochschulischer Akteur*innen

Bauer, J.F., Groth, S., Niehaus, M.

Universität zu Köln

Zielstellung

Zahlreiche Barrieren verhindern die chancengerechte berufliche Teilhabe von Menschen mit Behinderungen (WHO, 2011). Eine Pilotstudie von Niehaus und Bauer (2013) deutet darauf hin, dass dies auch auf Akademiker*innen mit Behinderungen zutrifft – trotz ihres hohen Qualifikationsniveaus. Eine berufliche Möglichkeit für Akademiker*innen besteht in der Promotion, welche die Voraussetzung für eine berufliche Karriere in der Wissenschaft darstellt und in vielen weiteren Bereichen die Beschäftigungs-, Karriere- und Einkommenschancen verbessert (Konsortium Bundesbericht Wissenschaftlicher Nachwuchs, 2013). Bei der Promotion vereinen sich die Rollen der Hochschulen als Bildungseinrichtungen und Arbeitgeberinnen. In beiden Funktionen sind Hochschulen – unter anderem durch die UN-Behindertenrechtskonvention – verpflichtet, die chancengerechte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen zu gewährleisten und Barrieren zu reduzieren.

Vor diesem Hintergrund wurde – mit Förderung durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales – das bundesweite Projekt PROMI – Promotion inklusive initiiert. In den Jahren 2013 bis 2016 wurden im Rahmen des Projektes an 21 Hochschulen in ganz Deutschland 45 zusätzliche halbe Promotionsstellen für schwerbehinderte Hochschulabsolvent*innen, die zuvor arbeitssuchend oder von Arbeitslosigkeit bedroht waren, geschaffen. Ein Ziel der wissenschaftlichen Projektbegleitung durch die Universität zu Köln ist es, übergeordnete Barrieren zu identifizieren, die sich bei der Beschäftigung schwerbehinderter Wissenschaftler*innen an Hochschulen ergeben, um darauf aufbauend Lösungsansätze zu entwickeln und Handlungsempfehlungen abzuleiten.

Methoden

Um möglichst umfassend Barrieren und Lösungsmöglichkeiten auf einer übergeordneten Ebene zu erfassen, wurde eine an die Zukunftswerkstatt angelehnte Methode gewählt, bei der die Perspektive unterschiedlicher Akteur*innen der Hochschule einbezogen wurde, da diese in ihren jeweiligen Funktionen in der Organisation vermutlich auf unterschiedliche Barrieren stoßen. So konnten barrierebezogene Erfahrungen, Lösungen und Visionen von N = 20 Akteur*innen der am PROMI Projekt beteiligten Hochschulen gebündelt werden. Zu den Akteur*innen zählten – neben Dr.-Eltern und schwerbehinderten Promovierenden – Personen aus den Bereichen Personal/Personalentwicklung, Schwerbehindertenvertretung, Studium und Behinderung, Hochschulleitung, Graduiertenförderung und Diversity. Die Personen wurden in drei Gruppen aufgeteilt, wobei auf eine heterogene Zusammensetzung der Gruppen hinsichtlich der Akteursrollen geachtet wurde. Die Ergebnisse wurden in den einzelnen Gruppen schriftlich festgehalten und anschließend durch die Projektleitung zusammengeführt.

Ergebnisse

Die identifizierten Barrieren sowie die dazugehörigen Lösungen und Visionen können grob fünf Themenfeldern zugeordnet werden. Drei dieser Themenfelder sind projektspezifisch und daher im vorliegenden Kontext nicht von vorrangigem Interesse. Die beiden anderen betreffen allgemeinere Aspekte und interagieren teilweise: Einerseits Barrieren, die im Zusammenhang mit der Beantragung und Umsetzung von Rehaleistungen stehen und andererseits Barrieren, die mit der universitätsinternen Organisation zu tun haben. Konkret beklagen die einbezogenen Akteur*innen beispielsweise, dass die Beantragung von Leistungen (z. B. Eingliederungszuschuss, technische Hilfen) sehr aufwändig sei und dass einerseits unklar sei, wer innerhalb der Hochschule für die Beantragung zuständig ist, andererseits, wer der richtige Kostenträger ist, zumal bei den Kostenträgern zusätzlich die Ansprechpersonen wechselten. Als Lösungsmöglichkeit und Vision wird beispielsweise vorgeschlagen, dass sich die Akteur*innen hochschulintern vernetzen und die bei der Einstellung und Beschäftigung von schwerbehinderten Mitarbeitenden anfallenden Aufgaben dauerhaft untereinander aufteilen. So können die hochschulinternen Akteur*innen auch ein für ihren jeweiligen Aufgabenbereich spezifisches Netzwerk zu Ansprechpersonen bei außerhochschulischen Akteur*innen etablieren und festigen, was die Kommunikation mit beispielsweise Leistungsträgern erleichtert.

Fazit

Obwohl der Arbeitsplatz Wissenschaft und die Promotion recht spezifische Kontexte darstellen, wurden in der vorliegenden Untersuchung neben spezifischen auch allgemeinere Barrieren identifiziert, die sich vermutlich in ähnlicher Art und Weise in anderen Unternehmen und Beschäftigungsverhältnissen ebenfalls zeigen würden. Es wird deutlich, dass trotz gesetzlicher Ansprüche zumeist ein hoher bürokratischer Aufwand erbracht und viel Zeit investiert werden muss, um notwendige Rehaleistungen zu erhalten. Dieser Aufwand kann potentielle Arbeitgeber*innen abschrecken Menschen mit Behinderungen einzustellen. Betriebliche Akteur*innen können hier eine wichtige Rolle einnehmen, indem sie bürokratischen Aufwand von beispielsweise Führungskräften, die Bewerber*innen mit Behinderungen beschäftigen wollen, „fernhalten“. Hierfür müssen die Akteur*innen ihrerseits jedoch mit den notwendigen Ressourcen ausgestattet und gut untereinander vernetzt sein. Im Rahmen des PROMI-Projektes sollen auf Basis der wissenschaftlichen Projektbegleitung zudem zielgruppenspezifische Handlungshilfen für die einzelnen Akteursgruppen an Hochschulen entwickelt werden.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Literatur

- Konsortium Bundesbericht Wissenschaftlicher Nachwuchs (2017): Bundesbericht wissenschaftlicher Nachwuchs 2017. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co. KG.
- Niehaus, M., Bauer, J. (2013): Chancen und Barrieren für hochqualifizierte Menschen mit Behinderung: Übergang in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis - Pilotstudie zur beruflichen Teilhabe. Bonn: Aktion Mensch e.V..
- WHO (2011): World Report on Disability. Geneva: World Health Organization.

Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit: Welche Vor- und Nachteile ergeben sich aus einer Personalunion von Schwerbehindertenvertretung und Betriebsrat?

Heide, M., Glatz, A., Niehaus, M.
Universität zu Köln

Zielstellung

Die Veränderungen aufgrund des demographischen Wandels und der Anhebung des Rentenalters haben Auswirkungen auf die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit. Sowohl die Zunahme des Alters als auch die Zunahmen von Belastungen aus dem Arbeitsumfeld steigern das Risiko von Leistungswandlung oder Langzeiterkrankung (Richter et al., 2012; Robert-Koch-Institut, 2015). Die Diskussion bezüglich der Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit und der Erhalt der Gesundheit der Mitarbeiter_innen ist auf dieser Grundlage in Forschung und Praxis nicht mehr wegzudenken. In der betrieblichen Praxis bedarf es hierzu das Zusammenwirken vieler betrieblicher Akteure, wie des Betriebsarztes, des Inklusionsbeauftragten, des Betriebsrates (BR) und der Schwerbehindertenvertretung (SBV). Der BR und die SBV nehmen eine besondere Rolle ein, da sie in der Funktion als gewählte Interessenvertretungen im besonderen Maße die Rechte und Bedarfe der Kolleg(inn)en vertreten. Allerdings sind ihre Rollen und Aufgaben unterschiedlich definiert: Der BR vertritt als Gremium die Arbeitnehmer_innen des Betriebes (§ 80 BetrVG). Die SBV kümmert sich um die Belange der schwerbehinderten und gleichgestellten Beschäftigten des Betriebes (§ 178 Abs. 1 SGB IX). Ein wesentlicher Unterschied zwischen BR und SBV besteht in den unterschiedlich starken Beteiligungsrechten. Die SBV hat Informations-, Anhörungs- und Erörterungsrechte. Der BR dagegen zusätzlich Mitbestimmungsrechte.

Trotz der Unabhängigkeit der beiden Ämter in der Rechtsstellung und den Aufgabenfokussen zeigt sich in der Praxis, dass das Amt der SBV und des BRs häufig in einer Doppelfunktion ausgeübt werden. Aufgrund der unterschiedlichen Rollenausgestaltung stellt sich besonders aus Sicht der SBVen die Frage, welche Vor- und Nachteile sich aus einer solchen Personalunion ergeben.

Methoden

In einer bundesweiten Onlinebefragung wurden 1552 SBVen zu ihrer Tätigkeit als Interessenvertretung befragt. Aufbauend wurden leitfadengestützte Interviews (n=4) sowie Fokusgruppendifkussionen (n=4) mit SBVen und ihren internen und externen Kooperationspartnern durchgeführt. In einer Zukunftswerkstatt (n=13) mit SBVen, BRen und externen Akteuren wurden die Ergebnisse aus den vorangegangenen Schritten im Hinblick auf die praktische Relevanz diskutiert.

Ergebnisse

Aus der quantitativen Befragung der SBVen geht hervor, dass 44% der Teilnehmenden in einer Personalunion tätig sind und somit sowohl das Amt der SBV als auch das Amt des BRs ausüben. Aus der Doppelfunktion resultieren Vor- und Nachteile für die Arbeit der SBVen: Zum einen kann ein Nachteil daraus entstehen, dass durch die Doppelfunktion einer einzelnen Person Chancen auf Perspektiven- und Wissensvielfalt sowohl für das Amt der SBV als auch

für das des BRs verloren gehen. Weiterhin kann für die SBVen ein Rollenkonflikt auf Grund von Interessensdifferenzen zwischen den beiden Ämtern entstehen. Als Vorteil der Personalunion konstatieren die SBVen den Zugewinn an Wertschätzung und Vertrauen von Seiten der Belegschaft, da ein höherer Bekanntheitsgrad und eine höhere Reputation mit der Doppelfunktion einhergehen. Auch wird erkannt, dass die Teilnahme an Gremien durch die bessere Rechtsstellung des BRs vereinfacht wird.

Fazit

Die Personalunion von SBV und BR wird unterschiedlich bewertet. Das Vorhandensein von Rollenkonflikten kann unter dem Gesichtspunkt, dass diese auch bei SBVen, die nicht gleichzeitig das Amt des BRs ausüben, auftreten können, hervorgehoben werden. Neben Interrollenkonflikten, die sich aufgrund von unterschiedlichen Interessen der beiden Ämter darstellen lassen, können Spannungsmomente auch in Form von Intrarollenkonflikten durch den Einfluss der differenten Interessen von Belegschaft, Personaler_innen bzw. Geschäftsleitungen und Gewerkschaften an die SBVen entstehen. Hinsichtlich der Vorteile, die sich für die SBVen durch die Personalunion von SBV und BR ergeben können, bleibt zu überlegen, inwiefern die Arbeit der SBVen auch ohne das Eingehen einer Doppelfunktion unterstützt werden kann.

Aufgrund des häufigen Auftretens von Personalunionen zwischen SBV und BR und den damit einhergehenden Schwierigkeiten für die SBVen bedarf es einer aktiven Auseinandersetzung mit diesen auf Seiten beider Akteure. Es empfiehlt sich das Angebot an Weiterbildungen, die sich auf die Arbeit in Doppelfunktionen beziehen, zu fokussieren. Weiterhin ist es relevant, dass die Arbeit der SBVen im Besonderen hinsichtlich der Wertschätzung und des Vertrauens von Seiten der Belegschaft gestärkt wird. Um diesem Aspekt gerecht werden zu können, muss in einem ersten Schritt möglicherweise die Sichtbarkeit der Arbeit der SBVen mit Hilfe einer optimierten Öffentlichkeitsarbeit erhöht werden. An dieser Stelle ist weitere Forschung z.B. hinsichtlich der Netzwerkarbeit der SBVen wichtig - denn in Form von gelingender Netzwerkarbeit könnten die SBVen von gefestigten Strukturen anderer Akteure profitieren.

Literatur

- Richter, G., Bode, S. & Köper, B. (2012): Demografischer Wandel in der Arbeitswelt. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. URL: https://www.baua.de/DE/Angebote/Publicationen/Fokus/artikel30.pdf?__blob=publicationFile&v=1, Abruf: 05.11.2018.
- Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.) (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin: RKI.

Rückkehr zur Arbeit nach psychischer Krise – Vernetzung von betrieblichen und klinischen Akteuren im Return-to-Work-Prozess

Schwarz, B., Stegmann, R., Wegewitz, U.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), Berlin

Zielstellung

Psychische Erkrankungen sind nicht nur weit verbreitet, sondern führen häufig auch zu Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit und Erwerbsteilhabe (Wege, Angerer, 2013). Um Betroffene frühzeitig und bedarfsorientiert versorgen und in ihrer betrieblichen Wiedereingliederung gezielt unterstützen zu können, wurden in den vergangenen Jahren Angebote entwickelt, die durch eine engere Zusammenarbeit medizinisch-therapeutischer und betrieblicher Akteure sowie einen stärkeren Arbeitsplatzbezug gekennzeichnet sind (Wege et al., 2014). Ziel der von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten Studie war es, eine möglichst heterogene Auswahl solcher Angebote vertiefend zu untersuchen, die unterschiedlichen Ansätze der Vernetzung und Arbeitsplatzorientierung zu rekonstruieren und in ihren Wirkungen auf die betriebliche Wiedereingliederung der Betroffenen zu beschreiben sowie auf dieser Basis Empfehlungen zur Weiterentwicklung und Dissemination abzuleiten.

Methoden

Auf Basis einer Onlinerecherche wurden zunächst unterschiedliche Angebote für die qualitative Studie ausgewählt (akutpsychiatrische und rehabilitative Versorgungsnetzwerke, psychosomatische Sprechstunden im Betrieb, Beruf coachingangebote, Return-to-Work-Beratung). Diese wurden anschließend multiperspektivisch, d. h. aus Perspektive involvierter betrieblicher und medizinisch-therapeutischer Akteure sowie Betroffener, vertiefend untersucht. Hierzu wurden leitfadengestützte Gruppendiskussionen mit allen drei Akteursgruppen (n=11) bzw. bei den Betroffenen auf Wunsch auch telefonische Einzelinterviews (n=7) durchgeführt. Ergänzend wurden zehn Betroffene 3-6 Monate nach Teilnahme an einer Gruppendiskussion bzw. einem Telefoninterview ein zweites Mal befragt, um so den häufig längeren Wiedereingliederungsprozess besser abbilden zu können. Die Gruppendiskussionen wurden mittels dokumentarischer Methode der Interpretation (Bohnsack, 2014), die Telefoninterviews qualitativ inhaltsanalytisch (Kuckartz, 2014) ausgewertet.

Ergebnisse

Aus den Analysen ließen sich zwei Ansätze der Vernetzung und des Arbeitsplatzbezugs rekonstruieren. Zum einen ein psychotherapeutisch fundierter, individuumsbezogener Ansatz mit indirekter (über den Betroffenen vermittelter) Vernetzung zwischen den medizinisch-therapeutischen Akteuren und dem Arbeitsplatz, zum anderen ein sozialarbeiterisch fundierter, kontextbezogener Ansatz mit direkter Vernetzung zwischen den beratend tätigen und betrieblichen Akteuren. Während der Arbeitsplatzbezug im individuumsbezogenen Ansatz im Wesentlichen dadurch hergestellt wird, dass die Arbeit als Thema und die betriebliche Wiedereingliederung als Ziel in die Intervention geholt wird, findet die Intervention im kontextbezogenen Ansatz unmittelbar, also direkt am Arbeitsplatz unter Einbezug relevanter betrieblicher Akteure statt. Im Zentrum des ersten Ansatzes steht die Frage, was

der Betroffene tun muss, um an seinen Arbeitsplatz zurückkehren zu können (Fokus auf individueller Passung: Änderung arbeitsbezogener Haltungen, Einstellungen und Verhaltensweisen), im Mittelpunkt des zweiten die Frage, was hierfür am Arbeitsplatz getan werden kann (Fokus auf betrieblicher Passung: Änderung von Arbeitsanforderungen und -bedingungen, Gestaltung von Arbeitsbeziehungen). Einfluss auf Vernetzungsform und Arbeitsplatzbezug nehmen neben externen Faktoren (wie z. B. der leistungsrechtliche Rahmen sowie daraus erwachsene Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten, zugewiesene Aufgaben und Rollen sowie zur Verfügung gestellte Ressourcen) v. a. auch die (be-)handlungsleitenden Orientierungsrahmen der betrieblichen und medizinisch-therapeutischen Akteure. Hier ist insbesondere zentral: 1. welche Bedeutung Faktoren des Arbeitskontextes im Verhältnis zu personenbezogenen Faktoren und privaten Belastungen für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Erkrankungen beigemessen wird (Krankheitstheorien), 2. für wie veränderbar die unterschiedlichen Einflussfaktoren gehalten werden und 3. welche Annahmen und Vorstellungen im Hinblick auf die Betroffenen bestehen (Bilder von Betroffenen). Die Betroffenen beschreiben beide Ansätze als hilfreich für ihren Genesungs- und Wiedereingliederungsprozess. Es wird jedoch auch deutlich, dass und wo die Ansätze an ihre Grenzen stoßen. Die reine Änderung arbeitsbezogener Haltungen, Einstellungen und Verhaltensweisen übersieht häufig nicht nur die Wirkkraft und Starrheit dieser über lange Zeit in die Personen eingeschriebenen, habitualisierten sowie mit individuellen und gesellschaftlichen Werten, Normen und Orientierungsrahmen verbundenen Denk- und Handlungsmuster, sondern blendet zudem aus, dass der Arbeitskontext den individuellen Anpassungsprozess ungemein schwieriger gestalten oder gar konterkarieren kann. Umgekehrt kann die reine Anpassung des Arbeitskontextes bei unverändert ungünstigen arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern ebenso ins Leere laufen.

Fazit

Den untersuchten Angeboten ist gemein, dass sie bestehende Defizite der Regelversorgung durch Vernetzung und Arbeitsplatzorientierung überwinden: Betroffene werden frühzeitig erkannt und durch die zeitnahen bedarfsorientierten Angebote sowohl in ihrem Genesungsprozess als auch in ihrer betrieblichen Wiedereingliederung gezielt unterstützt. Die Fokusse und Vorgehensweisen der rekonstruierten Ansätze sind hierbei zugleich Stärke (im Sinne der spezialisierten Bearbeitung eines wichtigen Bestandteils des Genesungs- und Rückkehrprozesses) und Begrenzung (im Sinne einer Gefahr der Vernachlässigung des jeweils anderen Bestandteils), und sollten daher künftig systematisch miteinander kombiniert werden. Soll betriebliche Wiedereingliederung nachhaltig sein, müssen individuelle und betriebliche Passung gleichermaßen Berücksichtigung finden. Die Vernetzung betrieblicher und medizinisch-therapeutischer Akteuren ist hierfür kein Garant, aber ein idealer Ausgangspunkt.

Die Ergebnisse der Studie bilden die Basis eines Praxisleitfadens, der aufzeigt, wie eine stärkere Vernetzung zwischen betrieblichen und medizinisch-therapeutischen Akteuren gelingen und zur erfolgreichen betrieblichen Wiedereingliederung Betroffener beitragen kann.

Förderung: Hans-Böckler-Stiftung

Literatur

- Bohnsack, R. (2014): Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden. Opladen, Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich.
- Kuckartz, U. (2014): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Wege, N., Angerer, P. (2013): Psychische Erkrankungen – Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und Versorgung psychisch erkrankter Erwerbstätiger. *Psychiatrie*, 10. 71-81.
- Wege, N., Janssen, B., Rothermund, E. (2014): Betriebsnahe Versorgungsnetzwerke: Beispiele guter Praxis in Deutschland. In: Angerer, P., Glaser, J., Gündel, H. et al. (Hrsg.): *Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit. Wissenschaft, Erfahrungen und Lösungen aus Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie und Psychosomatischer Medizin*. Heidelberg: Ecomed MEDIZIN. 299-308.

Training emotionaler Kompetenzen in handwerklichen Kleinbetrieben - ein Praxisprojekt zur Stressprävention am Arbeitsplatz

Klein, N., Baumann, R.

SRH Fernhochschule - The Mobile University, Riedlingen

Zielstellung

Die Krankenkassen verzeichnen in den letzten Jahren einen zunehmenden Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage, vor allem aufgrund von psychischen Belastungen (Heyde, Macco 2010). Besonders für Klein- und Kleinbetriebe mit ihren geringen Personalressourcen lassen sich krankheitsbedingte Ausfälle nur schwer kompensieren.

Nach Angaben des Statistischen Bundesamts zählen 99,3 Prozent aller Unternehmen in Deutschland zu den kleinen und mittelständischen Unternehmen. Die Inanspruchnahme von gesundheitlichen Präventionsangeboten bei Klein- und Kleinunternehmen zeigt sich aktuell in dieser Betriebsgröße als nicht ausreichend. Auf 100 Inanspruchnahmen in mittelständischen und Großbetrieben kommen nach Angaben des GKV Spitzenverbandes im Präventionsbericht von 2017 lediglich drei Inanspruchnahmen in Kleinbetrieben. Lediglich 21 Prozent der BGF-Aktivitäten von Krankenkassen fallen auf diesen Firmensektor (Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF), 2018). So bestätigt auch das DNBGF, dass spezifische Konzepte schlichtweg fehlen. Besonders diese Betriebsgröße benötigt jedoch spezielle Angebote, die auf die Herausforderungen dieser zugeschnitten sind. Ein wichtiger Punkt in Bezug auf die Konzeption der BGF speziell in handwerklichen Kleinbetrieben ist die hohe Wertschätzung der Selbstständigkeit. Die hohe subjektive Bedeutung der eigenen Fertigkeiten und der Selbstbestimmung kennzeichnen die Einstellung vieler Inhaber handwerklicher Betriebe. Damit geht eine gewisse Skepsis gegenüber Vorschriften, Gesetzen und externen Kontrollen einher, die bei der Erstellung von Gesundheitsprogrammen berücksichtigt werden sollte (Fromm, Pröll, 2018). Das Training emotionaler Kompetenzen (TEK, Berking, 2017) kann für diese Betriebsform eine Option darstellen, gesundheitsförderndes Verhalten in den Arbeitsalltag zu integrieren, da hier vor allem der Fokus auf den Umgang mit den eigenen Fertigkeiten liegt. Das TEK wurde entwickelt, um emotionale Kompetenzen zu stärken und zu fördern. Personen, die Schwierigkeiten im konstruktiven Umgang mit negativen Gefühlen haben, können mit Hilfe des TEK lernen diese einzuordnen, auszuhalten und positiv zu beeinflussen. Das TEK nach Berking nutzt dazu verschiedene Kernkompetenzen, die mit Hilfe verschiedener Einzel- und Gruppenübungen trainiert werden. Abbildung 1 zeigt eine Übersicht der Basiskompetenzen.



Abb. 1: Basiskompetenzen des TEK nach Berking (2017, S. 68)

Zentrales Ziel der vorliegenden Studie war es, zu überprüfen, inwieweit das als Gruppentherapie transdiagnostischer psychischer Störungen und Präventionsverfahren konzipierte TEK beim Einsatz in handwerklichen Kleinbetrieben mit einer Verbesserung der Emotionsregulation der Beschäftigten einhergeht.

Methoden

Das TEK wurde mit drei Schornsteinfegerbetrieben vom 26.01- 23.02.2018 absolviert. Alle Betriebe bestehen aus einem Meister (Inhaber), einem Gesellen und einem Auszubildenden. Das TEK nach Berking wurde mit einer Gruppe von neun Teilnehmern an drei Tagen mit jeweils zwei Wochen Abstand praktiziert. Der Ablauf richtete sich dabei nach dem Trainingsmanual von Berking. Die folgende Abbildung bietet eine Übersicht über die einzelnen Module an den Trainingstagen.

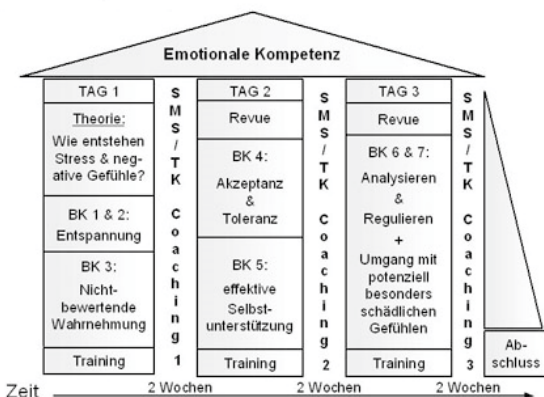


Abb. 2: Aufbau der Drei-Tages-Version des TEK (Berking, 2017, S. 39)

Um mögliche Veränderungen durch das TEK zu erfassen wurde der Fragebogen zur Standardisierten Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen (SEK-27) von Berking und Znoj angewendet. Der Fragebogen enthält 9 Skalen mit je drei Items (5 stufig, Werte 0-4). Dieser gilt als ein reliables und valides Instrument zur Erfassung des Umgangs mit den eigenen Gefühlen. Es ist auch sensitiv genug, um Veränderungen im Verlauf zu erfassen (Berking, Znoj, 2008). Der Fragebogen wurde jedem Teilnehmer vor dem Training zum Ausfüllen ausgehändigt und soll nach dem TEK erneut ausgefüllt werden, um Veränderungen zu erfassen.

Ergebnisse

Die folgende Tabelle zeigt die Mittelwerte hinsichtlich Gesamtpunktzahl der Teilnehmer im SEK-27 (möglicher Wertebereich: 0-108) vor dem TEK (T1) und nach den Trainingstagen (T2).

Tab. 1: Gesamtpunktzahl T1/T2 der Teilnehmer

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
T1	9	26,00	58,00	35,8889	11,88954
T2	9	54,00	84,00	68,8889	13,14767
Gültige Werte (Listenweise)	9				

Der t- Test für abhängige Stichproben zeigt ein auf dem 1%-Niveau signifikantes Ergebnis.

Tab. 2: t-Test für abhängige Stichproben zu Veränderungen im SEK-27

		Test bei gepaarten Stichproben							
		Gepaarte Differenzen							
		Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	95% Konfidenzintervall der Differenz		t	df	Sig. (2-seitig)
					Untere	Obere			
Paaren 1	T1 - T2	-33,00000	15,66644	5,22281	-45,04383	-20,95617	-6,318	8	,000

Die Fragebögen der Teilnehmer vor dem Training zeigen vor allem in den Bereichen Aufmerksamkeit, Klarheit, Körperwahrnehmung, Resilienz und Regulation tendenziell niedrige Werte. Sechs von 9 Teilnehmern erreichen in der Kompetenz Aufmerksamkeit lediglich zwei Punkte von möglichen 12. Nach Abschluss des Trainings zeigen sich insbesondere in den genannten Bereichen positive Veränderungen. Die Kompetenz Aufmerksamkeit liegt bei keinem Teilnehmer unter sechs Punkten. Die Kompetenzen Resilienz und Regulation liegen bei den Teilnehmern nach dem TEK bei durchschnittlich 8 Punkten.

Fazit

Insgesamt gingen mit der Durchführung des TEK in der gewählten Stichprobe positive Veränderungen der Emotionsregulation einher, die als Indikator für die Kompetenz zur Aufrechterhaltung psychischer Stabilität betrachtet werden kann. Limitierungen der Studie ergeben sich aus der fehlenden Kontrollgruppe und der geringen Stichprobe. Um eine größere Stichprobe zu erreichen und die Anpassung des Programms noch spezifischer auf das Training mit Kleinst- und Kleinbetrieben vornehmen zu können, wäre eine Zusammenarbeit mit den Innungsverbänden zu überlegen. Auch die Erhebung spezifischer Indikatoren zur Bewältigung von Arbeitsanforderungen wäre sinnvoll.

Literatur

- Berking, M. (2017): Training emotionaler Kompetenzen. 4. Auflage. Springer. Erlangen.
- Berking, M./ Znoj, H. (2008): Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur standardisierten Selbsteinschätzung. Fragebogen Emotionaler Kompetenzen (SEK-27). In: Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 56(2), S. 141-150.

- Deutsches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (2015): Klein-Gesund-
Wettbewerbsfähig: Betriebliche Gesundheitsförderung in Kleinbetrieben stärken.
http://www.dnbgf.de/fileadmin/downloads/materialien/dateien/DNGF_Positionspapier_KMU.pdf (28.01.2018)
- Fromm, C./ Pröll, U. (2002): Gesundheit und Sicherheit im Kleinbetrieb-Präventive Potentiale
der kleinbetrieblichen Arbeitswelt und Möglichkeiten des systemischen Ausbaus.
[http://www.sfs.tu-
dortmund.de/odb/Repository/Publication/Doc/1102/EBER_P340_2008.pdf](http://www.sfs.tu-dortmund.de/odb/Repository/Publication/Doc/1102/EBER_P340_2008.pdf) (14.01.2018)
- Heyde, K./ Macco, K. (2010): Krankheitsbedingte Fehlzeiten aufgrund psychischer
Erkrankungen- Eine Analyse der AOK-Arbeitsunfähigkeitsdaten des Jahres 2008. In:
Badura, B./ Schröder, H./ Klose, J./ Macco, K.: Fehlzeiten -Report 2009. Arbeit und Psyche:
Belastungen reduzieren- Wohlbefinden fördern. Springer. Heidelberg.

Die Hilfsmittelversorgung im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – Neue Rechtslage durch das BTHG?

Dittmann, R.

Universität Kassel

Zielstellung

Die Hilfsmittelversorgung ist ein umstrittener Bereich der Rehabilitation und der Krankenbehandlung. Hilfsmittel können sowohl als medizinische Leistungen (§ 42 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX i.V.m. § 47 SGB IX, § 33 SGB V), als auch als Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA, § 49 Abs. 8 S. 1 Nr. 4 SGB IX) erbracht werden. Gerade im beruflichen Bereich kann eine Abgrenzung zwischen den beiden Leistungsgruppen und damit zwischen dem zuständigen Leistungsträger schwierig sein (vgl. BSG 08.03.1990 – 3 RK 13/89).

Seit Einführung des SGB IX galt für die Hilfsmittel im Rahmen der LTA, dass sie u.a. nur dann zu gewähren sind, wenn solche Leistungen als medizinische Leistungen erbracht werden können (§ 33 Abs. 8 S. 1 Nr. 4 SGB IX a.F.). Mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) wurde der Wortlaut der Norm dahingehend geändert, dass u.a. der Vorrang medizinischer Leistungen nicht mehr explizit für die Hilfsmittel zur Berufsausübung gilt (§ 49 Abs. 8 S. 1 Nr. 4a SGB IX n.F.). Fraglich ist, ob sich mit der Gesetzeswortlautänderung auch die Rechtslage bezüglich des Verhältnisses der Hilfsmittel der medizinischen Rehabilitation und der LTA geändert hat, gleichwohl dies vom Gesetzgeber nicht beabsichtigt wurde (BT-Drs. 18/9522, S. 253).

Methoden

Normsetzung, Rechtsprechung und Verwaltungspraxis wurden untersucht und anhand juristischer Methodik ausgewertet.

Ergebnisse

Die Rechtsprechung hatte sich in der Vergangenheit insbesondere mit der Frage zu beschäftigen, wann ein Hilfsmittel zum Ausgleich eines Grundbedürfnisses des täglichen Lebens dient (vgl. nur BSG 15.11.1989 – 8 RK 13/88; BSG 21.08.2008 – B 13 R 33/07 R), denn darin liegt eine wesentliche Voraussetzung der Leistungsgewährung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation (§ 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX a.F. / § 47 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX n.F.). Dieser Tatbestand wurde im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) enger definiert, als im Rahmen der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV). Während ein Grundbedürfnis des täglichen Lebens im Bereich der GRV bereits dann betroffen ist, wenn das Hilfsmittel Gebrauchsvorteile generell für alle beruflichen Tätigkeiten bietet (BSG 21.08.2008 – B 13 R 33/07 R), sind ausschließlich berufliche und arbeitsplatzspezifische Gebrauchsvorteile für die Hilfsmittelversorgung nach dem SGB V grundsätzlich unbeachtlich (BSG 17.12.2009 – B 3 KR 20/08 R; BSG 24.01.2013 – B 3 KR 5/12 R).

In Anlehnung an die weitgehendere Definition der Hilfsmittel zur medizinischen Rehabilitation im Bereich der GRV, soll(t)en die Hilfsmittel zur Berufsausübung nach § 33 Abs. 8 S. 1 Nr. 4 SGB IX a.F. den Behinderungsausgleich im Rahmen einer bestimmten Tätigkeit bezwecken (BSG 21.08.2008 – B 13 R 33/07 R). Denkbar ist, dass es bei einer solchen Praxis zu einer Versorgungslücke kommt – nämlich dann, wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der GRV nicht erfüllt sind und ein Hilfsmittel begehrt wird, das nicht für eine bestimmte berufliche Beschäftigung, sondern für die Ausübung einer Tätigkeit überhaupt, notwendig ist (z.B. orthopädischer Sitzschalenstuhl, vgl. BSG 12.10.1988 – 3 RK 29/87). Ein Anspruch gegenüber den Krankenkassen, wie auch der Bundesagentur für Arbeit könnte in diesem Fall ausscheiden.

Mit dem BTHG könnte sich diese Rechtslage bezüglich der Versorgung mit Hilfsmitteln zur Berufsausübung geändert haben (davon nicht ausgehend: Jabben, in: Neumann/Pahlen/Winkler/Jabben, SGB IX, § 49, Rn. 26). Auf Grundlage der alten Formulierung wurde der Tatbestand Berufsausübung wesentlich durch die Abgrenzung zu den Hilfsmitteln der medizinischen Rehabilitation definiert, mit der Folge, dass die Begriffsauslegung weniger vor dem Hintergrund der Reichweite der LTA erfolgte, sondern vielmehr danach, was noch Grundbedürfnisse des täglichen Lebens i.S.v. § 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX a.F. sind. Die neue Formulierung in § 49 Abs. 8 S. 1 Nr. 4 SGB IX eröffnet nun eine weite Auslegung des Begriffs Berufsausübung, die sich am Zweck der LTA (§ 49 Abs. 1 SGB IX) orientiert – der Erhaltung der Erwerbsfähigkeit und der möglichst dauerhaften Eingliederung in Arbeit und Beruf (s. Luik, in: Deinert/Welti, SWK-Behindertenrecht, Teilhabe am Arbeitsleben). In der Konsequenz könnten Hilfsmittel den LTA bereits dann zugeordnet werden, wenn sie eine Behinderung oder deren Folgen generell (aber allein) im Bereich des Erwerbslebens ganz oder teilweise ausgleichen (und nicht nur an einem bestimmten Arbeitsplatz oder für eine spezielle Form der Berufsausübung oder Ausbildung - so die Bundesagentur für Arbeit, in: dies., Fachliche Weisungen Reha, S. 12).

Fazit

Eine solche Rechtsauslegung hätte – wie vom SGB IX beabsichtigt (Welti, Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat, S. 366) – eine Vereinheitlichung der Hilfsmittelversorgung im Rahmen der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zur Folge, würde eine mögliche Versorgungslücke schließen und wäre für Verwaltungspraxis und Betroffene transparenter.

Literatur

- Bundesagentur für Arbeit, Fachliche Weisungen Reha, Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – SGB IX, § 49 SGB IX Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Verordnungsermächtigung, gültig ab 01.01.2018, abrufbar unter: https://con.arbeitsagentur.de/prod/apok/ct/dam/download/documents/dok_ba014685.pdf.
- Luik, S., Teilhabe am Arbeitsleben, in: Deinert, O./Welti, F. (Hrsg.), StichwortKommentar Behindertenrecht, 2. Auflage, Baden-Baden 2018.
- Neumann, D./Pahlen, R./Winkler, J./Jabben, J., Sozialgesetzbuch IX, Kommentar, 13. Auflage, München 2018.
- Welti, F., Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat, Tübingen 2005.

Die Genehmigungsfiktion im Rehabilitationsrecht

Tietz, A.

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

Zielstellung

Mit Einführung des Bundesteilhabegesetz (BTHG) integrierte der Gesetzgeber zum 01.01.2018 mit § 18 Abs. 3 SGB IX n.F. auch eine Genehmigungsfiktion im Rehabilitationsrecht. Ausgestaltet wurde die gesetzliche Regelung nach dem Vorbild des § 13 Abs. 3a SGB V (BT-Drs. 18/9522, S. 237), welche seit Inkrafttreten Literatur und Rechtsprechung vor immense Probleme stellt. Maßgeblichen Einfluss auf die Entwicklung des § 13 Abs. 3a SGB V hatte die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) (dazu im Überblick Stähler, 2018). Bis zum jetzigen Zeitpunkt sind noch keine (höchst)richterlichen Entscheidungen zu § 18 Abs. 3 SGB IX n.F. ergangen. Insofern stellt sich die Frage wie das neugeschaffene Instrument der Genehmigungsfiktion das Rehabilitationsrecht beeinflussen wird.

Methoden

In dem Beitrag soll untersucht werden, welche möglichen Folgen sich aus den Grundsätzen des Sozialversicherungsrecht im Allgemeinen und des Rehabilitationsrecht im Speziellen, sowie aus der bisherigen Auslegung des § 13 Abs. 3a SGB V für § 18 Abs. 3 SGB IX ergeben könnten.

Ergebnisse

Momentan scheinen zwei Punkte interessant zu sein: Zum einen ist das die Frage nach dem Anwendungsbereich der Norm. Daneben ist, aufgrund des gegliederten Systems im SGB IX, die Bestimmtheit des Leistungsantrags von Bedeutung.

Anwendungsbereich der Norm

Der Gesetzgeber hat in § 18 Abs. 7 SGB IX den Anwendungsbereich gesetzlich eingeschränkt. Diese Regelung bestand schon in § 15 SGB IX a.F. und soll dem Grundsatz Rechnung tragen, dass Leistungen der Sozialhilfe nicht rückwirkend gewährt werden können. Nach ständiger Rechtsprechung zum Sozialhilferecht ist dies aber kein unumstößlicher Grundsatz. Besteht nach Beschaffung der Leistung im Wege der Selbsthilfe weiterhin eine Bedürftigkeit ist auch eine nachträgliche Leistungsgewährung möglich (BSG v. 29.09.2009, B 8 SO 16/08 R, Rn. 18).

Ähnlich skeptisch macht auch der Blick auf § 37 S. 1 und S. 2 SGB I i.V.m. § 10 SGB I, welche Mindeststandards für Einzelleistungsgesetze setzen. Demnach wäre eine Verkürzung des Anspruchs unzulässig. Zu einer solchen Verkürzung würde ein Ausschluss der in Abs. 7 genannten Träger aber führen. Im Ergebnis kommt es wohl auf eine einzelfallabhängige Prüfung an. Gerade vor dem Hintergrund der evtl. bestehenden Hilfebedürftigkeit.

Bestimmtheit des Antrags

Im Rahmen des § 13 Abs. 3a SGB V stellte das BSG fest, dass eine Genehmigung nur fingiert werden kann sofern der ursprüngliche Leistungsantrag hinreichend bestimmt (§ 33 Abs. 1 SGB X) und somit fiktionsfähig ist. Bei den Anforderungen an die inhaltliche Bestimmtheit

handelt es sich um eine Voraussetzung der materiellen Rechtmäßigkeit. Im Einzelnen müsse man sich somit an den Besonderheiten des jeweils anzuwendenden materiellen Rechts orientieren (BSG v. 11.07.2017, B 1 KR 26/16 R, Rn. 17). Im Rahmen des § 13 Abs. 3a SGB V war somit das Krankenversicherungsrecht entscheidend. Das SGB IX ist jedoch grundsätzlich bereichsübergreifend und beschränkt sich nicht auf eine bestimmte Materie. Insbesondere die Konkretisierung der Rechtsfolgen im Antrag wirft Probleme auf (Stevens-Bartol, 2018).

Gemein ist den verschiedenen Bereichen, dass nach § 37 S. 1 SGB I für alle die Grundsätze des SGB I gelten. Diese legen fest, dass eine Beschneidung der sozialen Rechte nicht zulässig ist. Demnach dürfen auch bei der Antragstellung keine erhöhten Anforderungen gestellt werden. Unklarheiten müssen zu Lasten der Behörde gehen (BSG, Urteil v. 14.08.1996, 13 RJ 9/95, Rn. 38). Sofern eine Konkretisierung des Antrags notwendig ist muss der zuständige Leistungsträger nach § 16 Abs. 3 SGB I darauf hinwirken. In diesem Prozess muss die Regelung des § 18 Abs. 3 SGB IX n.F. im engen Zusammenhang mit den §§ 10 ff. SGB IX gesehen werden. Denn der materiellrechtlich zuständige Leistungsträger kann im System des SGB IX seine Zuständigkeit verlieren. Die Prüfung geht dann auf einen anderen Rehabilitationsträger über, was eine Prüfung des Antrags erschwert. Daher ist im Rahmen des Antrags nicht nur auf die Beziehung zwischen Versicherten und Behörden zu schauen. Auch die Korrespondenz zwischen den Behörden ist für den Versicherten wichtig um einen fiktionsfähigen Antrag stellen zu können.

Fazit

Ebenso wie im Rahmen des § 13 Abs. 3a SGB V wird es auch für die Fortbildung des § 18 Abs. 3 SGB IX auf die Rechtsprechung der Sozialgerichte ankommen. Dabei sollte man keine erhöhten Anforderungen an die Versicherten stellen. Im Vordergrund muss eine ergebnisoffene und nicht von fiskalischen Interessen geleitete Verwaltungspraxis i.S.d. § 33 SGB I stehen (Stevens-Bartol, 2018).

Literatur

Deutscher Bundestag (2016), Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung (Bundesteilhabegesetz – BTHG), BT-Drs. 18/9522.

Stevens-Bartol, in: Feldes/Kothe/Stevens-Bartol, SGB IX, 4. Auflage, § 4 Rn. 8f.

Stähler, Thomas, Die Genehmigungsfiktion – Stärkung der Interessen betroffener Menschen durch das Rechtsinstitut der Genehmigungsfiktion, Die Rehabilitation 5/2018, S. 291-294.

Behinderungsgerechte Weiterbeschäftigung auf dem bisherigen Arbeitsplatz durch arbeitsorganisatorische Anpassungen

Rabe-Rosendahl, C.

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

Zielstellung

Gesundheitliche Einschränkungen und/oder Behinderungen treten überwiegend im Laufe des Lebens und dementsprechend auch während eines Beschäftigungsverhältnisses auf. Zur Gewährleistung der beruflichen Teilhabe ist dessen Bestandssicherung daher elementar. Zu diesem Zweck sieht das Sozialgesetzbuch 9 (SGB IX) verschiedene Instrumente vor. Schwerbehinderte Beschäftigte haben z. B. einen Beschäftigungsanspruch, auch wenn sie die mit ihrer Tätigkeit verbundenen Arbeiten wegen einer Behinderung nicht mehr (vollumfänglich) ausführen können. In einem solchen Fall besteht ein Anspruch gegen den Arbeitgeber auf eine behinderungsgerechte Gestaltung des Arbeitsplatzes (§ 164 Abs. 4 SGB IX). Dieser Anspruch umfasst nicht nur den Anspruch auf eine anderweitige Beschäftigung, vielmehr ist der Arbeitgeber auch zu einer Umgestaltung der Arbeitsorganisation bzw. zur Aufgabenumverteilung am bisherigen Arbeitsplatz verpflichtet (Faber/Rabe-Rosendahl, 2018).

Methoden

Für die Untersuchung sind die relevanten Vorschriften des SGB IX, die hierzu veröffentlichten juristischen Fachtexte sowie die themenbezogene Rechtsprechung der Arbeitsgerichte auszuwerten.

Ergebnisse

Anhand einer aktuellen Entscheidung des Landesarbeitsgerichts Rheinland-Pfalz (Urteil v. 11.04.2018, Az. 4 Sa 352/16) lassen sich häufig auftretende Fragen bezüglich der Pflicht zur Umorganisation bzw. der Änderung der Aufgabenverteilung am Ursprungsarbeitsplatz veranschaulichen. Im genannten Fall konnte ein schwerbehinderter Beschäftigter aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen seiner vertraglich geschuldeten Tätigkeit als Lagerarbeiter in der Obst- und Gemüseabteilung eines Lebensmittelmarktes nicht mehr vollumfänglich nachgehen, da er nicht mehr für längere Zeit im Kühlhaus arbeiten und keine Lasten über 15kg heben konnte. Die Arbeitgeberin sprach, nachdem im BEM-Verfahren keine Lösung gefunden werden konnte, eine Änderungskündigung aus personenbedingten Gründen verbunden mit dem Angebot aus, als Kassierer in einer niedrigeren Entgeltgruppe zu arbeiten. Hiermit war der Beschäftigte nicht einverstanden und erhob daraufhin eine Änderungsschutzklage. Das Gericht befand nach der Vernehmung des Storemanagers, dass der Arbeitgeberin eine Anpassung der Arbeitsorganisation im Obst- und Gemüsebereich als milderer Mittel möglich sei. Daher unterlag die Arbeitgeberin vor Gericht.

Wie im geschilderten Fall zeigt auch die bisherige Rechtsprechung (insbesondere Bundesarbeitsgericht, 2006), dass bei der Frage der behinderungsgerechten Arbeitsplatzgestaltung nach § 164 Abs. 4 SGB IX für (schwer)behinderte Beschäftigte, die nicht mehr alle an einem Arbeitsplatz anfallenden Tätigkeiten ausüben können, oftmals die naheliegenden Möglichkeiten einer Umorganisation ggf. kombiniert mit dem Einsatz von

Hilfsmitteln am bisherigen Arbeitsplatz vom Arbeitgeber nicht ausreichend geprüft werden. Zur Weiterbeschäftigung auf dem Ursprungsarbeitsplatz muss, sofern es sich nicht um einen Einzelarbeitsplatz handelt, jedoch stets eine sog. „kollegiale Assistenz“ erwogen werden (Kohte/Liebsch, 2017), d.h. eine Umorganisation i. S. e. Aufgabenumverteilung ist zumindest immer dann z.B. im Rahmen eines BEM primär in den Blick zu nehmen, wenn im betreffenden Arbeitsbereich weitere Beschäftigte tätig sind. Zu berücksichtigen ist hierbei, dass es sich bei der „kollegialen Assistenz“ nicht um eine klassische Arbeitsassistentin i.S.d. § 49 Abs. 8 und § 185 Abs. 5 SGB IX und somit nicht um eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben handelt.

In der Rechtsprechung ist in diesem Zusammenhang ebenfalls anerkannt, dass weder die Entscheidung des Arbeitgebers, alle an einem Arbeitsplatz anfallenden Tätigkeiten müssten von einer bestimmten Person erbracht werden, eine schützenswerte Organisationsentscheidung ist, welche den Beschäftigungsanspruch des schwerbehinderten Arbeitnehmers entfallen lässt. Noch müssen schwerbehinderte Beschäftigte alle in ihrer Entgeltgruppe anfallenden Arbeiten in gleicher Weise verrichten können (Kohte/Liebsch, 2017). Die Bedeutung, die dem Erhalt des Ursprungsarbeitsplatzes, d.h. der vertragsgemäßen Weiterbeschäftigung, von der Rechtsprechung beigemessen wird, lässt sich insbesondere daran erkennen, dass auch in Situationen, in denen schwerbehinderte Beschäftigte 75 Prozent ihrer bisherigen Tätigkeiten behinderungsbedingt nicht mehr ausführen können, die Möglichkeit einer zumutbaren Umorganisation nicht ausgeschlossen wird (Düwell, 2019).

Fazit

Der Anspruch auf eine behinderungsgerechte Gestaltung des Arbeitsplatzes ist nicht zwangsläufig mit einem vollständigen Tätigkeitswechsel verbunden. In vielen Fällen ist durch eine innerbetriebliche Umorganisation und Aufgabenumverteilung die Weiterbeschäftigung auf dem bisherigen Arbeitsplatz möglich. Insbesondere durch eine „kollegiale Assistenz“ kann arbeitsorganisatorisch auf eine dem Arbeitgeber zumutbare Weise die Weiterbeschäftigung am Ursprungsarbeitsplatz strukturiert werden. In jedem Fall stellt eine zumutbare behinderungsgerechte Beschäftigung ein milderes Mittel zur (Änderungs-)Kündigung dar.

Literatur

Bundesarbeitsgericht (2006), Urteil v. 14.03.2006 – 9 AZR 411/05 –, NZA 2006, S. 1214

Düwell (2019) in: Dau, D. H., Düwell, F.J., Jousen, J. (Hrsg.), Sozialgesetzbuch IX, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, Lehr- und Praxiskommentar, 5. Aufl., § 164 Rn. 200

Faber, U., Rabe-Rosendahl, C. (2018) in: Feldes, W., Kohte, W., Stevens-Bartol, E. (Hrsg.), Sozialgesetzbuch Neuntes Buch, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, Kommentar für die Praxis, 4. Aufl., § 164 Rn. 50

Kohte, W., Liebsch, M. (2017), Anspruch auf behinderungsgerechte Beschäftigung – sekundäre Darlegungslast – Anmerkung zu LAG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 26.10.2016 – 15 Sa 936/16; Beitrag B1-2017, URL: <http://www.reha-recht.de>, Abruf 04.11.2018

Landesarbeitsgericht Rheinland-Pfalz (2018), Urteil v. 11.04.2018 – 4 Sa 352/16 –, Rn. 33, 38, juris

Die Bedeutung der Rehabilitationsträger für den Kündigungsschutz

Liebsch, M.

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

Zielstellung

Krankheitsbedingte Ausfallzeiten gefährden den Bestand des Arbeitsverhältnisses. Nehmen sie in erheblichem Maße zu, kann dies den Arbeitgeber zur Kündigung berechtigten (zur krankheitsbedingten Kündigung instruktiv Vossen, 2017). Rehabilitationsträgern und Integrationsämtern ist es durch die Gewährung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) und berufsbegleitenden Hilfen möglich, einer Bestandsgefährdung des Beschäftigungsverhältnisses aktiv entgegen zu wirken. Sie wirken als außerbetriebliche Akteure somit in den betrieblichen Alltag hinein. Wichtig ist in diesem Zusammenhang die Kenntnis der Arbeitsvertragsparteien über vorhandene Leistungsangebote und ein ordnungsgemäßer Antrag des Betroffenen. Unzureichende Informationen stellen oft eine Hürde für die Inanspruchnahme dar. Gerade das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) kann hier ansetzen.

Methoden

Methodisch werden hierfür die normativen Schnittstellen der Rehabilitationsträger in den betrieblichen Ablauf nutzbar gemacht, indem sie unter Berücksichtigung der themenbezogenen Rechtsprechung rechtlich begutachtet und systematisch eingeordnet werden.

Ergebnisse

Durch das Bundesteilhabegesetz hat die betriebliche Ausrichtung der Rehabilitationsträger an Bedeutung gewonnen. Mit Wirkung zum 01.01.2018 wurde der Präventionsauftrag der Rehabilitationsträger dahin konkretisiert, dass diese bei der Aufklärung, Beratung, Auskunft und Leistungsausführung sowie im Rahmen der Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern nach § 167 SGB IX darauf hinzuwirken haben, dass der Eintritt einer Behinderung oder einer chronischen Krankheit vermieden wird. Durch ihre ausdrückliche Erwähnung erhält die Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern gemäß § 167 SGB IX eine hervorgehobene Bedeutung, wobei Schwerpunkt dieser Zusammenarbeit das BEM ist (Bundestag-Drucksache 18/9522, S. 228).

Unterlässt der Arbeitgeber die Durchführung des Präventionsverfahrens nach § 167 Abs. 1 SGB IX oder die des BEM nach § 167 Abs. 2 SGB IX oder führt sie fehlerhaft durch, trifft ihn prozessual eine erhöhte Darlegungslast im Hinblick auf denkbare, gegenüber einer Beendigungskündigung mildere Mittel, um die zum Anlass für die Kündigung genommene Vertragsstörung zukünftig zu beseitigen (so für das Präventionsverfahren nach § 167 Abs. 1 SGB IX: Bundesarbeitsgericht, 2018; für das BEM statt vieler: Bundesarbeitsgericht, 2015). Zur ordnungsgemäßen Durchführung des BEM gehört in diesem Zusammenhang auch die Beteiligung der Rehabilitationsträger nach Maßgabe von § 167 Abs. 2 Satz 4 SGB IX. So hat das LAG Hessen mit Urteil vom 13.08.2018 - 16 Sa 1466/17 entschieden, dass es zum BEM-Mindeststandard gehört, Rehabilitationsträger zu beteiligen, sofern zur Sicherung des Beschäftigungsverhältnisses LTA oder begleitende Hilfen im Arbeitsleben in Betracht

kommen. Hierauf ist der Betroffene bei der Einladung zum BEM durch den Arbeitgeber hinzuweisen, um die mögliche Hinzuziehung zur Grundlage seiner Verfahrenszustimmung zu machen.

Besteht eine Schwerbehinderung, ist darüber hinaus das dem BEM vorgeschaltete Präventionsverfahren zu beachten. Hier sind – neben den Rehabilitationsträgern – auch die Schwerbehindertenvertretung und das Integrationsamt wesentliche Akteure, um frühzeitig eine Bestandsgefährdung des Beschäftigungsverhältnisses abzuwenden (Kohte/Liebsch, 2018). Dies war im Fall vor dem LAG Hessen allerdings unbeachtlich. Die Klägerin, bei welcher ein Grad der Behinderung von 30 festgestellt worden war, war wiederholt aufgrund krankhafter Depressionen arbeitsunfähig. Vor diesem Hintergrund nahm sie bereits in der Vergangenheit an einer Rehabilitationsmaßnahme teil, wodurch sich ihr Gesundheitszustand verbesserte. Inzwischen ist die Rentenversicherung in solchen Fällen zur Nachsorge nach § 17 SGB VI verpflichtet und auch auf diesem Feld aktiv. Damit lag es für die Arbeitgeberin nahe, auch im Rahmen des erneut erforderlichen BEM, die schon damals aktivierten Rehabilitationsträger zu beteiligen. Der Personalabteilung der Arbeitgeberin musste dies bekannt sein, gleichwohl unterließ sie eine Hinzuziehung der Rehabilitationsträger. Da die Arbeitgeberin die objektive Nutzlosigkeit einer Beteiligung nicht darlegen konnte, musste sie somit im Kündigungsschutzprozess unterliegen.

Fazit

Nach alledem haben Rehabilitationsträger im betrieblichen Ablauf eine reale Bedeutung. Sie sind wichtige Akteure, um den Bestandsschutz der Beschäftigung zu wahren. Es empfiehlt sich daher für Arbeitgeber/-innen, die Ansprechstellen gemäß § 12 Abs. 1 Satz 3 SGB IX – welche ab dem 01.01.2019 endgültig die gemeinsamen Servicestellen ablösen – aktiv nutzbar zu machen und eine verstetigte Kommunikation mit diesen als wesentliches Merkmal der eigenen Betriebsorganisation zu verstehen.

Liegt eine konkrete Arbeitsplatzgefährdung vor, obliegt es den hinzugezogenen Rehabilitationsträgern nach § 167 Abs. 2 Satz 5 SGB IX, auf eine unverzügliche Leistungsbeantragung und -erbringung hinzuwirken. Zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit erstreckt sich dieser Auftrag über § 10 Abs. 5 SGB IX auf eine möglichst frühzeitige Antragstellung nach allen in Betracht kommenden Leistungsgesetzen (Bundestag-Drucksache 18/9522, S. 230).

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales aus Mitteln des Ausgleichfonds

Literatur

Bundesarbeitsgericht (2018), Urteil vom 25. Januar 2018 – 2 AZR 382/17 –, Rn. 49, juris

Bundesarbeitsgericht (2015), Urteil vom 13. Mai 2015 – 2 AZR 565/14 –, Rn. 28, juris

Bundestag-Drucksache 18/9522, S. 228 und 230

Kohte/Liebsch (2018), SBV-Beteiligung auch bei Kündigung in der gesetzlichen Wartezeit – Anmerkung zu ArbG Hamburg, Urteil v. 12.06.2018 – 21 Ca 455/17; Beitrag B5-2018 unter www.reha-recht.de

Vossen (2017) in: Ascheid/Preis/Schmidt (Hrsg.), Kündigungsrecht, Großkommentar zum gesamten Recht der Beendigung von Arbeitsverhältnissen, 5. Aufl., KSchG § 1 Rn. 134ff.

Welche Merkmale der Akutbehandlung und Übergangszeit sind mit dem Funktionszustand von bandscheibenoperierten Patienten im Behandlungsverlauf assoziiert?

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

(1) Universität Ulm, (2) Federseeklinik, Bad Buchau

Zielstellung

Eine Anschlussheilbehandlung (AHB) bietet die Möglichkeit, die bereits in der Akutklinik begonnene Behandlung intensiv fortzusetzen. Die AHB kann unmittelbar im Anschluss an den Akutaufenthalt oder nach häuslicher Übergangszeit erfolgen. Mit Einführung der Fallpauschalen hat sich die Akutverweildauer bei operativen Eingriffen an der Wirbelsäule verkürzt, die häusliche Übergangszeit hingegen verlängert (Eiff, 2011). Die Versorgung während des Akutaufenthalts und der Übergangszeit kann individuell unterschiedlich sein und hat einen wesentlichen Einfluss auf den Patientenzustand bei Aufnahme in die Rehabilitationseinrichtung sowie auf den Behandlungsaufwand und Genesungsverlauf während der stationären Rehabilitation (Eiff & Schüring, 2011).

Im Zuge der vorliegenden Analyse wurde daher untersucht, welche Merkmale der akutstationären Behandlung und der Übergangszeit mit der Funktionsfähigkeit von bandscheibenoperierten Patienten zu Rehabilitationsbeginn und -ende sowie mit der erzielten Veränderung während der stationären Rehabilitation assoziiert sind.

Methoden

Datengrundlage stellten Fragebogenangaben von Patienten und Ärzten aus den Jahren 2013 bis 2015 dar. In die Analysen wurden Patienten eingeschlossen, die aufgrund einer Bandscheibenoperation eine AHB in der Federseeklinik Bad Buchau durchführten. Zielgröße war die Funktionsfähigkeit zu Rehabilitationsbeginn und -ende sowie deren Veränderung während der AHB. Diese wurde aus Sicht des Patienten anhand des Oswestry-Index (Mannion, 2006) gemessen. Der Anteil der Einschränkung wird über %-Werte angegeben, wobei niedrige Werte eine bessere Funktionsfähigkeit bedeuten.

Neben dem Behandlungspfad (AHB nach Übergangszeit vs. Direktverlegung, d.h. Verlegung binnen zwei Tagen bzw. binnen vier Tagen, sofern ein Wochenende dazwischen liegt, beginnen) wurden folgende Merkmale der Akutbehandlung ausgewertet: Postoperative Akutverweildauer und Umsetzung frührehabitativer Maßnahmen. Zudem wurden folgende Merkmale der Übergangszeit betrachtet: Dauer der Übergangszeit, Dauer zwischen OP und Rehabilitationsbeginn, Inanspruchnahme von Physiotherapie sowie Gelingen der Umsetzung von Maßnahmen. Unterschiede beim Oswestry-Index zu Rehabilitationsbeginn und -ende sowie bei Veränderungen des Oswestry-Index während der Rehabilitation wurden mit dem Kruskal-Wallis Test (>2 Kategorien) bzw. Wilcoxon-Rangsummentest (2 Kategorien) auf statistische Signifikanz geprüft.

Ergebnisse

Nur rund 14% der Bandscheibenoperierten wurde direkt verlegt (Abb. 1). Etwas mehr als die Hälfte aller Patienten (58%) erhielt eine akutphysiotherapeutische Behandlung.

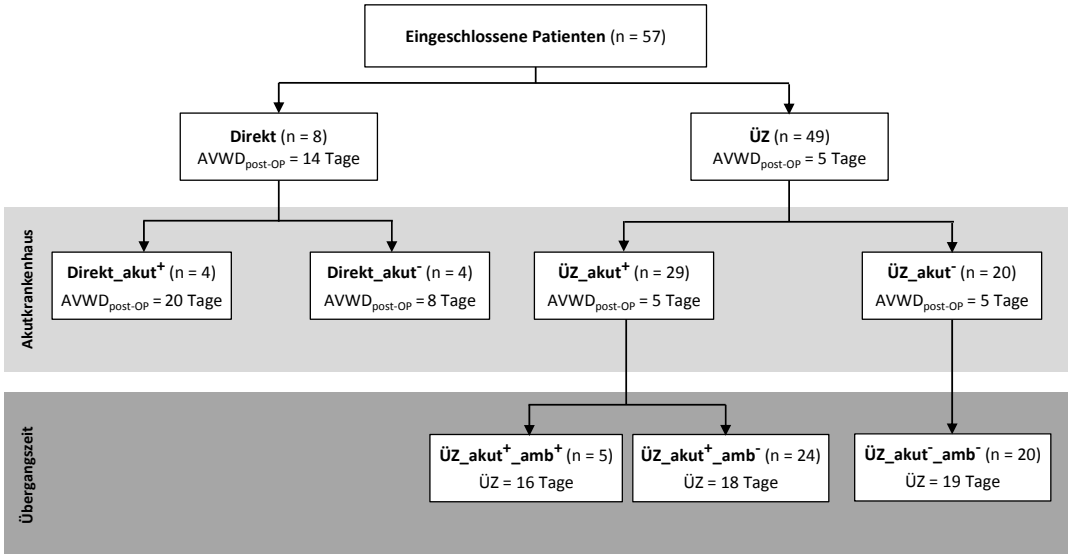


Abb. 1: Pfaddiagramm der postoperativen physiotherapeutischen Behandlung

Direkt: Direktverlegung; ÜZ: Übergangszeit; AVWD: Akutverweildauer; post-OP: nach Operation; akut: Akutaufenthalt; +: Physiotherapie erhalten; keine Physiotherapie erhalten

Lediglich direkt verlegte Patienten mit relativ langer postoperativer Akutverweildauer erhielten eine Physiotherapie. Zwar dauerte die Übergangszeit durchschnittlich 18 Tage, aber lediglich 17% der Patienten führten die in der Akutphase begonnene Physiotherapie auch während der Übergangszeit fort. Ferner nahmen Patienten, die keine Physiotherapie während des Akutaufenthaltes erhielten, auch keine Physiotherapie während der Übergangszeit wahr.

Ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen erhaltener Physiotherapie und Länge der Akutverweildauer bzw. Übergangszeit konnte allerdings nicht nachgewiesen werden.

Deutliche Unterschiede zeigten sich bei Rehabilitationsbeginn und –ende zugunsten von Patienten mit Übergangszeit (vgl. Tab. 1). Patienten mit Akutphysiotherapie zeigten, unabhängig vom Behandlungspfad, insgesamt bessere Funktionswerte bei Entlassung aus der Rehabilitation und eine höhere Funktionsverbesserung. Patienten mit Übergangszeit profitierten dann am meisten, wenn während des Akutaufenthaltes sowie während der Übergangszeit eine Physiotherapie erfolgte. Wurde diese seit OP überhaupt nicht durchgeführt, so war die Funktionsfähigkeit erheblich eingeschränkt.

Patienten, die ein bis zwei Wochen nach OP eine AHB antraten, zeigten einen gravierend schlechteren Funktionszustand, hatten aber gleichzeitig den größten Rehabilitationsfortschritt. Erfolgte die AHB binnen 3-4 Wochen nach OP, zeigte sich bei Aufnahme und Entlassung die beste Funktionsfähigkeit.

Tab.1: Funktionsfähigkeit nach Behandlungspfad

Behandlungspfad	n	Oswestry-Index %: Aufnahme		Oswestry-Index %: Entlassung		Oswestry-Index %: Veränderung	
		\bar{x} (SD)	p	\bar{x} (SD)	p	Δ (SD)	p
Direkt	8	62,4 (20,5)		53,9 (14,9)		-8,5 (18,0)	
ÜZ	49	54,6 (17,8)	0,2325	46,1 (14,6)	0,2322	-8,4 (11,9)	0,7836
Akutkrankenhaus							
Direkt_akut ⁺ (Referenz)	4	61,8 (29,8)		48,4 (17,0)		-13,4 (19,3)	
Direkt_akut ⁻	4	63,1 (9,6)	1,000	59,4 (17,9)	0,2351	-3,7 (17,9)	0,8893
ÜZ_akut ⁺	29	53,0 (17,9)	0,5075	43,6 (13,0)	0,6417	-9,4 (11,9)	0,5847
ÜZ_akut ⁻	20	56,9 (17,8)	0,6190	49,8 (16,3)	0,7885	-7,1 (12,0)	0,5666
Direkt_akut ⁻ (Referenz)	4	63,1 (9,6)	1,000	59,4 (17,9)	0,2351	-3,7 (17,9)	0,8893
ÜZ_akut ⁺	29	53,0 (17,9)	0,2131	43,6 (13,0)	0,0691	-9,4 (11,9)	0,7221
ÜZ_akut ⁻	20	56,9 (17,8)	0,4459	49,8 (16,3)	0,3239	-7,1 (12,0)	0,9382
ÜZ_akut ⁺	29	53,0 (17,9)		43,6 (13,0)		-9,4 (11,9)	
ÜZ_akut ⁻	20	56,9 (17,8)	0,3856	49,8 (16,3)	0,2128	-7,1 (12,0)	0,4794
Übergangszeit							
ÜZ_akut ⁺ _amb ⁺ (Referenz)	5	52,5 (12,4)		40,9 (9,5)		-11,6 (14,4)	
ÜZ_akut ⁺ _amb ⁻	24	53,1 (19,1)	0,9771	44,2 (13,7)	0,6469	-8,9 (11,6)	0,6679
ÜZ_akut ⁻ _amb ⁻	20	56,9 (17,8)	0,5029	49,8 (16,3)	0,2729	-7,1 (12,0)	0,6384
ÜZ_akut ⁺ _amb ⁻	24	53,1 (19,1)		44,2 (13,7)		-8,9 (11,6)	
ÜZ_akut ⁻ _amb ⁻	20	56,9 (17,8)	0,4474	49,8 (16,3)	0,2942	-7,1 (12,0)	0,5197
Dauer OP bis Rehabilitationsbeginn							
1 Woche	6	53,0 (19,5)		49,3 (23,8)		-3,7 (11,2)	
1-2 Wochen	13	69,1 (17,1)		54,3 (15,3)		-14,8 (17,1)	
2-3 Wochen	30	52,6 (18,6)		46,0 (15,9)		-6,5 (11,0)	
3-4 Wochen	8	47,8 (8,1)		41,3 (9,5)		-6,5 (10,8)	
>4 Wochen	5	52,5 (18,1)	0,0367	44,9 (10,4)	0,4609	-7,6 (10,6)	0,3935
Gelingen der Umsetzung von Maßnahmen während der Übergangszeit							
sehr gut	5	41,5 (8,6)		30,3 (5,3)		-11,1 (8,3)	
gut/mäßig	34	53,3 (17,2)		44,4 (13,3)		-8,9 (11,8)	
(sehr) schlecht	15	61,2 (19,7)	0,0713	56,3 (17,5)	0,0036	-5,0 (13,1)	0,2366

\bar{x} : Mittelwert; SD: Standardabweichung; Δ : Differenz; Direkt: Direktverlegung; ÜZ: Übergangszeit; akut: Akutaufenthalt; +: Physiotherapie erhalten; -: keine Physiotherapie erhalten

Fazit

Direkt verletzte Patienten zeichnen sich durch eine längere postoperative Akutverweildauer aus, erhielten aber seltener frührehabilitative Behandlungen, was mit einer schlechteren Funktionsfähigkeit bei Aufnahme sowie Entlassung aus der Rehabilitation verbunden war. Hier zeigt sich möglicherweise eine bedarfsorientierte Selbstselektion, da schwerer beeinträchtigte Patienten direkt einer AHB zugewiesen werden. Fraglich bleibt allerdings, warum gerade deshalb keine physiotherapeutischen Maßnahmen während des Akutaufenthaltes stattfinden.

Patienten beider Behandlungspfade profitierten von der frührehabilitativen Physiotherapie während des Akutaufenthaltes. Insgesamt zeigten Patienten mit einer Übergangszeit allerdings eine bessere Funktionsfähigkeit. Insbesondere die Patienten, die kontinuierlich physiotherapeutisch behandelt wurden oder zumindest während des Akutaufenthaltes physiotherapeutische Maßnahmen erhielten.

Die Länge des Zeitraums nach OP bis zum Rehabilitationsbeginn ist ausschlaggebend für den Genesungsprozess (Eiff, 2011). In dieser Untersuchung zeigte sich, dass sowohl zu kurze als auch zu lange Zeiträume ungünstige Auswirkungen haben.

Eine wesentliche Bedeutung für die Funktionsfähigkeit hat das Gelingen der Umsetzung von Maßnahmen während der Übergangszeit.

Es sollte die Stärkung frührehabilitativer Behandlungen erfolgen. Ferner sollten Patienten, die zunächst nach Hause entlassen werden, bereits im Akutkrankenhaus über notwendige und umsetzbare Maßnahmen für die Zeit zu Hause informiert werden. Zukünftige Untersuchungen sollten zudem klären, wann Bedarf für eine Physiotherapie in der Übergangszeit besteht bzw. wie eine im Akutkrankenhaus begonnene Physiotherapie bis zur AHB aufrechterhalten werden kann.

Literatur

- Eiff W von, Schüring S, Greitemann B, Karoff M. REDIA – Auswirkungen der DRG-Einführung auf die Rehabilitation. *Rehabilitation* 2011; 50: 214-221.
- Eiff W von, Schüring S, Medizinische Rehabilitation: Kürzere Akut-Verweildauern erhöhen Aufwand in der Reha. *Dtsch Arztebl* 2011; 108(21): A-1164 / B-965 / C-965.
- Osthus H, Cziske R, Jacobi E. Cross-cultural adaption of a German version of the Oswestry Disability Index and evaluation of its measurement properties. *Spine* 2006; 31: E448-53.

Ausgestaltung der Bewegungstherapie für Rehabilitanden mit chronischem Rückenschmerz – Eine klinikvergleichende Angebotsanalyse aus konzeptioneller Perspektive

Golla, A., Mau, W.

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

Zielstellung

Für Rehabilitanden mit chronischem Rückenschmerz (cR) sollen laut Reha-Therapiestandards (RTS) mindestens 7,5 Stunden Bewegungstherapie pro Reha-Aufenthaltswoche erbracht werden, wobei die inhaltliche Ausgestaltung den Rehabilitationskliniken obliegt (DRV, 2011). Bisher ist nur wenig bekannt, mit welchen Inhalten die vorgegebenen Umfänge ausgestaltet werden und ob die bewegungstherapeutische Ausrichtung zwischen Kliniken variiert.

Die bundesweite Bestandsaufnahme zur bewegungstherapeutischen Praxis (Projekt: BewegtheReha) liefert dazu wichtige indikationsübergreifende Erkenntnisse zu differenten konzeptionell-inhaltlichen Ausrichtungen nach den Angaben von Einrichtungsvertretern (Sudeck et al., 2018). Eine Analyse zur Gewichtung von kraft- und ausdauerorientierten Angeboten auf Basis von erhobenen Therapiedokumentationen der DRV Reha-Qualitätssicherung (KTL-Daten), deutet zudem eine eher heterogene bewegungstherapeutische Praxis, speziell bei cR, an (Golla & Mau 2018). Der vorliegende Beitrag prüft nun, inwieweit eine Ableitung bewegungstherapeutischer Klinikkonzepte aus klinikseitigen Therapiedokumentationen möglich ist und welche Informationen sich zur bewegungstherapeutischen Versorgung ableiten lassen.

Methoden

Als Datengrundlage dienten die Rohdaten des Querschnittsdatensatzes Rehabilitationsstatistik des Jahres 2013, ergänzt um verfügbare KTL-Dokumentationen und eine pseudonymisierte Klinikvariable. Ein vorgefilterter Datensatz wurde durch das Forschungsdatenzentrum der Rentenversicherung bereitgestellt und nach folgenden Kriterien fallbezogen weiter verarbeitet: (I) Rehabilitationsleistung im Heilverfahren, (II) Reha-Dauer zwischen 18 und 42 Tagen, (III) regulär abgeschlossene Reha-Leistung, (IV) erste Entlassungsdiagnose im Geltungsbereich der RTS cR, (V) dokumentierte Gesamttherapiezeit zwischen 14-84 Stunden pro Aufenthaltswoche (ohne KTL-Kapitel M - Ernährung), (VI) mindestens 12 unterschiedliche KTL-Codes im Fall dokumentiert.

Für die Analyse der klinikspezifischen Angebotsausrichtung wurden Kliniken betrachtet, die im Berichtsjahr mindestens 200 Rehabilitanden entsprechend der vorangegangenen Fallkriterien behandelt haben. Die laut RTS cR zulässigen KTL-Codes für die bewegungstherapeutische Therapiedokumentation (n=88) wurden vorbereitend nach Zielstellung und inhaltlichen Angebotsaspekten zu folgenden acht differenzierbaren Angebotsdimensionen aggregiert: Ausdauer, Kraft, Koordination, Spiel, Psychosozial/Pädagogisch, Physiotherapie-Gruppe, Physiotherapie-Einzeln, sonstige Bewegungstherapie. Anhand dieser Dimensionen wurde für jede Klinik ein Angebotsportfolio unter Berücksichtigung von Rehabilitandenanteil mit erhaltener Leistung, Angebotsumfang

sowie der Umfangvarianz innerhalb der Klinik erstellt. Die Aufbereitung erfolgte mithilfe einer grafischen Angebotsmatrix.

Ergebnisse

Die Angebotsanalyse konnte für 63 Kliniken auf Basis von 28.170 Therapiedokumentationen durchgeführt werden. Auf Klinikenebene variierte die Stichprobengröße zwischen 206 und 1385 Rehabilitanden (M=447, SD=231). Das durchschnittliche Alter der berücksichtigten Rehabilitanden betrug $50,8 \pm 8,6$ Jahre, 44% der Rehabilitanden waren weiblich und hatte im Wesentlichen eine Reha-Diagnose aus dem ICD-10-Bereich Rückenschmerzen (M54: 70 %) bzw. Bandscheibenschäden (M51: 22 %).

Alle Kliniken hielten Leistungen aus mindestens 4 der 8 Angebotsdimensionen vor. Bei 50% wurden Leistungen aus mindestens 6 Dimensionen dokumentiert. Es zeigten sich dabei aber z.T. klare Unterschiede in der inhaltlichen Schwerpunktsetzung und Gewichtung einzelner Angebote. So gehören ausdauerorientierte Angebote bei 90% der analysierten Kliniken zum Standardrepertoire, bewegungstherapeutische Angebote mit pädagogischem/psychosozialem Schwerpunkt dagegen nur bei 27%. Die Analyse offenbarte zudem Kliniken mit generell hohem Standardisierungsgrad (alle Rehabilitanden bekommen das gleiche Angebot in ähnlichem Umfang) sowie Kliniken mit eher modularer Angebotsausgestaltung (Art und Umfang der Leistungen variieren bei Rehabilitanden innerhalb der Klinik).

Fazit

Die Analyse liefert einen detaillierten Einblick zur bewegungstherapeutischen Angebotsausgestaltung im Klinikvergleich und verdeutlicht, in welcher Weise die Schwerpunktsetzung variiert. Beim Großteil der analysierten Kliniken kann von einem eher breiten inhaltlichen Angebotsspektrum ausgegangen werden, wobei konditionell-orientierte Angebotsformen (Kraft-/Ausdauertraining) sowie Physiotherapie in der Gruppe das bewegungstherapeutische Leistungsgeschehen klar dominieren.

Bisher ist offen, welche Faktoren die grundlegende bewegungstherapeutische Angebotsausrichtung einer Klinik beeinflussen und warum sich die Inhalte zum Teil so deutlich unterscheiden. Denkbar wären rehabilitanden-bezogene Charakteristika (z.B. Diagnose, Alter, Komorbiditäten, Funktionsfähigkeit etc.), strukturelle Aspekte (z.B. Stellenschlüssel bewegungstherapeutischer Akteure, Bettenzahl, vorhandene Abteilungen mit anderen Indikationen) oder auch die Einbettung der Bewegungstherapie ins Gesamtkonzept der jeweiligen Klinik (im Sinne der Gewichtung von Angebotsinhalten). Hier schließt sich unmittelbar die Frage an, inwieweit die konzeptionelle Ausrichtung (u.a. Individualisierung vs. Standardisierung) oder spezifische Schwerpunktsetzung (z.B. verhaltensorientierte Bewegungstherapie) die Erreichung bewegungstherapeutischer Rehabilitationsziele beeinflusst. Trotz einer Reihe von typischen Limitationen von Therapiedokumentationen im Rahmen der KTL, bieten ihre differenzierten Analysen nach den hier vorgestellten Verfahren einen wichtigen Ausgangspunkt für die Erfassung und Diskussion konzeptueller Unterschiede sowie die Weiterentwicklung problemorientierter bewegungstherapeutischer Konzepte im Rahmen der Rehabilitation einer der bedeutendsten Indikationsgruppen der DRV.

Literatur

- DRV Bund (2011). Reha-Therapiestandards Chronischer Rückenschmerz. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Golla, A. & Mau, W. (2018): Reha bewegt - aber wie eigentlich? KTL-Analyse zu bewegungstherapeutischen Angebotsmustern auf Klinikebene bei medizinischer Rehabilitation von chronischem Rückenschmerz. In: DRV-Schriften, 113, S. 315–317.
- Sudeck, G., Geidl, W., Deprins, J., Streber, R. & Pfeifer, K. (2018). Typische inhaltlich-konzeptionelle Ausrichtungen der Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation: Eine latente Klassenanalyse auf Basis einer bundesweiten Erhebung. DRV-Schriften, Band 113, S. 308-310.

Psychologische Strategien für die Bewegungstherapie – Welche Effekte haben neue Fortbildungen und welche Fortbildungsformate sind geeignet?

Reusch, A. (1), Küffner, R. (1), Höfter, A. (2), Sträßner, J. E. (3), Lühr, T. (4), Schagg, D. (5), Göhner, W. (5)

- (1) Julius-Maximilians-Universität Würzburg, (2) Reha-Zentrum Bad Aibling, (3) Reha-Zentrum Schömburg, (4) Reha-Klinik Höhenblick, (5) Katholische Hochschule Freiburg

Zielstellung

Die Bewegungstherapie hat in der Rehabilitation einen hohen Stellenwert (Brüggemann et al., 2018). Vielen Rehabilitanden gelingt es, körperlich aktiv zu werden, die langfristige Aufrechterhaltung schaffen jedoch nur etwa 30 % (Geidl, 2016). Reha-Programme mit psychologischen Strategien zeigen bessere Effekte (z. B. Göhner et al., 2009). Diese werden jedoch häufig nicht verbreitet, weil u. a. Kenntnisse und Kompetenzen seitens der Anwender fehlen.

Deshalb wurden im Projekt „BeFo“ (Förderung DRV Bund, 04-2016 bis 03-2019) neue Bewegungstherapie-Fortbildungen zu psychologischen Strategien theoriegeleitet, evidenzbasiert und praxistauglich entwickelt (Göhner et al., 2018) sowie summativ evaluiert. BeFo umfasst eine achtstündige Inhouse-Fortbildung und eine Vertiefung, die in zwei alternativen Formaten angeboten wird: ein achtstündiger Workshop (WS) oder eine individuelle arbeitsbegleitende Vertiefung (AB).

In diesem Beitrag werden 1. die Prä-Post-Ergebnisse von BeFo sowie 2. differentielle Effekte und Teilnehmerpräferenzen der beiden Vertiefungsformate (WS vs. AB) berichtet.

Methoden

47 BewegungstherapeutInnen (BT) aus vier Reha-Einrichtungen nahmen an den Fortbildungen teil und füllten Fragebögen zu 4 Messzeitpunkten aus: Vor und nach der Inhouse-Fortbildung (t1, t2), direkt und 3 Monate nach den Vertiefungen (t3, t4). Die Fragebögen erfassten als primäre Zielgrößen: Wissen, theoretisches Verständnis und selbsteingeschätzte Kompetenz, sekundär: Verhalten, Absicht, Handlungs- und

Bewältigungsplanung und weitere Zielgrößen zur Implementierung, wie z. B. professionelle Rolle.

Unterschiede Prä-Post (t1-t3 und t1-t4) wurden varianzanalytisch und zwischen Teilnehmenden der beiden Vertiefungsformate (WS-AB) mit t-Tests bzw. Wilcoxon-Mann-Whitney-Tests berechnet. Formative Daten aus einem Fortbildungsbewertungsbogen werden ergänzend deskriptiv berichtet.

Von 43 Personen liegen vollständige Datensätze zu t1 vor. Diese Stichprobe setzt sich aus mehr Frauen als Männern (29 vs. 14), mit einem mittleren Alter von 45.3 Jahren (Range 26 - 62) zusammen. 34 Teilnehmende waren PhysiotherapeutInnen, gefolgt von SporttherapeutInnen und SportlehrerInnen bzw. SportpädagogInnen mit einer mittleren Berufserfahrung von 20.1 Jahren (Range 3 - 40). Dropoutanalysen zu t1 (n = 33 vs. n = 10) und Vergleiche zwischen Teilnehmenden der Vertiefungsformate (WS = 13; AB = 30) ergaben bezüglich der meisten Zielgrößen und soziodemographischen Daten keine Unterschiede.

Ergebnisse

1. Effekte von BeFo. Im Prä-Post-Vergleich zeigen sich signifikante Verbesserungen in den Hauptzielgrößen: Wissen direkt nach den Fortbildungen $MW(SD)t1 = 3.29 (0.61) < MW(SD)t3 = 3.55 (0.45)$; $F(1, 31) = 7.52$, $p = .010$, $\eta^2 = .20$] und 3 Monate später [$MW(SD)t1 = 3.27 (0.60) < MW(SD)t4 = 3.57 (0.44)$; $F(1, 31) = 9.38$, $p = .005$, $\eta^2 = .23$]. Theoretisches Verständnis direkt nach den Fortbildungen [$MW(SD)t1 = 3.23 (0.64) < MW(SD)t3 = 3.53 (0.47)$; $p = .004$., $\eta^2 = .24$] und 3 Monate später [$MW(SD)t1 = 3.23 (0.62) < MW(SD)t4 = 3.55 (0.47)$; $p = .004$., $\eta^2 = .23$]. In der selbsteingeschätzten Kompetenz zeigte sich nach 3 Monaten eine signifikante Verbesserung [$MW(SD)t1 = 3.13 (0.75) < MW(SD)t4 = 3.37 (0.52)$; $p = .020$, $\eta^2 = .16$]. In weiteren Zielgrößen verbesserten sich die Teilnehmenden nicht.

2. Im Vergleich zwischen den Vertiefungsformaten schneidet der Workshop in einigen Variablen besser ab, als die arbeitsbegleitende Vertiefung. Direkt nach den Fortbildungen im Wissen [$MW(SD)WS=3.76 (0.31) > MW(SD)AB =3.39 (0.50)$; $p = .047$, $r = 0.35$] und im theoretischen Verständnis [$MW(SD)WS =3.79 (0.31) > MW(SD)AB =3.34 (.051)$; $p = .015$, $r = 0.42$]. Drei Monate nach den Vertiefungen im theoretischen Verständnis [$MW(SD)WS = 3.78 (0,31) > MW(SD)AB =3.39 (0.50)$, $p = .016$, $r = 0.41$] und in der Bewältigungsplanung [$MW(SD)WS =3,37 (0,51) > MW (SD)AB =2,85 (0,65)$; $p = .023$, $d = 0.85$.] Weitere primäre und sekundäre Zielgrößen unterschieden sich zwischen den Vertiefungsformaten nicht.

Bewertungen im formativen Evaluationsbogen zeigen eine klare Überlegenheit des Vertiefungsworkshops.

Fazit

Die summativen Prä-Post-Ergebnisse dokumentieren eine Verbesserung auf den Hauptzielgrößen Wissen und theoretisches Verständnis, aber nicht auf allen postulierten Variablen zur Kompetenz und zum Verhalten. Die arbeitsbegleitende Vertiefung schneidet auf einigen zentralen Variablen im Gruppenvergleich schlechter ab als der Vertiefungsworkshop. Die ergänzenden formativen Ergebnisse legen nahe, dass die individuelle arbeitsbegleitende Vertiefung während des Arbeitsalltags schwer umsetzbar und die Anforderung der Selbststeuerung zu hoch war, so dass die Teilnahmemotivation abnahm. Da keine randomisierte Zuweisung erfolgte, ist aber nicht auszuschließen, dass sich bereits vorab

weniger motivierte BewegungstherapeutInnen gegen den Workshop entschieden und deshalb auch die arbeitsbegleitende Vertiefung weniger intensiv durchführten.

Die BeFo-Inhouse-Fortbildung und der Vertiefungsworkshop sollten angeboten werden, die arbeitsbegleitende Vertiefung ggf. ergänzend. Das Wissen und einige Aspekte der selbsteingeschätzten Umsetzungskompetenz konnten durch die Fortbildungen zwar verbessert werden, nicht aber das Verhalten selbst. Die Entwicklung eines ergänzenden BeFo-Bausteins zur Unterstützung der Implementierung in den Reha-Einrichtungen ist deshalb geplant.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Brüggemann, S., Sewöster, D. & Kranzmann, A. (2018). Bewegungstherapeutische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung – eine Analyse auf Basis quantitativer Routinedaten. *Rehabilitation*, 57: 24–30. DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0043-102556>.
- Geidl, W., Streber, R., Deprins, J., Sudeck, G. & Pfeifer, K. (2016). Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation: inhaltliche Ausrichtung und Standardisierungsgrad. Ergebnisse einer bundesweiten Bestandaufnahme. Verfügbar unter: https://www.sport.fau.de/files/2015/05/BTR_Inhaltliche-Ausrichtung-und-Standardisierungsgrad-offiziell.pdf [Zugriff: 23.12.2016].
- Göhner, W., Schagg, D., Küffner, R. & Reusch, A. (2018). Psychologische Strategien zur Bewegungsförderung: Entwicklung von Fortbildungen für die Bewegungstherapie (BeFo). *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 34, 168-177. DOI: <https://doi.org/10.1055/a-0641-8776>.
- Göhner, W., Seelig, H. & Fuchs, R. (2009). Intervention effects on cognitive antecedents of physical exercise: A 1-year follow-up study. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 1, 233-256.

Effekte medizinischer Rehabilitationsprogramme bei Muskel-Skelett-Erkrankungen zehn Monate nach der Rehabilitation

Markus, M. (1), Streibelt, M. (2), Schuler, M. (3), Gerlich, C. (3), Bethge, M. (1)

(1) Universität zu Lübeck, (2) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin,

(3) Universität Würzburg

Zielstellung

Ungefähr 40 % aller medizinischen Rehabilitationsleistungen in Deutschland entfallen auf Muskel-Skelett-Erkrankungen. Sie gehören zu den häufigsten Ursachen von Arbeitsunfähigkeit und haben neben der subjektiven auch eine hohe gesundheitsökonomische Bedeutung (Wenig et al., 2009). Um die Teilhabe am Arbeitsleben trotz der gesundheitlichen Einschränkungen sicherzustellen, besteht die Möglichkeit der medizinischen Rehabilitation.

Die Wirksamkeit der Rehabilitation bei Muskel-Skelett-Erkrankungen wurde wiederholt kritisch diskutiert. Eine Übersichtsarbeit, für die Hüppe und Raspe Beobachtungsstudien nach der Jahrtausendwende zusammenfassten, konnte nur geringe bis moderate Veränderungen nach einer orthopädischen Rehabilitation beschreiben (Hüppe, Raspe, 2005). In den vergangenen Jahren wurden mit der Implementierung der Therapiestandards und der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) jedoch wichtige Veränderungen eingeführt, um die Ergebnisse der orthopädischen Rehabilitation zu verbessern.

Ziel unserer Analysen war eine Beschreibung der Veränderungen, die zehn Monate nach einer orthopädischen Rehabilitation erreicht wurden. Neben dem Gesamteffekt wurden stratifizierte Veränderungseffekte für die allgemeine medizinische Rehabilitation (MR) und die MBOR berechnet, da insbesondere die stärker beeinträchtigten Rehabilitanden, die heute in der MBOR behandelt werden, lange kaum von der orthopädischen Rehabilitation profitiert haben.

Methoden

Die Daten wurden während der Evaluation der MBOR der Deutschen Rentenversicherung Bund erhoben (Neuderth et al., 2016). 3831 Personen (MR = 3190; MBOR = 641) im Alter von 18 bis 65 Jahren (Mittelwert: 53,2 Jahre; 74,2 % weiblich) wurden in die Analysen eingeschlossen. Mittels Fragebogen wurden allgemeiner Gesundheitszustand (Copenhagen Psychosocial Questionnaire, 0 bis 10 Punkte), Funktionsfähigkeit im Alltag (8 Items des IRES-24, 0 bis 10 Punkte), Depressivität (PHQ-2, 0 bis 6 Punkte), Schmerzstärke und Schmerzbeeinträchtigung (Graded Chronic Pain Scale, jeweils 0 bis 100 Punkte), subjektive Arbeitsfähigkeit (Work Ability Score, 0 bis 10 Punkte) und selbstberichtete Fehlzeiten in Wochen vor Antritt der Rehabilitation und zehn Monate später erfasst. Berechnet wurden die Veränderung der einzelnen Parameter zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten (Prä-Post-Vergleich), die prozentual erreichten Veränderungen und die Effektstärken (ES).

Ergebnisse

Zehn Monate nach der Rehabilitation hatten ungefähr zwei Drittel aller Rehabilitanden geringere Schmerzen, weniger Beeinträchtigungen, einen besseren allgemeinen Gesundheitszustand, reduzierte Fehlzeiten, eine bessere Funktionsfähigkeit im Alltag und eine bessere selbsteingeschätzte Arbeitsfähigkeit. Die Verbesserung betrug für den allgemeinen Gesundheitszustand 1,21 Punkte bzw. 26,2 % (ES = 0,70) in der MR und 1,26 Punkte bzw. 28,6 % in der MBOR (ES = 0,71). Die Funktionsfähigkeit im Alltag war im Vergleich zur Baseline nach zehn Monaten in der MR um 1,15 Punkte bzw. 27,1 % (ES = 0,64) und in der MBOR um 1,16 Punkte bzw. 29,3 % (ES = 0,68) höher. Die Depressivität verbesserte sich in der MR um 0,54 Punkte bzw. 22,9 % (ES = -0,37) und in der MBOR um 0,70 Punkte bzw. 26,4 % (ES = -0,45). Die Schmerzstärke nahm in der MR um 11,79 Punkte bzw. 19,6 % (ES = -0,68) und in der MBOR um 13,24 Punkte bzw. 20,7 % (ES = -0,81) ab. Die Schmerzbeeinträchtigung verringerte sich in der MR um 13,57 Punkte bzw. 24,3 % (ES = -0,71) und in der MBOR um 15,60 Punkte bzw. 25,6 % (ES = -0,83). Die subjektive Arbeitsfähigkeit erhöhte sich um 1,17 Punkte bzw. 23,4 % in der MR (ES = 0,49) und um 1,73 Punkte bzw. 42,0 % in der MBOR (ES = 0,73). Zehn Monate nach der Rehabilitation berichteten Rehabilitanden in der MR 3,18 Wochen bzw. 40% weniger Fehlzeiten (ES = 0,31). In der MBOR reduzierten sich die Fehlzeiten um 5,1 Wochen bzw. 39,7 % (ES = -0,38).

Fazit

Die Werte für Schmerz, Funktionsfähigkeit und andere Zielgrößen verbesserten sich innerhalb von zehn Monaten um rund ein Viertel bis ein Drittel. Die Fehlzeiten reduzierten sich sogar um 40 %. Etwa zwei Drittel der Rehabilitanden hatten zehn Monate nach der Rehabilitation geringere Schmerzen, weniger Beeinträchtigungen, einen besseren allgemeinen Gesundheitszustand, reduzierte Fehlzeiten, eine bessere Funktionsfähigkeit im Alltag und eine bessere selbsteingeschätzte Arbeitsfähigkeit.

Insgesamt zeigen sich deutlichere Effekte als in früheren Analysen (Hüppe, Raspe, 2005). Mögliche Erklärungen sind die durch die Einführung der Therapiestandards erreichte Intensivierung der Rehabilitation und der stärkere Fokus auf nachsorgende Angebote (Deck et al., 2012). Einen wichtigen Beitrag hat vermutlich auch die Implementierung der MBOR (Bethge, 2017) geleistet. Die dort behandelten Rehabilitanden erreichen trotz der ungünstigeren Ausgangsbedingungen vergleichbare, z. T. sogar stärkere Veränderungen. Da es sich um reine Beobachtungsdaten handelt und die beiden betrachteten Gruppen unterschiedliche Ausgangsbedingungen zeigen, ist ein Vergleich zwischen den Effekten von MR und MBOR mit diesen beschreibenden Analysen nicht möglich.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Bethge, M. (2017): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. *Rehabilitation*, 56. 14-21.
- Deck, R., Schramm, S., Hüppe, A. (2012): Begleitete Eigeninitiative nach der Reha („neues Credo“) – ein Erfolgsmodell? *Rehabilitation*, 51. 316-325.
- Hüppe, A., Raspe, H. (2005): Zur Wirksamkeit von stationärer medizinischer Rehabilitation in Deutschland bei chronischen Rückenschmerzen: Aktualisierung und methodenkritische Diskussion einer Literaturübersicht. *Rehabilitation*, 44. 24-33.
- Neudert, 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.
- Wenig, C. M., Schmidt, C. O., Kohlmann, T., Schweikert, B. (2009): Costs of back pain in Germany. *European Journal of Pain*, 13. 280-286.

ReMove-It - Telemedizinische Bewegungstherapie als Ergänzung zur Reha-Nachsorge von Patienten nach Knie- oder Hüft-TEP

*Eichler, S. (1), Salzwedel, A. (1), John, M. (2), Rabe, S. (1), Mayer, F. (1),
Wochatz, M. (1), Völler, H. (1)*

(1) Universität Potsdam, (2) Fraunhofer, Berlin

Zielstellung

Die Implantation einer Hüft- und Knie-Totalendoprothese (TEP) ist in Deutschland die häufigste Indikation zur medizinischen Rehabilitation (Statistisches Bundesamt, 2017). Zur Sicherung des Rehabilitationserfolges benötigen die Patienten eine langfristige Bewegungstherapie

(Henderson et al., 2018). In strukturschwachen Regionen werden entsprechende Angebote jedoch nur in unzureichender Dichte vorgehalten. Telemedizinische Ansätze könnten das bestehende Angebot erweitern und damit die Versorgungssituation der Patienten verbessern. Daher war das Ziel der Studie, die in einer ersten Phase des interdisziplinären Forschungsprojektes auf Grundlage des Systems MeineReha® entwickelte telemedizinisch assistierte Bewegungstherapie auf ihre Wirksamkeit hinsichtlich Funktionalität und beruflicher Wiedereingliederung im Vergleich zur herkömmlichen Versorgung (usual care) zu überprüfen.

Methoden

Im Zeitraum von 08/2016 bis 12/2017 wurden 111 Patienten mit Hüft- oder Knie-TEP in die randomisiert kontrollierte Studie eingeschlossen. Nach Entlassung aus der orthopädischen Anschlussrehabilitation (Baseline) sowie nach der dreimonatigen Interventionsphase wurden der 6-Minuten-Gehtest (6MWT; primärer Endpunkt), die gesundheitsbezogene Lebensqualität (Short Form-36), Schmerz, Steifigkeit und physische Funktion im Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index (WOMAC) sowie weitere funktionale Parameter (Stair Ascend Test, Five-Times-Chair-Rise Test, Timed Up and Go Test) erhoben und als sekundäre Endpunkte – wie auch der 6MWT - anhand von baseline-adjustierten Kovarianzanalysen im intention-to-treat-Ansatz ausgewertet. Außerdem wurde die Rate der beruflichen Wiedereingliederung nach drei Monaten zwischen Interventions- und Kontrollgruppe (IG bzw. KG) mittels Chi2-Test verglichen.

Ergebnisse

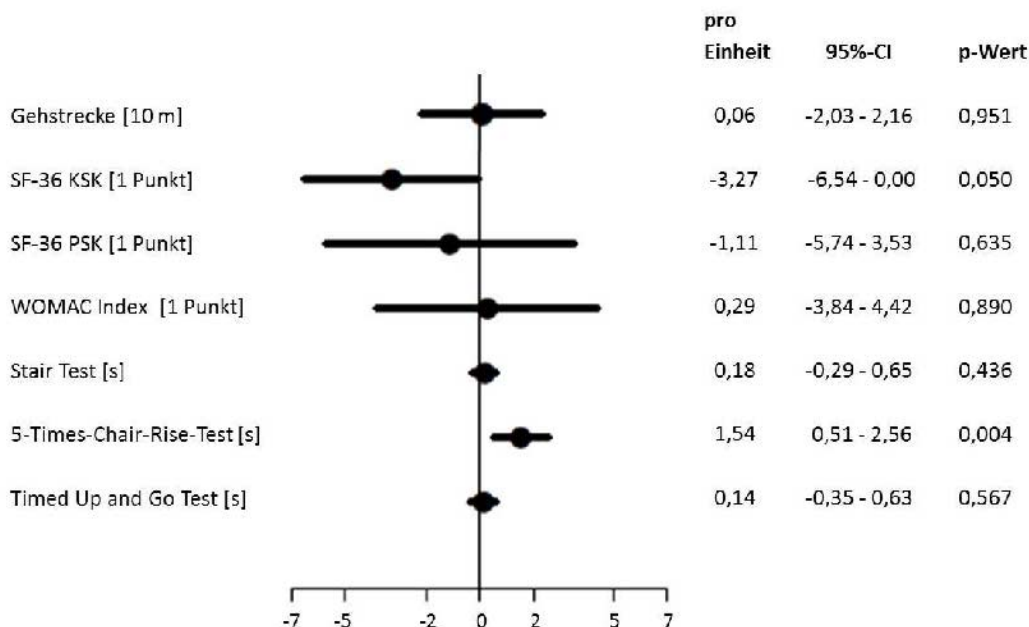


Abb.1

Die Patienten waren im Mittel $54,9 \pm 6,8$ Jahre alt und etwas mehr als die Hälfte (54,3 %) war weiblich. Nahezu jeder zweite Patient (46,7%) war als adipös einzustufen. Die Rehabilitationsindikation war in über zwei Drittel (68,5 %) der Stichprobe eine implantierte

Hüft-TEP; eine Knie-TEP erhielten 35 der eingeschlossenen Patienten (31,5 %). Im 6-Minuten-Gehtest zeigte die Interventionsgruppe (IG) (n=48) eine Differenz von $88,3 \pm 57,7$ m zwischen Interventionsbeginn und -ende, während die Kontrollgruppe (KG) (n=39) eine Verbesserung der Werte um $79,6 \pm 48,7$ m erzielte. Der Gruppenunterschied erwies sich mit $p = 0,951$ als statistisch nicht signifikant. Auch in den Parametern der funktionellen Mobilität, gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der gelenkbezogenen Beschwerden wurden in beiden Gruppen gleichermaßen Verbesserungen erzielt (Abb). Nach dem dreimonatigen Interventionszeitraum waren 31 Patienten (64,6 %) der IG und 18 Patienten (46,2 %) der KG beruflich wiedereingegliedert ($p = 0,014$).

Fazit

Die getestete telemedizinisch assistierte Bewegungstherapie für Patienten nach Knie- oder Hüft TEP war der üblichen Nachsorgepraxis hinsichtlich der erzielten Verbesserungen im 6 Minuten Gehtest gleichwertig. Allerdings waren die Patienten der Interventionsgruppe am Ende der Intervention zu einem signifikant höheren Anteil beruflich wieder eingegliedert. Diese Ergebnisse sprechen dafür, das System komplementär zu den etablierten Nachsorgeprogrammen (z. B. IRENA oder T-RENA) insbesondere in strukturschwachen Gebieten anzubieten.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg

Literatur

Henderson KG, Wallis JA, Snowdon DA (2018): Active physiotherapy interventions following total knee arthroplasty in the hospital and inpatient rehabilitation settings: a systematic review and meta-analysis. *Physiotherapy*; 104: 25-35.

Statistisches Bundesamt Deutschland (2018): 20 häufigsten Hauptdiagnosen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2016; Online: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/VorsorgeRehabilitationseinrichtungen/Tabellen/DiagnosenVorsorgeReha.html>

Bedeutung von körperlicher Aktivität und körperlicher Belastungsfähigkeit sowie Selbstwirksamkeitserwartung und Soziale Unterstützung für die Rückkehr in Erwerbstätigkeit von medizinischen Rehabilitanden

Lippke, S. (1), Rinn, R. (1), Whittal, A. (1), Steegmueller, O. (2), Wille, F. (2), Hessel, A. (3)
(1) Jacobs University Bremen gGmbH, (2) Montanus-Klinik Bad Schwalbach,
(3) Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen, Bremen

Zielstellung

Das HAPA-Modell (Schwarzer et al., 2011) ist schon mehrfach auf den Kontext der medizinischen Rehabilitation und die anschließende Zeit nach der Reha angewandt worden (z.B. Lippke et al., 2005; Paech & Lippke, 2017; Schleicher et al., 2011). Bisher lässt sich jedoch keine Untersuchung finden, die in dem Zusammenhang auch die Bedeutung von körperlicher Belastungsfähigkeit (VO2AT) und die Rückkehr in die Erwerbstätigkeit (Return to

work, RTW) untersucht hat, obwohl die Bedeutung von VO2AT eindeutig für RTW nachgewiesen wurde (Salzwedel et al., 2016). Vor dem Hintergrund des HAPA-Modells wurde deswegen in dieser Studie die Bedeutung von körperlicher Aktivität und körperlicher Belastungsfähigkeit für RTW evaluiert. Dabei wurde auch untersucht, ob Selbstwirksamkeitserwartung und Soziale Unterstützung RTW vorhersagen und wie diese beiden Variablen sich über den Verlauf der medizinischer Rehabilitationsbehandlung und die anschließende Zeit entwickeln. Damit sollen Empfehlungen für evidenzbasierte Reha-Nachsorge-Programme entwickelt werden können.

Methoden

Als Studienteilnehmer wurden N=202 (23% weiblich) Teilnehmer an einer orthopädischen Rehabilitation im Alter von durchschnittlich M=52.9 Jahren rekrutiert. T1 war zu Beginn der Reha. An T2 (6 Monate nach T1) nahmen N=136 Rehabilitanden teil, an T3 (12 Monate nach T1) N=104 und zu T4 (18 Monate nach T1) N=69 Personen. Die Befragung erfolgte zu T1 mit Fragebogen und allen anschließenden Messzeitpunkten als computerassistierte telefonische Interviews (CATI).

Ergebnisse

Die durchschnittliche Selbstwirksamkeitserwartung blieb von T1 bis T3 konstant und fiel zu T4 ab mit einem signifikanten Zeiteffekt ($F[3,180]=35.64$). Kontrastanalysen zeigten, dass die Mittelwerte zu T1, T2 und T3 nicht bedeutsam unterschiedlich waren (all $F_s < 1$, T1 M=2.97, SD=0.91; T2 M=3.05, SD=0.87; T3 M=3.15, SD=0.81). Nur der Mittelwert zu T4 war signifikant niedriger als zu den anderen Messzeitpunkten (M=1.79, SD=0.80, $F[1,60]=55.93$, $p < .001$).

Der Trend in der wahrgenommenen Sozialen Unterstützung war umgekehrt U-förmig und auch hier war der Zeiteffekt statistisch bedeutsam ($F[3,153]=6.72$, $p < .001$). Kontrastanalysen zeigten, dass die Studienteilnehmer von T1 (M=2.67, SD=1.06) zu T2 (M=3.15, SD=0.87, $F[1,51]=7.05$, $p=.01$) signifikant mehr Soziale Unterstützung wahrnahmen. Anschließend nahm die Soziale Unterstützung zu T3 (M=2.75, SD=1.10) ab ($F[1,51]=6.50$, $p=.01$). Zu T4 war die Soziale Unterstützung am niedrigsten (M=2.19, SD=1.03) und signifikant unterschiedlich im Vergleich zu T3 ($F[1,51]=4.67$, $p=.03$).

In einer Strukturgleichungsanalyse ($\chi^2[40]=55.69$, $p > .05$, CFI=.94, TLI=.90, RMSEA=.04, PCLOSE=.61) sagte nur die Selbstwirksamkeitserwartung die RTW der Befragten vorher, die wiederum bedeutsam zusammen hing mit Sozialer Unterstützung. RTW wurde auch signifikant vorhergesagt durch VO2AT, jedoch nicht durch körperliche Aktivität.

Fazit

Dem Abfall von Selbstwirksamkeitserwartung und Sozialer Unterstützung nach der Rehabilitation sollte entgegengewirkt werden, denn insbesondere die Selbstwirksamkeitserwartung ist von Bedeutung für RTW. Daneben sollte in der Rehabilitation die Belastbarkeit noch gezielter gefördert werden insbes. bei Patienten, die hier Einschränkungen aufweisen.

Damit lassen sich effektive Maßnahmen entwickeln, die den negativen Trends entgegenwirken und damit RTW unterstützen können. Solche Maßnahmen sollten darüber hinaus in RTC Designs systematisch überprüft und weitreichend disseminiert werden.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen

Literatur

- Lippke, S., Ziegelmann, J. P., & Schwarzer, R. (2005). Stage-specific adoption and maintenance of physical activity: Testing a three-stage model. *Psychology of Sport and Exercise*, 6(5), 585-603.
- Paech, J., & Lippke, S. (2017). Social-cognitive factors of long-term physical exercise 7 years after orthopedic treatment. *Rehabilitation Psychology*, 62(2), 89.
- Schleicher, S., Schmidt, C., Schleicher, R., Spyra, K., & Brünger, M. (2011). Prädiktoren postrehabilitativer körperlicher Aktivität bei kardiologischen RehabilitandInnen: Ein Anwendungsbeispiel des HAPA-Modells. Internetausgabe des Tagungsbandes, 347.
- Salzwedel, A., Reibis, R., Wegscheider, R., Eichler, S., Buhler, H., Kaminski, S. & Völler, H. (2016). Cardiopulmonary exercise testing is predictive of return to work in cardiac patients after multicomponent rehabilitation. *Clin Res Cardiol*, 105, 257–267.
- 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.

Patientenaufnahme in stationärer Rehabilitation bei muskuloskelettalen Krankheitsbildern: ICF-Zuordnung allgemeiner und indikationsspezifischer Erhebungsinstrumente

*Andreeva, E. (1), Stein, S. (2), Bönisch, A. (3), Dorn, M. (3),
Polnau, U. (3), Gutenbrunner, C. (1)*

(1) Medizinische Hochschule Hannover, (2) Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, Hannover, (3) Rehasentrum Bad Eilsen

Zielstellung

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) kann in der medizinischen Rehabilitation auf unterschiedliche Weise genutzt werden (DIMDI/WHO 2005). Sie bietet eine einheitliche Sprache für die interdisziplinäre Kommunikation. Auch bei der Behandlungsplanung und Koordination von Leistungen kann die ICF Anwendung finden. Gegenwärtig bietet die ICF mit dem bio-psycho-sozialen Modell eine konzeptuelle Grundlage für die ganzheitliche Betrachtung von Patient/-innen unter Einbezug der Kontextfaktoren, Körperfunktionen und -strukturen, sowie teilhabe- und aktivitätsorientierten Aspekte. Bislang wurde noch nicht systematisch erfasst, inwieweit ICF-Komponenten und Dimensionen in therapierelevanten Dokumenten bei der stationären Aufnahme von Rehabilitand/-innen mit muskuloskelettalen Erkrankungen berücksichtigt werden. Der Schwerpunkt dieser Untersuchung liegt auf der ICF-Zuordnung von allgemeinen und indikationsspezifischen Assessments, Fragebögen und Tools der Anamneseerhebung, die (a) bei der stationären Aufnahme zum Einsatz kommen sowie (b) für die therapierelevante Befundung durch verschiedene Berufsgruppen benutzt werden.

Methoden

Die Studie wurde in einer Schwerpunktambulanz für Orthopädie, Rheumatologie und interdisziplinäre Begleiterkrankungen durchgeführt. Zunächst erfolgte eine ausführliche Dokumentation aller aufnahmerelevanten Informationsmaterialien mit graphischer und schriftlicher Aufbereitung und Auswahl der Unterlagen, die für die therapierelevante Befundung wichtig sind. Anschließend wurde die ICF-Zuordnung mittels eines Linkage-Verfahrens (Cieza et al., 2005) mit Codes der zweiten Ebene vorgenommen.

Ergebnisse

Insgesamt ließ sich eine ICF-Zuordnung für 28 Aufnahmedokumente diverser Berufsgruppen tätigen. Auf Kapitelebene konnten 330 Kodierungen vorgenommen werden. Die am meisten vorkommenden Komponenten sind „Körperfunktionen“ (n=140) sowie „Aktivitäten und Partizipation“ (n=142). Unter Körperfunktionen fallen die am häufigsten zugeordneten Codes insbesondere in die Kategorien „mentale Funktionen“ sowie „Sinnesfunktionen und Schmerz“. Zu Aktivitäten und Partizipation werden die Codes am häufigsten in die Kategorien „Mobilität“, „Bedeutende Lebensbereiche“ und „Selbstversorgung“ klassifiziert. Aber auch die

Komponente Umweltfaktoren wurde mit Code-Zuweisungen insbesondere zu „Unterstützung und Beziehungen“, in den Aufnahmedokumenten berücksichtigt.

Als Limitation muss hierbei berücksichtigt werden, dass die Analyse der Dokumente nicht die Häufigkeiten deren Anwendung abbildet. Ein Teil der Assessments, Fragebögen und Tools der Anamneseerhebung (z.B. BASDAI, Lequesne-Knie- oder Hüftfragebogen, Quick-DASH, Beck-Depressions-Inventar, HADS, painDETECT oder Barthel-Index) wird indikationsbezogen und nicht bei allen Patienten eingesetzt. Eine repräsentative Auswahl oder eine Totalerhebung anonymisierter Inhalte von Berichten mit patientenspezifischen Daten waren im Rahmen des Projekts nicht realisierbar.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich durch die Analyse erkennen, dass die allgemeinen und indikationsspezifischen Assessments, Fragebögen und Tools der Anamneseerhebung, die bei der stationären Aufnahme in der Einrichtung zum Einsatz kommen, einen deutlichen ICF-Bezug aufweisen. Die dabei eingesetzten Instrumente lassen sich in Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Partizipation sowie Umweltfaktoren einteilen. Vorteile einer solchen Taxonomie liegen in der interdisziplinären Kommunikation zur Behandlungsplanung und -dokumentation. Die Analyse lässt zudem erkennen, dass die Informationen zu Aktivitäten und Partizipation – z.B. zu „bezahlter Tätigkeit“ (d850) – und Körperfunktionen – z.B. „Schmerz“ (b280) – besonders häufig benannt werden. Dies bestätigt, dass der Fokus bereits bei der Aufnahme auf der beruflichen Teilhabe von Rehabilitand/-innen liegt, und nicht nur primär auf der Wiedergewinnung von Körperfunktionen. Die ICF kann somit genutzt werden, um die bereits bestehenden Erhebungsinstrumente mithilfe von Linking Rules zu analysieren und die Berücksichtigung von relevanten ICF-Komponenten im Praxisalltag der Rehabilitation sichtbarer zu machen.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Literatur

Cieza, A., Geyh, S., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Ustün, B., Stucki, G. (2007): ICF linking rules: an update based on lessons learned. *Journal of rehabilitation medicine*, 37. 212-218.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information DIMDI & WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen (Hrsg.) (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf: WHO.

Debora 2: Mittelfristige Wirksamkeit einer verkürzten störungsspezifischen Behandlung von komorbider Depressivität bei chronischen Rückenschmerzen

Hampel, P.(1), Deuerling, D. (2), Köpnick, A. (1)

(1) Europa-Universität Flensburg, (2) Rehabilitationsklinik Lautergrund

Zielstellung

Rückenschmerzen zählen zu den häufigsten gesundheitlichen Problemen der Bevölkerung (vgl. Greitemann et al., 2012). Insbesondere psychologische Faktoren wie Depressivität beeinträchtigen wesentlich den Chronifizierungsprozess von Rückenschmerzen (Pincus et al., 2002). Hierbei sind chronische Rückenschmerzen assoziiert mit erhöhten Prävalenzen für depressive Störungen und Angsterkrankungen (Schmidt et al., 2014). Dementsprechend wurde das störungsspezifische Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionstraining „Debora“ für die stationäre verhaltensmedizinisch orthopädische Rehabilitation entwickelt (Mohr et al., 2017). Im Rahmen der stationären Rehabilitation ließen sich jedoch in einigen Kooperationskliniken von Debora die 75-minütigen Gruppensitzungen mit Therapeuten nicht zufriedenstellend integrieren, sodass eine verkürzte Version mit 60-minütigen Gruppensitzungen entwickelt wurde („Debora 2“).

Ziel dieser Studie war die Evaluation der kurz- und mittelfristigen Effekte von Debora 2 (Interventionsgruppe, IG) auf die Schmerzbewältigung und Funktionsfähigkeit im Alltag im Vergleich zum reinen Schmerzkompetenztraining ohne depressionsbezogene Inhalte (Kontrollgruppe, KG).

Methoden

Es wurde eine prospektive unizentrische Kontrollgruppenstudie mit einer Cluster- und Block-Randomisierung durchgeführt, in die Rehabilitanden mit der Hauptdiagnose „Chronische Rückenschmerzen“ (ICD-10: M51, M53, M54; Dauer \geq 6 Monate), mit einem Mindestalter von 18 Jahren sowie mit ausreichenden sprachlichen, physischen und kognitiven Fähigkeiten eingeschlossen wurden.

Die Schmerzbewältigung wurde anhand des Fragebogens zur Erfassung der Schmerzverarbeitung erhoben. Die Funktionsfähigkeit im Alltag wurde mit dem Funktionsfragebogen Hannover ermittelt. Die Daten wurden zu Rehabilitationsbeginn (t0), -ende (t1) und 6 Monate nach der Rehabilitation (t2) erhoben. Zur Bestimmung der Depressivität wurde die Allgemeine Depressionsskala herangezogen.

Es wurden zweifaktorielle Varianzanalysen mit den unabhängigen Faktoren „Experimentelle Bedingung“ (IG vs. KG) und „Depressivität“ (niedrig vs. hoch; cut-off >22) sowie mit dem abhängigen Faktor „Zeit“ (prä, post vs. 6-Monatskatamnese) durchgeführt. Aufgrund eines hohen Dropouts im Verlauf der Katamnese von 65.5% wurden ausschließlich per protocol-Analysen (pp) berechnet. Hierbei konnten Daten von N=54 (n=36 Frauen; Alter M=52.1 Jahre, SD=8.3) Rehabilitanden einer Rehabilitationsklinik eingeschlossen werden. Zusätzlich wurden für Bonferoni-korrigierte paarweise Vergleiche die Effektstärke Cohens d berechnet.

Ergebnisse

Für die Schmerzbewältigung ergab sich multivariat eine signifikante einfache Interaktion „Experimentelle Bedingung x Zeit“, die sich univariat für die beiden behavioralen Subtests „Mentale Ablenkung“ ($F(1.9, 91.3)=3.51, p=.037, \eta^2=.067$) und „Gegensteuernde Aktivitäten“ ($F(2.0, 91.3)=4.19, p=.019, \eta^2=.079$) belegen ließ. Im Gegensatz zur KG profitierte die IG mittelfristig sehr signifikant in beiden Subtests. Dateninspektionen deuten auf günstige Effekte der KG bei Rehabilitanden mit niedriger Depressivität hin. Für die Funktionskapazität ergab sich eine tendenziell signifikante zweifache Interaktion ($F(1.8, 78.1)=2.63, p=.083, \eta^2=.058$), die hypothesengenerierend betrachtet werden soll: Die Rehabilitanden mit niedriger Depressivität verbesserten sich in der KG mittelfristig. Zudem profitierten die Rehabilitanden mit höherer Depressivität in der IG mittelfristig. Die Depressivität hatte keinen alleinigen Einfluss auf den Rehabilitationsverlauf, sondern wies nur einen ungünstigen generellen Einfluss auf.

Fazit

Insgesamt zeigte das verkürzte Schmerzbewältigungstraining der KG bei Rehabilitanden mit niedriger Depressivität Verbesserungen auf. Demgegenüber profitierten Rehabilitanden mit höherer Depressivität mittelfristig von dem ergänzenden Depressionspräventionstraining in der IG. Dies spricht für die Notwendigkeit eines umfassenden störungsspezifischen Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionstraining bei der hoch beanspruchten Patientengruppe. Die zeitlich verzögerten Effekte und die zeitlich stabilen Einflüsse der Depressivität widersprechen früheren Befunden (z.B. Hampel et al., 2014) und untermauern erneut eine spezifische Zuweisung zu den Patientenschulungsprogrammen in Abhängigkeit der Depressivität.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg

Literatur

- Greitemann, B., Dibbelt, S., Fröhlich, S., Niemeyer, C. (2012): DGRW-Update: Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems. *Die Rehabilitation*, 51. 378–384.
- Hampel, P., Gemp, S., Mohr, B., Schulze, J., Tlach, L. (2014): Langfristige Effekte einer kognitiv-behavioralen Intervention auf die Schmerzverarbeitung in der stationären orthopädischen Rehabilitation von chronisch unspezifischem Rückenschmerz und Depressivität. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 64. 439–447.
- Mohr, B., Korsch, S., Roch, S., Hampel, P. (2017): *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. 109-120.
- Schmidt, C. O., 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.

Rehabilitation seltener Erkrankungen: ICF-orientierte sozialmedizinische Leistungsbeurteilung von Patienten mit ANCA-assoziiierter-Vaskulitis

Gehlen, M., Schwarz-Eywill, M., Scholl, S., Dräger, B., Klose, K., Hinz, C.

Klinik Der Fürstenhof, Bad Pyrmont

Zielstellung

Die hier dargestellten Daten sind Teil eines größeren Projektes, in dem Rehabilitationskonzepte von seltenen osteologischen und rheumatologischen Erkrankungen evaluiert werden und eine systematische ICF-orientierte sozialmedizinische Leistungsbeurteilung etabliert wird.

Die immunologisch vermittelte Entzündung von Blutgefäßen (Vaskulitiden) gehört zu den besonders komplexen klinischen Krankheitsbildern und kann mit lebensbedrohlichen Verläufen einhergehen. Da jedes menschliche Organ durch Blutgefäße versorgt wird, kann es im Rahmen solcher Entzündungen zu heterogenen Krankheitsbildern mit Beteiligung nahezu jeden Organs kommen. Im Gegensatz zu anderen entzündlich-rheumatischen Erkrankungen konnte in den letzten 10 Jahren bei den Vaskulitiden die medizinische Prognose verbessert werden, nicht jedoch die Zahl der Erwerbsminderungsrenten und der Arbeitsunfähigkeitstage.

Ziel dieser Arbeit ist es eine ICF-orientierte Systematik für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung von Patienten mit ANCA-assoziiierter-Vaskulitis zu etablieren.

Methoden

Eine systematische Literatursuche wurde durchgeführt. Hierbei wurde gezielt nach Veröffentlichungen zur Prognose der Erwerbsfähigkeit gesucht. Kriterien zur Definition von Krankheitsstadien und Prognose, Scores zum Abschätzen von Krankheitsaktivität und von Schädigungsfolgen der Erkrankung wurden gesichtet und bewertet.

Ergebnisse

Die aktuelle Studienlage deutet darauf hin, dass etwa ein Viertel der Patienten mit ANCA-assoziiierter Vaskulitis dauerhaft erwerbsunfähig wird. Schwere, unkontrollierbare Verläufe mit Endorganschäden, Infektionen unter Immunsuppression und eine hohe Rezidiv-freudigkeit sind typische Probleme der Erkrankung. Bei deutlich verbesserten medikamentösen Strategien sind Fatigue, Depression, Übergewicht und kardiovaskuläre Ereignisse zunehmend von Bedeutung für die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung.

Auf der Basis der erhobenen Daten wurde eine ICF-basierte Systematik zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung entwickelt. Jedes Organsystem wird in Bezug auf die Kategorien „Krankheitsaktivität“, „Schädigungsfolge“ und „Medikamentennebenwirkung“ beurteilt, und die Ergebnisse werden den Bereichen „Körperstrukturen“ und „Körperfunktionen“ zugeordnet. Hierbei werden konkret die typischen Organmanifestationen der Erkrankung aufgeführt. Die Einschränkungen werden durch objektivierbare Untersuchungen gesichert. Zusätzlich wird für die strukturierte Erfassung der Krankheitsaktivität der „Birmingham Vasculitis Score/ BVAS“ eingesetzt, für die strukturierte Erfassung von „Schädigungsfolgen/Damage“ der „Vasculitis Damage Index/VDI“.

Fazit

ANCA-assoziierte-Vaskulitiden sind Erkrankungen mit potentiell lebensbedrohlichen Verläufen, die nahezu jedes Organsystem befallen können. Auch wenn die Erkrankungen selten sind, so sind sie doch von erheblicher sozioökonomischer Bedeutung, da die Erwerbsfähigkeit in hohem Maße bedroht ist. Für die sozialmedizinische Beurteilung ist ein strukturiertes ICF-orientiertes Vorgehen entscheidend.

Das langfristige Projektziel sind die systematische Evaluation der Behandlungskonzepte von Vaskulitiden, Kollagenosen und seltenen osteologischen Krankheitsbildern sowie das Erstellen einer ICF-orientierten Systematik zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung für jedes dieser Krankheitsbilder.

Literatur

- Basu N, McClean A, Harper L et al. The characterisation and determinants of quality of life in ANCA associated vasculitis. *Ann Rheum Dis.* 2014 Jan;73(1):207-11
- Benarous L, Terrier B, Laborde-Casterot H et al. Employment, work disability and quality of life in patients with ANCA-associated vasculitides. The EXPOVAS study. *Clin Exp Rheumatol.* 2017 Mar-Apr;35 Suppl 103(1):40-46.
- Flossmann O, Berden A, de Groot K et al. Long-term patient survival in ANCA-associated vasculitis. *Ann Rheum Dis.* 2011 Mar;70(3):488-94.
- Holle JU, Gross WL, Latza U et al. Improved outcome in 445 patients with Wegener's granulomatosis in a German vasculitis center over four decades. *Arthritis Rheum.* 2011 Jan;63(1):257-66.
- Mau W, Thiele K, Lamprecht J. Trends of work force participation of patients with rheumatic diseases : results from German social insurance data and the national database of the German collaborative arthritis centers. *Z Rheumatol.* 2014 Feb;73(1):11-9.
- Reinhold-Keller E, Herlyn K, Wagner-Bastmeyer R et al.. Effect of Wegener's granulomatosis on work disability, need for medical care, and quality of life in patients younger than 40 years at diagnosis. *Arthritis Rheum.* 2002 Jun 15;47(3):320-5.

Berufliche (Re-)Integration nach medizinischer Rehabilitation wegen Rückenschmerz: Welchen Einfluss haben Rehabilitandenmerkmale bzw. die Rehabilitationseinrichtung?

Kaluscha, R., Krischak, G.

Universität Ulm

Zielstellung

Neben der Verbesserung des Gesundheitszustandes sind der Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit und die berufliche (Wieder-)Eingliederung zentrale Ziele der Rehabilitationsleistungen der Deutschen Rentenversicherung. Diese hat daher im Rahmen ihrer Qualitätssicherung entsprechende Vorgaben wie z.B. die Reha-Therapiestandards entwickelt, um unabhängig von der ausgewählten Einrichtung eine adäquate Versorgung der Rehabilitanden zu gewährleisten. Zugleich verfolgen die Rehabilitationseinrichtungen eigene

Behandlungsstrategien und sind auch gehalten, bei Bedarf individuelle Anpassungen der Therapie vorzunehmen. Daher stellt sich die Frage, ob nun sämtliche Häuser ähnliche Behandlungen mit ähnlichen Ergebnissen durchführen oder ob es auch nach Berücksichtigung möglicher Unterschiede bei den behandelten Rehabilitanden Häuser mit auffälligen Ergebnissen gibt.

Methoden

Aus der Rehabilitationsstatistikdatenbasis der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover wurden anonymisiert alle Rehabilitanden ausgewählt, die in den Jahren 2011, 2012 oder 2013 eine Rehabilitationsmaßnahme aufgrund von Rückenschmerzen (ICD-10: M51, M53, M54) durchführten und zwischen 18 und 63 Jahren alt waren. Zielgröße war der Erwerbsstatus (Beschäftigung ja vs. nein) im Jahr nach Rehabilitation. Dieser wurde bei Rehabilitationseinrichtungen, die in allen drei Jahren mindestens 50 Rehabilitanden aufgrund der jeweiligen Zieldiagnosen behandelten, mittels logistischer Regression analysiert. Die Stichprobe umfasste damit 17.707 Fälle aus 17 Kliniken.

Da unterschiedliche Eingangsvoraussetzungen der Rehabilitanden (Nübling et al. 2015, Kaluscha et al. 2017) oder andere Faktoren wie z.B. der regionale Arbeitsmarkt (Hetzel & Streibelt 2016) den Erwerbsstatus nach Rehabilitation beeinflussen können, wurde für die entsprechenden Rehabilitandenmerkmale wie z.B. Alter und Geschlecht, den Erwerbsstatus vor der Rehabilitation sowie den Herkunftskreis und die dortige Arbeitslosenquote adjustiert. Es wurden sukzessive Variablen aus den Modellen entfernt, falls diese keinen signifikanten Einfluss auf die Zielgröße hatten (Backward-Selection, Signifikanz-Niveau=1%). Um die Robustheit der Ergebnisse prüfen zu können, wurde für jedes Jahr ein separates Modell gerechnet.

Ergebnisse

In allen drei Jahren waren das Alter, die Arbeitsunfähigkeitsdauer im Jahr vor der Rehabilitation, der Erwerbsstatus im Monat sowie im zwölften Monat vor der Rehabilitation signifikante Einflussgrößen (vgl. Tab. 1).

Tab. 1:

		Kohorte 2011		Kohorte 2012		Kohorte 2013	
c-Statistik		0,774		0,795		0,818	
Effekt		OR	95%-KI	OR	95%-KI	OR	95%-KI
Altersgruppe Referenz: 60 bis 63-Jäh- rige	unter 25	1,6	(0,6;4,1)	0,7	(0,3;1,7)	2,0	(0,9;4,6)
	25 bis 30	1,7	(1,0;2,9)	2,7	(1,4;5,1)	2,4	(1,3;4,4)
	31 bis 35	2,3	(1,5;3,7)	1,5	(0,9;2,5)	3,3	(2,0;5,3)
	36 bis 40	2,5	(1,7;3,8)	2,0	(1,3;3,1)	2,5	(1,6;3,9)
	41 bis 45	3,3	(2,3;4,8)	2,9	(1,9;4,3)	3,6	(2,5;5,4)
	46 bis 50	3,3	(2,3;4,6)	2,8	(1,9;4,1)	3,9	(2,7;5,7)
	51 bis 55	2,8	(2,0;3,9)	2,4	(1,7;3,4)	5,0	(3,4;7,2)
	56 bis 60	1,8	(1,3;2,5)	1,7	(1,2;2,5)	2,2	(1,6;3,2)
Männer vs. Frauen						1,5 (1,2;1,9)	
Familienstand Referenz: verheiratet	ledig			0,7 (0,5;0,9)		0,8 (0,6;1,0)	
	geschieden			1,0 (0,7;1,3)		0,7 (0,5;0,9)	
	verwitwet			0,6 (0,4;1,1)		1,2 (0,6;2,3)	

c-Statistik Effekt		Kohorte 2011		Kohorte 2012		Kohorte 2013	
		OR	95%-KI	OR	95%-KI	OR	95%-KI
		0,774		0,795		0,818	
Arbeitsunfähigkeitsdauer im Jahr vor der Rehabili- tation	bis unter 3 Monate	0,6	(0,4;0,9)	0,7	(0,4;1,0)	0,8	(0,5;1,2)
	3 bis unter 6 Monate	0,4	(0,2;0,5)	0,5	(0,3;0,7)	0,4	(0,3;0,6)
	Referenz: keine Arbeits- unfähigkeitszeiten	0,2	(0,2;0,3)	0,3	(0,2;0,4)	0,3	(0,2;0,4)
Anzahl der Diagnosen im Entlassbericht		0,9	(0,9;1,0)	0,8	(0,8;0,9)	0,9	(0,9;1,0)
Beschäftigung im Monat vor der Rehabilitation		3,4	(2,7;4,1)	3,1	(2,4;3,9)	4,0	(3,1;5,1)
Beschäftigung im 12. Monat vor der Rehabilita- tion		1,8	(1,2;2,5)	2,6	(1,7;3,9)	2,6	(1,7;3,9)
Arbeit vor Antragstellung Referenz: arbeitslos ge- meldet	nicht erwerbstätig	0,6	(0,1;2,7)				
	Ganztagsarbeit ohne Wechselschicht/Akkord/ Nachtschicht	1,5	(1,0;2,4)	1,8	(1,1;2,9)		
	Ganztagsarbeit mit Wechselschicht/ Akkord	2,0	(1,3;3,3)	2,0	(1,2;3,3)		
	Ganztagsarbeit mit Nachtschicht	2,2	(1,3;3,6)	2,8	(1,6;4,8)		
	Teilzeitarbeit weniger als die Hälfte der übli- chen Arbeitszeit	1,4	(0,7;2,6)	2,4	(1,2;4,8)		
	Teilzeitarbeit mindes- tens die Hälfte der übli- chen Arbeitszeit	1,6	(1,0;2,7)	1,8	(1,1;3,1)		
Anschlussrehabilitation vs. Heilverfahren		0,7	(0,6;0,9)	0,6	(0,5;0,8)	0,7	(0,5;0,8)
Aufforderung durch die Krankenkasse						0,7	(0,5;0,9)
Bevorzugte Einladung				0,6	(0,5;0,7)	,	
Berufsgruppe noch Bloss- feld Referenz: einfache ma- nuelle Berufe	Agrarberufe					0,1	(0,0;1,5)
	einfache Dienste					1,4	(0,8;2,3)
	einfache Verwaltungs- berufe					1,3	(0,3;5,0)
	nicht zuordenbar					1,5	(0,3;8,0)
	qualifizierte Dienste					1,8	(1,0;3,2)
	qualifizierte manuelle Berufe					1,6	(1,2;2,0)
	qualifizierte Verwal- tungsberufe					0,2	(0,0;1,0)
	Semiprofessionen Techniker					1,4	(0,8;2,4)
						1,4	(0,9;2,1)

Bei Rehabilitanden im Alter von 25 bis 60 Jahren war die Wahrscheinlichkeit einer Beschäftigung höher als bei Rehabilitanden über 60 Jahren. Eine längere Arbeitsunfähigkeitsdauer im Jahr vor der Rehabilitation ging mit einer höheren Wahrscheinlichkeit von Leistungsbezug einher. Rehabilitanden, die vor der Rehabilitation einer Beschäftigung nachgingen, waren auch nach der Rehabilitation häufiger beschäftigt.

Die auf Kreisebene vorliegenden Regionalinformationen zeigten hingegen keinen signifikanten Einfluss.

Auf Basis dieses Modells wurde nun für die Rehabilitanden jeder Klinik die Beschäftigung vorhergesagt und klinikspezifisch geprüft, ob es auffällige Abweichungen zwischen der gemäß der Rehabilitandenmerkmale zu erwartenden und der tatsächlich erreichten Beschäftigungsquote gab. Bei vierzehn Kliniken lagen die Ergebnisse im 95%-Konfidenzband, während sie bei drei Kliniken unterhalb lagen.

Insgesamt waren überwiegend homogene Ergebnisse hinsichtlich der beruflichen (Re-)Integration zu beobachten. Bei den drei auffälligen Kliniken wäre zu prüfen, ob für die abweichende Ergebnisse Faktoren ausschlaggebend waren, die außerhalb des Rechenmodells liegen (wie z.B. Besonderheiten in der Zuweisung) oder ob sie ihre Behandlungskonzepte nachbessern müssen.

Fazit

Sowohl Rehabilitandenmerkmale als auch Rehabilitationseinrichtungen können einen Einfluss auf die berufliche (Re-)Integration nach Rehabilitation haben. Die Nutzung entsprechender adjustierter Modelle sollte Baustein der Qualitätssicherung der Rentenversicherung werden und kann einen wertvollen Beitrag zur Bewertung von Ergebnisqualität hinsichtlich zentraler Zielparameter liefern.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Literatur

Hetzel C, Streibelt M. Hängt die berufliche Wiedereingliederung nach beruflichen Bildungsleistungen vom Arbeitsmarkt ab? *Rehabilitation*. 2016;55:290-8.

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

Nübling, R., Kaluscha, R., Krischak, G., Kriz, D., Holstiege, J., Martin, H., Müller, G., Renzland, J., Reuss-Borst, M., Schmidt, J., Kaiser, U., & Toepler, E. (2015): Die „Reha-QM-Outcome-Studie“ des Qualitätsverbundes Gesundheit und der DRV Baden-Württemberg – Methodik und ausgewählte Ergebnisse. *Prävention und Rehabilitation*, 27, 77-94.

Danksagung

Wir danken der DRV Braunschweig-Hannover für die Förderung dieser Studie.

Die Diagnose Fibromyalgie in der Stationären Rehabilitation: Übereinstimmungen und Diskrepanzen zwischen behandler- und patientenseitigen Einschätzungen

Dibbelt, S., Wulfert, E., Greitemann, B.

Institut für Rehabilitationsforschung Norderney e.V. (IfR)

Zielstellung

Das Fibromyalgiesyndrom (kurz FMS) stellt nach wie vor eine Herausforderung für die Differential-Diagnose, die Behandlung in der Rehabilitation und die sozial-medizinische Leistungsbeurteilung dar. Ziel des Projektes PRO-FI war es u.a., die Vordiagnosen in Reha-Anträgen und Gutachten mit Behandler- und Patienteneinschätzungen in Reha-Einrichtungen zu überprüfen. Außerdem sollte geprüft werden, ob sich Rehabilitanden mit Diagnose FMS hinsichtlich der beruflichen Situation von Patienten mit anderen Diagnosen unterscheiden. Schließlich sollte die Frage nach dem Geschlechterverhältnis von Patienten mit FMS überprüft werden. Aus klinischen Einrichtungen wird berichtet, dass bis zu 80% der FMS-Patienten Frauen im Alter von 40-60 Jahren (Häuser et al., 2014). In einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung sowie in internationalen Studien war das Geschlechterverhältnis jedoch ausgeglichen (Wolfe et al., 2013).

Methoden

Leitende Ärzte der an der PRO-FI Studie beteiligten Einrichtungen wählten geeignete Patienten mittels einer Checkliste vor Reha-Antritt aus.

Rehabilitanden waren geeignet, wenn sich im Reha-Antrag oder im ärztliche Gutachten die folgenden Angaben fanden: Diagnosen F79.70, F45.40 oder F45.1, kritische Begriffe (Fibromyalgie, Weichteilrheuma, Ganzkörperschmerz u.a.), Schmerzen in mehreren Körperquadranten, die länger als 3 Monate bestehen sowie Hinweise auf Schlafstörungen und psychovegetative Symptome.

Geeignete Rehabilitanden bekamen einen ersten Fragebogen vor Reha oder bei Aufnahme ausgehändigt (t0). Waren die Rehabilitanden zur Teilnehmer bereit, schätzten die betreuenden Hauptbehandler bei Aufnahme und bei Entlassung ein, ob ein FMS besteht oder nicht. Patienten-Teilnehmer bearbeiteten 2 Wochen nach Entlassung einen zweiten und 6 Monate nach Entlassung einen dritten Fragebogen.

Die Analyse des vorliegenden Beitrags beruht auf den Daten von 220 eingeschlossen Studienteilnehmern. Diese bearbeiteten neben anderen Instrumenten zur Diagnostik des FMS den „Wide Spread Pain Index“ (WPI; Wolfe et al., 2010; ins Deutsche übersetzt von Sittl & Mattenklodt). In den Index gehen die folgenden Parameter ein:

- Anzahl der Schmerzorte
- Häufigkeit kognitiver Symptome (Konzentration, Erschöpfung, Schlafstörungen) sowie
- Vegetative Begleitsymptome

Diese Parameter werden zu einem Index verrechnet. Anhand der von den Autoren empfohlenen Cutpoints wurde die Stichprobe in 2 Gruppen geteilt (FMS liegt vor – liegt nicht vor).

Für diese zwei Gruppen wurde berechnet, (1) wie häufig die Diagnose FMS im Reha-Antrag oder Gutachten genannt, (2) bei der ärztlichen Aufnahme und (3) bei Entlassung bestätigt wurde. Von N=207 Patienten lagen die zuletzt genannten Angaben vor.

Ergebnisse

75% der befragten Patienten (163 von 216) wurden nach dem WPI-Kriterium der Gruppe „FMS Ja“ und 25% (53 von 216) der Gruppe „FMS Nein“ zugeordnet (s. Tabelle 1). In der „FMS Ja“- Gruppe wurde die Diagnose bei 38% der Teilnehmer (N=59) bereits im Reha-Antrag genannt (bei 62% der Gruppe jedoch nicht). Bei 48% der „FMS Ja“-Gruppe wurde ein FMS durch den Arzt der Reha-Einrichtung bei Aufnahme und bei Entlassung bestätigt (s. Tabelle 1).

Des Weiteren wurden für die 2 Gruppen (FMS Ja, FMS Nein nach WPI) das Geschlecht sowie Angaben zum beruflichen Status (Erwerbsstatus und die subjektive Erwerbsprognose) verglichen.

Tab. 1: Häufigkeiten der Diagnose FMS nach WPI, im Reha-Antrag, bei Aufnahme und Entlassung

			FMS nach WPI	
			FMS Nein	FMS Ja
WPI Gesamt N=216		N	53	163
		% (216)	25	75
FMS im Reha-Antrag	Ja	N	7	59
		% (53,163)	14	38
FMS bei Aufnahme	Ja	N	8	76
		% (53,163)	16	48
FMS bei Entlassung	Ja	N	8	76
		% (53,163)	16	49
P: FMS lange bekannt	Ja	N	9	73
		% (53,163)	18	46

Die Gesamtstichprobe der PRO-FI Studie bestand zu 90% aus Frauen (N=188); die männlichen Teilnehmer machten nur 10% der Stichprobe aus. Auch in der „FMS-Ja“-Gruppe waren mit 92% überwiegend Frauen.

85% aller Befragten (N=177) waren zum Zeitpunkt t0 (vor Reha) erwerbstätig. Es ergaben sich Unterschiede zwischen den Gruppen (FMS Ja, FMS Nein nach WPI) hinsichtlich der Erwerbstätigkeit: In der „FMS Nein“-Gruppe waren 92% erwerbstätig, in der Gruppe „FMS Ja“-Gruppe waren es weniger, nämlich 83%.

Hinsichtlich der subjektiven Erwerbsprognose unterschieden sich die Gruppen ebenfalls: Während in der „FMS-Nein“-Gruppe 61% angaben, bis zum Rentenalter in ihrem jetzigen Job arbeiten zu können, waren es in der „FMS Ja“-Gruppe nur 34%.

Fazit

Sowohl zwischen Patienten- und Behandlern als auch zwischen unterschiedlichen Behandlern scheinen Diskrepanzen in der Einschätzung, ob ein FMS vorliegt oder nicht, zu bestehen. Bezüglich der beruflichen Situation fällt auf, dass in der „FMS-Ja“-Gruppe prozentual weniger Rehabilitanden erwerbstätig sind und dass diese seltener eine positive

Erwerbsprognose in Bezug auf ihren aktuellen Job haben. Deutlich bestätigt haben sich Ergebnisse, wonach das FMS überwiegend Frauen betrifft.

Weitere Analysen müssen klären, mit welchen Faktoren die diagnostischen Diskrepanzen assoziiert sind. Hierzu müssen alternative Diagnosen, z.B. somatoforme Störungen und unterschiedliche Schweregrade des FMS berücksichtigt werden. Die Ergebnisse werden einfließen in ein derzeit entstehendes Manual zur Diagnose und Behandlung von Fibromyalgie in der medizinischen Rehabilitation.

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

Literatur

Deutsche Schmerzgesellschaft. Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms. Verfügbar auf: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/145-004.html> [Letzter Abruf: 05.11.2018]

Eich W, Bär KJ, Bernateck M, Burgmer M, Dextl C, Petzke F, Sommer, Winkelmann A, Häuser W (2017). Definition, Klassifikation, klinische Diagnose und Prognose des Fibromyalgiesyndroms. *Der Schmerz*, Volume 31 (3), 231–23.

Häuser W, Schmutzer G, Brähler E, Wolfe F (2014). Patient Health Questionnaire 15 as a generic measure of severity in fibromyalgia syndrome: Surveys with patients of three different settings. *J Psychosom Res* 76:307-311.

Wolfe F, Brähler E, Hinz A, Häuser W (2013). Fibromyalgia prevalence, somatic symptom reporting, and the dimensionality of polysymptomatic distress: Results from a survey of the general population. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 65:777-85.

Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, Russell AS, Russell IJ, Winfield JB, Yunus MB (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res* 62: 600-610.

Wie häufig sind komplementäre Therapiemaßnahmen bei der Behandlung von Patienten mit Wirbelsäulenverletzungen in BG-Kliniken?

Biedenweg, B. (1), Buchholz, M. (1), Polak, U. (2), Kohlmann, T. (1)

(1) Universitätsmedizin Greifswald,

(2) Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Berlin

Zielstellung

Es werden zahlreiche medizinische und therapeutische Interventionen angewandt, um Patienten mit Unfallverletzung schnellstmöglich wieder in den Arbeitsmarkt einzugliedern. In der Versorgung von unfallverletzten Patienten nehmen berufsgenossenschaftliche Kliniken (BG-Kliniken) eine wichtige Rolle ein. Im Rahmen einer multizentrischen Beobachtungsstudie* konnten wir in einer Stichprobe von Patienten mit Wirbelsäulenverletzungen untersuchen, wie häufig komplementäre Behandlungs- und Therapieansätze, wie sie typischerweise in der medizinischen Rehabilitation zum Einsatz kommen, bei dieser Patientengruppe durchgeführt werden.

Methoden

In die Studie wurden unfallverletzte berufstätige Patienten im Alter von 18-69 Jahren eingeschlossen, die sich zum Zeitpunkt der Befragung in einer der acht teilnehmenden deutschen BG-Kliniken befanden und eine Verletzung der Wirbelsäule im thorakalen und lumbalen Bereich sowie im thorako-lumbalen Übergang aufwiesen. Neben soziodemographischen Patientencharakteristiken (Geschlecht, Alter, Hauptdiagnose) wurde der Schweregrad der vorliegenden Verletzung (globales Arzturteil) sowie der ISNCSCI-Funktionscore zur neurologischen Klassifikation zu Beginn der stationären Akutbehandlung dokumentiert. Ebenso wurden die Art der durchgeführten Behandlung (operative vs. konservative Therapie) sowie weiterführende Therapiemaßnahmen (u.a. Physiotherapie, Ergotherapie, Sporttherapie, Psychotherapie) erfasst.

Ergebnisse

Insgesamt nahmen 322 BG-Patienten aus acht BG-Kliniken an der Untersuchung teil. Die Teilnehmer der Studie waren im Mittel 45,8 Jahre alt (19-69 Jahre) und überwiegend männlich (63,2%). Die Patienten litten hauptsächlich an thorakalen Verletzungen (61,8%). Lumbale Wirbelsäulenverletzungen traten bei 38,1% der Patienten auf. Hinsichtlich des Verletzungsgrades wurden bei 14,0% der Patienten eine geringgradige, bei 51,5% eine mäßige und bei 34,6% eine schwere Verletzung festgestellt (globales Arzturteil). Bei über 80% der Patienten lag keine neurologische Beteiligung vor. 77,9% der Patienten erhielten eine operative Therapie, 19,0% wurden ausschließlich konservativ therapiert. Vorwiegend wurden den unfallverletzten Patienten komplementäre Maßnahmen wie Physiotherapie (90,0%), Ergotherapie (20,4%), Sporttherapie (19,7%) und Psychotherapie (9,3%) verordnet. Etwa die Hälfte aller Patienten erhielt mindestens eine komplementäre Therapiemaßnahme.

Mit zunehmendem Verletzungsgrad stieg die Anzahl der verordneten Therapiemaßnahmen, sodass 2,6% der geringgradig verletzten Patienten, 10,7% der mäßig verletzten Patienten und 59,6% der schwer verletzten Patienten zwei oder mehr Maßnahmen erhielten ($p < 0.001$). Wie aus Tabelle 1 hervor geht, wurden fast alle Patienten physiotherapeutisch behandelt. Patienten mit geringgradigen Verletzungen erhielten zusätzlich Sporttherapie. Unfallverletzte Patienten mit mäßigen und schweren Verletzungen wurden zudem ergo- und psychotherapeutisch behandelt. Die Häufigkeit, mit der komplementäre Therapiemaßnahmen durchgeführt wurden, ist besonders bei Ergo-, Sport- und Psychotherapie vom ärztlichen Schweregrad der Verletzung abhängig. Bei der Betrachtung der Patienten mit und ohne neurologische Beteiligung fällt auf, dass Patienten mit neurologischer Beteiligung ähnlich oft physiotherapeutisch behandelt wurden, sie jedoch etwa 10-mal häufiger Ergo-, Psycho- und Sporttherapie verordnet bekamen.

Tabelle 1: Häufigkeit der vergebenen Therapiemaßnahmen in Abhängigkeit des Verletzungsgrades (globales Arzturteil)

	Geringgradige Verletzung	Mäßige Verletzung	Schwere Verletzung	p
Physiotherapie	78,9%	91,4%	97,9%	0.001
Ergotherapie	0,0%	5,7%	52,1%	<0.001
Sporttherapie	2,6%	8,6%	41,5%	<0.001
Psychotherapie	0,0%	2,1%	25,5%	<0.001

Fazit

In die Studie wurden unfallverletzte Patienten aus acht berufsgenossenschaftlichen Kliniken in Deutschland eingeschlossen. Neben einer Vielzahl von operativen Eingriffen wurden bei der stationären Akutbehandlung der Patienten komplementäre Therapie- und Handlungsansätze eingesetzt, wie sie für die multimodale medizinische Rehabilitation typisch sind. Mit steigendem Verletzungsgrad wurden den Patienten mehr solcher Therapien verordnet. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass rehabilitationsbezogene Therapien und Behandlungen bei unfallverletzten BG-Patienten wichtige therapeutische Ansätze in der medizinischen Versorgung dieser Patienten sind. Um die Muster behandlungskomplementärer Therapieansätze von Patienten in berufsgenossenschaftlichen Kliniken weiter zu untersuchen, sollten daher unfallverletzte BG-Patienten noch stärker in die rehabilitationswissenschaftliche Forschung einbezogen werden.

Förderung: Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e.V.

Literatur

-

Die aktive Therapie mit einer Bewegungsschiene in der postoperativen Rehabilitation nach Knie-Totalendoprothese - eine gewinnbringende Weiterentwicklung?

Knoll, A., Kaltenbach, C., Krischak, G.
Universität Ulm

Zielstellung

Nach Implantation einer Knie-Totalendoprothese (Knie-TEP) sind passive Bewegungsschienen (CPM) mittlerweile fester Bestandteil für die postoperative Mobilisation. Die Effektivität der CPM ist trotz ihrer routinemäßigen Anwendung nach Knie-TEP nur bedingt nachgewiesen (Harvey et al. 2014). Mittels CPM kann zunächst die Beweglichkeit des Gelenks verbessert werden. Ein Training der funktionsrelevanten Muskulatur findet jedoch kaum statt. Da dies jedoch von erheblicher Bedeutung für die Wiederherstellung der Funktionalität ist, wurde die Schiene weiter entwickelt. So sind seit einigen Jahren nun auch aktive Bewegungsschienen (CAM) auf dem Markt. Der CAM wird durch die Anbahnung und Aktivierung der Muskulatur ein zusätzlicher positiver Effekt auf die Funktionsfähigkeit zugesprochen. Die Studienlage für die Bestätigung dieses Effektes ist aber noch sehr gering (Schemm et al. 2016). Vor diesem Hintergrund wurde ein Forschungsprojekt zur Prüfung einer Überlegenheit der CAM gegenüber der CPM durchgeführt.

Methoden

In einem prospektiv randomisiert kontrollierten Studiendesign wurden 51 Patienten, welchen eine Knie-TEP implantiert wurde und die weiteren Voraussetzungen (z.B. gute Deutschkenntnisse) für diese Untersuchung erfüllten, zwei Interventionsgruppen (CAM= 25, CPM= 26) zugewiesen. Das methodische Vorgehen basiert auf zwei Literaturreviews sowie einer Fragebogenerhebung zu den Einstellungsparametern der CPM, die im Vorfeld durchgeführt wurden. Die Intervention erstreckte sich vom zweiten postoperativen Tag (Akutbereich) bis zum Ende der stationären Rehabilitation (Rehabilitationsbereich). Die Anlage der CAM bzw. CPM fand im Akutbereich (Sana Kliniken Biberach und Laupheim) zweimal täglich und im Rehabilitationsbereich (Federsee-Klinik Bad Buchau) einmal täglich für 30 Minuten statt. Im Akutbereich wurde der Widerstand, gegen den bei der aktiven Therapie bewegt wurde, auf 2kg festgelegt. In der Rehabilitationsphase sollte dieser progredient gesteigert werden. Studienrelevante Parameter wurden präoperativ (T0), bei Aufnahme (T1) und Entlassung aus der Rehabilitationsklinik (T2) sowie drei Monate nach der Rehabilitation (T3) erhoben. Für die Feststellung einer mittelfristigen Überlegenheit (bei Ende der Rehabilitation) wurden Schmerz, Beinumfang, Temperatur, Bewegungsumfang, Palpations- und Inspektionsbefund, Kraft und Beweglichkeit erfasst. Für eine langfristige Überlegenheit (drei Monate nach Rehabilitation) wurde die somatische und psychische Gesundheit anhand des WOMAC- und IRES-Fragebogens erhoben. Die statistische Auswertung erfolgte mittels deskriptiver Analysen. Ferner erfolgten univariate Vergleiche der Interventionsgruppen (CAM vs. CPM). Unterschiede wurden mittels Chi²-Test bzw. Wilcoxon-Rangsummen-Test auf statistische Signifikanz geprüft.

Ergebnisse

Die Gruppen „CAM“ und „CPM“ unterschieden sich nicht signifikant bei den Merkmalen Geschlecht, Body-Maß-Index, Alter und Begleiterkrankungen. Die Anlage der Bewegungsschiene fand durchschnittlich an 17 Tagen (CAM) bzw. 18 Tagen (CPM) statt und die Widerstandssteigerung erfolgte während der Rehabilitation bei 44% der CAM-Patienten. Eine mittelfristige Überlegenheit der CAM gegenüber der CPM zeigte sich bei den Outcomes Beinumfang und Schwellung. So reduzierte sich von der Aufnahme bis zur Entlassung aus der Rehabilitation bei Patienten der CAM-Gruppe der Beinumfang um 3,0 cm und bei Patienten der CPM-Gruppe lediglich um 1,8 cm ($p < 0,0001$). Demgemäß ergaben sich in der CAM-Gruppe bei Entlassung aus der Rehabilitationsklinik signifikant bessere Werte bei der Schwellung als in der CPM Gruppe (CAM= 16 vs. CPM= 23; $p = 0,05$). Für die weiteren mittelfristigen Outcomes Kraft, Beweglichkeit, Bewegungsumfang, Temperatur und Schmerz konnte keine Überlegenheit der CAM nachgewiesen werden. Die somatische und psychische Gesundheit drei Monate nach der Rehabilitation unterschied sich nicht signifikant zwischen den beiden Interventionsgruppen, d.h. es konnte keine langfristige Überlegenheit der CAM gegenüber der CPM nachgewiesen werden.

Fazit

Die hinsichtlich Beinumfang und Schwellung festgestellte fehlende Überlegenheit der CAM gegenüber der CPM zeigte sich auch in vergleichbaren Studien (Mau-Moeller et al. 2014, Scheidhauer et al. 2003). In dieser Studie war eine Überlegenheit bzgl. weiterer Parameter gegebenenfalls deshalb nicht nachweisbar, da in der CAM-Gruppe während der Rehabilitation oft keine Widerstandssteigerung erfolgte. Somit wurde kein adäquater Trainingsreiz für Anpassungen der funktionsrelevanten Muskulatur gesetzt und es konnte keine Verbesserung der Funktionsfähigkeit z.B. hinsichtlich Bewegungsumfang und Kraft erzielt werden. Die signifikante Reduktion der Schwellung deutet darauf hin, dass durch den Einsatz der CAM lediglich eine Aktivierung der Muskel-Gelenkpumpe erreicht werden konnte.

Nach aktuellem Forschungsstand gibt es keine Hinweise darauf, dass die CAM in der postoperativen Rehabilitationsphase nach Knie-TEP der CPM überlegen ist. Allerdings ist aufgrund methodischer Limitationen der bisherigen Studien weitere Forschung notwendig. Hierbei sollte nicht nur eine höhere Fallzahl angestrebt werden, sondern auch die optimale Einstellung der CAM betrachtet werden, um einen individuell optimalen Trainingsreiz zu setzen. Zeigt sich in weiteren Studien eine Gleichwertigkeit von CAM und CPM, wäre die Akzeptanz seitens der Patienten zu untersuchen, d.h. ob ggf. bei der CAM eine höhere Zufriedenheit bzw. Motivation durch die zusätzliche aktive Trainingsfunktion vorliegt.

Förderung: B.Braun-Stiftung

Literatur

- Harvey, L., Brosseau, L., Herbert, R. (2014): Continuous passive motion following total knee arthroplasty in people with arthritis (Review). The Cochrane Library, 2. 1-70.
- Mau-Moeller, A., Behrends, M., Finze, S., Bruhn, S., Bader, R., Mittelmeier, W. (2014): The effect of continuous passive motion and sling exercise training on clinical and functional outcomes following total knee arthroplasty: a randomized active-controlled clinical study. Healthand Quality of Life Outcomes, 12. 1-10.

- Scheidhauer, H., Geistert, A., Bührlen, B., Hildebrand, S. (2003): Effektivitäts-Vergleich der aktiven "Camoped-Aktivbewegungsschiene" mit der passiven "CPM-Motorschiene" nach Implantation einer Kniegelenk-Endoprothese. Krankengymnastik - Zeitschrift für Physiotherapeuten, 55. 774-787.
- Schemm, A., Tepohl, L., Krischak, G. (2015): Die Bedeutung von Dauer und Intensität bei der Anwendung einer passiven Motorbewegungsschiene auf das Bewegungsausmaß nach Knieendoprothese- eine systematische Literaturübersicht. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin, 25. 67-73.
- Schemm, A., Tepohl, L., Krischak, G. (2016): Effektivitätsvergleich aktiver kniebewegungsunterstützender Geräte mit passiven Kniebewegungsschienen für verschiedene Pathologien - eine systematische Literaturübersicht. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin, 26. 164-171.

Entscheidungsfindung zur Operation, sportliche Aktivitäten. Eine Patientenbefragung nach primärer Endoprothesenimplantation bei Coxarthrose.

Simon, S. (1), Kleiber, T. (1), Wick, M. (2), Peters, K.M. (1)

(1) Dr. Becker Rhein-Sieg-Klinik, Nümbrecht,

(2) Dr. Becker Kiliani-Klinik GmbH und Co.KG, Bad Windsheim

Zielstellung

Mit der vorliegenden Patientenbefragung soll gezeigt werden, welche Faktoren bei der patientenseitigen Entscheidungsfindung zur Operation relevant sind und in wie fern frühere bzw. zukünftige sportliche Aktivitäten von Bedeutung sind.

Viele Patienten/innen haben den Wunsch sich auch nach einer Prothesenimplantation sportlich zu betätigen (Günther, 2007). Körperliche und sportliche Aktivität wird nach endoprothetischer Versorgung empfohlen. Diese verbessert die knöchernen Integration der Prothese, senkt das Lockerungsrisiko, steigert die muskuläre Leistungsfähigkeit und reduziert das kardiovaskuläre Risiko (Cassel, 2017).

Die Bedeutung von körperlicher Aktivität ist heute unumstritten, dies kommt unter anderem in der Nationalen Empfehlung für Bewegung und Bewegungsförderung zum Ausdruck (BZgA, 2016).

Methoden

Von Dezember 2016 bis Dezember 2017 wurde in den orthopädischen Abteilungen der Dr. Becker Kiliani-Klinik, Bad Windsheim und der Dr. Becker Rhein-Sieg-Klinik, Nümbrecht die Befragung durchgeführt. Einschlusskriterium war die komplikationslose Erstimplantation einer Hüftendoprothese bei Coxarthrose. Ausgeschlossen waren Patienten mit Wechseloperation, Revisionseingriffen, Luxation und anderen orthopädischen Komplikationen im Rahmen der aktuellen Operation. Begleiterkrankungen waren kein Ausschlusskriterium. Die Teilnahme erfolgte freiwillig. Am Beginn der Anschlussheilbehandlung wurde der Fragebogen ausgegeben und spätestens bei Entlassung aus der AHB wieder eingesammelt.

Ergebnisse

489 Fragebögen konnten ausgewertet werden. 292 weibliche, 197 männliche Patienten. Anzahl nach Alter (Jahre): 23 < 50; 46 > 80; 37 zwischen 50-55; 52 zwischen 56-60; 93 zwischen 61-65; 77 zwischen 66-70; 81 zwischen 71-75; 80 zwischen 76-80. 68% der Patienten/innen war somit in der Altersgruppe: 61-80 Jahre.

BMI-Verteilung: Adipositas Grad I-III (BMI>30): 40,4%, Präadipositas (BMI 25-29,9): 36%, normalgewichtig (BMI 18,5-24,9): 23%.

Mittleres Schmerzniveau (präoperativ) nach 10-teiliger visueller Analogskala: 12 Monate vor OP: 5,8; 6 Monate vor OP: 6,8; 4 Wochen vor OP: 7,7.

Dauer der Beschwerden vor der Operation: 0-1 Jahr: 38%; 1-2 Jahre 19%; >2 Jahre: 14%; >3 Jahre: 8,5%; >4 Jahre: 6%; >5 Jahre: 14,5%.

Entscheidungskriterien zur Operation (Mehrfachnennung): Schmerzen: 87,3%; Verbesserung der Lebensqualität: 77,7%; Verbesserung der Funktionseinschränkungen: 65,2%; wieder aktiver sein: 76,7%, wieder Sport treiben können: 37,7%.

Sportliche Aktivitäten vor der Operation: nicht sportlich aktiv: 35,8%; sportlich aktiv: 64,2%. Ausgeübter Sport (Mehrfachnennung): Walking: 23,1%; Schwimmen: 21,3%; MTB: 6,5%; Rennrad: 5,3%; andere Sportarten (diese wurden von den Patienten nicht weiter differenziert): 41,1%.

Wird geplant nach der Operation wieder sportlich aktiv zu sein: Ja: 354 (72,4%); Nein: 88 (18%); keine Angabe machten 47 (9,6%).

Was lässt die Patienten zögern wieder sportlich aktiv zu sein (Mehrfachnennung): Angst vor Verletzung: 23,7%; Sorge etwas falsch zu machen: 14,3%; Sorge um die Haltbarkeit der Prothese: 24,9%; Schmerzen anderer Gelenke: 14,9%; Sport traue ich mir nicht mehr zu: 7,4%; Mir fehlt die Anleitung: 6,1%; andere Gründe: 9,8%.

Wären Patienten sportlich aktiv durch gute Anleitung: Ja 46,2%; Nein: 11,9%; keine Angabe machten 41,9%.

Diskussion: Die Ergebnisse unserer Erhebung zeigen, das Übergewicht bei Patienten/innen, die wegen Coxarthrose mit einer Hüftendoprothese versorgt werden, ein relevanter Faktor ist. Laut Jahresbericht des Endoprothesenregisters 2017 wurde bei Hüftendoprothesenimplantationen ein mittlerer BMI von 27 gefunden (EPRD, 2017). Wir fanden bei 40,4% der Befragten einen Adipositas Grad I-III und bei 36% eine Präadipositas, lediglich 23% der Patienten/innen waren normalgewichtig.

Das mittlere Schmerzniveau (auf 10-teiliger VAS) der Befragten lag ein Jahr präoperativ bei 5,8; 6 Monate präoperativ bei 6,8 und 4 Wochen vor OP bei 7,7. Schmerzen sind ein wichtiger Grund beim Entschluss zur Operation (87,3%), daneben sind Lebensqualität, Funktionseinschränkung und der Wunsch nach Aktivität wichtige Entscheidungskriterien. Der Wunsch wieder sportlich aktiv zu sein besteht bei 37,7%.

72,4% der Befragten planen wieder sportlich aktiv zu sein. Studien zeigen, dass insbesondere Patienten, die präoperativ sportlich aktiv waren, dies auch postoperativ sind (Cassel, 2017).

Faktoren, die Patienten/innen von einer sportlichen Aktivität abhalten könnten, sind Verletzungsangst, Sorge um die Prothesenhaltbarkeit, die Sorge etwas falsch zu machen

sowie Schmerzen anderer Gelenke. 46,2% wünschte sich eine gute Anleitung, um wieder sportlich aktiv zu sein.

Fazit

Eine nachhaltige Gewichtsreduktion sollte prä- und postoperativ angestrebt werden. Fast $\frac{3}{4}$ der Befragten plant wieder sportlich aktiv zu sein, durch gezielte Sportberatung während und nach der Rehabilitation sollte dies unterstützt werden. Hemmnisse wie Ängste und Sorgen vor gesundheitlichen Schäden durch sportliche Aktivität sollten ernst genommen und durch Sportberatung und Anleitung minimiert werden.

Literatur

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2016): Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. (Sonderheft 03). Köln: BZgA.
- Cassel, M., Brecht, P., Günther, K.P., Mayer, F. (2017): Endoprothesen und Sport. Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin 68: 38-42.
- Grimberg, A., Jansson, V., Liebs, T., Melsheimer, O., Steinbrück, A. (Hrsg.) (2017): Endoprothesenregister Deutschland (EPRD). Berlin: EPRD.
- Günther, K.P. (2007): Leistungsfähig – Hüftendoprothesen bei sportlich aktiven Patienten. Orthopädie im Profil 1: 16-17.

Rehabilitation seltener schwerer Erkrankungen: Osteoporose bei systemischer Mastozytose – Analyse eines großen Patientenkollektives

Gehlen, M., Schmidt, N., Pfeifer, M., Lazarescu, A.D., Schwarz-Eywill, M., Hinz, C.

Klinik Der Fürstenhof, Bad Pyrmont

Zielstellung

Unter einer systemischen Mastozytose versteht man eine Gruppe seltener Erkrankungen mit einer klonalen Vermehrung von Mastzellen in einem oder mehreren Organen. Eine systemische Mastozytose kann zytokinvermittelt Osteoklasten stimulieren und zu einer schweren therapierefraktären Osteoporose mit multiplen Wirbelkörperfrakturen führen. Ziel dieser Studie ist es abzuschätzen, wie häufig Patienten, die wegen einer Osteoporose eine medizinische Rehabilitation durchführen, ursächlich unter einer systemischen Mastozytose leiden. Die Erwerbsprognose wird dargestellt, Lösungsvorschläge für die Verbesserung der Erwerbsprognose werden erarbeitet.

Methoden

In diese retrospektive, monozentrische Beobachtungsstudie wurden 7.722 Patienten mit Osteoporose eingeschlossen, die im Zeitraum 2005 – 2015 eine stationäre Rehabilitation erhielten. Im Rahmen der osteologischen Abklärung (klinische Risikoeinschätzung, Laboruntersuchungen, Knochenbiopsie) wurde bei 43 dieser Patienten eine systemische Mastozytose diagnostiziert.

Die Zahl der Mastozytosepatienten wurde in Relation zum Gesamtkollektiv von Rehabilitanden mit Osteoporose gesetzt. Eine systematische Analyse der Patienten mit

Mastozytose wurde durchgeführt. Medizinische und sozialmedizinische Daten wurden erfasst: Anzahl der Frakturen, Knochendichte, medikamentöse Therapie, Arbeitsunfähigkeitszeiten, Erwerbsfähigkeit etc.

Ergebnisse

Aus dem Gesamtkollektiv von 7.722 Patienten, die wegen einer Osteoporose eine stationäre Rehabilitation durchführten, wurde in 0,5% (43 Patienten) ursächlich eine systemische Mastozytose diagnostiziert.

Die 43 Patienten mit Mastozytose waren bei Erstdiagnose der Mastozytose im Mittel $54,4 \pm 12,33$ (m) Jahre bzw. $57,4 \pm 11,75$ Jahre (w) alt. Die Mastozytose wurde in diesen Fällen erst mehrere Jahre nach der Diagnose Osteoporose gestellt. Bei Erstdiagnose der Osteoporose waren die Patienten mit Mastozytose $51 \pm 13,46$ Jahre (m) bzw. $52,89 \pm 9,81$ Jahre (w) alt.

Die Knochendichte (T-Score) im Bereich der LWS lag bei $-2,59 \pm 1,08$ (m) bzw. $-2,65 \pm 1,16$ (w). Die Knochendichte (T-Score) im Bereich der Hüfte gesamt lag bei $-1,36 \pm 0,76$ (m) bzw. bei $-1,83 \pm 1,13$ (w). In allen Fällen lagen Wirbelkörperfrakturen bei der Erstdiagnose der Mastozytose vor: $4,3 \pm 3,5$ (m) bzw. $4,6 \pm 3,8$ (w).

Von den 43 Patienten mit Mastozytose wurde in 21 Fällen eine sozialmedizinische Beurteilung durchgeführt, die übrigen 22 Patienten waren nicht über die Deutsche Rentenversicherung in der Rehabilitation.

52 % der Patienten (11 von 21) waren länger als 6 Monate arbeitsunfähig, 19 % (4 von 21) 3 bis 6 Monate und 29 % (6 von 21) < 3 Monate. Nur 48 % (10 von 21) wurden für ihren alten Beruf vollschichtig erwerbsfähig beurteilt. Für den allgemeinen Arbeitsmarkt (leichte Arbeit) wurden 76 % (16 von 21) vollschichtig und 5 % (1 von 21) 3-6 Stunden erwerbsfähig beurteilt.

Fazit

Die Daten deuten darauf hin, dass eine systemische Mastozytose bei etwa 0,5 % der Patienten, die wegen einer Osteoporose eine Rehabilitation durchführen, Ursache der Osteoporose ist. In allen 43 Fällen wurde die definitive Diagnose erst im Rahmen der Rehabilitation gestellt. Die Mastozytose als Ursache der Osteoporose wurde somit durchschnittlich erst ca. 5 Jahre nach Erstdiagnose der Osteoporose diagnostiziert. Die hohe Anzahl der Wirbelkörperfrakturen und die Dauer der Arbeitsunfähigkeit belegen die Schwere des Krankheitsbildes.

Auch wenn das Krankheitsbild sehr selten ist, hat es doch eine große sozioökonomische Bedeutung. Die Patienten sind relativ jung, bei den meisten Patienten ist die Erwerbsfähigkeit bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt noch vorhanden und kann durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben positiv beeinflusst werden.

Die Autoren sind der Meinung, dass die Rehabilitation von Patienten mit Osteoporose in spezialisierten Zentren durchgeführt werden sollte und so die Erwerbsprognose verbessert werden kann.

Literatur

Gehlen M, AD. Lazarescu, Ch. Hinz, N. Schmidt, M. Pfeifer, M. Werner, H-F. Weidemann, M. Schwarz-Eywill, A. Maier. 2016. Severe therapy refractive osteoporosis : A rare differential diagnosis. Z Rheumatol 2016; 75:729-735.

- Gehlen M, Lazarescu AD, Hinz C. 12 Vertebral-Body Fractures and Simultaneous Skin Changes. *Dtsch Arztebl Int.* 2018 Jun 15;115(24):418.
- Rossini M, Zanotti R, Orsolini G et al (2016) Prevalence, pathogenesis, and treatment options for mastocytosis-related osteoporosis. *Osteoporos Int.* 2016 Aug;27(8):2411-21.
- Valent P, Aberer E, Beham-Schmid C et al (2013) Guidelines and diagnostic algorithm for patients with suspected systemic mastocytosis: a proposal of the Austrian competence network (AUCNM). *Am J Blood Res*;3(2):174-180.

Prädiktoren wahrgenommener Barrieren der Reha-Inanspruchnahme bei Patienten mit Multipler Sklerose

Giesler, J.M. (1), Klindtworth, K. (1), Nebe, A. (2), Glattacker, M. (1)

(1) Universitätsklinikum Freiburg, (2) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Zielstellung

Multiple Sklerose (MS) ist mit erheblichen Einschränkungen der Betroffenen in Bezug auf Lebensqualität, Aktivität und Teilhabe verbunden. Multimodal-multidisziplinäre medizinische Rehabilitation kann hier zu Verbesserungen beitragen (Khan und Amatya, 2016), die Inanspruchnahme von Leistungen der stationären Rehabilitation bei MS ist jedoch relativ gering (Nebe & Naumann, 2015). In einer im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Bund durchgeführten Befragung von über 500 MS-Betroffenen wurden insbesondere zu wenig Information zu Inhalten und Abläufen der medizinischen Rehabilitation, eine z.T. als zu gering erlebte Unterstützung ihrer Ärzte in Bezug auf das Stellen eines Reha-Antrags, eine als gering erlebte Transparenz der Bewilligungsprozesse sowie berufs- oder familienbezogene Aspekte als Barrieren einer Inanspruchnahme genannt (Giesler et al., 2018).

Der vorliegende Beitrag geht der Frage nach, inwieweit soziodemographische und krankheitsbezogene Merkmale, die vorherige Erfahrung einer Rehabilitation wegen MS, Aspekte der Lebensqualität sowie subjektive Krankheitskonzepte der Betroffenen Prädiktoren für die Ausprägung unterschiedlicher Barrieren einer Reha-Inanspruchnahme darstellen.

Methoden

Als abhängige Variablen wurden faktorenanalytisch ermittelte Skalen wahrgenommener Barrieren einer Reha-Inanspruchnahme („(fehlende) ärztliche Unterstützung“, „fehlende Informationen“, „reha-bezogene Befürchtungen“, „familiäre Verpflichtungen“, „antragsbezogene Befürchtungen“ und „berufsbezogene Befürchtungen“) herangezogen (Werte für Cronbachs Alpha zwischen .74 und .86). Als potenzielle Prädiktoren wurden die soziodemographischen Variablen Alter, Geschlecht, Partnerschaft, Schulabschluss und Erwerbstätigkeit, die krankheitsbezogenen Merkmale Diagnose/Verlaufsform, Zeit seit letztem Schub und Zeitspanne seit Diagnosestellung sowie vorhandene Erfahrung einer Reha wegen MS (ja/nein), Lebensqualität mit den Skalen „körperliche Einschränkungen“ und „kognitive Einschränkungen“ (Eigenkonstruktion in Anlehnung an u.a. Schäffler et al. 2013, Cronbachs Alpha .79 bzw. .80) und das subjektive Krankheitskonzept der Rehabilitanden mit den 6 Skalen „Konsequenzen“, „Persönliche Kontrolle“, „Behandlungskontrolle“, „Sorgen“, „Kohärenz“ (Verstehbarkeit der MS) und „Emotionale Belastung durch die MS“ des Brief Illness Perception Questionnaire (Broadbent et al., 2006) betrachtet. Die Vorhersagekraft der genannten Variablen im Hinblick auf die verschiedenen Barrieren wurde multivariat mittels

blockweiser linearer Regressionsanalysen geprüft. Wie Varianzinflationsfaktor-Werte von kleiner 3 zeigen, lag keine Multikollinearität der Modelle vor.

Die Stichprobe umfasste N=590 Betroffene mit MS. 74% 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 16 Jahren, die Diagnose wurde im Mittel vor 11 Jahren gestellt.

Ergebnisse

Die Gesamt-Varianzaufklärung bzgl. der Barrieren lag zwischen 10% („reha-bezogene Befürchtungen“) und 30% („fehlende Informationen“). Im Einzelnen erklärten soziodemographische Variablen im jeweils 1. Schritt maximal 13% Varianz (für „antragsbezogene Befürchtungen“). Krankheitsbezogene Merkmale (2. Schritt) erklärten bis zu 7% inkrementelle Varianz (für „fehlende Informationen“). Reha-Erfahrung (3. Schritt) erklärte bis zu 18% inkrementeller Varianz (für „fehlende Informationen“). Die Lebensqualität (4. Schritt) erklärte maximal 4% inkrementeller Varianz (für „reha-bezogene Befürchtungen“) und das subjektive Krankheitskonzept im letzten Schritt bis zu 6% inkrementeller Varianz (für „(fehlende) ärztliche Unterstützung“). Jüngeres Alter, ein nicht schubförmiger Krankheitsverlauf, keine Reha-Erfahrung sowie geringe wahrgenommene Behandlungskontrolle und geringe Kohärenz als Aspekte des subjektiven Krankheitskonzepts waren in den finalen Modellen bedeutsame Prädiktoren von wahrgenommenen Barrieren der Reha-Inanspruchnahme.

Fazit

Bei der Interpretation der Befunde ist v.a. das Querschnittsdesign als Limitation zu berücksichtigen. Gleichwohl deuten die Ergebnisse darauf hin, dass soziodemographische und krankheitsbezogene Variablen und das subjektive Krankheitskonzept in jeweils unterschiedlichem Ausmaß relevante Prädiktoren wahrgenommener Barrieren der Reha-Inanspruchnahme bei MS sind. Prädiktoren wie das subjektive Krankheitskonzept können hierbei interventionell adressiert werden. Darüber hinaus zeigen die Befunde, dass Betroffene, die noch keine Erfahrung mit einer Rehabilitation wegen MS gemacht haben, in stärkerem Maße Barrieren der Reha-Inanspruchnahme wahrnehmen. Es wäre daher lohnenswert, die Zugangsbarrieren in dieser Subgruppe vertieft zu analysieren und ggf. spezifisch auf deren Bedürfnisse ausgerichtete Angebote zu entwickeln.

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. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020>.
- Giesler, J.M., Klindtworth, K., Nebe, A. & Glattacker, M. (2018). Medizinische Rehabilitation bei MS: Barrieren und Facilitatoren der Inanspruchnahme aus Patientensicht. Manuskript, eingereicht zur Begutachtung.
- 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.
- Schäffler, N., Schönberg, P., Stephan, J., Stellmann, J.-P., Gold, S.M. & Heesen C. (2013). Comparison of patient-reported outcome measures in multiple sclerosis. *Acta Neurol Scand* 128, 114-121.

Danksagung

Für ihre Unterstützung der Studie danken wir der Deutschen Multiplen Sklerose Gesellschaft (DMSG) sowie den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Befragung.

Zusammenhang zwischen kognitiven Störungen und sturzassozierten Gangparametern in der postakuten Rehabilitation nach Schlaganfall

Lamprecht, J. (1), Alt, P. (2), Sickert, A. (1), Hamacher, D. (2), Schega, L. (2), Sailer, M. (1)
(1) MEDIAN Klinik NRZ Magdeburg, (2) Otto-von-Guericke Universität Magdeburg

Zielstellung

Kognitive Störungen gehören zu den häufigsten Begleitsymptomen des Schlaganfalls und beeinflussen maßgeblich auch die Wiederherstellung des körperlichen Funktionsniveaus, sowie die Aktivitäten und die Teilhabe der Patienten im Allgemeinen. Ein zentraler Bereich der Kognition ist die exekutive Kontrollfunktion, die grundlegend bei der Ausführung von Bewegungen und damit auch der Lokomotion, als zentrales Rehabilitationsziel, beteiligt ist. Der Einfluss der exekutiven Kontrolle hängt davon ab, wie automatisch die Bewegungen ablaufen. Ein Verlust der Automtizität beim Gehen, z.B. durch kortikale Alterungsprozesse oder Schädigungen des zentralen Nervensystems, kann zu einer Zunahme der exekutiven Kontrolle und damit einer Aufmerksamkeitsüberlastung führen, so dass in der Folge die Leistungsfähigkeit anderer parallel ablaufender kortikaler Verarbeitungsprozesse abnimmt (Clark et al, 2014) und die Sturzgefährdung steigt. Gut belegt ist bisher eine altersabhängige Beziehung zwischen Kognitions- und Gangparametern. Darüber hinaus werden in der Neurologie krankheitsassoziierte Prozesse diskutiert (Morris et al, 2016). Bisher ungeklärt ist die Frage, welche kognitiven Störungen bei Schlaganfallpatienten in der postakuten Phase konkret auftreten und welche Zusammenhänge zu verschiedenen sturzassozierten Gangparametern abgeleitet werden können.

Methoden

Die Prävalenz und Art der kognitiven Störungen wurde im Rahmen der Eingangsdiagnostik in den MEDIAN Kliniken NRZ Magdeburg und Flechtingen bei N=235 Schlaganfallpatienten (64% männlich, Durchschnittsalter: 52 Jahre, Rehapphase: D) bestimmt. Grundlage der Zusammenhangsanalyse zwischen Kognitions- und Gangparametern bildete die querschnittliche Auswertung von Sekundärdaten, die im Rahmen eines Forschungsprojektes zur Gangvariabilität mit zusätzlicher kognitiver Zweitaufgabe bei Schlaganfallpatienten (N=49, M=58,6 Jahre, Phase D) sowie einer gesunden Kontrollgruppe (KG: N=20, M=67,6 Jahre) gewonnen wurden. Ausgewertet wurden Ganggeschwindigkeit, Schrittlänge, Zehenabstand zum Boden (minimal toe clearance, MTC), sowie die Variabilität des Oberkörpers. Die

Parameter wurden beim normalen Gehen einer 15 m Wegstrecke mit 4-maliger Wiederholung erhoben.

Ergebnisse

Die Hälfte der untersuchten Schlaganfallpatienten zeigt unterdurchschnittliche Leistungen im Bereich der geteilten Aufmerksamkeit sowie im Arbeitsgedächtnis. Des Weiteren sind die Aufmerksamkeitsaktivierung sowie die exekutive Kontrolle bei 33% der Patienten unterdurchschnittlich. In Bezug auf die Gangparameter zeigen die SA Patienten im Vergleich zur KG eine signifikant niedrigere Ganggeschwindigkeit ($p=.006$, $d=0.86$) sowie eine signifikant größere Variabilität des MTC ($p=.021$, $d=0.5$). Des Weiteren waren die Exekutivfunktionen signifikant mit der Ganggeschwindigkeit der SA Patienten assoziiert ($r=.40$, $p\leq.01$).

Fazit

Eine differenzierte Betrachtung der kognitiven Einschränkungen sowie eine entsprechende Berücksichtigung bei der Gestaltung der Aufgaben und Anforderungen im Rahmen des Mobilitätstrainings sind vor dem Hintergrund der knappen (zeitlichen) Ressourcen während der neurologischen Rehabilitation essenziell. Zusammenhänge zwischen Kognitions- und Gangparametern konnten bisher in Untersuchungsbedingungen mit kognitiver Zweitaufgabe, im Sinne einer Destabilisierung des Ganges durch Ressourcenbindung der kognitiven Funktionen, bei gesunden älteren Personen nachgewiesen werden. In der vorliegenden Studie zeigte sich dieser Zusammenhang bei Schlaganfallpatienten bereits unter normalen Gehbedingungen und ist somit insbesondere auch mit Blick auf die Sturzgefährdung zu berücksichtigen.

Literatur

- Clark, D. J., Rose, D. K., Ring, S. A., & Porges, E. C. (2014). Utilization of central nervous system resources for preparation and performance of complex walking tasks in older adults. *Frontiers in aging neuroscience*, 6, 217. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2014.00217>
- Morris, R., Lord, S., Bunce, J., Burn, D. et al. (2016). Gait and cognition: Mapping the global and discrete relationships in ageing and neurodegenerative disease. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*; 326–345.

Entwicklung einer adaptiven Testbatterie für die Evaluation eines neuen Behandlungskonzeptes für Schlaganfallpatienten der Phase D (AOK-proReha Schlaganfall)

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

Universität Ulm

Zielstellung

Der Schlaganfall ist eine der häufigsten Ursachen für im Erwachsenenalter erworbene Behinderungen (Busch, 2013). Mehr als 60% der Schlaganfallpatienten sind auch noch ein

Jahr nach dem Ereignis weiterhin auf Therapie, Hilfsmittel oder sogar Pflege angewiesen (Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe).

Die AOK Baden-Württemberg strebt eine landesweite Verbesserung und Harmonisierung der heterogenen Versorgungssituation in der neurologischen Rehabilitation an. Um dieses Ziel zu erreichen, initiierte sie das Projekt „AOK-proReha Schlaganfall“. Die Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung (SEVERA) des Universitätsklinikums Freiburg entwickelte dazu ein neues Behandlungskonzept zur Standardisierung der Behandlung von Schlaganfallpatienten der Phase D (ICD-10: I60-64).

Die wissenschaftliche Begleitung des Modellprojekts erfolgt durch das Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm (IFR Ulm).

Die Rehabilitation nach Schlaganfall ist aufgrund der individuell unterschiedlichen Schädigungsmuster besonders komplex, dementsprechend sind die Behandlungsziele je nach vorliegenden Beeinträchtigungen verschieden (Dittrich, 2011). Um ein möglichst breites Spektrum der im Einzelfall relevanten Behandlungsziele abzudecken und gleichzeitig Patienten und Therapeuten nicht unnötig zu belasten, muss die Durchführung der Tests zur Messung der Behandlungsergebnisse adaptiv gestaltet werden.

Methoden

Die Entwicklung der adaptiven Testbatterie erfolgte in mehreren Schritten: Im Rahmen einer ausführlichen Literaturrecherche wurden potentiell geeignete Tests zur Quantifizierung unterschiedlichster Schädigungsmuster identifiziert und Informationen zu deren Gütekriterien (z.B. Messgenauigkeit) aufbereitet. Ferner wurden die identifizierten Tests auf folgende Kriterien hin überprüft: Relevanz, Aussagekraft, geringer Zeitaufwand, vertretbare Kosten, Veränderungssensitivität sowie möglichst bereits bekannt bzw. routinemäßig durchgeführt.

Hiernach wurden die teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen gebeten, die als geeignet identifizierten Tests auf Basis ihrer klinischen Expertise zu bewerten. Die Rückmeldungen der Rehabilitationskliniken wurden explizit in die Entwicklung der Testbatterie einbezogen.

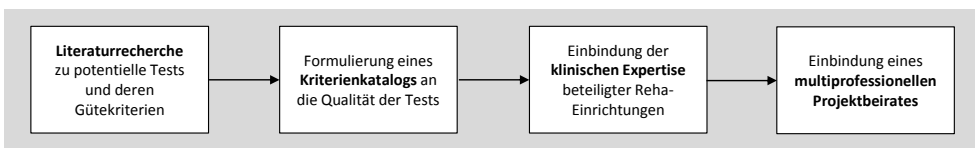


Abb. 1: Flussdiagramm zur Entwicklung der Testbatterie

Die vorläufige Testbatterie wurde gemeinsam mit einem multiprofessionellen Projektbeirat in mehreren Workshops diskutiert. Nach drei Feedbackschleifen konnte die finale Testbatterie konsentiert werden (vgl. Abb. 1).

Ergebnisse

Die adaptive Testbatterie wurde entlang folgender vier Schädigungsbereiche festgelegt: Motorische Funktionen der 1) Oberen und 2) Unteren Extremitäten, 3) Sprech-, Sprach und Schluckfunktionen sowie 4) Kognitive Fähigkeiten. Jedem der vier Bereiche sind unterschiedliche Tests zugeordnet, die verschiedene Facetten der Einschränkung aufgreifen sollen.

Bis auf den Selbständigkeits-Index für die Neurologische und Geriatrische Rehabilitation (SINGER) (Gerdes, 2009), der als schädigungsübergreifender Basistest festgelegt wurde, erfolgt die Durchführung der weiteren Tests adaptiv. D.h. es werden nur die Tests eingesetzt, die den jeweiligen individuellen gesundheitsbezogenen Einschränkungen entsprechen. So wird beispielsweise die Testung der oberen Extremitäten nur dann durchgeführt, wenn eine ergotherapeutische Behandlung aufgrund eingeschränkter Motorik von Hand und/oder Arm indiziert ist (vgl. Tab. 1).

Die Tests der oberen und unteren Extremitäten sowie der kognitiven Fähigkeiten sind, wenn indiziert, jeweils vollständig durchzuführen. Die Durchführung der Tests der Sprech-, Sprach- und Schluckfunktionen wurde wie folgt definiert: Der Token Test gilt als Screening-Test. Ist sein Ergebnis auffällig, dann werden auch die Tests Schriftsprache, Benennen sowie Wortflüssigkeit durchgeführt. Die Tests für Dysarthrie und Dysphagie werden nur bei entsprechender Einschränkung durchgeführt.

Zur Testung der Kognition wurden sechs Untertests der Testbatterie auf Aufmerksamkeitsprüfung (TAP) ausgewählt. Bei der TAP handelt es sich um einen computergestützten Aufmerksamkeitstest mit insgesamt 13 Untertests. Der Patient bearbeitet Aufgaben, bei denen er durch Tastendruck selektiv auf einen kritischen akustischen bzw. visuellen Reiz reagieren muss.

Es wurde festgelegt, dass jede Profession die Tests durchführt, die ihren Interventionen im Rahmen der Rehabilitation entsprechen.

Tab. 1: Adaptive Testbatterie

Test	Messziel
Basistest	
SINGER	Selbständigkeit im Alltag
Adaptive Tests	
Obere Extremitäten	
Griffkraft-Dynamometer	Griffkraft
Nine-Hole-Peg-Test	Feinmotorik Hand/Arm
Box&Block-Test	Grobmotorik Hand/Arm
Untere Extremitäten	
10-Meter-Gehtest	Gehfähigkeit
Timed-Up&Go-Test	Gehfähigkeit, Balance
6-Minuten-Gehtest	Ausdauer (Fatigue)
Sprech-, Sprach und Schluckfunktionen	
Token Test (Aachener Aphasie Skala)	Sprachverständnis, Aufmerksamkeit, Gedächtnis
Schriftsprache (Aachener Aphasie Skala)	Lesen & Schreiben
Benennen (Aachener Aphasie Skala)	(Wort-) Gedächtnis
Wortflüssigkeit (Aphasie Check Liste)	Wortflüssigkeit (semantisch & lexikalisch)
Allensbacher Dysarthrie Untersuchung	Sprechverständlichkeit
Bogenhauser Dysphagie Score	Schluckfähigkeit

Test	Messziel
Kognitive Fähigkeiten	
Arbeitsgedächtnis	Problemlösen, Aufgabenbearbeitung
Selektive Aufmerksamkeit	Aufmerksamkeit über längere Zeitspannen
Alertness	Wachheit, Reaktion
Flexibilität	Flexibler Aufmerksamkeitsfokus
Go NoGo	Unter Zeitdruck angemessen reagieren
Visuelles Scanning	Sichere Bewegung im Raum (z.B. Neglect)

Fazit

Die entwickelte adaptive Testbatterie versucht mit möglichst wenigen Tests ein breites Spektrum an möglichen individuell relevanten Behandlungszielen abzudecken. Es gelang teilnehmende Rehabilitationseinrichtungen an der Entwicklung zu beteiligen, so dass die Durchführung der Tests im Großen und Ganzen auf den Zuspruch der Professionen, die die Tests letztendlich durchführen, stößt.

Fast alle Tests waren den teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen bereits bekannt bzw. routinemäßig im Einsatz, so dass klinikübergreifend von einer sachgemäßen Durchführung und einer einheitlichen Datenerhebung ausgegangen werden kann. Zudem konnte somit ein großer Schulungsaufwand vermieden werden. Einzig der Box-&Block-Test musste von zwei Kliniken zusätzlich implementiert werden. Allerdings war den Therapeuten die Durchführung des Tests aus ihrer Ausbildung bekannt.

Trotz der Maßgabe den zusätzlichen Zeitaufwand durch die Testungen gering zu halten und möglichst wenig Therapiezeit einzubüßen, benötigten einige Tests gelegentlich mehr Zeit als vorab kalkuliert. Aus Therapeutesicht wird die Testdurchführung selbst allerdings auch als Therapie aufgefasst. So schulen Gehtests bspw. Balance oder Ausdauerfähigkeit.

Die Entwicklung der adaptiven Testbatterie anhand einer Literaturrecherche, der Formulierung von Qualitätskriterien an die Tests sowie der Einbindung klinischer Expertise der beteiligten Rehabilitationseinrichtungen und die Beteiligung eines multiprofessionellen Projektbeirates hat sich bewährt und wird für zukünftige Nicht-Unterlegenheitsstudien empfohlen.

Förderung: AOK Baden-Württemberg

Literatur

Busch M, Schienkewitz A, Nowossadeck E, Gößwald A. Prävalenz des Schlaganfalls bei Erwachsenen im Alter von 40 bis 79 Jahren in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt. 2013;56:656–60.

Dittrich R. Der Schlaganfall - eine Übersicht. intensiv. 2011;19:172–6.

Gerdes N, Funke U-N, Schüwer U, Kunze H, Walle E, Kleinfeld A, al e. Ergebnisorientierte Vergütung der Rehabilitation nach Schlaganfall - Entwicklungsschritte eines Modellprojekts 2001 - 2008. Rehabilitation. 2009;48:190–201.

Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe. Jahresbericht 2015: <http://www.schlaganfall-hilfe.de/jahresbericht> (10.2016).

Lebens- und Versorgungssituation von Menschen mit Querschnittlähmung in Deutschland

Bökel, A. (1), Blumenthal, M. (1), Gutenbrunner, C. (1), GerSci Team
(1) Medizinische Hochschule Hannover

Zielstellung

In der internationalen Studie International Spinal Cord Injury Survey (InSCI) ist Deutschland in Rahmen des GerSCI (German Spinal Cord Injury Survey) vertreten. Informationen zur Lebens- und Versorgungssituation von Menschen mit Querschnittlähmung in Deutschland liegen bisher nicht vor, sind aber essentiell für eine bedarfsgerechte Versorgung (Blumenthal et al., 2016). Diese werden durch den Survey erstmalig erhoben.

Methoden

Ein standardisierter schriftlicher als auch online-basierter Fragebogen wurde von acht spezialisierten Kliniken für Querschnittlähmung an deren Patientinnen und Patienten in Deutschland versendet. Dies erfolgte koordiniert in 28 weiteren Ländern. Es werden internationale Vergleiche im Sinne von learning health systems durchgeführt.

Ergebnisse

Von n=5.598 Menschen mit Querschnittlähmung, denen ein Fragebogen zugesandt worden war, sendeten n=1.406 einen ausgefüllten Fragebogen in Papierform (83%) oder online (17%) zurück. Die Response-Rate betrug insgesamt 32,4%.

Das Durchschnittsalter lag bei 55,3 Jahren (SD=14,6). Davon waren 72,9% männlichen Geschlechts. Die Dauer der Querschnittlähmung lag durchschnittlich bei 13,9 Jahren (SD=12,1%). Der Läsionsgrad war bei 66,3% der Teilnehmenden inkomplett. 51,2% gaben an eine Paraplegie zu haben. Die Verletzungsursache war bei 74,3% traumatisch. Die Verletzungsursache war bei Männern zu 80,3% und bei Frauen 58,0% traumatisch.

Der Familienstand der Befragten war zu 61,1% verheiratet bzw. in einer festen Partnerschaft. 69,4% verfügten über eine abgeschlossene Ausbildung und 21,2% über einen Hochschulabschluss.

Von den Teilnehmenden waren 73,6% im erwerbsfähigen Alter, von denen wiederum 42,5% einer beruflichen Tätigkeit nachgingen.

Im Bereich Aktivität und Teilhabe waren insbesondere das Hilfe leisten für andere, das Führen intimer Beziehungen und die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel problematisch. Die wichtigsten Gesundheitsdienstleister waren Hausärzte und Physiotherapeuten. Am häufigsten auftretende gesundheitliche Probleme waren Störungen der Sexualität sowie Gelenk und Muskelschmerzen.

Fazit

Die Ergebnisse bieten erstmalig einen Überblick über die Lebens- und Versorgungssituation von Menschen mit Querschnittlähmung in Deutschland. Weitere Analysen und internationale Vergleiche werden durchgeführt um Entwicklungs- und Verbesserungspotenzial zu identifizieren.

Förderung: Manfred-Sauer-Stiftung

Literatur

Blumenthal M, Geng V, Egen C, Gutenbrunner C. Querschnittlähmung in Deutschland – Forschungsdaten zur Gesundheit, Versorgungs- und Lebenssituation Betroffener. Phys Med Rehab Kuror 2016; 26: 303-308.

Mentale Chronometrie bei Schlaganfall-Patienten - die Bedeutung des Feedbacks

Stürmer, J., Sehle, A., Liepert, J.

Kliniken Schmieder Allensbach

Zielstellung

Bewegungsvorstellung wurde als Therapieform nach Schlaganfall bereits in einer Reihe von Studien eingesetzt (Jackson et al., 2001; Zimmermann-Schlatter et al., 2008). Eines der Beurteilungskriterien für die Qualität einer Bewegungsvorstellung ist die Mentale Chronometrie (MC). Diese gibt an, wie gut die Vorstellung eines Bewegungsablaufs mit der tatsächlichen Durchführung des Bewegungsablaufs in Bezug auf die Dauer übereinstimmt (Malouin & Richards, 2010). In einer vorherigen Studie (Liepert et al. in Vorbereitung) konnte gezeigt werden, dass sich bereits ein einmaliges halbstündiges Training der MC positiv auf die MC-Fähigkeit der Patienten auswirkt. In der jetzigen Studie wird untersucht, inwiefern sich ein Feedback während des MC-Trainings auf die MC-Fähigkeit der Patienten auswirkt.

Methoden

Subakute Schlaganfall-Patienten (< 3 Monate post) wurden in drei Gruppen unterteilt und nahmen an einem 30-minütigen einmaligen Training teil. In Gruppe 1 (n=7) wurde der Box and Block Test (BBT) im Wechsel zuerst motorisch und danach mental durchgeführt. Nach jedem Durchgang bekamen die Patienten ein Feedback darüber, inwieweit die mentale mit der motorischen Durchführung zeitlich übereinstimmte. Gruppe 2 (n=14) führte ein ausschließlich mentales Üben des BBT ohne Feedback durch. Gruppe 3 (n=6) trainierte ausschließlich die motorische Durchführung des BBT.

Vor und nach dem Training wurden die motorischen Fähigkeiten der Teilnehmer durch den BBT sowie durch zwei Untertests des Jebsen Taylor Hand Function Test (JTHF) ermittelt. Die MC Fähigkeit wurde durch die zeitliche Differenz zwischen mentaler und tatsächlicher Durchführung berechnet

Ergebnisse

In allen Gruppen kam es zu einer Verbesserung der motorischen Durchführung des BBT, wobei sich Gruppe 1 signifikant ($p=0.035$) mehr verbesserte als Gruppe 2. In den Untertests des JTHF kam es zu Verbesserungen, allerdings ohne signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen.

Die MC Fähigkeit war sowohl nach dem Training mit (Gruppe 1) als auch ohne Feedback (Gruppe 2) verbessert, in Gruppe 3 hingegen verschlechtert. Die MC-Werte der Gruppe 1 waren trendmäßig deutlicher verbessert als die von Gruppe 2.

Fazit

Ein einzelnes Training der MC führt sowohl mit als auch ohne Feedback zu einer Verbesserung der MC-Fähigkeit bei Schlaganfall-Patienten. Eine reine Repetition der motorischen Durchführung kann die MC-Fähigkeit hingegen nicht verbessern. Feedback während des Trainings war mit einer stärkeren Verbesserung der BBT-Durchführung verbunden. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass bei einem Bewegungsvorstellungstraining ein Feedback über die aktuelle Leistung gegeben werden sollte.

Literatur

- Jackson, P. L., Lafleur, M. F., Malouin, F., Richards, C., & Doyon, J. (2001). Potential role of mental practice using motor imagery in neurologic rehabilitation. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 82(8), 1133-1141.
- Liepert J., Stürner J., Büsching I., Sehle A., Schoenfeld A.M. (in Vorbereitung). Effects of a single mental chronometry training session in subacute stroke patients.
- Malouin, F., & Richards, C. L. (2010). Mental practice for relearning locomotor skills. *Physical therapy*, 90(2), 240-251.
- Zimmermann-Schlatter, A., Schuster, C., Puhan, M. A., Siekierka, E., & Steurer, J. (2008). Efficacy of motor imagery in post-stroke rehabilitation: a systematic review. *Journal of neuroengineering and rehabilitation*, 5(1).

Sehr niedrige aerobe Ausdauerleistungsfähigkeit bei Patienten mit Koronarer Herzkrankheit und Typ 2 Diabetes mellitus (herzkranken Diabetiker)

*Schwaab, B. (1), Windmüller, M. (1), König, I. (2), Sinner, K. (1),
Schwarz, M. (1), Schütt, M. (3)*

- (1) Curschmann Klinik, Timmendorfer Strand,
(2) Universitätsklinikum Schleswig Holstein, Lübeck,
(3) Diabetologische Schwerpunktpraxis, Lübeck

Zielstellung

Aerobes Ausdauertraining wird in allen Leitlinien im Rahmen der nicht-pharmakologischen Therapie für Patienten mit Koronarer Herzkrankheit (KHK) und Typ 2 Diabetes mellitus (T2DM) empfohlen. Konkrete Angaben zur Ermittlung der individuellen Trainingsintensität werden in den Leitlinien jedoch nicht gegeben. Da eine Belastung im anaeroben Bereich den Blutzucker (BZ) beträchtlich erhöhen kann, war es das Ziel dieser Studie, mit Hilfe der Spiroergometrie (CPX) die aerobe Ausdauerleistungsfähigkeit für Patienten mit KHK und DM2 zu ermitteln.

Methoden

Alle Patienten hatten eine angiographisch nachgewiesene KHK und einen stabilen T2DM mit Diät oder oraler antidiabetischer Medikation, jedoch kein Insulin. Patienten postoperativ, mit COPD oder pAVK waren ausgeschlossen. Die CPX wurde als strikt aerobes Ausdauertraining auf dem Fahrradergometer über 30 Minuten Dauer mit einem respiratorischen Quotienten (RQ) im Steady State zwischen 0,85 und 0,95, also sicher unterhalb der anaeroben Schwelle von RQ 1,0 durchgeführt. Der BZ wurde vor und sofort nach der CPX sowie 2 h nach der CPX gemessen. Zusätzlich wurde eine symptomlimitierte Fahrradergometrie zur Ermittlung der maximalen Belastungsintensität durchgeführt. Die Methodik wurde an 10 Patienten evaluiert, die Ergebnisse an 50 konsekutiven Patienten erhoben.

Ergebnisse

Im Mittel betrug das Alter 62 ± 10 Jahre, HbA1c $6,9 \pm 0,8$ %, BMI 31 ± 5 kg/m², Taillenumfang 112 ± 14 cm, LVEF 55 ± 8 % und 10 von 50 Patienten waren weiblich. Die aerobe Ausdauerleistungsfähigkeit lag im Mittel bei 32 ± 21 Watt (Spanne 4-76 Watt), was 29,8 % der maximalen ergometrischen Belastbarkeit entspricht. Der Blutzucker wurde durch das aerobe Ausdauertraining signifikant reduziert von 168 ± 40 mg/dl auf 137 ± 31 sofort nach der CPX und auf 108 ± 18 mg/dl 2 h nach der CPX ($p < 0,0001$ für beide). Die aerobe Ausdauerleistungsfähigkeit war nicht mit der LVEF korreliert ($p = 0,71$) aber mit der maximalen ergometrischen Belastbarkeit ($p = 0,01$). Daher konnte in einer Regressionsanalyse die aerobe Ausdauerleistungsfähigkeit y [Watt] mit Hilfe der maximalen ergometrischen Belastbarkeit x [Watt] errechnet werden: $y = - 0,101 + 0,297 x$ ($p = 0,0054$).

Fazit

Die aerobe Ausdauerleistungsfähigkeit ist bei Patienten mit KHK und T2DM deutlich reduziert. Ein aerobes Ausdauertraining über 30 min führt zu einer hochsignifikanten Senkung des BZ. Die aerobe Ausdauerleistungsfähigkeit kann mit Hilfe der Spiroergometrie individuell bestimmt oder mit Hilfe einer einmaligen symptomlimitierten Fahrradergometrie berechnet werden.

Literatur

European Society of Cardiology (ESC). Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal* 2016; 37: 2315-2381.

European Society of Cardiology (ESC) and European Association for the Study of Diabetes (EASD). Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases. *European Heart Journal* 2013; 34: 3035-3087.

Erfolgsparameter der kardiologischen Rehabilitation von Patienten im berufsfähigen Alter – Erste Ergebnisse des OutCaRe-Studienregisters

Salzwedel, A. (1), Zoch-Lesniak, B. (1), Schlitt, A. (2), Schröder, K. (3), Schubmann, R. (4), Bongarth, C. (5), Völler, H. (1)

(1) Universität Potsdam, (2) Paracelsus-Harz-Klinik Bad Suderode,
(3) ZAR Stuttgart, (4) Dr. Becker Klinik Möhnesee, (5) Klinik Höhenried gGmbH

Zielstellung

In Deutschland wird die kardiologische Rehabilitation (CR) grundsätzlich als multimodales Intensivprogramm durchgeführt, während dessen simultan sowohl physische Aspekte wie die körperliche Leistungsfähigkeit und kardiovaskuläre Risikofaktoren als auch psychische und sozialmedizinische Aspekte der Erkrankung positiv beeinflusst werden sollen. Inwieweit dies tatsächlich gelingt, ist bislang – nicht zuletzt aufgrund fehlender geeigneter klinischer Messgrößen – kaum systematisch untersucht. Die Registerstudie hatte die Evaluierung von Parametern zur ganzheitlichen Abbildung des Rehabilitationserfolges zum Ziel, die zuvor in einer Delphi-Expertenbefragung hinsichtlich ihrer Bedeutsamkeit und Eignung gewählt worden waren (Salzwedel A et al. 2017).

Methoden

Zwischen Mai 2017 und Mai 2018 wurden 1586 Patienten unter 65 Jahren in 12 Rehabilitationszentren in die prospektive Registerstudie eingeschlossen. Neben charakterisierenden Variablen (z. B. Alter, Geschlecht, Bildungsstand, Reha-Indikation, Komorbiditäten, Art des Antragsverfahrens) wurden vor allem die präspezifizierten Parameter der medizinisch-therapeutischen Domänen kardiovaskuläre Risikofaktoren (Rauchverhalten, Motivation zur Lebensstiländerung, Blutdruck, LDL-Cholesterin, body mass index (BMI), Blutzuckerprofil bei Diabetes mellitus), körperliche Leistungsfähigkeit (maximale Belastbarkeit in der Belastungs-ergometrie, Ausdauerbelastung, 6-min Gehstrecke, schmerzfreie Gehstrecke bei pAVK), Sozialmedizin (Rentenbegehren, Selbsteinschätzung der beruflichen Prognose, Arbeits-

fähigkeit) und subjektive Gesundheit (Depressivität, Ängstlichkeit, körperliches Belastungsempfinden, gesundheitsbezogene Lebensqualität, subjektives Wohlbefinden, Selbsteinschätzung der gesundheitlichen Prognose) zu Beginn und zum Ende der Reha-Maßnahme erhoben. Die Parameter der subjektiven Gesundheit wurden weitgehend anhand generischer Fragebögen operationalisiert, um die Validität für alle Entitäten in der CR zu gewährleisten.

Die Parameter wurden hinsichtlich ihrer Praktikabilität anhand des Anteils fehlender Daten beurteilt. Die Beeinflussbarkeit während der Reha wurde über die statistische Signifikanz und standardisierte Effektstärken (metrische Variablen) für die Änderung im Verlauf bewertet. Zur Abbildung der Trennschärfe bzw. Dimensionszugehörigkeit der Parameter wurde eine Faktorenanalyse durchgeführt.

Ergebnisse

Die eingeschlossenen Patienten ($53,8 \pm 7,3$ Jahre, 77,1% männlich) wurden der CR in 83,2% ($n = 1319$) im Rahmen einer Anschlussrehabilitation im Mittel 17,2 Tage nach Entlassung aus dem Krankenhaus und zu 16,8% ($n = 267$) im allgemeinen Antragsverfahren 15,3 Monate nach dem letzten Krankenhausaufenthalt zuwiesen. Dabei wurde in 42,9% eine chronisch ischämische Herzkrankheit, in 22,4% ein akutes Koronarsyndrom, bei 5,4% eine koronare Bypassoperation und für 11,5% eine Klappenerkrankung als Hauptdiagnose dokumentiert. 9% der Patienten wiesen zudem eine Herzinsuffizienz, 7,8% Atherosklerose/pAVK, 11,1% Rhythmusstörungen und 15,8% einen Diabetes mellitus auf. Die CR erfolgte mit einer mittleren Dauer von $23,4 \pm 4,7$ Tagen in 90,6% der Fälle stationär.

Für knapp zwei Drittel der Testparameter wurden bei weniger als 15% fehlenden Werten hohe Signifikanzwerte und mehrheitlich mäßig ausgeprägte Effekte für die Änderung während der CR ermittelt (Tabelle). Dabei wurden vier grundlegende Dimensionen identifiziert: (1) psychisches Befinden (IRES 24), subjektives psychisches Wohlbefinden (SF12), WHO-5-Summenwert und Depressivität, (2) subjektives körperliches Wohlbefinden (SF12), Schmerzen und somatische Gesundheit (IRES 24), (3) syst./diast. Blutdruck, (4) subjektive berufliche Prognose, Zuversicht auf Rückkehr zum Arbeitsplatz und Planung eines Reha-Antrags.

Tab. 1: Kennzahlen der präspezifizierten Parameter des Reha-Erfolges ($n = 1586$)

Parameter	Daten verfügbar, n (%)	Aufnahme $m \pm SD/n$ (%)	Entlassung $m \pm SD/n$ (%)	p-Wert	SES
<i>Kardiovaskuläre Risikofaktoren</i>					
Raucherverhalten (Raucher)*	1429 (90,1)	500 (35,0)	260 (18,2)	< 0,001	---
Motivation zur Lebensstiländerung (sicher/eher ja)	1445 (91,1)	1138 (78,8) 128,7 ±	1250 (86,5)	< 0,001	---
Systolischer Blutdruck	1574 (99,2)	19,0	121,9 ± 14,1	< 0,001	0,36
Diastolischer Blutdruck	1574 (99,2)	80,2 ± 11,6	75,4 ± 9,2	< 0,001	0,41
BMI (kg/m ²)	1575 (99,3)	28,8 ± 5,3	28,6 ± 5,1	< 0,001	0,04
Nüchtern glukose (Diabetes mellitus, n=250; mmol/l)	133 (53,2)	148,0 ± 48,0	134,6 ± 35,7	< 0:001	0,28

Parameter	Daten verfügbar, n (%)	Aufnahme m ± SD/n (%)	Entlassung m ± SD/n (%)	p-Wert	SES
Körperliche Leistungsfähigkeit					
		110,8 ±			
Maximale Belastbarkeit ^a (Watt)	977 (61,6)	38,2	130,9 ± 41,4	< 0,001	0,53
Ausdauerbelastung (Watt)	1479 (93,2)	48,0 ± 20,5	68,9 ± 26,3	< 0,001	1,02
		453,0 ±			
6-min-Gehteststrecke (m)	985 (62,1)	90,9	526,9 ± 91,8	< 0,001	0,81
Schmerzfremde Gehstrecke		173,0 ±	286,7 ±		
(pAVK, n=88; m)	27 (30,7)	136,8	208,3	0,001	0,83
Sozialmedizin					
		251 (17,6			
Rentenbegehren (vorhanden)	1429 (90,1)	%)	228 (16,0 %)	0,04	---
Neg. Selbsteinschätzung der beruflichen Prognose	1386 (87,4)	561 (40,5)	606 (43,7)	< 0,001	---
Arbeitsfähigkeit (gegeben)					
AHB	1295 (98,2)	279 (21,5)	215 (16,6)	0,001	---
AV	264 (98,9)	156 (59,1)	160 (60,6)	0,652	---
Subjektive Gesundheit					
Depressivität (PHQ-9)	1402 (88,4)	6,5 ± 4,9	4,5 ± 4,1	< 0,001	0,42
Ängstlichkeit (HAF-17)	1339 (84,4)	1,5 ± 0,6	1,3 ± 0,6	< 0,001	0,31
Körperliches Belastungsempfinden (BorgSkala)	567 (35,8)	13,1 ± 2,5	13,1 ± 2,3	1,000	0,01
Lebensqualität/Subjektives Wohlbefinden					
WHO 5	1436 (90,5)	50,6 ± 25,3	68,6 ± 21,3	< 0,001	0,71
SF12 – KSK	1290 (81,3)	38,7 ± 10,5	44,3 ± 9,5	< 0,001	0,53
SF12 - PSK	1290 (81,3)	48,1 ± 11,9	53,9 ± 9,1	< 0,001	0,49
IRES-24: Somatische Gesundheit	1433 (90,4)	5,8 ± 2,7	7,0 ± 2,4	< 0,001	0,43
IRES-24: Psychisches Befinden	1451 (91,5)	6,4 ± 2,5	7,8 ± 2,1	< 0,001	0,57
IRES-24: Schmerzen	1453 (91,6)	6,2 ± 2,6	7,3 ± 2,4	< 0,001	0,39
Selbsteinschätzung der gesundheitlichen Prognose					
(ausgezeichnet/sehr gut)	1445 (91,1)	617 (42,7)	729 (50,4)	< 0,001	---

Grau hinterlegte Parameter werden als hinreichend praktikabel und während der Reha beeinflussbar bewertet.
* Patienten, die mit dem Akutereignis vor der Anschlussheilbehandlung aufgehört haben zu rauchen, wurden bei Reha-Aufnahme als Raucher gewertet; ^aim Belastungs-EKG

n: Anzahl, m: Mittelwert, SD: Standardabweichung, SES: Standardisierte Effektgröße (Cohen's d), AHB: Anschlussrehabilitation, AV: allgemeines Antragsverfahren, PHQ: Patient Health Questionnaire, HAF: Herzangstfragebogen, SF12-KSK: Körperliche Summenskala, SF12-PSK: Psychische Summenskala, IRES: Indikatoren des Reha-Status

Fazit

Die vorläufigen Ergebnisse weisen auf eine Eignung von jeweils mindestens einem getesteten Parameter der Domänen Leistungsfähigkeit, Risikofaktoren, Sozialmedizin und subjektive Gesundheit zur Abbildung des Rehabilitationserfolges hin. In der abschließenden Projektphase soll nun die prädiktive Kraft der Parameter für die berufliche Wiedereingliederung bestimmt werden.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

Salzwedel A, Haubold K, Barnack B, Reibis R, Völler H (2018) Indikatoren der Ergebnisqualität kardiologischer Rehabilitation. Ergebnisse einer Delphi-Befragung von Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz- und Kreislauferkrankungen e. V. (DGPR). Rehabilitation. Mar 28.

Welche Rehabilitandenmerkmale sind mit der subjektiven Erwerbsprognose nach Teilnahme an einer MBOR in der kardiologischen Rehabilitation assoziiert?

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

(1) Universität Ulm, (2) Rehaklinik Heidelberg-Königstuhl

Zielstellung

Während für die orthopädische Rehabilitation bereits eine Vielzahl an Studien zu den Effekten einer medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) sowie zu den Rehabilitandengruppen, die besonders von einem berufsbezogenen Angebot profitieren, vorliegen (Bethge, 2011, Bethge et al. 2010), besteht für die kardiologische Rehabilitation weitgehend Unklarheit über die Ergebnisse der MBOR sowie über die Rehabilitandenmerkmale, die mit dem Erfolg einer berufsbezogenen Maßnahme assoziiert sind. Entsprechende Kenntnisse sind allerdings von erheblicher Bedeutung für eine zielgerichtete Zuweisung zur MBOR sowie für eine bedarfsorientierte Ausgestaltung berufsbezogene Therapien. Ziel der vorliegenden Untersuchung war es daher, Hinweise auf genau solche Eigenschaften von Rehabilitanden zu erhalten, die mit dem Ergebnis der MBOR assoziiert sind.

Methoden

In die Auswertungen wurden Rehabilitanden eingeschlossen, die in den Jahren 2017 und 2018 an einer MBOR in der Rehabilitationsklinik Heidelberg-Königstuhl teilgenommen haben. Datengrundlage waren die Rehabilitandenangaben, die zu Beginn und Ende der Rehabilitation mittels Fragebögen quantitativ erhoben wurden. Bei der Auswertung standen die zu Rehabilitationsende erhobenen subjektiven Rehabilitationsergebnisse im Fokus. Dabei wurden die Veränderung bei der subjektiven Erwerbsprognose („Was denken Sie zum aktuellen Zeitpunkt, wie schwierig wird für Sie die Rückkehr ins Erwerbsleben nach Ende der Rehabilitation werden?“) sowie berufsbezogene Erwartungen für die Zeit nach der Rehabilitation betrachtet. Um Rehabilitanden zu identifizieren, die besonders von einer MBOR profitieren,

wurde mittels deskriptiver Methoden geprüft, inwiefern folgende zu Rehabilitationsbeginn erhobene Faktoren mit den Ergebnissen assoziiert sind:

- soziodemografische Merkmale (Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund, höchster Schul- und Berufsabschluss, Erwerbsstatus)
- Gesundheitszustand (krankheitsbedingte Einschränkungen bei alltäglichen körperlichen Tätigkeiten, Beeinträchtigungen durch Schmerzen)
- subjektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (WAI)
- Zufriedenheit mit Arbeit und Beruf (FLZ-Skala)
- motivierende Bedingungen im Arbeitsumfeld (DIAMO-Skala)
- Bedeutsamkeit der Arbeit
- berufsbezogene Therapiemotivation (FBTM-R)
- rehabilitationsbezogene Erwartungen und Motivationen (FREM)
- erwarteter Nutzen einer beruflichen Orientierung während der Rehabilitation

Unterschiede wurden mittels Chi²-Test bzw. Wilcoxon-Rangsummen-Test auf statistische Signifikanz geprüft.

Ergebnisse

Von 196 MBOR-Teilnehmern erwarteten 23% zu Rehabilitationsende höhere Schwierigkeiten für die Rückkehr in das Erwerbsleben als zu Rehabilitationsbeginn. Bei 28% zeigte sich eine optimistischere Erwerbsprognose. In Abbildung 1 sind die Ergebnisse hinsichtlich der berufsbezogenen Erwartungen für die Zeit nach der Rehabilitation dargestellt. Rund 70% waren zuversichtlich, dass eine Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit verhindert werden kann. Jedoch bestand bei rund 68% der Rehabilitanden Unsicherheit, dass die Arbeitsfähigkeit auch bei Beschwerden aufrechterhalten werden kann.

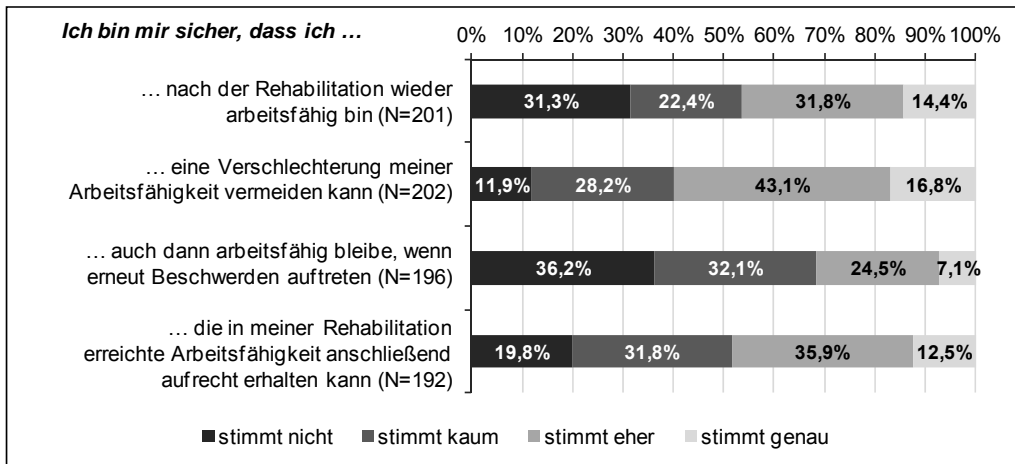


Abb. 1: Berufsbezogene Erwartungen der Rehabilitanden bei Rehabilitationsende.

Die zu Rehabilitationsbeginn erhobenen Rehabilitandenmerkmale waren nicht mit der Veränderung der subjektiven Erwerbsprognose, aber mit den berufsbezogenen Erwartungen für die Zeit nach der Rehabilitation assoziiert. So war eine hohe Bedeutung der Erwerbstätigkeit mit positiven Erwartungen zu Rehabilitationsende verbunden. Bestanden zu Rehabilitationsbeginn stärkere krankheitsbedingte Einschränkungen, zeigte sich seltener die Zuversicht,

nach der Rehabilitation wieder arbeitsfähig zu sein, auch bei Beschwerden arbeitsfähig zu bleiben und die während der Rehabilitation erreichte Arbeitsfähigkeit aufrecht erhalten zu können.

Gegenüber männlichen Rehabilitanden waren weibliche Rehabilitanden zuversichtlicher, die Arbeitsfähigkeit auch bei Beschwerden aufrecht erhalten zu können. Die Erwartung, die in der Rehabilitation erreichte Arbeitsfähigkeit anschließend aufrecht erhalten zu können, wurde häufiger von erwerbstätigen als von nicht erwerbstätigen Rehabilitanden geäußert.

Eine höhere Zuversicht zeigte sich auch bei jüngeren Rehabilitanden sowie bei Rehabilitanden mit einer besseren Arbeitsfähigkeit und mit motivierenden Bedingungen im Arbeitsumfeld (Tab. 1). Sowohl Rehabilitanden mit höheren rehabilitationsbezogenen Erwartungen und Motivationen sowie mit höherer berufsbezogener Therapiemotivation, als auch Rehabilitanden mit hohem Rentenbegehren und stärker ausgeprägten negativen Behandlungserwartungen zeigten eine optimistischere Erwartungshaltung hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit nach der Rehabilitation.

Tab. 1: Berufsbezogene Erwartungen der Rehabilitanden bei Rehabilitationsende je nach Ausgangslage zu Rehabilitationsbeginn (mot. Bed. = motivierende Bedingungen; Zuf. = Zufriedenheit; ¹ WAI; ² FLZ; ³ DIAMO; ⁴ FBTM-R; ⁵ FREM).

	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau	p-Wert
Mittelwert (Standardabweichung)					
<i>Ich bin mir sicher, dass ich nach der Rehabilitation wieder arbeitsfähig bin</i>					
	N=63	N=45	N=64	N=29	
Alter	54,5 (6,9)	56,8 (4,1)	54,3 (6,4)	51,3 (7,8)	0,0203
Arbeitsfähigkeit ¹	15,8 (5,5)	18,1 (5,6)	21,5 (5,8)	28,5 (4,3)	<,0001
Zuf. mit Arbeit und Beruf ²	31,2 (11,7)	32,7 (8,1)	33,5 (9,7)	36,5 (7,9)	0,3574
mot. Bed. im Arbeitsumfeld ³	30,1 (7,6)	30,6 (6,5)	31,4 (7,0)	32,7 (7,1)	0,4844
Veränderungsabsicht ⁴	18,4 (5,3)	19,3 (4,1)	19,2 (5,5)	17,9 (6,2)	0,6563
Rentenbegehren ⁴	20,4 (7,9)	20,7 (6,0)	26,9 (7,0)	31,0 (5,5)	<,0001
neg. Behandlungserwartg. ⁴	15,9 (4,0)	16,4 (3,4)	17,7 (3,7)	17,6 (3,8)	0,0708
aktive Bewältigungsorientier. ⁴	14,8 (3,3)	14,7 (3,2)	14,3 (4,1)	14,6 (4,1)	0,9026
Gesamtmotivation ⁴	70,0 (11,8)	70,8 (10,5)	78,1 (11,3)	82,0 (10,3)	0,0002
Rehabilitationsmotivation ⁵	8,1 (3,0)	8,8 (2,9)	9,4 (2,9)	11,0 (3,2)	0,0015
<i>Ich bin mir sicher, dass ich eine Verschlechterung meiner Arbeitsfähigkeit vermeiden kann</i>					
	N=24	N=57	N=87	N=34	
Alter	54,5 (5,2)	55,4 (5,1)	54,1 (7,7)	52,4 (7,1)	0,2891
Arbeitsfähigkeit ¹	18,2 (6,4)	17,6 (5,5)	20,3 (7,0)	24,1 (7,1)	0,0038
Zuf. mit Arbeit und Beruf ²	33,9 (9,2)	30,2 (10,5)	32,3 (9,9)	38,2 (6,5)	0,0086
mot. Bed. im Arbeitsumfeld ³	30,1 (5,8)	29,0 (7,8)	30,8 (6,9)	34,6 (6,0)	0,0068
Veränderungsabsicht ⁴	18,8 (6,2)	18,0 (5,1)	19,4 (4,7)	18,2 (6,1)	0,3585
Rentenbegehren ⁴	18,9 (6,6)	20,8 (7,5)	25,0 (7,1)	32,0 (4,1)	<,0001
neg. Behandlungserwartg. ⁴	15,9 (4,4)	15,1 (3,5)	17,7 (3,4)	18,7 (3,5)	<,0001
aktive Bewältigungsorientier. ⁴	14,1 (3,4)	14,8 (3,1)	14,6 (3,6)	14,3 (4,0)	0,9325

	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau	p-Wert
Mittelwert (Standardabweichung)					
Gesamtmotivation ⁴	66,7 (13,9)	69,4 (9,3)	76,2 (11,1)	83,0 (10,4)	<,0001
Rehabilitationsmotivation ⁵	8,0 (2,5)	8,5 (2,9)	8,8 (3,0)	11,1 (3,2)	0,0010
Ich bin mir sicher, dass ich auch dann arbeitsfähig bleibe, wenn erneut Beschwerden auftreten					
	N=71	N=63	N=48	N=14	
Alter	55,0 (4,6)	55,3 (6,8)	52,1 (8,5)	52,9 (6,3)	0,0901
Arbeitsfähigkeit ¹	17,2 (6,4)	19,7 (5,7)	23,5 (5,9)	27,8 (8,7)	<,0001
Zuf. mit Arbeit und Beruf ²	33,1 (10,4)	31,3 (10,2)	35,3 (9,0)	32,7 (8,5)	<,0001
mot. Bed. im Arbeitsumfeld ³	30,4 (7,1)	30,7 (7,2)	31,8 (7,1)	31,6 (7,3)	0,3281
Veränderungsabsicht ⁴	18,7 (5,8)	19,8 (4,6)	18,0 (4,4)	17,9 (6,6)	0,7470
Rentenbegehren ⁴	20,5 (7,8)	22,4 (6,5)	29,3 (5,7)	32,4 (4,2)	0,3551
neg. Behandlungserwartg. ⁴	16,1 (3,9)	16,4 (3,3)	18,8 (3,0)	17,3 (4,7)	<,0001
aktive Bewältigungsorientier. ⁴	14,3 (3,3)	14,7 (3,4)	14,5 (4,5)	15,1 (3,3)	0,0049
Gesamtmotivation ⁴	69,6 (12,1)	73,7 (10,6)	81,8 (10,0)	81,8 (11,4)	0,7985
Rehabilitationsmotivation ⁵	8,0 (2,8)	8,7 (3,0)	10,5 (2,7)	11,3 (2,8)	0,0002
Ich bin mir sicher, dass ich die in meiner Rehabilitation erreichte Arbeitsfähigkeit anschließend aufrecht erhalten kann					
	N=38	N=61	N=69	N=24	
Alter	55,1 (5,1)	56,6 (4,6)	52,5 (8,1)	52,5 (7,2)	0,0159
Arbeitsfähigkeit ¹	16,8 (5,8)	17,1 (6,0)	22,2 (5,9)	24,8 (7,8)	<,0001
Zuf. mit Arbeit und Beruf ²	32,1 (12,0)	29,7 (10,0)	33,8 (9,0)	39,0 (6,4)	0,0054
mot. Bed. im Arbeitsumfeld ³	29,1 (7,4)	29,4 (7,1)	31,3 (7,0)	34,3 (6,7)	0,0130
Veränderungsabsicht ⁴	17,2 (5,5)	19,2 (3,8)	19,8 (5,5)	17,5 (5,9)	0,1392
Rentenbegehren ⁴	18,6 (7,2)	21,1 (6,8)	26,6 (6,5)	31,9 (5,5)	<,0001
neg. Behandlungserwartg. ⁴	15,7 (4,1)	15,8 (3,6)	17,9 (3,0)	18,5 (3,9)	0,0015
aktive Bewältigungsorientier. ⁴	14,4 (3,3)	14,3 (3,4)	14,5 (3,8)	15,5 (4,4)	0,8733
Gesamtmotivation ⁴	66,1 (12,0)	71,1 (11,3)	78,6 (8,6)	83,5 (11,3)	<,0001
Rehabilitationsmotivation ⁵	8,0 (2,5)	8,5 (3,2)	9,3 (2,8)	11,5 (3,1)	0,0003

Fazit

Rehabilitanden, bei denen die Erwerbstätigkeit einen hohen Stellenwert einnimmt, zeigten bessere Ergebnisse hinsichtlich der subjektiven Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Es ist davon auszugehen, dass diese für die Lösung beruflicher Problemlagen motivierter sind. Dementsprechend zeigte sich bei Rehabilitanden mit höheren rehabilitationsbezogenen Erwartungen und Motivationen sowie mit höherer berufsbezogener Therapiemotivation ebenso eine optimistischere Erwerbsprognose.

Bemerkenswert ist, dass sich auch Rehabilitanden mit einem hohen Rentenbegehren und stärker ausgeprägten negativen Behandlungserwartungen optimistisch hinsichtlich der

Arbeitsfähigkeit äußerten. Dies deutet auf einen besonderen Nutzen der MBOR für diese Rehabilitanden hin.

Bedenklich ist die geringe Zuversicht für die Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit bei männlichen und erwerbslosen Rehabilitanden bzw. bei stärkeren krankheitsbedingten Beeinträchtigungen zu Rehabilitationsbeginn, denn dies könnte eine nachhaltige berufliche (Re-) Integration gefährden.

Es konnten erste Hinweise auf Rehabilitandenmerkmale gewonnen werden, die mit der subjektiven Erwerbsprognose zu Rehabilitationsende assoziiert sind. Um prognostisch günstige und ungünstige Merkmalskonstellationen zu bestimmen, wird in einem weiteren Schritt anhand multivariater Analysen die prognostische Relevanz dieser Faktoren für die Ergebnisse geprüft.

Weitere Forschung sollte Faktoren untersuchen, die den Glauben an die Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit bedingen.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Literatur

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

Bethge, M., Herbold, D., Trowitzsch, L., Jacobi C. (2010): Berufliche Wiedereingliederung nach einer medizinisch-beruflich orientierten orthopädischen Rehabilitation: Eine clusterrandomisierte Studie. *Rehabilitation*, 49. 2-12.

Nachsorge Neues Credo in der kardiologischen Anschlussrehabilitation

Deck, R. (1), Baumbach, C. (2), Brunner, S. (3), Hoberg, E. (4), Knoglinger, E. (5)

(1) Universität zu Lübeck, (2) Herz- und Gefäßzentrum Bad Bevensen, (3) Klinik Bad Fallingbostal, (4) Mühlenbergklinik Holsteinische Schweiz, (5) Kirchberg Klinik

Zielstellung

Obwohl die Neuerkrankungsrate und die Sterblichkeit an koronarer Herzkrankheit kontinuierlich sinken (Robert Koch-Institut, 2015), stellten Herz-Kreislaufkrankungen 2015 die häufigste Todesursache in Deutschland dar (Statistisches Bundesamt, 2014). Da der Anteil von Personen mit überlebtem Herzinfarkt steigt, wächst auch die Bedeutung der medizinischen Rehabilitation. Körperliche Inaktivität gilt als wichtigster modifizierbarer Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen (Bjarnason-Wehrens, et al., 2009). Um diesen Risikofaktor zu reduzieren, muss die medizinische Rehabilitation vor allem auf die Steigerung der körperlichen Aktivität fokussieren. Damit diese nach der Rehabilitation aufrechterhalten wird, sind Nachsorgestrategien erforderlich, die den Rehabilitanden den Transfer des in der Rehabilitation Gelernten in den Alltag erleichtern. In vorliegender Studie wurde das mehrfach evaluierte Nachsorgekonzept „Neues Credo“ (Deck et al., 2012; Deck et al., 2014) in der kardiologischen Anschlussrehabilitation eingeführt und evaluiert.

Methoden

Das Neue Credo wurde im Rahmen einer prospektiven, kontrollierten, multizentrischen Studie mit vier kardiologischen Reha-Einrichtungen aus Schleswig-Holstein und Niedersachsen evaluiert. Eingeschlossen wurden Rehabilitanden mit einer Erstdiagnose aus der ICD-Gruppe I20-25, I34-43. Rehabilitanden der Kontrollgruppe (KG) durchliefen zunächst eine leitliniengerechte Standardrehabilitation und Standardnachsorge, nach Schulung der Klinikmitarbeiter führten die Rehabilitanden der Interventionsgruppe (IG) die Rehabilitation nach den Prämissen des Neuen Credo durch. Schwerpunkt der Reha-Nachsorge stellte die Steigerung körperlicher Aktivität dar, die nach der Rehabilitation eigenständig fortgeführt werden soll. Hierfür erhielten die Rehabilitanden während der Rehabilitation ein Beobachtungsheft und drei Bewegungstagebücher für die Zeit nach der Rehabilitation. Zu allen Bewegungstagebüchern erhielten die Rehabilitanden ein entsprechendes Feedback von den Reha-Einrichtungen.

Die Evaluation erfolgte durch schriftliche Befragung zu drei Messzeitpunkten, zu Beginn und am Ende der Reha sowie 12 Monate nach Reha-Ende. Primäre Zielgröße: Einschränkungen der Teilhabe (IMET), sekundäre Zielgrößen: u.a. Depressivität (CESD) und verschiedene Skalen der subjektiven Gesundheit sowie Ausmaß der körperlichen Aktivität. Die Auswertung der Langzeiteffekte erfolgte mit Hilfe von Varianzanalysen mit Messwiederholung.

Ergebnisse

Nach Abschluss der Studie wurden die kompletten Daten (Teilnahmequote 73%) von 152 Rehabilitanden der IG (Drop Out 26%) und 165 Rehabilitanden der KG (Drop Out 29%) herangezogen (Completer-Analyse). Die beiden Untersuchungsgruppen unterscheiden sich weder in den erfassten soziodemographischen Merkmalen noch in den gesundheitsbezogenen Ausgangslagen.

Am Ende der Reha (t1) zeigen sich mit Blick auf die Therapieangebote nur geringfügige Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Hinsichtlich der Nachsorge erhalten die Rehabilitanden der IG signifikant mehr Informationen zur Fortführung bestimmter Behandlungen am Wohnort (72% vs. 56%, $p < 0.01$) und sie werden signifikant häufiger auf die Bedeutung der Eigeninitiative hingewiesen (91% vs. 82%, $p = 0.016$). Bei den Bewertungen der Nachsorge-Empfehlungen der Klinik unterscheiden sich die Rehabilitanden von IG und KG nicht. Hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Outcomes am Ende der Rehabilitation profitieren sowohl IG als auch KG erwartungsgemäß von der Reha-Maßnahme.

Zwölf Monate nach der Rehabilitation sind für beide Gruppen signifikante Verbesserungen im primären Outcome Teilhabe festzustellen ($p < 0.01$), der Unterschied zwischen den Gruppen erreicht keine statistische Signifikanz. Die gleichen Verläufe zeigen sich bei nahezu allen sekundären Zielgrößen.

Die Rehabilitanden der IG berichten hinsichtlich der Steigerung körperlicher Aktivität signifikant häufiger, dass sie ihre subjektiven Reha-Ziele erreichen konnten (66% vs. 42%, $p < 0.01$). Darüber hinaus haben sie das Ausmaß der körperlichen Aktivität in der Zeit nach der Reha in stärkerem Umfang als die KG gesteigert ($p = 0.040$) und betreiben im Katamnesezeitraum signifikant häufiger Ausdauersport (58% vs. 38%, $p < 0.01$).

Hinsichtlich der Risikofaktoren Rauchen und Übergewicht zeigen sich im zeitlichen Verlauf keine Unterschiede im Vergleich zu Reha-Beginn: 16% der Teilnehmer rauchen (IG: 13%, KG: 19%) und knapp 30% der Rehabilitanden in beiden Gruppen sind adipös.

Fazit

Das Neue Credo wurde mit dieser Studie erstmals in der kardiologischen Anschlussrehabilitation erprobt und evaluiert. Auf Prozessebene ergab sich eine hohe Praktikabilität und eine hohe Zufriedenheit, sowohl beim Klinikpersonal als auch bei den Rehabilitanden. Hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Outcomes ergaben sich Hinweise auf positive Effekte, die zugunsten der IG ausfielen, allerdings erreichten die Interaktionseffekte in den meisten Fällen keine statistische Signifikanz. Beide Gruppen verbessern sich im Zeitverlauf. Bei der Zielgröße Steigerung der körperlichen Aktivität ist die Interventionsgruppe klar im Vorteil und profitiert vermutlich auch längerfristig von den Effekten des regelmäßigen Ausdauertrainings.

Im Unterschied zur Kardiologie ergaben sich beim Einsatz des Neuen Credo bei den Indikationen Orthopädie und Psychosomatik signifikante Unterschiede zugunsten der IG. Erklären ließe sich dieser Unterschied zum einen dadurch, dass möglicherweise ein kardiales Ereignis bei allen Betroffenen, also auch bei Rehabilitanden der KG, ein grundsätzliches Umdenken hinsichtlich ihres Lebensstils stattfindet, so dass die Unterschiede der Intervention nicht so deutlich zu Tage treten wie bei Rehabilitanden mit Rückenschmerz oder bei psychosomatischen Rehabilitanden, deren Erkrankungen als nicht lebensbedrohlich eingeordnet werden können. Andererseits fokussieren kardiologische Reha-Einrichtungen möglicherweise schon verstärkt auf Lebensstiländerungen im Sinn des Neuen Credo, so dass hier möglicherweise eine Konfundierung nicht ausgeschlossen werden kann. In abschließenden Diskussionen mit allen Studienbeteiligten werden diese Fragen aufgegriffen.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Bjarnason-Wehrens B, Schulz O, Gielen S et al. Leitlinie körperliche Aktivität zur Sekundärprävention und Therapie kardiovaskulärer Erkrankungen. Clin Res Cardiol Suppl 2009; 4: 1-44.
- Deck R, Hüppe A. Begleitete Nachsorge in der Psychosomatik – Transfer des neuen Credo. Rehabilitation. 2014; 53:305-312.
- Deck R, Schramm S, Hüppe A. Begleitete Eigeninitiative nach der Reha („neues Credo“) – ein Erfolgsmodell? Rehabilitation 2012; 51: 316–325.
- Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.) (2015) Kapitel 2.3.1: Koronare Herzkrankheit und akuter Myokardinfarkt. In: Gesundheit in Deutschland Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin.
- Statistisches Bundesamt (2014a). Gesundheit. Todesursachen in Deutschland. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Nutzungsanalyse eines kardiologischen Nachsorgepasses als Grundlage für die Entwicklung einer mobilen Anwendung

Stamm-Balderjahn, S., Falinski, R., Spyra, K.

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Zielstellung

Die Therapie von Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen erfolgt innerhalb eines multidisziplinären Teams von Medizinern und Therapeuten in verschiedenen Einrichtungen über einen zumeist längeren Zeitraum. Die Dokumentation der jeweiligen Untersuchungsbefunde und Behandlungsregime ist umfangreich, und kurz gefasste Übersichten relevanter Diagnose- und Behandlungsdaten fehlen bisher in der Routineversorgung. Es sollte ein Patientenpass (Kardio-Pass) mit dem Ziel der interdisziplinären Information für Ärzte und Patienten entwickelt werden, der auf ärztlichen Behandlungsempfehlungen und leitliniengerechter Therapie kardiovaskulärer Erkrankungen basiert (Piepoli et al., 2014).

Der gemeinsam mit Patienten und ärztlich/therapeutischem Fachpersonal entwickelte Kardio-Pass wurde den Rehabilitanden zu Beginn der Reha-Maßnahme ausgehändigt. Gemeinsam mit dem behandelnden Arzt wurden die Diagnose-Daten des Entlassungsberichts der Akutklinik besprochen und in den Pass eingetragen. Das Procedere einer gemeinsamen Dokumentation soll die Partizipation und Eigenverantwortung des Patienten stärken und dem von Richter et al. (2011) formulierten Bedarf an Partizipation der Patienten und der damit verbundenen aktiven und bedarfsgerechten Informationsvermittlung im Sinne von ‚Empowerment‘ Rechnung tragen. Nach einer 8-monatigen Verwendungsdauer durch die Rehabilitanden wurde eine Befragung durchgeführt, mit der das Nutzungsverhalten sowie die potenzielle Anwendung des Kardio-Passes als Smartphone-App erfasst werden sollte.

Methoden

Es wurde eine teilstandardisierte schriftliche Befragung bei Rehabilitanden mit kardiovaskulären Erkrankungen (N=150) durchgeführt. Die statistische Auswertung erfolgte mit Häufigkeitsverteilungen, Mittelwertvergleichen und Chi-Quadrat-Tests. Um Zusammenhänge zwischen einzelnen Variablen zu überprüfen, wurde die binäre logistische Regressionsanalyse angewendet.

Ergebnisse

Den Fragebogen beantworteten 93 Rehabilitanden (Rücklauf: 62%). Die Rehabilitanden waren im Durchschnitt 59,2 Jahre alt (SD ± 9,1), das Verhältnis männlich zu weiblich betrug 82,8% zu 17,2%. Berufstätig waren 64,8% der Rehabilitanden. Die Bewertung des Kardio-Passes erzielte insgesamt eine hohe Zustimmung. Im Einzelnen wurde die Glaubwürdigkeit der im Pass vermittelten Informationen mit 100%, der seriöse Eindruck mit 93,6% und die Gestaltung des Passes mit 92% Zustimmung bewertet. Lediglich das Format des Passes

erhielt mit 73% eine etwas geringere Zustimmungquote. Hierbei wurde von 16% der Nutzer bemängelt, dass der Pass zu groß sei.

Die Nutzung des Kardio-Passes hatte 53% der Rehabilitanden dazu motiviert, regelmäßig Nachsorgetermine wahrzunehmen. Von 57,6% der Rehabilitanden wurde der Pass als hilfreich bei der Kommunikation mit dem Arzt angesehen. Das Gefühl, die Beziehung zu ihrem Arzt hätte sich durch die Nutzung des Passes verbessert, gaben 21% der Rehabilitanden an.

Von 28% (n=26) der Rehabilitanden wurde angegeben, dass sie den Kardio-Pass nicht genutzt haben. Die Unterschiede zwischen Nutzern und Nichtnutzern waren im Hinblick auf Geschlecht, Familienstand, und Berufsausübung nicht signifikant. Die multivariate Analyse zeigte eine häufigere Nutzung bei älteren (Odds Ratio 1,07, p=0,04) und höher gebildeten Patienten (Odds Ratio 2,52, p=0,02). Als Gründe für die Nichtnutzung wurden am häufigsten genannt: fehlende Unterstützung seitens des behandelnden Arztes, eigenes Versäumnis hinsichtlich vorzunehmender Eintragungen sowie der Verlust des Passes.

Den Kardio-Pass zukünftig in Form einer Smartphone-App zu nutzen, konnten sich 47,8% der Rehabilitanden – unabhängig von Alter und Geschlecht – vorstellen. Die am häufigsten genannten Gründe derer, die sich eine künftige Nutzung als App nicht vorstellen konnten waren der fehlende Besitz eines Smartphones oder das Nichtgeübtsein mit dessen Verwendung. Vorbehalte hinsichtlich des Datenschutzes spielten eine untergeordnete Rolle.

Fazit

Mit dem Nachsorgepass für kardiologische Rehabilitanden steht ein Instrument zur Verfügung, das alle medizinischen Daten von der Diagnose über die Behandlung bis hin zur Nachsorge kompakt und übersichtlich bündelt. Von den Nutzern wurde es als hilfreiche Verlaufsdocumentation angesehen. Zukunftsweisend ist die Entwicklung und Umsetzung des Kardio-Passes als Smartphone-App, die eine Integration von weiteren nützlichen Funktionen und gesundheitsrelevanten Informationen für die Rehabilitanden ermöglicht.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg

Literatur

- Piepoli, M.F., Corrà, U., Adamopoulos, S., Benzer, W., Bjarnason-Wehrens, B., Cupples, M., Dendale, P., Doherty, P., Gaita, D., Höfer, S., McGee, H., Mendes, M., Niebauer, J., Pogosova, N., Garcia-Porrero, E., Rauch, B., Schmid, J.P., Giannuzzi, P. (2014): Secondary prevention in the clinical management of patients with cardiovascular diseases. Core components, standards and outcome measures for referral and delivery. *European Journal of Preventive Cardiology*, 21. 664-81.
- Richter, M., Schmid-Ott, G., Leicht, R., Muthny, F.A. (2011): Wahrgenommene Informationsvermittlung und Partizipation von Patienten in der kardiologischen Rehabilitation - Ausprägung und Zusammenhänge mit Reha-Outcome und Selbstwirksamkeit. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 21. 126-130.

Analyse des Ernährungsverhaltens bei Brustkrebs-Rehabilitandinnen 2002 und 2013 - hat sich das Ernährungsmuster verändert?

Klein, D.K. (1), Anzelini, M. (2), Ellrott, T.(1), Reuss-Borst, M. (2)

(1) Georg-August-Universität Göttingen,

(2) Rehabilitations- und Präventionszentrum Bad Bocklet

Zielstellung

Bei Tumorerkrankungen, insbesondere dem Mamma-Karzinom, rückt die Ernährung als potenziell modifizierbarer Einflussfaktor zunehmend in den Fokus der Wissenschaft. Dabei wird auch eine günstige Beeinflussung der Prognose bzw. des Krankheitsverlaufs bei bereits manifester Erkrankung durch Ernährungsmodifikation diskutiert.

So ist schon seit längerem bekannt, dass Mamma-Karzinom-Patientinnen mit Adipositas häufiger Rezidive entwickeln und eine kürzere Überlebenszeit haben (Jiralerspong, Goodwin, 2016). Bei vielen betroffenen Frauen besteht daher Interesse, selbst z. B. durch Ernährungsmodifikation und Gewichtsreduktion zur Verbesserung ihres Gesundheitszustands beizutragen und dadurch ihre Selbstwirksamkeit zu steigern. Kohlenhydrat-reduzierte Kostformen haben sich vor allem bei Patienten mit Adipositas und metabolischem Syndrom vorteilhaft erwiesen (Shai et al. 2008, Snorgaard et al. 2017).

Noch immer ist allerdings unklar, welche Ernährungsform Mamma-Carcinom-Patientinnen empfohlen werden sollte. Bislang wird den Patientinnen während der Rehabilitation eine Ernährungsform empfohlen, wie sie derzeit zur Prävention von Krankheiten allgemein empfohlen wird (DGE 2011). Die diesbezügliche Evidenzlage muss allerdings als schwach gelten. Es gibt keine prospektiven Therapie-/Interventionsstudien, in denen eine Kostform über einen längeren Zeitraum bzgl. ihrer Auswirkungen auf die Prognose, Rezidivrate, aber auch sog. patient-report outcomes (PROs) wie Lebensqualität und körperliche Leistungsfähigkeit der Mamma-Carcinom-Patientinnen untersucht wurde. Auch fehlen Erhebungen darüber, wie sich Betroffene in der Realität eigentlich heute nach Diagnosestellung ernähren.

Ziel dieser Studie war deshalb, anhand zweier strukturell vergleichbarer Rehabilitandinnen-Kollektive aus den Jahren 2003 und 2013 zu untersuchen, ob sich das Ernährungsverhalten in den letzten 10 Jahren bei den Betroffenen grundsätzlich verändert hat. Hierzu wurden Frauen mit Brustkrebs zu Beginn ihrer Rehabilitation befragt.

Methoden

188 Frauen mit Brustkrebs (mittl. Alter 55,3 Jahre; BMI 28,1 kg/m²) und 144 Frauen mit Brustkrebs (mittl. Alter 52,7 Jahre; BMI 26,6 kg /m²) wurden in den Jahren 2002-2004 bzw. 2013-2015 anhand eines standardisierten Fragebogens (basierend auf dem Freiburger Ernährungsprotokoll) bezüglich ihrer Ernährungsgewohnheiten befragt.

Der Fragebogen wurde in 12 Lebensmittelgruppen unterteilt, denen die einzelnen Lebensmittel zugeordnet wurden. Abgefragt wurden die Anzahl und das Verzehrintervall der Lebensmittel.

Zur Erfassung möglichst exakter Mengenangaben wurden handelsübliche Verzehrmenen wie Stück(e), Becher oder Gläser verwendet. Im zweiten Schritt wurden die konsumierten Lebensmittel anhand von Nährstofftabellen (Hanfprodukte 2016; GU-Nährwert-Kalorien-Tabelle 2015; Ketoladen 2016; Lebensmittellexikon 2016; nu³ 2016) in die Bestandteile Kohlenhydrate (KH), Eiweiße (EW), Fette aufgeschlüsselt und die Gesamtmenge in Gramm(g) errechnet.

Aus der Gesamtmenge (g) wurde mittels der Brennwerte der Bestandteile (KH, EW, Fett) die Patienten-spezifische Gesamtenergiezufuhr pro 24 Stunden in Kilokalorie (kcal) und Kilojoule (kJ) errechnet. Die statistische Auswertung der Ergebnisse erfolgte mithilfe der Programme Excel (Microsoft) und Statistica 12.

Ergebnisse

Die BMI-Verteilung der beiden Kollektive ist in Abb. 1 zusammengefasst. 70 bzw. 60% der Rehabilitandinnen waren übergewichtig bzw. adipös. Die Zusammensetzung der Makronährstoffe ist in der Tabelle 1 zusammengefasst. Kohlenhydrate machen heute einen signifikant geringeren Anteil an der Ernährung aus als in den Jahren 2002-2004. Ihr Anteil liegt deutlich unter den aktuellen Empfehlungen der DGE. Dagegen ist der prozentuale Anteil an Proteinen in der Ernährung leicht angestiegen. 75% der untersuchten Patientinnen konsumierten mehr Proteine als von der DGE 2011 empfohlen.

Auch der Fettanteil stieg in den vergangenen 10 Jahren signifikant an und lag bei 93,3% über den Empfehlungen der DGE.

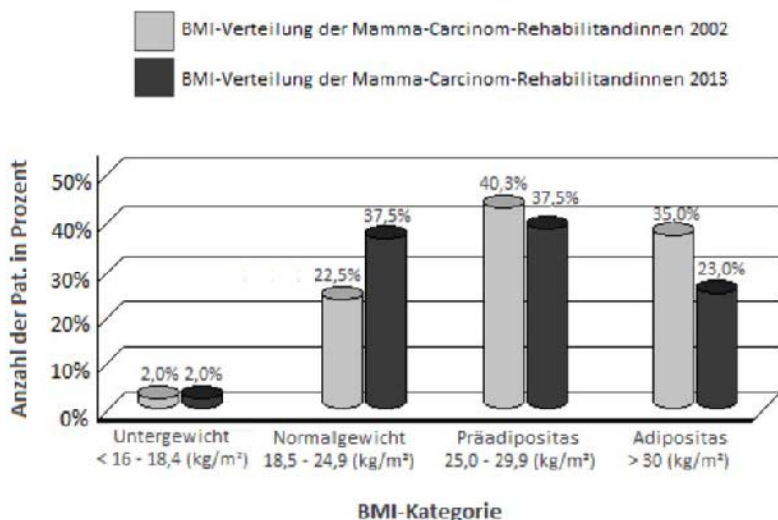


Abb. 1: BMI-Verteilung

Prozentual entwickelte sich im Jahr 2013 ein signifikant geringerer Getreide/-produkt ($p < 0,01$) und vermehrter Käse- ($p < 0,01$), Fisch- ($p < 0,02$), Eier- ($p < 0,01$) und Öl-

Konsum ($p = < 0,01$) als von der DGE empfohlen. Eine Verdopplung des Gemüse- und Salatverzehr ($p = < 0,09$) wies über die Jahre einen positiven Trend auf. Die Nährstoffrelationen entwickelten sich von kohlenhydratkonform, proteinkonform und fettreich im Jahr 2002 hin zu kohlenhydratreduziert, proteinreich und noch fettreicher im Jahr 2013 (jeweils $p = < 0,01$), was einen klaren Trend hin zu einer Low-Carb-Ernährung bei den Betroffenen erkennen lässt.

Tab. 1: Zusammensetzung der Makronährstoffe

Nährstoff	Jahr	Signifikanz	Ø Zufuhr/d (%)	Referenz der DGE (%)	
Kohlenhydrate	2002	$P = < 0,01$	52,0	>50	
	2013		39,7		
Nährstoff	Jahr	Signifikanz	unter der Empfehlung	entsprechend der Empfehlung	über der Empfehlung
Kohlenhydrate	2002	$P = < 0,01$	51,7	48,3	0,0
	2013		83,2	16,8	0,0
Nährstoff	Jahr	Signifikanz	Ø Zufuhr/d (%)	Referenz der DGE (%)	
Proteine	2002	$P = 1,00$	12,6	15 (0,8 g/kg)	
	2013		15,2		
Nährstoff	Jahr	Signifikanz	unter der Empfehlung	entsprechend der Empfehlung	über der Empfehlung
Proteine	2002	$P = < 0,01$	10,2	79,0	10,8
	2013		16,1	8,1	75,8
Nährstoff	Jahr	Signifikanz	Ø Zufuhr/d (%)	Referenz der DGE (%)	
Fette	2002	$P = < 0,01$	35,4	30 (bei PAL >1,4-1,7)	
	2013		46,9		
Nährstoff	Jahr	Signifikanz	unter der Empfehlung	entsprechend der Empfehlung	über der Empfehlung
Fette	2002	$P = < 0,01$	32,0	0,5	67,5
	2013		5,4	1,3	93,3

Fazit

Zusammengefasst ernähren sich Frauen mit Brustkrebs heute (nach Diagnose ihrer Krebserkrankung) deutlich kohlenhydratärmer als 2002/2003. Kohlenhydrate spielen über Insulin und IGF-1 als mitogene Faktoren sowie über die Aktivierung der Aromatase im Fettgewebe (vor allem bei rezeptor-positiven Tumoren und Adipositas/Übergewicht) vermutlich eine wichtige Rolle in der Pathogenese des Mamma-Carcinoms (Gallagher, 2015). In zahlreichen kürzlich publizierten Studien zeigten kohlenhydratreduzierte Kostformen beim metabolischen Syndrom/Übergewicht (bei Mamma-Carcinom-Patientinnen häufige Komorbiditäten) positive Effekte auf Gewicht und Stoffwechselfparameter.

Diese Studienergebnisse werden vielfach auch in den Medien diskutiert und scheinen das Verhalten der Patientinnen bereits jetzt nachhaltig zu beeinflussen. Da der Ernährungsmodifikation insbesondere von Frauen eine wichtige Bedeutung zugemessen wird, ist es nicht erstaunlich, dass sich Ernährungsgewohnheiten ändern, bevor Leitlinien angepasst werden. Ernährungsfachleute in Reha-Kliniken sollten mit aktuellen Studienergebnissen vertraut sein, um diese auch mit Betroffenen fachkundig diskutieren zu können.

Literatur

- DGE-Leitlinie 2011, Kohlenhydratzufuhr und Prävention ernährungsmitbedingter Krankheiten: https://www.dge.de/fileadmin/public/doc/ws/II-kh/DGE-Leitlinie-KH-ohne-Anhang_Tabellen.pdf [zuletzt geprüft am 26.07.2016].
- Gallagher, E.J., LeRoith, D. (2015): Obesity and Diabetes: The increased risk of Cancer and Cancer-related Mortality. *Physiol Rep* 95: 727-748.
- Jiralerspong, S., Goodwin, P.J. (2016): Obesity and Breast Cancer Prognosis: Evidence, Challenges and Opportunities. *J Clin Oncol* 34: 4203-4216.
- Reuss-Borst, M., Kötter, J., Hartmann, U., Füger-Helmerking, G., Weiss, J. (2011): Wie ernähren sich Frauen mit Brustkrebs in Deutschland? *DMW* 136: 575-582.
- Shai, I., Schwarzfuchs, D., Henkin, Y., Shahar, DR., Witkow, S., Greenberg, I., Golan, R., Fraser, D., Bolotin, A., Vardi, H. (2008): Weight loss with a low-carbohydrate, Mediterranean, or low-fat diet. *N Engl J Med* 359 (3), 229–241.
- Snorgaard, O., Poulsen, GM., Andersen, HK., Astrup, A. (2017): Systematic review and meta-analysis of dietary carbohydrate restriction in patients with type 2 diabetes. *BMJ Open Diabetes Res Care* 5 (1), e000354.

Nicht-geäußerte Bedürfnisse und Belastungen bei onkologischen Rehabilitanden – Eine qualitative Analyse

Heß, V. (1), Schuler, M. (1), Meng, K.(1), Schulte, T. (2), Neuderth, S. (3), Faller, H. (1)
(1) Universität Würzburg, (2) Klinik Bad Oexen,
(3) Hochschule für angewandte Wissenschaften Würzburg-Schweinfurt, Würzburg

Zielstellung

Krebspatienten sind mit einer Vielzahl von Belastungen konfrontiert, die häufig zu psychischen oder sozialen Beeinträchtigungen führen (Mehnert et al., 2014). Professionelle Unterstützung kann ihnen dabei helfen, mit diesen Belastungen besser umzugehen und die Lebensqualität zu verbessern (Faller et al., 2013). Das Aufnahmegespräch in der onkologischen Rehabilitation ist ein geeigneter Zeitpunkt, um diesen Bedarf zu erkennen und ggf. Maßnahmen zur Unterstützung einzuleiten. Doch oft äußern Patienten ihre Belastungen nicht (Brandes, Linn, Smit, & van Weert, 2015). Diese Studie untersucht

1) Barrieren für Patienten beim Äußern von Belastungen und bei der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung sowie Barrieren für Ärzte beim Erkennen von Belastungen,

- 2) Themen und Probleme, die häufig nicht geäußert oder erkannt werden bzw. bei denen eine professionelle Unterstützung abgelehnt wird, sowie
 - 3) erleichternde Bedingungen für das Äußern von Belastungen
- im Aufnahmegespräch der onkologischen Rehabilitation.

Methoden

Es wurden teilstrukturierte Leitfadeninterviews mit N=29 onkologischen Rehabilitanden, N=7 Mitgliedern von Selbsthilfegruppen (Indikationen: Brustkrebs (C50), Prostatakrebs (C61) oder Darmkrebs (C18-C21)) und N=10 Klinikmitarbeitern (Bereiche: Medizin, Psychologie, Pflege, Soziale Arbeit, Physiotherapie) durchgeführt. Dabei wurde zum einen erfragt, welche Barrieren es im Aufnahmegespräch für Patienten beim Äußern von Belastungen sowie der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung gibt und welche Barrieren es für Ärzte gibt, um diese Belastungen zu erkennen. Zum anderen wurde erfragt, bei welchen Themen es für Patienten schwierig ist darüber zu sprechen, welche Probleme von Klinikmitarbeitern oft nicht erkannt werden und bei welchen Problemen Patienten Unterstützung häufig ablehnen. Außerdem wurden erleichternde Bedingungen für das Äußern von Belastungen im Aufnahmegespräch erfragt. Die Auswertung erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse (Mayring, 2010).

Ergebnisse

Es wurden neun Hauptkategorien definiert. Insgesamt wurden 634 Kodierungen vorgenommen. Diese wurden zu Subkategorien auf zwei Ebenen zusammengefasst.

1) Barrieren wurden in den folgenden Bereichen gefunden: Barrieren, die im Patient selbst liegen (z.B. psychische Barrieren, soziodemographische Variablen); Barrieren aufgrund des Arzt-Verhaltens (z.B. Gesprächsführung, Motivation, Kompetenz); Barrieren innerhalb der Arzt-Patient Beziehung (z.B. Beziehungsaufbau nötig, mangelnde Passung der Gesprächspartner); Barrieren innerhalb des Settings (Aufnahmegespräch, Klinik). Schwerpunkt der Nennungen für Barrieren für das Äußern von Belastungen und die Inanspruchnahme professioneller Unterstützung war im Bereich der Barrieren, die im Patient selbst liegen. Schwerpunkt der Nennungen für Barrieren für das Erkennen von Unterstützungsbedarf war im Bereich des Arztverhaltens.

2) Schwierige Themen wurden in den Bereichen psychische Folgen (z.B. krebsbezogene Ängste), körperliche Folgen (z.B. Ausscheidung) und soziale Folgen der Krebserkrankung (z.B. Beziehung, Probleme am Arbeitsplatz) sowie Sexualität und Tod/Sterben genannt.

3) Als erleichternde Bedingungen wurden ärztliche Gesprächsführungskompetenzen (z.B. patientenorientierte Gesprächsführung), Patientenmerkmale (z.B. positive Vorerfahrungen mit Psychologen), eine gute Arzt-Patient-Beziehung sowie ein förderliches Gesprächs- oder Kliniksetting (z.B. ausreichend Zeit) genannt.

Fazit

Die Studie liefert Hinweise auf das Vorliegen einer Vielzahl von Barrieren für Patienten beim Äußern von Belastungen und bei der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung, sowie für Ärzte beim Erkennen von Unterstützungsbedarf. Außerdem wurden verschiedene

schwierige Themen sowie mögliche erleichternde Bedingungen beim Äußern von Belastungen im Aufnahmegespräch gefunden.

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass das Erkennen des Bedarfs nach psychosozialer Unterstützung im Aufnahmegespräch der onkologischen Rehabilitation weiterentwickelt werden muss. Möglich wäre z.B. die Durchführung spezieller Kommunikationstrainings für Ärzte, die Implementierung eines zusätzlichen psychologischen Aufnahmegesprächs oder die Einführung oder Weiterentwicklung von Informationsveranstaltungen für Patienten. Gleichzeitig ist es wichtig, noch spezifischere Aussagen zum Zusammenhang der Ergebnisse mit anderen Variablen wie z.B. Lebensqualität, Depressivität oder Krankheitsbewältigung zu treffen. Dazu wird im nächsten Studienabschnitt ein Fragebogen auf Basis der bisherigen Ergebnisse erstellt, um die Ergebnisse zu quantifizieren und mögliche Zusammenhänge festzustellen.

Förderung: Deutsche Krebshilfe

Literatur

- Brandes, K., Linn, A. J., Smit, E. G. & van Weert, J. C. (2015). Patients' reports of barriers to expressing concerns during cancer consultations. *Patient Educ Couns*, 98(3), 317-322. doi:10.1016/j.pec.2014.11.021.
- Faller, H., Schuler, M., Richard, M., Heckl, U., Weis, J. & Küffner, R. (2013). Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *J Clin Oncol*, 31(6), 782-793. doi:10.1200/JCO.2011.40.8922.
- Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (pp. 601-613). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mehnert, A., Brähler, E., Faller, H., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., . . . Koch, U. (2014). Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. *J Clin Oncol*, 32(31), 3540-3546. doi:10.1200/JCO.2014.56.0086.

Kontinenzverbesserung nach radikaler Prostatektomie in der uro-onkologischen Rehabilitation

Wagner, J., Bohro, J., Leiendecker, J.

MediClin Staufenburg Klinik

Zielstellung

Die radikale Prostatektomie bei Prostatakarzinom ist eine der häufigsten uro-onkologischen Operationen und geht regelhaft mit funktionellen Einschränkungen wie einem Verlust der Kontinenz und der erektilen Dysfunktion sowie weiteren seelischen, sozialen und beruflichen Einschränkungen einher (Rick 2015). Die Rehabilitation erfolgt multimodal mit Kontinenztraining inkl. Elektrotherapie (Van Kampen 2000). In den letzten 10 Jahren ergaben sich erhebliche Verschiebungen bei den Operationstechniken hin zu laparoskopischen robotergestützten Verfahren (Tholomier 2014). Welchen Einfluss diese Änderungen auf die postoperative Kontinenz haben ist bislang unzureichend geklärt. An einer großen

Patientenkohorte in der AHB nach Prostatektomie wurde daher die Entwicklung der Kontinenz in Abhängigkeit vom Operationsverfahren und des Tumorstatus erfasst.

Methoden

An einer fortlaufenden Patientenkohorte (n=1627) in der AHB nach operativer Prostatektomie wurden sowohl klinische und histologische Daten als auch die Inkontinenz in der Aufnahmewoche und am Ende der Entlasswoche im Zeitraum von 1/2017 bis 8/2018 ermittelt. Die Inkontinenz wurde mittels eines geschulten Vorlagen-(PAD)-Tests erfasst, gesplittet in 2 Phasen von 7-19 Uhr (Tag) und 19 bis 7 Uhr (Nacht). Die Einwilligung zur Datenerfassung wurde bei allen Patienten eingeholt. Für die statistische Analyse wurde ANOVA verwendet. Zuweisungen erfolgten aus 75 Krankenhäusern, die Top5 Zuweiser erbrachten 56,8% der Patienten.

Ergebnisse

Das mittlere Alter aller prostatektomierten Patienten lag bei 66,7 Jahren. 45,7% lagen im Bereich von 60-69, 35,4% zwischen 70-79, 17,3% waren jünger als 59 und 1,7 % über 80 Jahre. 66,3% (1109) der Patienten wurden Roboter-assistiert laparoskopisch (RAL) operiert, 27,6% (461) offen-retropubisch (OR), 4,4% (73) nur laparoskopisch und 1,7% (29) perineal. 21,8% der Patienten zeigten bei Aufnahme keine Inkontinenz, die im PAD Test sicher nachgewiesen werden konnte. Aufgrund dieser Verteilung betrachteten wir für die weitere Analyse nur n=1240 inkontinente Patienten, die RAL-(69,5%; 862) und OR-(30,5%; 378) operiert worden waren.

Die initiale Tages-Inkontinenz der OR-Patienten betrug 361,7 ml/12 Std und bei Entlassung 253,6 ml/12 Std (-30%). Die Nacht-Inkontinenz der OR-Patienten lag initial bei 196,0 ml/12 Std.; Entlassung 131,0 ml/12 Std (-33%; $p < 0,0001$). Die initiale Tages-Inkontinenz der RAL-Patienten betrug 352,5 ml/12 Std; Entlassung 226,7 ml/12 Std (-36%). Die Nacht-Inkontinenz der RAL-Patienten lag initial bei 171,0 ml/12 Std.; Entlassung 102,0 ml/12 Std (-40%; $p < 0,0001$). 6,9% der RAL- und 6,6% der OR-Patienten erreichten eine vollständige Kontinenz zu Ende der Reha. Im initialen PAD-Test (24h) lag die Inkontinenz bei 1-100ml/24 h bei RAL bei 42,0%, OR 32,8%, zwischen 101-500 ml/24 h bei RAL bei 23,4%, OR 28,8% und bei Inkontinenz >500 ml/24 h bei RAL bei 34,6%; OR 38,4%. Im Entlassungs-PAD Test (24h) lag die Inkontinenz bei 1-100ml/24 h bei RAL bei 54,5%, OR 47,4%, zwischen 101-500 ml/24 h bei RAL bei 21,1%, OR 23,3% und bei Inkontinenz > 500 ml/24 h bei RAL bei 24,4%; OR 29,4%. Der Tumorgrad bei RAL-operierten Patienten lag für T2a/b bei 64,8% und T3/T4 bei 35,2%, bei OR-Patienten für T2a/b bei 50% und 50% bei T3/4. Die Inkontinenz war deutlich altersabhängig und stieg mit dem Alter an von ca. 36 ml/24h bei unter 50-jährigen bis zu 648,0 ml/24h bei über 80-jährigen (RAL; PAD 2; Borrusch 2011).

Fazit

Die Roboter-assistierte Operationsmethode ist in der Nachsorge mittlerweile führend und hat die retropubische Methode deutlich überholt. Der Anteil von postoperativen Patienten ohne im PAD Test sicher nachweisbare Inkontinenz liegt bei ca. 22%, wobei dies Patienten mit bewegungsabhängigem, tropfenweisen Urinabgang einschließt, der für die Patienten belastend ist. Die Rehabilitation durch intensives multimodales Kontinenztraining führt bei beiden operativen Methoden zu einem klinisch relevanten, hochsignifikanten Rückgang der

Inkontinenz um 30 bis 40%, so daß rund die Hälfte der Patienten die Reha mit weniger als 100 ml/24h Urinverlust verlassen. Gegenüber früheren Untersuchungen erscheint die mittlere initiale Inkontinenz rückläufig (Müller 2013). Dabei zeigen sich Vorteile der Roboter-assistierten Methode gegenüber der retropubischen Operation bei der initialen Inkontinenz und dem prozentualen Rückgang. Allerdings zeigt die Analyse der zugehörigen Tumorggrade auch, daß der Anteil der kleineren Tumorgößen T2a/b bei RAL-Patienten überwiegt, während retropubisch operierte Patienten einen hohen Anteil von Patienten mit einem Tumorgrad von 3/4 aufweisen. Dies entspricht der klinischen Erfahrung, daß Patienten mit fortgeschrittenem Tumor und extendiertem OP-Gebiet kontinenzrelevant eher offen (retropubisch) operiert werden. Die initiale Inkontinenz korreliert eng mit dem Alter der Patienten, die Kontinenzverbesserung ist altersunabhängig, daher profitieren auch alte Patienten uneingeschränkt von der Rehabilitation.

Literatur

- Borrusch H., Müller G., Otto U. (2011): Harninkontinenz nach radikaler Prostatektomie. Haben ältere Patienten ein erhöhtes Risiko? *Urologe* 50(4):457-461.
- Müller C., Zermann D.H. (2013): Ergebnisqualität der urologischen Anschlussrehabilitation nach radikaler Prostatektomie. *J. Urol. Urogynäkol.* 20(2):7-12.
- Rick O., Böckmann J., Dauelsberg T., Kämpfer W., Otto U.: Standard für die Rehabilitation von Patienten mit Prostatakarzinom – ein multidisziplinärer Konsens. *GMS Onkologische Rehabilitation und Sozialmedizin* 2015, Vol. 4. 1-20.
- Tholomier C., Bienz M., Hueber P.A., Trinh Q.D., Hakim A.E. (2014): Oncological and functional outcomes of 722 robot-assisted radical prostatectomy cases: The largest Canadian 5-year experience. *Can Urol Assoc J.* 2014 May; 8(5-6):195-201.
- Van Kampen M., De Weerd W., Van Poppel H., De Ridder D., Feys H. (2000): Effect of pelvic-floor re-education on duration and degree of incontinence after radical prostatectomy: a randomised controlled trial. *Lancet* 355:98-102.

Predictors of Health-Related Quality of Life in Women with Breast Cancer

Safieddine, B., Geyer, S., Röbbel, L., Noeres, D.

Medizinische Hochschule Hannover

Background

Breast cancer is the most incident type of cancer among women worldwide (Benson, Jatoi, 2012) and continuous improvements in its survival trends have been observed (Howlader et al., 2017). This development might provide the opportunity for breast cancer survivors to remain employed for a longer period of time. At the same time however, it might lead to repeated and prolonged suffering from disease and treatment side effects which may also impact their quality of life (Howard-Anderson et al., 2012 & Montazeri, 2007).

This study aims to examine the health-related quality of life (HRQL) of women with breast cancer and the way it develops during the period between approximately 3 weeks and 6 months after primary surgery. Second, it aims to explore predictors of HRQL at the two above

mentioned time points. Besides looking for sociodemographic and medical predictors, this study examines whether return to work (RTW) or a problematic occupational situation (BBPL), which indicates the need for occupational oriented measures in medical rehabilitation, predict HRQL in women with breast cancer.

Methods

Breast cancer patients who were working at the time of diagnosis were recruited at 11 certified breast cancer centers in Lower Saxony, Germany after completing their primary surgical treatment. 308 patients (mean age=50.7 years, SD=7.2) completed 2 mailed surveys at 3 weeks (t0) and at 6 months (t1) after the date of surgery, respectively. HRQL was examined through the Short-Form health survey-12 (SF-12). The occupational situation was examined through the screening instrument for determining the need for medical occupational oriented measures in medical rehabilitation (SIMBO). This instrument includes the items: age, employment status, being on sick leave, the extent to which the health status interferes with work, patients' perspectives about the future work situation and patients' expectations, that the rehabilitation will improve their occupational situation. Data on disease level was obtained from medical reports. SF-12 summary scales for physical and mental wellbeing were compared with those of an age standardized German norm sample (N=2988). The change in physical and mental wellbeing between t0 and t1 was examined through Wilcoxon signed-rank test. Multiple linear regression analysis was done to examine predictors of HRQL. Since RTW and BBPL correlate strongly with each other, they were examined in separate linear regression models.

Results

SF-12 summary scales for physical and mental wellbeing of breast cancer patients were significantly lower than those of the German norm sample at both t0 and t1 ($p < 0.001$). While physical wellbeing significantly improved between the 2 timepoints ($p < 0.001$), there was only a slight insignificant improvement in mental wellbeing ($p = 0.92$).

The multivariate linear regression showed that among the medical factors studied, surgical procedure and adjuvant chemotherapy predicted physical wellbeing at t0 and t1 post-surgery respectively ($p < 0.001$). Among the sociodemographic predictors examined, only age appeared to be a significant predictor for physical wellbeing ($p < 0.001$); being older was associated with a more deteriorated physical wellbeing at t0.

On the other hand, mental wellbeing was not predicted by medical factors, but by sociodemographic ones. While per-person household income was a positive predictor ($p = 0.002$), having an immigration background was a negative predictor ($p < 0.05$) for mental wellbeing at t0. However, only immigration background continued to be a significant predictor of mental wellbeing at t1 ($p = 0.007$).

Moreover, the multivariate linear regression analysis showed that failure to RTW, and as alternatively examined, fulfilling more criteria of a BBPL negatively predicted physical wellbeing at both timepoints in the study and mental wellbeing at t1 ($p < 0.001$ for all). Even though BBPL and RTW predicted HRQL in the same manner, BBPL had a slightly lower predictive power for physical wellbeing than RTW at both t0 and t1. However, the SIMBO variable BBPL doesn't only consider the employment status, but also other dimensions that

indicate the need for occupational rehabilitation such as the patient's perspectives about the future working situation.

Discussion

The results of this study confirm the deteriorating effect of breast cancer on the HRQL. This points towards the importance of considering interventions that aim to improve HRQL of breast cancer survivors. A special focus should be drawn to the mental wellbeing dimension of HRQL which unlike physical wellbeing, did not significantly improve during the study period. Encouraging breast cancer survivors to consider occupational rehabilitation measures which may ease their early come back to work could be advantageous for improving their HRQL.

Funding: Deutsche Rentenversicherung Bund

References

- Benson, JR., Jatoi, I. (2012): The global breast cancer burden. *Future Oncology*, 6. 697-702.
- Howard-Anderson, J., Ganz, PA., Bower, JE., Stanton, AL. (2012): Quality of life, fertility concerns, and behavioral health outcomes in younger breast cancer survivors: A systematic review. *Journal of the National Cancer Institute*, 104. 386-405.
- Howlader, N., Noone, AM., Krapcho, M., Miller, D., Bishop, K., et al. (2017): SEER cancer statistics review, 1975-2014, national cancer institute. URL: https://seer.cancer.gov/csr/1975_2014/, cited on: 28.03.2018.
- Montazeri, A. (2008): Health-related quality of life in breast cancer patients: A bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research*, 27.

Vorhersage der Nicht-Rückkehr in Arbeit bei onkologischen Rehabilitanden: Längsschnittanalyse mit dem Screening-Instrument Beruf und Arbeit (SIBAR)

Fausser, D. (1), Wienert, J. (2), Bethge, M. (1)

(1) Universität zu Lübeck, (2) Jacobs University Bremen

Zielstellung

Arbeit ist ein zentraler Bestandteil des Lebens für Überlebende einer Krebserkrankung und beeinflusst deren Gesundheit und Lebensqualität. Überlebende einer Krebserkrankung sind jedoch häufiger arbeitslos oder frühberentet als nicht an Krebs erkrankte Personen (de Boer et al., 2009). Berufsbezogene Rehabilitationsprogramme können bei der Rückkehr in Arbeit unterstützen. Eine berufsbezogene Ausrichtung der Rehabilitation ist jedoch nicht für alle Versicherten erforderlich und erfolgsversprechend (Bethge, 2017). Eine Identifizierung von an Krebs erkrankten Personen mit erhöhtem berufsbezogenem Behandlungsbedarf lässt sich mit dem Screening-Instrument Beruf und Arbeit (SIBAR) realisieren (Böttcher et al., 2013; Bürger & Deck, 2009). Der SIBAR besteht aus drei Skalen, die jeweils das sozialmedizinische Risiko (Frühberentungsrisiko; SIBAR-1-Skala), berufliche Belastungen (SIBAR-2) und den subjektiven berufsbezogenen Behandlungsbedarf (SIBAR-3) abbilden. Ziel dieser Arbeit ist

es, die Vorhersagekraft der SIBAR-1-Skala für die Nicht-Rückkehr in Arbeit ein Jahr nach Rehabilitationsende zu untersuchen.

Methoden

Die Analysedaten wurden im Rahmen einer cluster-randomisierten Multicenterstudie zur Wirksamkeit der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation in der Onkologie erhoben (Wienert et al., 2016; Deutsches Register Klinischer Studien: DRKS00007770). Eingeschlossen wurden onkologische Rehabilitanden im erwerbsfähigen Alter mit einem erhöhten Wiedereingliederungsrisiko (mindestens eine auffällige Skala auf dem SIBAR), einer vorläufigen positiven sozialmedizinischen Prognose und einem Karnofsky-Index ≥ 70 %. In vier Rehabilitationszentren wurden zu Beginn der Rehabilitation die Daten zum SIBAR erhoben. Die Rückkehr in Arbeit wurde ein Jahr nach Rehabilitationsende durch postalische Befragungen erfasst. Die SIBAR-1-Skala lässt sich in zwei Risikoklassen mit einem geringem (Werte < 8) und erhöhtem (Werte ≥ 8) sozialmedizinischen Risiko kategorisieren (Bürger & Deck, 2009). Der Zusammenhang zwischen der SIBAR-1-Skala und der Zeit bis zur Rückkehr in Arbeit wurden mittels Kaplan-Meier-Kurven und Cox-Regression analysiert. Zudem wurden als Kennwerte der prognostischen Genauigkeit Sensitivität, Spezifität, Likelihood Ratios und die Area under the curve (AUC) berechnet.

Ergebnisse

Zum Zeitpunkt ein Jahr nach Rehabilitationsende lagen die Daten zur Rückkehr in Arbeit für 356 Rehabilitanden vor. Der Großteil der Teilnehmer war weiblich (67,4 %), im Durchschnitt 51 Jahre alt (SD = 6,9) und Brustkrebs war mit 31,5 % die häufigste Krebsdiagnose. Ein erhöhtes Frühberentungsrisiko (SIBAR-1) zeigte sich bei 42,7 %, berufliche Belastungen (SIBAR-2) bei 39,9 % und berufsbezogener Behandlungsbedarf (SIBAR-3) bei 69,7 % der Teilnehmer. Die Rückkehr in Arbeit ein Jahr nach Rehabilitationsende gelang 73,3 % der Teilnehmer. Der Mittelwert der SIBAR-1-Skala lag bei Personen, die zurückgekehrt sind, bei 6,3 (SD = 3,4) und bei Personen, die nicht zurückgekehrt sind, bei 9,5 (SD = 4,0) Punkten. Personen mit einem hohen Wiedereingliederungsrisiko kehrten deutlich seltener und sehr viel später zurück in Arbeit (Abbildung 1).

Der Median für die Zeit bis zur Rückkehr in Arbeit differierte zwischen Personen mit geringem und hohem Frühberentungsrisiko um etwa ein halbes Jahr (SIBAR-1 < 8 : Median 54 Tage; SIBAR-1 ≥ 8 : 242 Tage). Nach einem Jahr waren 15,2 % der Personen mit geringem Risiko und 42,1 % der Personen mit hohem Risiko noch nicht in Arbeit zurückgekehrt. Die Cox-Regression zeigte, dass die Risikostratifizierung der SIBAR-1-Skala mit der Nicht-Rückkehr in Arbeit ein Jahr nach Rehabilitationsende assoziiert ist (HR = 2,68; 95 % KI: 2,06 bis 3,47; $p < 0,001$). Beim Trennwert von 8 Punkten zeigte die SIBAR-1-Skala für die Nicht-Rückkehr in Arbeit eine Sensitivität von 0,67, eine Spezifität von 0,66, eine positive und negative Likelihood Ratio von 1,99 und 0,49 sowie eine AUC von 0,635.

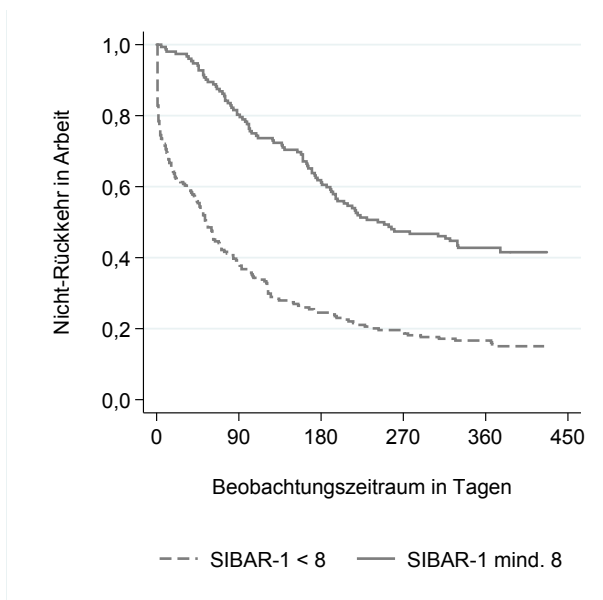


Abb. 1: Zeit bis Rückkehr in Arbeit nach Frühberentungsrisiko

Anm.: y-Achse = kumulierte Wahrscheinlichkeit für die Nicht-Rückkehr in Arbeit; x-Achse = Beobachtungszeitraum in Tagen; n = 356

Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass die SIBAR-1-Skala und die spätere Rückkehr in Arbeit bei onkologischen Rehabilitanden assoziiert sind. Auch in einer Stichprobe von Krebsüberlebenden mit erhöhtem Risiko – wenigstens eine drei Skalen des SIBAR war auffällig – ist die SIBAR-1-Skala für das Scheitern beruflicher Wiedereingliederung prognostisch bedeutsam. Aufgrund der Einschlusskriterien (wenigstens eine auffällige Skala auf dem SIBAR) dürften die in unserer Stichprobe berechneten Kennwerte diagnostischer Genauigkeit die wahre Sensitivität und Spezifität unterschätzen, da die Werte auf dem SIBAR der von uns eingeschlossenen Personen über den Werten liegen, die für die Gesamtheit der in der onkologischen Rehabilitation behandelten Personen berichtet werden (Böttcher et al., 2013; Bürger & Deck, 2009).

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Bethge, M. (2017): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. *Rehabilitation*, 56. 14-21.
- Böttcher, M., Steimann, M., Ullrich, A., Rotsch, M., Zurborn, K.H., Koch, U., Bergelt, C. (2013): Work-related predictors of not returning to work after inpatient rehabilitation in cancer patients. *Acta Oncologica*, 52. 1067-1075.
- Bürger, M., Deck, R. (2009): SIBAR – ein kurzes Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation*, 48. 211-221.
- de Boer A.G., Taskila T., Ojajarvi A., van Dijk F.J., Verbeek J.H. (2009): Cancer survivors and unemployment: a meta-analysis and meta-regression. *JAMA*, 301. 753-762.

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.

Zufriedenheit von Rehabilitanden in der Onkologie. Erfahrungsberichte in den sozialen Medien

Hopf, F. (1), Patzelt, C. (1), Emmert, M. (2), Sander, U. (1)

(1) Hochschule Hannover, (2) Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg

Zielstellung

Nationale und internationale Studien haben gezeigt, dass Patientenerfahrungsberichte in den sozialen Medien sowohl für den niedergelassenen als auch im stationären Versorgungsbereich eine nicht mehr zu vernachlässigende Bedeutung erlangt haben und für Patienten bei der Krankenhauswahl eine wichtige Rolle spielen (Emmert und Schlesinger 2017, Bardach et al. 2013). Bisher unbekannt ist, welche Relevanz Onlinebewertungen für die Rehabilitation haben, anhand welcher Kriterien sie erfolgen und welche Herausforderungen und Nutzungspotenziale sich daraus ergeben. Die ZURESÖ-Studie untersucht erstmalig Rehabilitandenzufriedenheit in den sozialen Medien in Deutschland. Ziel ist es, Erfahrungsberichte und Bewertungen von Rehabilitanden auf dem Bewertungsportal Klinikbewertungen.de sowie dem sozialen Netzwerk Facebook für acht QS-Vergleichsgruppen (Orthopädie, Onkologie, Kardiologie, Innere Medizin, Neurologie, Gastroenterologie, Pneumologie/Dermatologie, Psychosomatik) der Rentenversicherung zu analysieren. Am Beispiel der Onkologie werden erste Studienergebnisse vorgestellt.

Methoden

Qualitative und quantitative Datenanalysen nach Datenextraktion des Bewertungsportals Klinikbewertungen.de. Einschlusskriterien: Bewertungen und Erfahrungsberichte von Rehabilitanden im Zeitraum Oktober 2014 bis September 2017, stationäre Rehabilitationseinrichtungen der DRV Bund sowie federführend belegte Einrichtungen in den acht QS-Vergleichsgruppen. Ausschlusskriterium: ambulante Rehabilitation, Kinder- und Jugendrehabilitation, Sucht-Rehabilitation, Bewertungen und Erfahrungsberichte von Angehörigen und Mitarbeitern. Neben einem Erfahrungsbericht inklusive Titel und den offenen Antwortformaten Pro, Kontra und Krankheitsbild können Rehabilitanden auf dem Portal die Gesamtzufriedenheit bewerten (4-er Skala: sehr zufrieden-unzufrieden) sowie die Rehaklinik weiterempfehlen (ja/nein). Es erfolgt die Deskription der Gesamtzufriedenheit und Weiterempfehlung.

Datengrundlage bilden N= 24.806 Erfahrungsberichte und Bewertungen über alle QS-Vergleichsgruppen. Die Indikationsgruppe Onkologie umfasst n=2.929 (11,8%). Diese bildet die Basis für die dargestellten Auswertungen. Aus dem Datensatz der Onkologie wurde eine geschichtete Zufallsstichprobe nach der bewerteten Gesamtzufriedenheit gezogen (jeweils 30 sehr zufriedene, zufriedene, weniger zufriedene und unzufriedene Bewertungen, n=120).

Diese wurden qualitativ inhaltsanalytisch ausgewertet mit Entwicklung eines deduktiv-induktiven Kategoriensystems (Kuckartz, 2012).

Ergebnisse

Deskriptive Statistik:

Insgesamt (n=24.806) gaben 64% aller Rehabilitanden an, sehr zufrieden mit ihrem Rehabilitationsaufenthalt gewesen zu sein, 16% gaben an zumindest zufrieden gewesen zu sein. Dahingegen waren 9% der Rehabilitanden weniger zufrieden und 12% unzufrieden mit ihrem Rehabilitationsaufenthalt. In der Onkologie weisen die Rehabilitanden (n=2.929) die höchsten Zufriedenheitswerte auf. 77% gaben an sehr zufrieden und 11% zufrieden mit ihrem Aufenthalt gewesen zu sein, 6% waren weniger zufrieden und 6% unzufrieden. Rund 85% der onkologischen Rehabilitanden würden ihre Rehabilitationseinrichtung weiterempfehlen während 11% keine Weiterempfehlung aussprechen. 4% machten keine Angabe.

Qualitative Inhaltsanalyse:

Für die Zuordnung der Kommentare wurden drei Oberkategorien erstellt (Sentiment positiv/neutral/negativ (3), Personal (13), Thema (45)). Die meisten Fälle bezogen sich dabei insbesondere auf die folgenden thematischen Inhalte: Gesamteindruck (n=146), Verpflegung (n=102), Lage und Umgebung (n=68), Zimmer (n=66) sowie Maßnahmen allgemein (n=29). Die meisten positiven Bewertungen in Bezug auf das Thema bei mindestens 20 enthaltenen Fällen hatten die Kategorien „Lage/Umgebung“ (n=68, 71% davon positiv), „Rehaerfolg“ (n=41, 63% positiv), „Weiterempfehlung“ (n=34, 65% positiv), „sonstige Behandlung“ (n=41, 61% positiv) oder „Verpflegung“ (n=102, 55% positiv). Am negativsten bewertet in Bezug auf das Thema wurden die Themen „Internet/Telefon/Fernsehen“ (n=27, davon 92% negativ), „Zeitmanagement“ (n=27, 79% negativ), „Service“ (n=38, 78% negativ), „Verwaltungsabläufe/Klinikmanagement“ (n=34, 73% negativ) oder „Hygiene“ (n=40, 68% negativ).

Auf Fallebene wurden für folgende Personalgruppen die meisten Aussagen gemacht: „Ärzte“ (n=116, davon 58% positiv), „Personal“ (n=82, 79% positiv), „Therapeuten“ (n=104, 88% positiv), „Pflege“ (n=28, 89% positiv), „Küche“ (n=13, 77% positiv).

Fazit

Die deskriptiven Analysen zeigen, dass die meisten Rehabilitanden mit ihrem Rehabilitationsaufenthalt insgesamt zufrieden sind, wobei es zwischen den Indikationsgruppen Unterschiede bezüglich der Zufriedenheit gibt. Rehabilitanden in der Onkologie sind insgesamt am zufriedensten mit ihrem Rehabilitationsaufenthalt. Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse zeigen, dass Rehabilitanden wenig über ihr Krankheitsbild oder das medizinische Outcome berichten, sondern vielmehr die Einschätzung des Personal, die Lage der Rehabilitationseinrichtung, Verpflegung und Ausstattung der Zimmer in Erfahrungsberichten eine zentrale Rolle spielen. De Vries et al. (2011) berichtete, dass der zwischenmenschliche Umgang als wichtigster Faktor für Patientenzufriedenheit in der Rehabilitation genannt wurde. Zudem wurde die Freizeitgestaltung wichtiger empfunden als die Behandlungsmaßnahmen (ebd). Auch in unserer Studie sollen die Gründe für Rehabilitandenzufriedenheit in weitergehenden Auswertungen identifiziert werden. Dafür soll

der Einfluss einzelner Themen auf die Weiterempfehlung und Gesamtzufriedenheit mittels logistische Regressionsanalyse untersucht werden.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Bardach, Naomi S.; Asteria-Peñaloza, Renée; Boscardin, W. John; Dudley, R. Adams (2013): The relationship between commercial website ratings and traditional hospital performance measures in the USA. In: *BMJ Quality & Safety* 22 (3), S. 194–202.
- De Vries U.; Lange M.; Krohn-Grimberghe B., Petermann F. (2011). Subjektive Wirkfaktoren der orthopädisch-rheumatologischen Rehabilitation – die Patientenperspektive. In: *Reha* (82), S. 3-4.
- Emmert M.; Schlesinger M., (2017). Hospital Quality Reporting in the United States: Does Report Card Design and Incorporation of Patient Narrative Comments Affect Hospital Choice? In: *Health Services Research* 52 (3), S. 933–958.
- Kuckartz U. (2012). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung.*, 2. Aufl. Weinheim: Beltz Juventa, S. 44.
- Mowery J.; Andrei A.; Leeds E.H.; Jian J.; Ward M. (2016): Assessing Quality of Care and Elder Abuse in Nursing Homes via Google Reviews. In: *Online Journal of Public Health Informatics* 8(3): e201, zuletzt geprüft am 01.11.2018.
- Ranard, Benjamin L.; Werner, Rachel M.; Antanavicius, Tadas; Schwartz, H. Andrew; Smith, Robert J.; Meisel, Zachary F. et al. (2016). Yelp Reviews Of Hospital Care Can Supplement And Inform Traditional Surveys Of The Patient Experience Of Care. In: *Health affairs (Project Hope)* 35 (4), S. 697–705.

Körperliche Aktivität und Sitzen von Personen mit COPD vor einer pneumologischen Rehabilitation – eine Clusteranalyse

Geidl, W. (1), Carl, J. (1), Leibert, N. (2), Wittmann, M. (2), Schultz, K. (2), Pfeifer, K. (1)

(1) Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen,

(2) Klinik Bad Reichenhall

Zielstellung

Bewegungsförderung ist ein zentrales Ziel der pneumologischen Rehabilitation (Spruit et al., 2013). Über das Bewegungsverhalten von Menschen mit COPD vor und nach einer Rehabilitation liegen national bislang kaum objektiv gemessene Daten vor (Geidl et al., 2017a). Ein Ziel der STAR-Studie (Stay-Active-After-Rehabilitation; Geidl et al., 2017b) ist es, das körperliche Aktivitäts- und Sitzverhalten vor Rehabilitationsbeginn zu erheben und zu klassifizieren.

Methoden

394 Personen mit COPD trugen zwei Wochen vor Beginn der Rehabilitation sieben Tage lang einen triaxialen Beschleunigungsmesser (Actigraph wGT3X). Zusätzlich wurden Alter, Geschlecht, Body-Mass-Index (BMI), Krankheitsschwere (GOLD), Lebensqualität (CAT) und körperlicher Funktions-status (6-Min-Gehtest) bei Reha-Antritt gemessen. Mittels Clusteranalyse wurden auf Basis von zentralen Sitz- und Aktivitätsparametern des Beschleunigungsmessers (vgl. Mesquita et al., 2017) Cluster identifiziert. Diese wurden mittels univariater Varianzanalysen und post-hoc-Tests (Bonferroni) verglichen.

Ergebnisse

Von 326 Personen (31,6% Frauen; Alter \bar{x} = 58 Jahre) lagen vollständige Datensätze vor. Es konnten vier Cluster identifiziert werden (vgl. Tab. 1). Die Cluster erklären 50-76% der Varianz in den Bewegungsparametern. Die Gruppen unterscheiden sich signifikant im GOLD-Schweregrad, FEV1, CAT und 6-Min-Gehtest.

Tab. 1: Bewegungscluster mit soziodemografischen und krankheitsbezogenen Daten.

	<i>Gruppe 1</i>	<i>Gruppe 2</i>	<i>Gruppe 3</i>	<i>Gruppe 4</i>	<i>p</i>	<i>Effekte η^2</i>	<i>post hoc</i>
Allgemeine Charakteristika							
n	93	136	64	33			
%	28,5%	41,7%	19,6%	10,1%			
Alter	59,5	58,0	57,1	57,4	.046	.025	1 > 3
Geschlecht, % männlich	72,0	68,1	64,1	65,5	.062	(<i>V</i> = .062)	
BMI	27,39	27,44	27,40	27,19	.998	.000	
GOLD-Klassifikation	2,86	2,44	2,13	2,03	<.001	.145	1 > 2 > 3,4
FEV ₁	43,10	54,25	61,82	64,89	<.001	.175	1 < 2 < 3,4
CAT	26,37	22,34	22,63	20,59	<.001	.087	1 > 2,3,4
Sechs-Minuten-Gehtest	377,2	455,0	496,7	503,3	<.001	.181	1 < 2 < 3,4
Körperliche Aktivität (min/Tag)							
Sehr leichte Aktivität	102,97	147,86	191,61	210,16	<.001	.533	1 < 2 < 3 < 4
Leichte Aktivität	25,00	44,81	70,22	93,92	<.001	.760	1 < 2 < 3 < 4
Moderate Aktivität	9,23	27,60	38,49	69,76	<.001	.600	1 < 2 < 3 < 4
Intensive Aktivität	0,13	0,34	0,36	1,64	<.001	.067	1,2,3 < 4
Schrittzahl (S/Tag)	2749	5649	7866	11045	<.001	.678	1 < 2 < 3 < 4
Sitzverhalten (min/Tag)							
Gesamtzeit	644,33	561,46	490,22	445,58	<.001	.501	1 > 2 > 3 > 4
Tragedauer (min/Tag)							
	780,1	770,4	780,1	819,7	.144	.017	

Fazit

Die vier Cluster zeigen ein heterogenes Aktivitäts- und Sitzverhalten bei Menschen mit COPD; es konnten sowohl körperlich eher inaktive aber auch bemerkenswert aktive Cluster identifiziert werden. Die vier Cluster unterscheiden sich durch die in den vier Intensitätsbereichen verbrachte Zeit, wobei mehr Zeit in einer Intensitätskategorie auch jeweils mit mehr Zeit in den anderen Intensitätskategorien verbunden ist; mehr Bewegungszeit wird in den Clustern jeweils durch eine entsprechend geringere Sitzzeit kompensiert.

Gemeinsam mit den weiteren Ergebnissen der STAR-Studie (6-Wochen- und 6-Monats-Follow-up-Messungen des Aktivitätsverhaltens sowie Assessment bedeutsamer Determinanten des Bewegungsverhaltens zu Reha-Beginn und Reha-Ende) können Veränderungen des Aktivitäts- und Sitzverhaltens beschrieben und besser verstanden werden. Die Ergebnisse bilden die Basis für eine optimierte Bewegungsförderung innerhalb der Rehabilitation.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd

Literatur

- Geidl, W., Cassar, S., Schultz, K., Leibert, N., Wingart, S., Pfeifer, K. (2017a): Körperlich aktiver Lebensstil nach einer pneumologischen Rehabilitation bei COPD - Wunsch oder Wirklichkeit? *Atemwegs- und Lungenerkrankungen*, 43. 269-275. Doi: 10.5414/ATX02188.
- Geidl, W., Semrau, J., Streber, R., Leibert, N., Wingart, S., Tallner, A., Wittmann, M., Wagner, R., Schultz, K., Pfeifer, K. (2017b). Effects of a brief, pedometer-based behavioral intervention for individuals with COPD during inpatient pulmonary rehabilitation on 6-week

and 6-month objectively measured physical activity. Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 18. Doi: 10.1186/s13063-017-2124-z.

Mesquita, R., Spina, G., Pitta, F., Donaire-Gonzalez, D., Deering, B. Patel, M. (2017): Physical activity patterns and clusters in 1001 patients with COPD. *Chronic Respiratory Disease*, 2. Doi: 10.1177/1479972316687207.

Spruit, M, Singh, S., Garvey, C., ZuWallack, R., Nici, L., Rochester, C. (2013): An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 188. e13-e64. Doi: 10.1164/rccm.201309-1634ST.

Depressionen und Ängste in der Asthmarehabilitation: Prävalenz, klinische Bedeutsamkeit und Veränderbarkeit durch die Reha

Schuler, M. (1), Wittmann, M. (2), Leibert, N. (2), Schwarzkopf, L. (3), Nowak, D. (4), Faller, H. (1), Schultz, K. (2)

(1) Universität Würzburg, (2) Klinik Bad Reichenhall,
(3) Helmholtz Zentrum München, (4) Universität München

Zielstellung

Depressionen und Ängste sind verbreitete komorbide Erkrankungen bei Patienten mit unkontrolliertem Asthma (Urrutia et al, 2012). Daten über Asthmarehabilitanden in Deutschland liegen bislang aber nur wenige vor. In dieser Studie werden folgende Fragen untersucht: 1. Wie häufig treten klinisch relevante Angst- und Depressionssymptome bei Asthmarehabilitanden auf? 2. Wie hängen Angst- und Depressionssymptome mit Asthmakontrolle und Lebensqualität zusammen? 3. Reduziert eine pneumologische Reha (PR) Angst- und Depressionssymptome bei Asthmapatienten?

Methoden

Die Auswertungen beruhen auf der EPRA-Studie, einer randomisierten kontrollierten Studie mit Wartegruppendesign, die die Wirksamkeit einer 3-4 wöchigen stationären PR bei Asthma (Schultz et al., 2017) untersucht. Neben dem primären Outcome Asthmakontrolle (mittels Asthma Control Test erfasst) wurden gesundheitsbezogene Lebensqualität (QoL, mittels Asthma Quality of Life Questionnaire erfasst), depressive Symptome (mittels Patient Health Questionnaire-9 erfasst) und Ängste (mittels Generalized Anxiety Disorder Questionnaire, GAD-7 erfasst) als sekundäre Outcomes untersucht. N=412 Patienten mit nicht kontrolliertem Asthma (□ Alter 51,1 ± 8,8 J, 42,5% Frauen) wurden nach Antragsbewilligung (T0) randomisiert entweder der Interventionsgruppe (IG, n=202; Rehabeginn nach 1 Monat [T1]) oder der Kontrollgruppe (KG, n=210; Rehabeginn nach 5 Monaten [T3]) zugeteilt. Zielparameter der RCT waren primäre und sekundäre Outcomes zu T3. Die Auswertung der RCT erfolgte nach dem Intention-to-treat-Prinzip mittels Kovarianzanalysen (Einbezug der jeweiligen Baselinewerte).

Ergebnisse

Nach Antragstellung wiesen 36,2% der Rehabilitanden klinisch relevante Depressionssymptome (PHQ-9 > 9) und 29,0% der Rehabilitanden klinisch relevante Angstsymptome (GAD-7 > 9) auf, die Mittelwerte lagen bei $M=8,3$ (PHQ-9) und $7,5$ (GAD-7). Höhere Depressions- und Angstwerte waren mit geringerer Asthmakontrolle ($r(\text{PHQ-9})=-0,31$; $r(\text{GAD-7})=-0,25$) und geringere QoL assoziiert ($r(\text{PHQ-9})=-0,53$; $r(\text{GAD-7})=-0,48$). Zu T3 wiesen in der IG noch 16,0% (12,4%) klinisch relevante Depressionssymptome (Angstsymptome) auf, in der KG 28,3% (26,2%; jeweils $p < 0,001$). Die Mittelwerte in PHQ-9 und GAD-7 waren nach 3 Monaten in der IG ($M(\text{PHQ-9})=4,9$; $M(\text{GAD-7})=4,4$) ebenfalls signifikant geringer (jeweils $p < 0,001$) als in der KG ($M(\text{PHQ-9})=7,5$; $M(\text{GAD-7})=7,1$). Die Effektstärken ($\eta^2(\text{GAD-7})=0,083$; $\eta^2(\text{PHQ-9})=0,10$) sind als mittel bis hoch zu bewerten.

Fazit

Klinisch relevante depressive und Angstsymptome finden sich bei ca. einem Drittel der Asthmarehabilitanden und gehen mit geringerer Asthmakontrolle und Lebensqualität einher. Eine 3-wöchige PR bewirkt bei Asthmapatienten mit unkontrolliertem Asthma neben der Verbesserung von Asthmakontrolle und Lebensqualität (Schultz et al., in prep.) eine klinisch relevante Reduktion von Ängsten und depressiven Symptomen. Die Asthmarehabilitation scheint sich also günstig auf Angst und Depressivität auszuwirken.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd

Literatur

- Schultz, K., Seidl, H., Jelusic, D., Wagner, R., Wittmann, M., Faller, H., Nowak, D. & Schuler, M. (2017). Effectiveness of pulmonary rehabilitation for patients with asthma: study protocol of a randomized controlled trial (EPRA). *BMC Pulmonary Medicine*, 17. doi: 10.1186/s12890-017-0389-3.
- Urrutia, I., Aguirre, U., Pascual, S., Esteban, C., Ballaz, A., Arrizubieta, I., & Larrea, I. (2012). Impact of anxiety and depression on disease control and quality of life in asthma patients. *Journal of Asthma*, 49(2), 201-208. doi: 10.3109/02770903.2011.654022.

Der Zusammenhang zwischen psychosozialen Arbeitsbedingungen und der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit von Arbeitnehmer*innen mit Asthma

Heinrichs, K. (1), Hummel, S. (2), Gholami, J. (3), Schultz, K. (4), Li, J. (5), Loerbroks, A. (6)
(1) HHU Düsseldorf, (2) MEDIAN Klinik Heiligendamm, (3) Borkum,
(4) Klinik Bad Reichenhall, (5) Düsseldorf, (6) Universität Düsseldorf

Zielstellung

Asthma bronchiale verursacht hohe Kosten für Patienten, Arbeitgeber und Versicherungsträger (Aumann et al., 2014). Bisherige Studien konnten aufzeigen, dass Arbeitsbedingungen einen Einfluss z. B. auf Asthma-Selbstmanagement und asthmabezogene Lebensqualität haben (Hartmann et al., 2016; Heinrichs et al., 2018;

Heinrichs et al., (im Druck)). In der vorliegenden Arbeit soll untersucht werden, ob ein Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen und der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit (SPE) besteht.

Methoden

An drei kooperierenden Kliniken wurden stationäre Rehabilitand*innen mit Asthma für eine Fragebogenstudie rekrutiert. Unter anderem wurden der Entscheidungsspielraum (ESR; also die Freiheit zu entscheiden, welche Aufgaben man wie und wann erledigt) am Arbeitsplatz, soziale Unterstützung sowie weitere potentiell asthmarelevante Arbeitsbedingungen im Rahmen der eigens entwickelten DReAM („Determinanten arbeitsbezogenen Asthma-Selbstmanagements“) -Skala als Prädiktoren erfasst. Als Outcome wurde die SPE mit drei Items (Mittag & Raspe, 2003) erhoben: 1. „Wenn Sie an Ihren derzeitigen Gesundheitszustand und Ihre berufliche Leistungsfähigkeit denken: Glauben Sie, dass Sie bis zum Erreichen des Rentenalters berufstätig sein können?“, 2. „Sehen Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand Ihre Erwerbsfähigkeit dauerhaft gefährdet?“, 3. „Tragen Sie sich zurzeit mit dem Gedanken, einen Rentenantrag (Frührente aus Gesundheitsgründen) zu stellen?“ Die Variablen wurden dichotomisiert, und mithilfe logistischer Regression wurden Odds Ratios (ORs, unadjustiert und adjustiert) mit 95% Konfidenzintervallen (KI) berechnet.

Ergebnisse

Unsere Stichprobe umfasste 221 Personen. Als ungünstige psychosoziale Arbeitsbedingungen gelten 1. niedriger berichteter ESR am Arbeitsplatz, 2. wenig erfahrene soziale Unterstützung und 3. geringe DReAM-Werte. Ungünstige psychosoziale Arbeitsbedingungen standen mit stärkerer Unsicherheit, bis zum Erreichen des Rentenalters berufstätig sein können, in einem Zusammenhang (adjustierte OR=2,28; 95% KI=1,19-4,37; bzw. OR=2,78; 95% KI=1,43-5,40; bzw. OR=3,20; 95% KI=1,60-6,39), ebenso wie mit der subjektiven Gefährdung der Erwerbsfähigkeit durch den derzeitigen Gesundheitszustand (adjustierte OR=3,89; 95% KI=2,03-7,46; bzw. OR=2,05; 95% KI=1,08-3,90; bzw. OR=5,55; 95% KI=2,85-10,82). Die Zusammenhänge zwischen den ungünstigen psychosozialen Arbeitsbedingungen und dem Gedanken an die Beantragung einer Frührente aus Gesundheitsgründen fiel weniger stark aus (adjustierte OR=1,54; 95% KI=0,60-3,98; bzw. OR=2,18; 95% KI=0,83-5,77; bzw. OR=2,64; 95% KI=1,04-6,71).

Fazit

In dieser Studie wurde erstmalig gezeigt, dass psychosoziale Arbeitsbedingungen von Erwerbstätigen mit Asthma in Zusammenhang mit der SPE stehen, besonders mit der Überzeugung, bis zum Erreichen des Rentenalters berufstätig sein zu können, und der subjektiven Gefährdung der Erwerbsfähigkeit durch den derzeitigen Gesundheitszustand. Zukünftige Forschung sollte anhand von Langzeitstudien feststellen, ob kausale Zusammenhänge zwischen psychosozialen Arbeitsbedingungen und der SPE bestehen. Sollte dies der Fall sein, könnte überprüft werden, ob Maßnahmen für Rehabilitand*innen mit Asthma zur Verbesserung ihrer psychosozialen Arbeitsbedingungen zu einer günstigeren SPE führen.

Förderung: Rehabilitations-Forschungsnetzwerk der Deutschen Rentenversicherung Rheinland

Literatur

- Aumann, I., Prenzler, A., Welte, T., Gillissen, A. (2014): Epidemiologie und Kosten von Asthma bronchiale in Deutschland – eine systematische Literaturrecherche. *Pneumologie*, 68(8), 557-567.
- Hartmann, B., Leucht, V., Loerbroks, A. (2017): Work stress, asthma control and asthma-specific quality of life: Initial evidence from a cross-sectional study. *Journal of Asthma*, 54(2), 210-216.
- Heinrichs, K., Angerer, P., Loerbroks, A. (im Druck): Psychosocial working conditions as determinants of asthma self-management at work: A systematic review. *Journal of Asthma*.
- Heinrichs, K., Vu-Eickmann, P., Hummel, S., Gholami, J., Loerbroks, A. (2018): What are the perceived influences on asthma self-management at the workplace? A qualitative study. *BMJ Open*, 8(8), e022126.
- Mittag, O., Raspe, H. (2003): Eine kurze Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit: Ergebnisse einer Untersuchung an 4279 Mitgliedern der gesetzlichen Arbeiterrentenversicherung zu Reliabilität (Guttman-Skalierung) und Validität der Skala. *Rehabilitation (Stuttg)*, 42(3), 169-174.

Asthmakontrolle 3, 6 und 12 Monate nach stationärer pneumologischer Rehabilitation (EPRA-Studie)

Schultz, K. (1), Wittmann, M. (1), Wagner, R. (1), Leibert, N. (1), Schwarzkopf, L. (2), Szentes, B. (2), Nowak, D. (3), Faller, H. (4), Schuler, M. (4)

(1) Klinik Bad Reichenhall, (2) Helmholtz Zentrum München, (3) Universität München, (4) Universität Würzburg

Zielstellung

Trotz guter medikamentöser Therapieoptionen erreichen auch in Deutschland fast 50% der Asthmatiker keine Asthmakontrolle (AC) (Braidó et al., 2016). Daher werden Asthmatiker häufig in pneumologische Rehabilitations-Programme eingeschlossen, wenngleich bisher weltweit keine randomisierten Studien zur Wirksamkeit der pneumologischen Rehabilitation (PR) bei Asthma im Vergleich zur üblichen ambulanten Behandlung („usual care“/UC) publiziert wurden. Diese Datenlücke soll durch die EPRA-RCT geschlossen werden.

Methoden

Die EPRA-Studie (Effektivität pneumologischer Rehabilitation bei Asthma bronchiale) beinhaltet ein zweigeteiltes Studiendesign: 1. eine randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie (RCT) mit Wartegruppensdesign; 2. eine sich an die RCT anschließende prospektive Beobachtungsstudie über 12 Monate: Hierfür werden von allen Patienten Daten bis 12 Monate nach Ende der PR erhoben. Die Daten der Interventionsgruppe (IG) und der Kontrollgruppe (KG) werden für diesen 2. Studienteil gepoolt und zusammen ausgewertet (Schultz et al. 2017).

1. RCT: 6/2015 bis 8/2017 wurden 412 Patienten mit nicht kontrolliertem Asthma (mittleres Alter 51,1 ± 8,8J, 42,5% Frauen) nach Antragsbewilligung (T0) randomisiert entweder der IG

(n=202) oder der KG (n=210) zugeteilt. Die IG wurde einen Monat nach Reha-Bewilligung zu einer dreiwöchigen stationären PR aufgenommen (T1 = Reha-Beginn, T2 = Reha-Ende, T3 = 3 Monate nach Entlassung der IG aus der Reha). Die KG durchlief hingegen erst 5 Monate nach T0 (d.h. ab T3) eine identische PR (s. Abb. 1).



Abb. 1: Studiendesign der RCT

Die Asthmakontrolle wurde mittels Asthma Control Test (ACT), die Lebensqualität (LQ) mittels Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ) erfasst. Die Auswertung der RCT erfolgte nach dem Intention-to-treat-Prinzip (ITT) mittels Kovarianzanalysen (Einbezug der jeweiligen Baselinewerte). Es werden adjustierte Mittelwertsunterschiede und Cohen's d berichtet.

Ergebnisse

Ergebnisse der RCT: Zu T2 und T3 zeigen sich bzgl. AC und LQ signifikante und klinisch relevante Effekte zugunsten der IG (s. Abb. 2 und 3). So wiesen zu T2 bzw. T3 78,4% bzw. 71,8% der Pat. der IG ein kontrolliertes Asthma auf (ACT \geq 20), in der KG nur 23% bzw. 20%. 70,6% der Pat. der IG erreichten zu T3 eine Verbesserung des AQLQ-Scores \geq 1 Pkt. (minimal important difference = 0.5 Pkt.) verglichen mit 20,7% der KG.

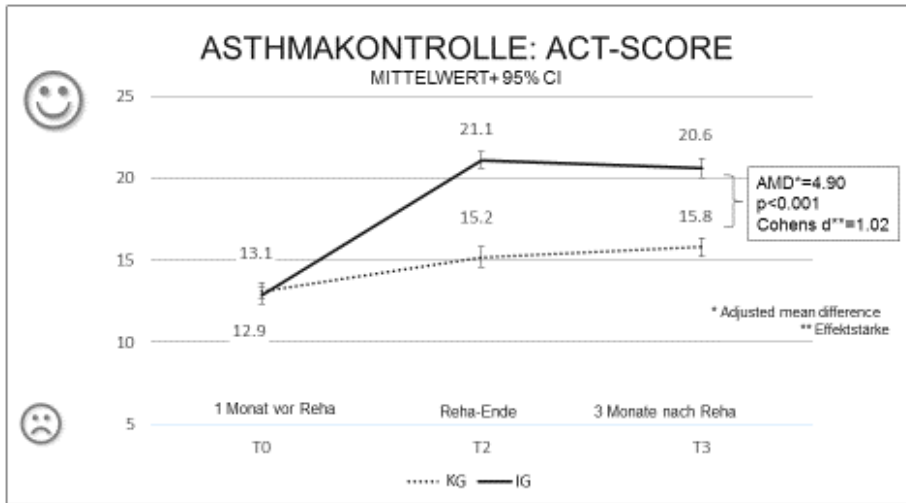


Abb. 2: Asthmakontrolle (ACT)

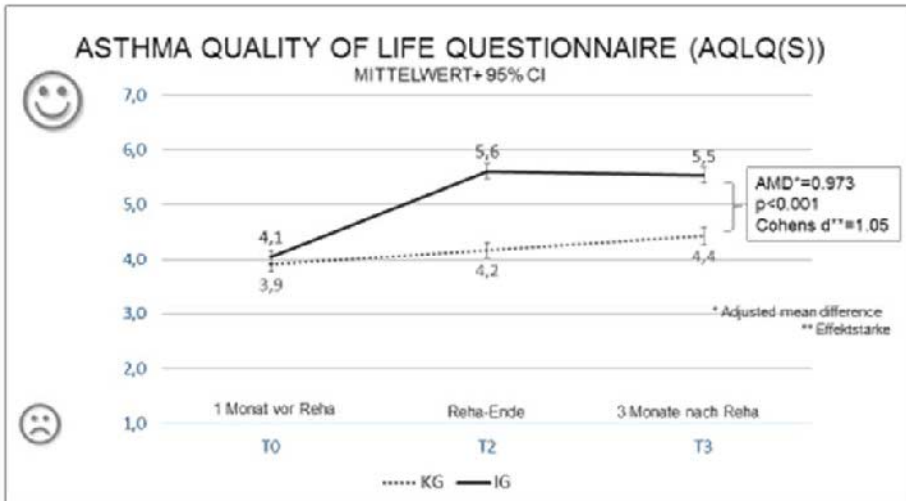


Abb. 3: Lebensqualität (AQLQ)

Follow up: Während zum Zeitpunkt der Reha-Bewilligung keiner der 412 Asthmatiker/innen die Kriterien eines kontrollierten Asthmas erfüllte, waren es 6 bzw. 12 Monaten nach Entlassung jeweils deutlich über 60 bzw. 50%.

Fazit

Diskussion: EPRA ist unseres Wissens die weltweit erste RCT, die die Effektivität der PR bzgl. AC bei Patienten mit fehlender Asthmakontrolle gegenüber UC vergleicht. Damit kann erstmals, insbesondere auch unter den Rahmenbedingungen in Deutschland, belegt werden, dass eine 3-wöchige stationäre PR im Vergleich zu „UC“ zu einer statistisch signifikanten und klinisch relevanten Verbesserung der AC und der LQ führt. Dieser Effekt hält der RCT zu Folge für mindestens ein Vierteljahr. Zudem legen die Analysen des Follow-up-Studienteils eine noch deutlich länger anhaltende Stabilisierung der AC nach einer PR nahe. Überdies war

die „UC“ in unserer Patientenkohorte überdurchschnittlich intensiv (75% der Studienteilnehmer konsultierten im Vierteljahr vor Randomisierung mindestens einmal (im Mittel 1,8-mal) einen Pneumologen), so dass bezogen auf die Routineversorgung ggf. von einem noch stärkeren PR-Effekt ausgegangen werden kann.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd

Literatur

- Braido F, Brusselle G2, Guastalla D, Ingrassia E, Nicolini G, Price D, Roche N, Soriano JB, Worth H; LIAISON Study Group. Determinants and impact of suboptimal asthma control in Europe: THE INTERNATIONAL CROSS-SECTIONAL AND LONGITUDINAL ASSESSMENT ON ASTHMA CONTROL (LIAISON) study. *Respir Res.* 2016 May 14;17(1):51. doi: 10.1186/s12931-016-0374-z.
- Schultz K, Seidl H, Jelusic D, Wagner R, Wittmann M, Faller H, Nowak D, Schuler M. Effectiveness of pulmonary rehabilitation for patients with asthma: study protocol of a randomized controlled trial (EPRA). *BMC Pulm Med.* 2017 Mar 9;17(1):49. doi: 10.1186/s12890-017-0389-3.

Psychosocial working conditions and their association with asthma control and asthma-related quality of life – a cross-sectional study

Heinrichs, K. (1), Hummel, S. (2), Gholami, J. (3), Schultz, K. (4), Li, J. (5), Sheikh, A. (6), Loerbroks, A. (7)

(1) HHU Düsseldorf, (2) MEDIAN Klinik Heiligendamm, (3) Borkum,
(4) Klinik Bad Reichenhall, (5) Düsseldorf, (6) University of Edinburgh,
(7) Universität Düsseldorf

Background

Low levels of job decision latitude (JDL) and social support are important stressors to unpleasant psychosocial work environment (Landsbergis, 2000), which may be associated with poor asthma control and poor asthma-related quality of life (QOL) (Douwes et al., 2011). To date, relationships between JDL or social support and morbidity among workers with asthma have not been explored though. We aimed to investigate the relationships between JDL and support with asthma control and asthma-related QOL. Additionally, we sought to examine to what extent asthma self-management behaviour (SMB, i.e., physical activity, trigger avoidance, acute symptom management, and communication) mediates those potential associations.

Methods

A total of 221 employees with asthma (response rate: 29.3%) completed questionnaires which assessed JDL and social support using items from the Copenhagen Psychosocial Questionnaire (Kristensen et al., 2005). A self-constructed instrument (the DReAM [Determinants of work-related asthma self-management] questionnaire) measured additional working conditions with relevance to asthma. Furthermore, we used the Asthma Control Test and the Marks Asthma Quality of Life Questionnaire (Marks et al., 1992). Asthma SMBs were

mainly measured by self-developed items. We dichotomised all variables and conducted logistic regressions to calculate odds ratios (ORs) with 95% confidence intervals (CIs).

Results

Low JDL and low social support were significantly associated with poorer asthma control (OR=2.2; 95% CI=1.1–4.4 and OR=1.9; 95% CI=1.0–3.8, respectively). Further, low support and low DReAM-scores were significantly related to worse asthma-related QOL (OR=2.3; 95% CI=1.2–4.3 and OR=2.2; 95% CI=1.1–4.1, respectively). All relationships were attenuated when we adjusted for all the above mentioned asthma SMBs (ORs ranging from 1.1 to 1.9). The type of asthma SMB which generally contributed most to that attenuation was acute asthma symptom management.

Discussion and Conclusions

Psychosocial working conditions seem to be associated with asthma morbidity. The found relationships may partly be mediated (and thus explained) by asthma SMB, in particular acute asthma symptom management.

Funding: Rehabilitations-Forschungsnetzwerk der Deutschen Rentenversicherung Rheinland

References

- Douwes, J., Brooks, C., Pearce, N. (2011): Asthma nervosa: old concept, new insights: Eur Respiratory Soc.
- Kristensen, T. S., Hannerz, H., Hogh, A., Borg, V. (2005): The Copenhagen Psychosocial Questionnaire--a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scand J Work Environ Health*, 31(6), 438-449.
- Landsbergis P, Theorell T, Schwartz J, Greiner BA, Krause N. (2000): Measurement of psychosocial workplace exposure variables. *Occup Med*, 15(1):163-188.
- Marks, G. B., Dunn, S. M., Woolcock, A. J. (1992). A scale for the measurement of quality of life in adults with asthma. *Journal of clinical epidemiology*, 45(5), 461-472.

Die „Facebook-Sucht“ – eine signifikante Gefährdung des Rehabilitationsprozesses?

Brailovskaia, J. (1), Margraf, J. (1), Köllner, V. (2)

(1) Ruhr-Universität Bochum, (2) Rehasentrum Seehof, Teltow

Zielstellung

Im Jahr 2018 nutzen mehr als 2.2 Milliarden Menschen weltweit die online Plattform Facebook für die soziale Interaktion. Häufig verbleiben Nutzer dort mehrere Stunden täglich, entwickeln eine starke emotionale Bindung an die Plattform und empfinden ein intensives Bedürfnis, sich ständig am online Geschehen zu beteiligen. Diese Entwicklung wird als „Facebook-Sucht“ (Facebook Addiction Disorder, FAD; Andreassen et al., 2012) bezeichnet, die mit sechs suchttypischen Symptomen einhergeht: Salienz, Toleranz, Stimmungsmodifikation, Rückfall, Entzugssymptome und interpersonelle Konflikte. Bisherige Untersuchungen belegen, dass die FAD positiv mit Schlafstörungen, anderen Suchtformen sowie Depression- und Angstsymptomen verbunden ist und daher zu einer Einschränkung der Teilhabe sowohl am gesellschaftlichen als auch am Erwerbsleben führen kann. Insbesondere für Personen mit einer hohen Ausprägung der Persönlichkeitseigenschaft Narzissmus besteht ein hohes Risiko die FAD zu entwickeln (z.B. Brailovskaia, Margraf, 2017; Brailovskaia et al., 2018). Trotz der aufgeführten Entwicklungen und der Tatsache, dass viele Reha-Patienten täglich Facebook nutzen, gibt es in Deutschland keine fundierten Belege aus dem klinischen Umfeld für die Ausprägung dieser Suchtform, ihre Zusammenhänge und insbesondere ihre Auswirkung auf den Rehabilitationsprozess. Aus diesem Grund bestand das Ziel der vorliegenden Studie in der Untersuchung der Prävalenz der FAD in einer Reha-Patientenstichprobe.

Methoden

Untersucht wurden 112 psychosomatische Patienten (71.4% weiblich; Alter (Jahre): M (SD) = 49.43 (9.17), Altersspanne: 20–65; alle FB-Nutzer) des Rehasentrums Seehof der Deutschen Rentenversicherung. Kurz nach der Aufnahme in der psychosomatischen Klinik wurden bei ihnen mithilfe von Selbstauskunftfragebögen die Dauer der Facebook-Nutzung (Index aus: Mitgliedschaftsdauer, tägliche Besuchshäufigkeit, tägliche Nutzungszeit), die FAD (Bergen Facebook Addiction Scale, BFAS; Andreassen et al., 2012) und die Eigenschaft Narzissmus (German Narcissistic Inventory–13, G-NPI-13; Brailovskaia et al., 2017) erfasst. Anschließend wurden die erhobenen Variablen mithilfe deskriptiver Analysen, Korrelations- und Mediationsanalysen statistisch ausgewertet.

Ergebnisse

Der mittlere FAD-Wert lag bei M (SD) = 15.68 (4.66). Der kritische Wert, ab dem sich das Vorliegen der FAD definieren lässt, wurde von 28.6% der Teilnehmer erreicht. Eine auffällig hohe Anzahl der Teilnehmer erreichte den kritischen Wert bei den folgenden Symptomen der Sucht: Toleranz (66.1%), Entzugssymptome (86.6%), interpersonelle Konflikte (77.7%). Die

FAD korrelierte signifikant positiv sowohl mit der Dauer der Facebook-Nutzung ($r = .51$, $p < .001$) als auch mit Narzissmus ($r = .21$, $p < .05$). Weiterhin konnte die Nutzungsdauer als ein signifikanter Mediator der positiven Verbindung zwischen Narzissmus und FAD ermittelt werden (totaler Effekt, $c: p = .0399$; direkter Effekt, $c': p = .3890$; indirekter Effekt, $ab: b = .231$, $SE = .108$, 95% CI (.055;.486); PM: $b = .608$, $SE = 39.698$, 95% CI (.187;2.758)).

Fazit

Die vorliegenden Befunde sprechen dafür, dass die FAD ein relevantes und nicht zu vernachlässigbares Problem bei Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation sein kann. Der mittlere FAD-Wert liegt deutlich über den Ergebnissen früherer Studien, die nicht-klinische Stichproben untersuchten (z.B. M (SD) = 9.36 (4.30); Brailovskaia et al., 2018). Dies gilt auch für den Anteil der Reha-Patienten, die den kritischen Wert erreichen. Das vorliegende Ergebnis ist signifikant höher als in den Vorbefunden (z.B. 8.4%, Brailovskaia, Margraf, 2017). Besonders häufig werden Entzugssymptomen und sozialen Konflikte aufgrund der pathologischen Nutzung berichtet, die den Rehabilitationsprozess gefährden können. Vor allem Patienten, die hohe Werte des Narzissmus ausweisen, gehören dabei zur Risikogruppe der Sucht. Sie tendieren zu einer intensiven Facebook-Nutzung, die ihrer psychischen Gesundheit und ihrem Genesungsprozess schaden kann. Unsere Befunde betonen die Notwendigkeit weiterer Untersuchungen der FAD. Es muss geprüft werden, welche sozialmedizinischen Konsequenzen die FAD hat und ob Prä- oder Interventionsprogramme im Rahmen der Rehabilitation einbezogen werden können.

Literatur

- Andreassen, C.S., Torsheim, T., Brunborg, G.S., Pallesen, S. (2012): Development of a Facebook addiction scale. *Psychological Reports*, 110. 501-517.
- Brailovskaia, J., Bierhoff, H.-W., Margraf, J. (2017): How to identify narcissism with 13 items? Validation of the German Narcissistic Personality Inventory-13 (G-NPI-13). *Assessment*. doi:10.1177/1073191117740625.
- Brailovskaia, J., Margraf, J. (2017): Facebook Addiction Disorder (FAD) among German Students – A Longitudinal Approach. *PLoS One*, 12. e0189719.
- Brailovskaia, J., Schillack, H., Margraf, J. (2018): Facebook Addiction Disorder (FAD) in Germany. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 21. 450-456.

Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung und arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster

Härter, C. (1), Wagner, B. (2), Köllner, V. (3)

- (1) Charité – Universitätsmedizin Berlin, (2) MSB Medical School Berlin,
(3) Rehazentrum Seehof, Teltow

Zielstellung

In der ICD-11 wurde die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (kPTBS) als eigenständige Diagnose aufgenommen. Da bisher keine Daten zu den Auswirkungen einer kPTBS auf den Lebensbereich Arbeit vorliegen, soll diese Studie erste Erkenntnisse über den

Zusammenhang mit Erlebens- und Verhaltensmustern im Beruf liefern. Untersucht wurde, ob zwischen Patienten mit Verdacht auf eine kPTBS, Patienten mit Verdacht auf eine PTBS und Patienten ohne Verdacht auf eine Traumafolgestörung Unterschiede bezüglich ihrer arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster bestehen.

Methoden

Im Rahmen der Eingangsdiagnostik einer Psychosomatischen Rehaklinik wurden 566 konsekutive Patienten (70,3 % weiblich, Durchschnittsalter: 51 Jahre) untersucht. Es wurden computergestützt die Impact of Event Scale-revidierte Form (IES-R), das Screening zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (SkPTBS) und der Fragebogen Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM) eingesetzt. Die klinischen Diagnosen stammten aus den Entlassungsberichten.

Ergebnisse

Die Gesamtstichprobe (N = 566) wurde anhand von Cut-off-Werten der IES-R und des SkPTBS in die Gruppen „ohne Verdacht auf Traumafolgestörung“ (n = 440), „PTBS“ (n = 56) und „kPTBS“ (n = 70) eingeteilt. Eine einfaktorielle ANOVA mit anschließend durchgeführten Bonferroni-korrigierten Post-hoc-Tests zeigte auf 8 von 11 AVEM-Dimensionen signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen „kein Verdacht“ und „kPTBS“ und/oder den Gruppen „PTBS“ und „kPTBS“. Besonders belastet ist die Gruppe „kPTBS“ auf den Dimensionen „Resignationstendenzen“ (p = .000, $\eta^2 = .056$), „Lebenszufriedenheit“ (p = .000, $\eta^2 = .125$), und „Erleben sozialer Unterstützung“ (p = .000, $\eta^2 = .040$). Die Wahrscheinlichkeit für die protektiven AVEM-Muster G (Gesundheit) und S (Schutz/Schonung) sind bei Patienten mit Verdacht auf kPTBS deutlich niedriger als für die Vergleichsgruppen. Für das Risikomuster B (Burnout) besteht eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit.

Fazit

Patienten mit Verdacht auf kPTBS stellen eine im Arbeitskontext besonders belastete Patientengruppe dar. Die bei ihnen gefunden problematischen Verhaltens- und Erlebensmuster entsprechen den in den diagnostischen Kriterien formulierten Problembereichen. Dies spricht dafür, dass für diese Patientengruppe spezielle Interventionen im Rahmen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation sinnvoll sind, um ein chronisches Erschöpfungserleben und Resignation vorzubeugen. Einschränkend ist hinzuzufügen, dass in dieser Studie ausschließlich Screeningfragebögen eingesetzt wurden.

Literatur

- Dorr, F., Firus, C., Kramer, R., & Bengel, J. (2016). Entwicklung und Prüfung eines Screenings zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (SkPTBS). *Psychother Psych Med*, 66(11), 441-448.
- Hecker, T., & Maercker, A. (2015). Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-11. *Psychotherapeut*, 60(6), 547-561.
- Maercker, A., & Schützwohl, M. (1998). Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala- revidierte Version. *Diagnostica*, 40(3), 130-141.
- Schaarschmidt, U. & Fischer A. (2008). AVEM. Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster. Frankfurt am Main: Pearson.

Evaluation eines achtsamkeitsbasierten Trainingsprogramms zur Modifikation emotionalen Essverhaltens in der medizinischen Rehabilitation

Macht, M. (1), Lueger, T. (1), Herrmann, K. (2), Franke, W. (2), Vogel, H. (1)

(1) Universität Würzburg, (2) Reha-Zentrum Bad Kissingen

Zielstellung

Unter emotionalem Essverhalten ist eine gesteigerte Nahrungsaufnahme bei negativen Emotionen oder Stress zu verstehen (vgl. van Strien, 2018). Das Essmuster kann zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Übergewicht, ernährungsbedingten Erkrankungen und Essstörungen beitragen (u.a. Frayn & Knäuper, 2018; Gibson, 2012; Nagl et al., 2016). In der hier vorgestellten, von der DRV-Bund geförderten, randomisierten und kontrollierten Studie wurde die Wirksamkeit eines achtsamkeitsbasierten, verhaltenstherapeutischen Trainingsprogramms zur Modifikation emotionalen Essverhaltens (Herber, 2014) in der (psycho-)somatischen Rehabilitation mit drei Katamnesen (Primärinteresse erste Katamnese) untersucht.

Methoden

An der Studie nahmen 522 RehabilitandInnen (51,1 ± 8,5 Jahre; 56,7% Frauen) mit einer erhöhten Ausprägung emotionalen Essverhaltens aus dem Reha-Zentrum Bad Kissingen teil (geschlechtsdifferenzierte Cut-off-Subskalenwerte des Dutch Eating Behavior Questionnaire, DEBQ). 62,8% der StudienteilnehmerInnen führten eine somatische Rehabilitation (primär Stoffwechselerkrankungen), 37,2% eine psychosomatische Rehabilitation durch. Am häufigsten lagen mit 72,4% eine Adipositas (mittlerer BMI = 36) sowie ein erhöhtes psychisches Belastungsniveau vor. Die TeilnehmerInnen wurden zufällig dem regulären Reha-Programm (KG; n = 262) oder dem zusätzlichen Trainingsprogramm (IG; n = 260) zugewiesen. Neben emotionalem Essverhalten (DEBQ, weitere Subskalen externes und gezügeltes Essverhalten) wurden Merkmale der Emotionsregulation (Fragebogen zur Selbsteinschätzung Emotionaler Kompetenzen, SEK-27) sowie genussorientiertes Essverhalten (Gourmet-Fragebogen, GFB) zu Rehabilitationsbeginn (t1), Trainingsende (t2) sowie einen Monat (t3), drei (t4) und fünf (t5) Monate nach Trainingsende erhoben. Das an das (psycho-)somatische Setting adaptierte Trainingsprogramm bestand aus fünf 60- bis 120-minütigen Gruppensitzungen.

Die Prüfung der Haupt- und Nebenfragestellungen erfolgte durch Intergruppenvergleiche (IG, KG) mittels Kovarianzanalysen unter Berücksichtigung von Baseline-Unterschieden zu jedem Nacherhebungszeitpunkt (t2-t5). Als Effektgrößen wurden für Gruppenvergleiche das partielle Eta-Quadrat (η^2) und für Intragruppeneffekte die standardisierten Effektgrößen (SES) bestimmt. Ergänzend wurden konservative Auswertungen durch Einbezug von BefragungsteilnehmerInnen der IG mit keiner oder geringer Trainingsteilnahme, soweit vorhanden, vorgenommen. Die Abbrecherrate im Studienverlauf lag bei 60,3% mit Teilnahmeraten zu t2 von 71,6% und rund 40% je Katamnesezeitpunkt (t3-t5).

Ergebnisse

RehabilitandInnen, die am Training teilnahmen, weisen zur Postmessung (t2) sowie einen (t3) und drei (t4) Monate nach Trainingsende ein geringeres emotionales Essverhalten (Abb. 1), eine zu t2 und t3 bessere Emotionsregulation (Abb. 2) sowie zu allen Nacherhebungszeitpunkten ein achtsameres und genussorientierteres Essverhalten (Abb. 3) auf als TeilnehmerInnen der KG.

Ergänzend geben TeilnehmerInnen der IG im Vergleich zur KG zu t2 an, weniger sensitiv und anfällig gegenüber externen Nahrungsreizen zu sein ($p = .026$, $\eta^2 = .015$), wobei sich zu t3 noch ein tendenzieller Unterschied zeigt ($p = .057$, $\eta^2 = .016$).

In beiden Gruppen (IG, KG) liegen zu allen Nacherhebungszeitpunkten im jeweiligen Vergleich zum Reha-Beginn deutliche Reduktionen in emotionalen (SES: $-.9$ bis -1.5) und externalen (SES: $-.7$ bis -1.4) sowie Zunahmen in gezügelten Essverhaltensweisen vor (SES: $.5$ bis 1.1). Hinsichtlich der Emotionsregulation verzeichnen beide Gruppen gesamt Kompetenzzuwächse im Vergleich zum Reha-Beginn, jedoch in geringerem Ausmaß (SES: $.3$ bis $.8$). Einzig im achtsamen und genussorientierten Essverhalten liegen zu allen Nacherhebungszeitpunkten im Vergleich zum Reha-Beginn für die IG mittelstarke positive Veränderungen vor (SES: $.5$ bis $.6$), während sich mit Ausnahme t3 (SES: $.2$) keine Veränderungen in der KG zeigen. Konservative Auswertungen veränderten die Ergebnisse unwesentlich bei geringen Effekteinbußen.

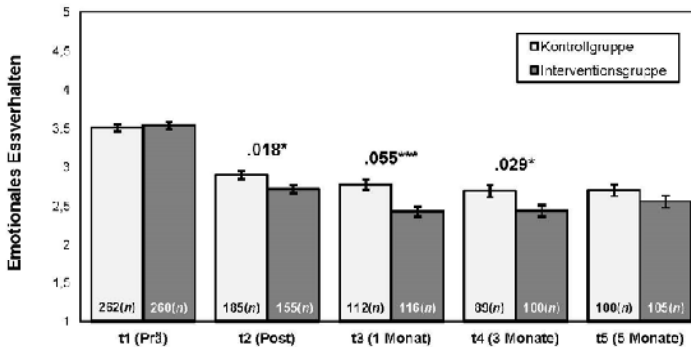


Abb. 1: Unterschiede im emotionalen Essverhalten zwischen KG und IG zu jedem Messzeitpunkt. Mittelwerte und Standardfehler sind für die Postmessung und alle t -Messungen jeweils für die Prämessung als Kovariate adjustiert. Angegeben sind Effektstärken (η^2) sowie Signifikanzen (** $p < .001$, * $p < .01$, $^{\dagger}p < .05$).

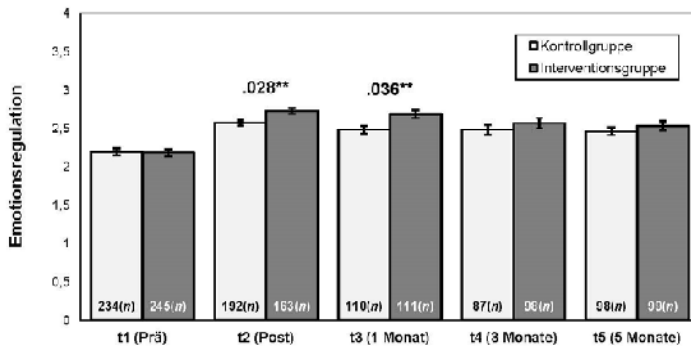


Abb. 2: Unterschiede in der Emotionsregulation zwischen KG und IG zu jedem Messzeitpunkt. Mittelwerte und Standardfehler sind für die Postmessung und alle t -Messungen jeweils für die Prämessung als Kovariate adjustiert. Angegeben sind Effektstärken (η^2) sowie Signifikanzen (** $p < .001$, * $p < .01$, $^{\dagger}p < .05$).

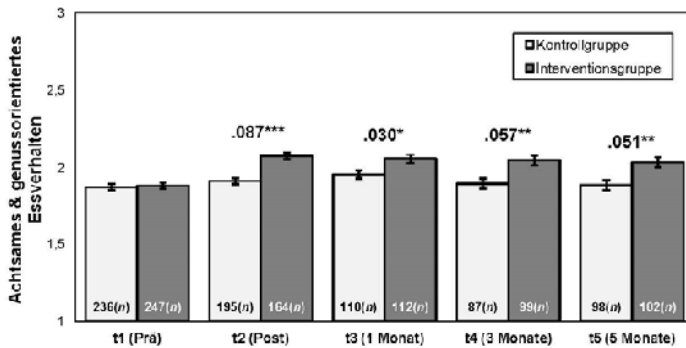


Abb. 3: Unterschiede im achtsamen und genussorientierten Essverhalten zwischen KG und IG zu jedem Messzeitpunkt. Mittelwerte und Standardfehler sind für die Postmessung und alle Kennzahlen jeweils für die Prämessung als Kovariate adjustiert. Angegeben sind Effektstärken (r^2) und Signifikanzen (*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$).

Fazit

Mit dieser randomisierten klinischen Studie konnte gezeigt werden, dass ein achtsamkeitsbasiertes, verhaltenstherapeutisches Training erfolgreich sowohl in der somatischen als auch psychosomatischen Rehabilitation durchgeführt werden kann und einen zusätzlichen, über den Rehabilitationsaufenthalt hinausgehenden, insbesondere mittelfristigen Beitrag in der Modifikation emotionalen Essverhaltens leistet. Eine Limitation liegt in der hohen Drop-out-Rate, mit einem möglicherweise Bias zugunsten der Trainingswirksamkeit.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Frayn, M., Knäuper, B. (2018): Emotional eating and weight in adults: a review. *Current Psychology*, 37. 924-933. URL: <https://doi.org/10.1007/s12144-017-9577-9>, Abruf: 1.11.2018.
- Gibson, E. L. (2012): The psychobiology of comfort eating: implications for neuropharmacological interventions. *Behavioural Pharmacology*, 23. 442-460. URL: <http://dx.doi.org/10.1097/FBP.0b013e328357bd4e>, Abruf: 01.11.2018.
- Herber, K. (2014): Auslöser und Modifikation emotionalen Essverhaltens - Feldstudien zum emotionalen Essverhalten und seiner Veränderung durch ein achtsamkeitsbasiertes Training. Dissertation, Philosophische Fakultät I, Julius-Maximilians-Universität Würzburg. URL: https://opus.bibliothek.uni-wuerzburg.de/opus4-wuerzburg/frontdoor/deliver/index/docId/13879/file/dissertation_herber_kristina.pdf, Abruf: 01.11.2018.
- Nagl, M., Hilbert, A., de Zwaan, M., Braehler, E., Kersting, A. (2016): The german version of the Dutch Eating Behavior Questionnaire: psychometric properties, measurement invariance, and population-based norms. *PLoS ONE* 11(9): e0162510. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0162510>, Abruf: 01.11.2018.
- van Strien, T. (2018): Causes of emotional eating and matched treatment of obesity. *Current Diabetes Reports*, 18, 35. URL: <https://doi.org/10.1007/s11892-018-1000-x>, Abruf: 01.11.2018.

MBOR-spezifische Unterschiede zur Ein-Jahres-Katamnese

Frege, I. (1), Vollmer, H.C. (1, 2), Domma, J. (1)

(1) salus kliniken Hürth, (2) IFT Institut für Therapieforschung München

Zielstellung

Mit der MBOR wurde ein Angebot geschaffen, dass Rehabilitanden mit und ohne besondere berufliche Problemlagen (BBPL) gleichermaßen erfolgreich behandelt werden können. Inwiefern dieser Anspruch gelingt und inwiefern weitere individuelle MBOR-Angebote notwendig sind, überprüfen wir im Rahmen unseres Qualitätsmanagements anhand von Verlaufs- und Katamnese-Ergebnissen.

Methoden

Alle sukzessiv aufgenommenen Rehabilitanden einer psychosomatischen Fachklinik, die nicht Rentner, Hausfrau/-mann, Schüler und nicht älter als 65 Jahre waren, wurden in die Auswertung einbezogen. Die 343 katamnestisch erreichten Rehabilitanden (MBOR: A: 135; B: 181; C: 27) waren im Durchschnitt 49,5 Jahre alt (SD: 9,8), 58 % waren männlich, 51,3 % wenigstens Mittlere Reife, 63,3 % waren bei Aufnahme arbeitsunfähig, 34,4 % arbeitslos. Die häufigsten Erstdiagnosen nach ICD-10 waren: F33.1 (25,9%), F32.1 (18,1%), F43.2 (15,2%) und F33.0 und F43.1 (jeweils 7,3%). In der im Durchschnitt 37tägigen Behandlung (SD=9,2) wurden MBOR-spezifische Maßnahmen (DRV Bund 2015, Frege & Domma-Reichart 2014) mit einer ressourcen-orientierten Psychotherapie kombiniert. Ein Jahr nach Therapieende erhielten die Rehabilitanden einen Fragebogen zu Arbeitssituation, Nachsorgemaßnahmen und Psychischer Belastung (BSI).

Ergebnisse

Die Rehabilitanden der MBOR Stufen unterschieden sich zur Ein-Jahres-Katamnese nicht im Katamneserücklauf (46,2 %), in der aktuellen Arbeitsunfähigkeit (16 %), in der Teilnahme an Nachsorgebehandlungen (40,2 %) und deren Dauer (M=26 Tage, SD=24,5). Rehabilitanden der Stufen B und C waren zur Einjahreskatamnese häufiger arbeitslos (Chi-Quadrat: $p < .001$, $df=1$, $OR=4,1$). Im Vergleich Therapiebeginn zu Katamnese wurden 29,6 % der Erwerbstätigen der Stufe B und C arbeitslos (McNemar: $p < .001$), bei Stufe A hingegen nur 10 %. Aber 76,1 % der Arbeitsunfähigen der Stufe B und C wechselten zu arbeitsfähig (McNemar: $p < .001$).

Eine dreifaktorielle Varianzanalyse mit Messwertwiederholung ergab bei Varianzhomogenität der drei Zeitpunkte Beginn, Ende der Behandlung und Ein-Jahres-Katamnese für die Psychische Belastung (GSI-Wert des BSI) signifikante Effekte bzgl. Veränderungen im GSI zu a) den drei Zeitpunkten ($p < .001$), b) der Wechselwirkung zwischen Zeit, MBOR Stufe und psychosomatische Nachsorgebehandlung ($p=.01$) und außerdem c) einen Einfluss der MBOR Stufen ($p=.004$). Alle Rehabilitanden der drei MBOR Stufen hatten sich zwischen Therapiebeginn und -ende in der Psychischen Belastung stark verbessert. Im Vergleich Therapieende und Ein-Jahres-Katamnese der Rehabilitanden mit Nachsorgebehandlung (vorwiegend ambulante Psychotherapie und/oder IRENA) verbesserten sich die Patienten der Stufe C weiterhin (von GSI 1,1 zu 0,7), Stufe B blieb unverändert (GSI: 1,3), Stufe A verschlechterte sich (von GSI 0,9 zu GSI 1,2). Bei den Patienten ohne Nachsorgebehandlung

blieben die GSI-Werte der Stufen A und B zwischen Therapieende und Katamnese konstant, die Werte der Patienten der Stufe C verschlechterten sich erheblich (von GSI 1,1 zu 1,5). Der Cut off Wert des GSI beträgt 0,6.

Fazit

Die Ergebnisse verdeutlichen einerseits, dass in einer ca. fünfwöchigen stationären psychosomatischen Rehabilitation für die Rehabilitanden der drei MBOR Stufen wesentliche Fortschritte erreicht werden können. Während der medizinischen Rehabilitation trifft dieses insbesondere auf die Arbeitsfähigkeit und die Psychische Belastung zu. Andererseits zeigen die Ergebnisse, dass eine fünfwöchige Behandlung nicht ausreicht. Ohne eine Nachsorge und/oder ohne eine längere stationäre Verweildauer verschlechtern sich die Rehabilitanden der Stufe C in der Psychischen Belastung und zusammen mit denen der Stufe B auch in ihrer Erwerbstätigkeit. Warum sich die Rehabilitanden der Stufe A in der Psychischen Belastung verschlechterten, obwohl sie an einer Nachsorgebehandlung teilgenommen hatten, wäre in weiteren Studien zu prüfen. Trotz der methodischen Einschränkungen dieser Studie, bedingt durch zu kleine Zellenbesetzungen und einem geringen Katamneserücklauf, bestätigen die Ergebnisse, dass eine psychosomatische stationäre Rehabilitation für alle MBOR Stufen wirksam ist und wahrscheinlich noch wirksamer werden kann. Außerdem wird unsere Hypothese einer Kombination von MBOR Maßnahmen und ressourcen-orientierter Psychotherapie für eine erfolgreiche Reintegration in das Berufsleben gestützt.

Literatur

- DRV Bund (Hrsg.) (2015). Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Verfügbar unter: http://www.deutscherentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/207024/publicationFile/50641/mbor_datei.pdf.
- Frege, I. & Domma-Reichart, J. (2014). Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) der salus klinik Hürth. Unveröffentlichtes Manuskript.

Nebenwirkungen eines psychosomatischen Rehaaufenthalts bei Angehörigen

Linden, M.

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Zielstellung

Es ist allgemein bekannt, dass bei psychischen Störungen auch Angehörige häufig mitbetroffen sind. Dies gilt aber nicht nur mit Blick auf die Belastungen, die durch die Krankheit unmittelbar entstehen, sondern auch für Negativwirkungen der Therapie. So kann beispielsweise alleine schon die Aufnahme in eine Rehabilitationsklinik bedeuten, dass Ehepartner oder Kinder für einige Wochen auf sich gestellt sind oder dass neue Beziehungen eingegangen werden mit der Folge von Paarproblemen (Kastner & Linden 2017). Ebenso relevant können aber auch negative Wirkungen der psychotherapeutischen Behandlung während eines Rehaaufenthalts sein. So können Patienten neue Verhaltensweisen lernen,

die ggfls. ihren Partnern zum Nachteil gereichen, oder es kann in der Einzel- wie in der Gruppentherapie dazu kommen, dass Vertrauliches öffentlich wird. Gleichzeitig gilt, dass die Unterstützung durch das sozial Netz ein wichtiger Faktor für den Rehaerfolg sein kann, was durch unerwünschte Begleitwirkungen beeinträchtigt werden kann. Bislang gibt es dazu keine empirischen Daten.

Ziel der vorliegenden Studie ist zu untersuchen, welche Negativwirkungen eine psychosomatische Rehabilitation auf die Angehörigen der Patienten hat.

Methoden

Es wurden 51 Angehörige von Patienten in psychosomatischer Rehabilitation mit dem Therapieerleben-Fragebogen (TeF) befragt, der mit 40 Items und 6 Subskalen Belastungen und Nebenwirkungen abbildet.

Ergebnisse

In 88% der Fälle berichten die Angehörigen von mindestens einer Negativerfahrung. Am häufigsten wird angegeben, dass die Therapie keine Hilfe bei der Bewältigung eigener Probleme (49%), dem Umgang mit Problemen (33.3%) oder der Bewältigung alltäglicher Aufgaben (14%) darstellt. Des Weiteren wird beklagt, dass sich die Angehörigen nicht in Entscheidungen über anstehende Behandlungsschritte einbezogen fühlen (33.2%), sich nicht ausreichend informiert fühlen (23.4%), nicht wissen, was in der Therapie passiert (23.4%), nicht verstehen, was in der Therapie passiert (18.7%), nicht wissen, was in der Therapie erreicht werden soll (12.8%) und befürchten, dass im Rahmen der Therapie sehr intime Dinge besprochen werden (8.3%), sodass auch kein Engagement für die Therapie besteht (25%). Schließlich wird berichtet, dass die Therapie nicht zu einer besseren Partnerbeziehung führt (38.7%), mit dem Partner nicht offener gesprochen werden kann (18.8%), und auch mit anderen nicht über das gesprochen werden kann, was in der Therapie passiert (48%). Niemand sagt, dass ihm die Therapie Angst mache, oder dass er sich durch diese angegriffen fühle oder diese als Vertrauensbruch erlebe.

Angehörige mit höherer Bildung geben häufiger an, Probleme zu haben bezogen auf die Beziehungsqualität und die Informiertheit. Es konnten keine signifikanten Unterschiede in Anhängigkeit vom Geschlecht oder eigenen Therapievor Erfahrung gefunden werden.

Fazit

Die Daten zeigen, dass eine psychosomatische Behandlung auch regelhaft psychische Belastungen für die Partner der Patienten mit sich bringt. Für die Praxis bedeutet dies, dass ein Negativerleben der Partner therapeutenseitig mit bedacht werden muß. Es müssen Wege gefunden werden, solche Probleme therapeutisch aufzugreifen und zu reduzieren. Durch eine Einbindung des Angehörigen können möglicherweise Therapieentwicklungen positiv gefördert werden.

Literatur

Kastner, S., Linden, M. (2017). Beziehungen im sozialen Netz und das soziale therapeutische Milieu. In: Linden M. (Hrsg.) Das stationäre Setting in der Behandlung psychischer Störungen. Healing Environment und therapeutisches Milieu. Berlin: Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft S. 15-28.

Sektorengrenzen schneller überwinden – Behandlungspfade in der Psychosomatik weiter entwickeln

Albani, C. (1), Schott, E. (2), Theer, K. (1), Grupp, D. (2)

(1) Schussental-Klinik gGmbH, (2) ZfP Südwürttemberg

Zielstellung

Für Menschen mit psychosomatischen Erkrankungen gibt es im deutschen Gesundheitssystem zwar vielfältige Behandlungsangebote, deren Zugangswege sind den Betroffenen und teilweise auch den Leistungserbringern oftmals aber nur unzureichend bekannt. Bestehende Angebote werden deshalb entweder nicht oder erst verspätet genutzt. Im Gegensatz zu anderen medizinischen Fachgebieten sind für Menschen mit chronischen psychischen bzw. psychosomatischen Erkrankungen zu wenige sektorenübergreifende Kooperationen etabliert. Dieser Mangel erschwert eine patientenorientierte Kooperation im Behandlungsprozess.

Im vorliegenden Modellprojekt sollte deshalb Patientinnen und Patienten aus der Psychiatrischen bzw. Psychosomatischen Krankenhausbehandlung ein möglichst zeitnaher und individuell geplanter und abgestimmter Übergang in die medizinische Psychosomatische Rehabilitation ermöglicht werden, um Chronifizierungen zu reduzieren, langfristig eine verbesserte Teilhabe zu erreichen und die berufliche Wiedereingliederung zu erleichtern.

Methoden

Es erfolgte zu Beginn, am Ende sowie sechs Monate nach Beendigung der Rehabilitationsbehandlung eine freiwillige, standardisierte, schriftliche Befragung der Teilnehmenden mit dem Fragebogen „Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychischer Gesundheit (HEALTH-49)“. Bei Aufnahme wurden soziodemografische Angaben, Vorbehandlungen und die Zufriedenheit mit dem Übergang in die Rehabilitation und bei Entlassung Veränderung durch die Behandlung, die Behandlungszufriedenheit und Perspektiven nach der stationären Behandlung, Arbeitsfähigkeit und die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung erhoben. In der Katamnese wurden Angaben zur Beschäftigungssituation, Arbeitsfähigkeit, Behandlungsbedarf und der Inanspruchnahme weiterer Behandlungen erfragt.

Ergebnisse

Der Zugang zur Rehabilitation wurde für spezifisch, eher unterversorgte Patientengruppen verbessert: Der Anteil an Männern und an Arbeitslosen im Projekt höher als in den Vergleichsstichproben psychosomatischer Rehabilitation (s. Tabelle 1).

Tab. 1: Soziodemografische Merkmale der Teilnehmenden am Modellprojekt Eilverfahren und von RehabilitandInnen psychosomatischer Kliniken in Vergleichsstichproben

	Teilnehmende Modellprojekt Eilverfahren N = 117	RehabilitandInnen Schussental-Klinik Aulendorf 2016¹ N = 592	RehabilitandInnen DRV 2016² N = 138.753
Geschlecht			
männlich	54 %	39 %	37 %
weiblich	46 %	61 %	63 %
Beschäftigungssituation			
erwerbstätig, Vollzeit	60 %	65 %	66 %
erwerbstätig, Teilzeit	21 %	22 %	22 %
Arbeitslos	16 %	7 %	7 %
Hausfrau/ Hausmann	2 %	1 %	1 %
anderweitig ohne berufliche Beschäftigung	1 %	6 %	4 %

¹ Rehabilitanden und Rehabilitandinnen der Psychosomatischen Rehabilitationsklinik Aulendorf im Jahr 2016 entsprechend Qualitätsbericht der DRV 2018

² Rehabilitanden und Rehabilitandinnen Psychosomatischer Rehabilitationskliniken der DRV-Referenzstichprobe im Jahr 2016 entsprechend Qualitätsbericht der DRV 2018

Es zeigte sich eine große Zufriedenheit mit dem „Sektorenübergang“, stabile Behandlungserfolge und eine hohe Behandlungszufriedenheit.

Tabelle 2 verdeutlicht, dass zum Zeitpunkt der Aufnahme bei den Teilnehmenden im Modellprojekt in allen Dimensionen des Health-49 eine ausgeprägte, klinisch relevante Beeinträchtigung der psychosozialen Gesundheit vorlag. Sie zeigten eine signifikant höhere Symptombelastung und waren auch bezüglich interaktioneller Schwierigkeiten, Selbstwirksamkeit und Aktivität und Partizipation signifikant stärker eingeschränkt als Rehabilitandinnen und Rehabilitanden anderer psychosomatischer Kliniken.

Tab. 2: Psychosoziale Gesundheit - HEALTH-49, Mittelwerte (Standardabweichung) - im Vergleich zwischen den Teilnehmenden am Modellprojekt Eilverfahren und Vergleichsstichproben

Dimensionen des Health-49¹	Cut-Off-Werte	Teilnehmende Modellprojekt Eilverfahren²			Vergleichsstichproben	
		Aufnahme^{2,3} N = 116	Entlassung^{2,3} N = 109	Katamnese⁴ N = 53	Rehabilitanden Psychosomatik⁵ N = 1.523	Hausarzt-patienten⁶ N = 5.125
Somatoforme Beschwerden	0,99	1,72 (0,93)	1,38*** (0,99)	1,46 (1,05)	1,59 (0,92)	0,87** * (0,74)
Depressivität	0,66	2,08 (1,00)	1,51*** (1,02)	1,34 (0,99)	1,83* (1,02)	0,37** * (0,59)
Phobische Ängste	0,26	1,27 (1,09)	0,85*** (0,93)	0,73 (0,78)	0,79*** (0,92)	0,21** * (0,47)
Psychische und somatoforme Beschwerden	0,69	1,72 (0,83)	1,26*** (0,87)	1,13 (0,80)	1,45** (0,77)	0,52** * (0,52)
Psychisches Wohlbefinden	1,82	2,69 (0,73)	2,19*** (0,85)	2,21 (0,90)	2,60 (0,76)	1,25** * (0,85)

Dimensionen des Health-49 ¹	Cut-Off-Werte	Teilnehmende Modellprojekt Eilverfahren ²			Vergleichsstichproben	
		Aufnahme ^{2,3} N = 116	Entlassung ^{2,3} N = 109	Katamnese ⁴ N = 53	Rehabilitanden Psychosomatik ⁵ N = 1.523	Hausarzt-patienten ⁶ N = 5.125
Interaktionelle Schwierigkeiten	1,00	2,31 (0,91)	1,73*** (0,93)	1,70 (0,87)	1,90*** (1,07)	0,61** * (0,70)
Selbstwirksamkeit	1,36	2,57 (0,86)	2,02*** (0,90)	1,95 (1,00)	2,24*** (1,92)	0,91** * (0,83)
Aktivität und Partizipation	1,14	2,47 (0,71)	1,84*** (0,91)	1,82 (0,90)	1,93*** (0,89)	0,85** * (0,80)
Soziale Unterstützung	1,50	1,68 (0,85)	1,78 (0,90)	1,91 (0,89)	1,67 (0,89)	1,34** * (1,03)
Soziale Belastung	1,37	1,94 (0,73)	1,73*** (0,84)	1,59 (0,86)	1,76 (0,80)	1,13** * (0,77)

¹ Höhere Skalenmittelwerte bedeuten jeweils größere Belastung/Beeinträchtigung

² Aufgrund von Missings variieren die Stichprobenumfänge der Dimensionen des Health-49 zwischen n = 86 - 110 bei Aufnahme, n = 90 - 109 bei Entlassung und n = 37 - 52 in der Katamnese (6 Monate nach Entlassung)

³ Vergleich der Mittelwerte der Dimensionen des Health-49 bei Teilnehmenden im Modellprojekt zwischen Aufnahme und Entlassung, T-Test bei abhängigen Stichproben, ***p<0,001

⁴ Aufgrund des geringen Stichprobenumfangs der Katamnesegruppe erfolgte bisher keine statistische Überprüfung der Veränderungen im Vergleich zum Entlasszeitpunkt.

⁵ Vergleich der Mittelwerte der Dimensionen des Health-49 zwischen Teilnehmenden im Modellprojekt bei Aufnahme und RehabilitandInnen aus stationärer psychosomatischer Rehabilitation bei Aufnahme (12 Kliniken), T-Test, * p<0,05 ** p<0,01 ***p<0,001

⁶ Vergleich der Mittelwerte der Dimensionen des Health-49 zwischen Teilnehmenden im Modellprojekt bei Aufnahme und Patienten der primärärztlichen Versorgung (806 Hausarztpraxen), T-Test, * p<0,05 ** p<0,01 ***p<0,001

Im Vergleich mit Patientinnen und Patienten der Primärversorgung waren die Teilnehmenden im Modellprojekt in allen Bereichen deutlich stärker belastet bzw. beeinträchtigt.

Der Erfolg der Rehabilitationsbehandlung zeigte sich anhand signifikanter Verbesserungen in allen Dimensionen zwischen Aufnahme und Entlassung. Zwischen Entlassung und Katamnese blieb die Selbsteinschätzung der psychosozialen Gesundheit tendenziell auf gleichem Niveau, d. h. es wurde eine Stabilisierung des psychischen Zustandes auch bei psychisch erheblich belasteten Menschen unter Alltagsbedingungen erreicht, und es erfolgte zumindest keine Verschlechterung.

Es wurde eine verbesserte, stabile Arbeitsfähigkeit erreicht: 94 % der Versicherten im Modellprojekt waren zum Zeitpunkt der Aufnahme arbeitsunfähig und 99 % hatten in den letzten 12 Monaten vor dem Aufenthalt Arbeitsunfähigkeitszeiten, 36 % sogar sechs oder mehr Monate. Bei Entlassung gaben 18 % der Befragten an, sich arbeitsfähig in Vollzeit und 31 % arbeitsfähig in Teilzeit zu fühlen. In der Katamnesebefragung lagen die Werte bei 37 % für Vollzeit und 33 % für Teilzeit. Nur 7 % der Versicherten wurde während der Rehabilitationsbehandlung eine EU-Rente vorgeschlagen, in nur 2 % wurde sie beantragt.

Fazit

Das Modellprojekt „Eilverfahren Psychosomatische Rehabilitation“ ist erfolgreich und hat sich aus Sicht aller Beteiligten in der Praxis bewährt. Die bessere Verzahnung der Psychosomatischen Rehabilitation mit akutstationären oder ambulanten Behandlungsangeboten führt bei der untersuchten Rehabilitandengruppe nachweislich zu erfolgreichen, nachhaltig stabilen Behandlungsergebnissen, verbesserter Teilhabe und hoher Zufriedenheit.

Wir plädieren anhand der positiven Erfahrungen aus dem Modellprojekt „Eilverfahren Psychosomatische Rehabilitation“ dafür, ein Regelverfahren für alle Versicherten zu etablieren.

Literatur

Rabung, S., Harfst, T., Koch, U., Schulz, H. (2007): Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH-49). Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; <http://www.hamburger-module.de>.

Evaluation der Psychosomatischen Rehabilitation Älterer – Ergebnisse aus der Hersfelder Katamnesestudie

Peters, M. (1), Schulz, H. (2), Lindner, J. (1)

(1) Klinik am Hainberg, Bad Hersfeld, (2) Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Zielstellung

Zwar liegen zahlreiche Befunde zur Effektivität der Psychosomatischen Rehabilitation vor (Steffanowski 2007), dennoch wird bislang diese Effektivität für ältere Rehabilitanden immer wieder in Zweifel gezogen (Peters 2018). Diese Gruppe sollte aber angesichts der demografischen Entwicklung zukünftig mehr in den Fokus gerückt werden. In der Hersfelder Katamnesestudie wurden die Behandlungsergebnisse an einer sehr großen Stichprobe, die in einer Psychosomatischen Rehabilitationsklinik erhoben wurde, überprüft. Darunter befand sich auch eine größere Gruppe von Patienten über 60 Jahre. Somit konnte der Frage nachgegangen werden, ob sich in der Symptombesserung und der Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit die Effektstärken in diese Altersgruppe von der bei jüngeren Rehabilitanden unterscheiden.

Methoden

Erhoben wurde eine konsekutive Stichprobe von insgesamt ca. 800 Patienten in der Psychosomatischen Rehabilitationsklinik. Neben personen- und krankheitsbezogenen Daten wurde der Health-49 als Erhebungsinstrument zur Erfassung der symptombezogenen Belastung (Rabung et al. 2007) sowie der Mentalisierungsfragebogen (MZQ, Hausberg et al. 2012), der vier Skalen (Refusing self-reflection, Emotional awareness, Psychic equivalence mode, Regulation of affect) enthält, eingesetzt. Die Datenerhebung erfolgte bei Aufnahme, bei Entlassung und in einer 6-Monats-Katamnese.

Ergebnisse

Im Hinblick auf die Effektstärken wurden in der Symptombelastung durchweg mittlere bis starke Effekte gefunden; der stärkste Effekt mit 1.50 fand sich in der Skala psychisches Wohlbefinden in der Rehabilitationsklinik. Alle gefundenen Effekte schwächen sich in der Katamnese nur leicht ab und bleiben auf einem schwachen bis mittleren Niveau, in den Skalen Psychisches Wohlbefinden und Selbstwirksamkeit sogar auf einem starken Niveau ($>.80$). Es fanden sich keine Unterschiede zwischen jüngeren und älteren Patienten. In den vier Skalen des MZQ zeigten sich zur Entlassung hin schwache bis mittlere Effekte, die zur Katamnese stabil waren, bzw. sich sogar noch leicht anstiegen. Auch hier fanden sich keine Unterschiede zwischen jüngeren und älteren Patienten.

Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass ältere Rehabilitanden ebenso von einer Psychosomatischen Rehabilitation profitieren wie jüngere. Weder in den Symptomskalen noch in der Mentalisierungsfähigkeit unterscheiden sich die Effektstärken zwischen beiden Altersgruppen. Bemerkenswert ist dies insbesondere im Hinblick auf die Mentalisierungsfähigkeit, weil damit eine Variable einbezogen wurde, die sich auf eine grundlegende Dimension psychischer Gesundheit bezieht. Daraus lassen sich auch Schlussfolgerungen über Wirkmechanismen, bzw. im Hinblick auf die Gestaltung eines mentalisierungsförderlichen stationären Klimas, bzw. psychotherapeutischer Angebote ableiten. Die neueren Entwicklungen innerhalb der psychodynamischen Psychotherapie, die die Bindungstheorie und die mentalisierungsbasierte Psychotherapie gerade im Hinblick auf die Behandlung älterer Patienten in den Mittelpunkt rücken (Peters u. Lindner 2019), sollten auch in der Psychosomatischen Rehabilitation stärker berücksichtigt werden.

Literatur

- Hausberg MCh, Schulz H, Piegler T, Happach CG, Klöpfer M, Brütt AL, Sammet I, Andreas S (2012). Is a self-rated instrument appropriate to assess mentalization in patients with mental disorders? Development and first validation of the Mentalization Questionnaire (MZQ). *Psychotherapy Research*, 22(6), 699-709.
- Peters M (2018). Ältere Patienten in Psychosomatischen Kliniken. Grundlagen, Entwicklung, Perspektiven. *Psychotherapie im Alter* 15(1), 9-27.
- Peters M, Lindner R (2019). *Psychodynamische Psychotherapie im Alter. Grundlagen, Störungsbilder und Behandlungsmöglichkeiten*. Stuttgart: Kohlhammer (im Druck).
- Steffanowski A, Löschmann Ch, Schmidt J, Wittmann WM, Nübling R (2007) *Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation*. Bern (Huber).
- Rabung S, Harfst T, Kawski S, Koch U, Wittchen HU (2007). *Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis*. (unveröffentlicht).

Identifikation von geeigneten chronischen Schmerzpatienten für eine Expositionstherapie über das Angst-Vermeidungs- und das Transtheoretische Modell im klinischen Setting

Knoll, V. (1), Hofheinz, C. (1), Kaminski, A. (2), Bassler, M. (2)

(1) Universität Hildesheim, (2) Rehasentrum Oberharz, Clausthal-Zellerfeld

Zielstellung

Eine Untergruppe an chronischen Schmerzpatienten mit bewegungsbezogenem ängstlich-vermeidendem Verhalten und katastrophisierenden Gedanken ist in der klinischen Arbeit belegt. In aktuellen Interventionsstudien liegt daher der Fokus der psychotherapeutischen Behandlung dieser Patientengruppe auf der Reduktion der Angstsymptomatik mithilfe von klassischen Expositionstherapien (Glombiewski et al., 2018). Erste Ergebnisse weisen auf ein wirksames psychotherapeutisches Instrument hin. In der vorliegenden Arbeit wurde daher eine klinische Stichprobe (n=26; Alter M=50,6; Frauen= 65%) stationärer chronischer Schmerzpatienten des Rehasentrum Oberharz anhand einer Clusteranalyse untersucht, um den Bedarf an schmerzbezogener Expositionstherapie in psychosomatischen Reha-Einrichtungen zu prüfen.

Methoden

Erfasst wurden angstbezogene Merkmale (FABQ, PCS), Depressionswerte (BDI II) und die Verhaltensveränderungsmotivation (FF STABS).

Ergebnisse

Die Ergebnisse wiesen bei 69% der Patientenstichprobe erhöhte Angst-Vermeidungstendenzen, sowie katastrophisierende Gedanken hinsichtlich Bewegung auf. Diese Patientengruppe zeichnete sich in einem höheren Alter ($t = -2.93$; $p < .01$) und höheren Depressionswerten ($t = -2.07$; $p = .05$), im Gegensatz zur Patientengruppe mit gering ausgeprägten Vermeidungstendenzen, aus. Hingegen konnte kein Unterschied in den Merkmalen der Verhaltensveränderungsmotivation über beide Gruppen ermittelt werden. 58 % der Stichprobe befand sich auf der Stufe Precontemplation des Transtheoretischen Modells, welches auf ein gering ausgeprägtes Problembewusstsein hindeutet.

Fazit

Die vorliegende Studie unterstützt die Annahme einer ängstlich-vermeidenden Untergruppe innerhalb psychosomatischer chronischer Schmerzpatienten.

Literatur

Glombiewski, J. A., Holzapfel, S., Riecke, J., Vlaeyen, J. W. S., Jong, d. J., Lemmer et al. (2018). Exposure and CBT for chronic back pain: An RCT on differential efficacy and optimal length of treatment. *Journal of Consulting and Clinical Innovative*.

Psychokardiologische Versorgung in der stationären Rehabilitation – kardiologische, psychosomatische und psychokardiologische Rehabilitation im Vergleich

*Uhlig, J. (1), Schmitz, C. (2), Rademacher, W. (3), Langner, P. (3),
Langheim, E. (3), Köllner, V. (3)*

(1) Charité – Universitätsmedizin Berlin, (2) Technische Universität Dresden,
(3) Reha-Zentrum Seehof, Teltow

Zielstellung

Psychische Komorbiditäten können die Genese und den Verlauf von Herzerkrankungen negativ beeinflussen. So ist zum Beispiel die Depression mittlerweile als unabhängiger Risikofaktor für die Entstehung einer Koronaren Herzkrankheit anerkannt (Rugulies, 2002). Aber auch Herzerkrankungen und invasive kardiologische Maßnahmen können zu psychischen Störungen, wie Angst und Depression führen (Geiser u. a., 2017). Experten fordern daher die interdisziplinäre Versorgung von psychokardiologischen Patienten im Sinne einer Collaborative Care (Herrmann-Lingen u. a., 2016; Albus u. a., 2018; Mittag & Reese, 2013). Im Rahmen der Zuweisung in eine stationäre Rehabilitationsbehandlung muss man sich derzeit aber immer noch entscheiden, ob ein Patient eine psychosomatische oder kardiologische Versorgung bekommt. Orientierend an den Empfehlungen des Positionspapiers zur Bedeutung psychosozialer Faktoren in der Kardiologie wurde im Herbst 2016 eine psychokardiologische Station im Reha-Zentrum Seehof der DRV-Bund eröffnet. Ziel ist es, kardiologische Patienten mit komorbider psychischer Störung in einem interdisziplinären und multimodalen Therapiekonzept adäquat zu behandeln und damit reha-relevante Therapie-outcomes, wie Symptomschwere, Aktivitätsniveau und Arbeitsfähigkeit, positiv zu beeinflussen. Die Patienten werden dabei von einem kardiologischem Arzt und einem ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten betreut. Mit einem professionsübergreifenden Austausch und einer individuellen Therapieplanung soll den speziellen Bedürfnissen der psychokardiologischen Patienten optimal begegnet werden.

Methoden

Die vorliegende Studie vergleicht eine interdisziplinäre psychokardiologische Behandlung von Patienten, mit monodisziplinärer kardiologischer und psychosomatischer Versorgung. Damit sollen erste Erkenntnisse bezüglich der stationären psychokardiologischen Rehabilitation gewonnen werden. Innerhalb einer klinisch kontrollierten, nicht randomisierten Studie wurden Daten von 128 Patienten erhoben (Psychokardiologie (PK): N=48, 35 % w, Alter 55 (25-65); Kardiologie (K): N=48, 38 % w, Alter 54 (26-63); Psychosomatik (PSO): N=40, 45 % w, Alter 56 (31-64)). Die Patienten wiesen sowohl kardiologische, als auch psychische Diagnosen auf. Mittels PC-gestützter Testung wurden HAF (Herzangstfragebogen; Einsle et al., 2009), HADS und SF-12 bei Aufnahme (T0), Entlassung (T1) und in einer 6-monats-Katamnese (T2) erhoben.

Ergebnisse

Hinsichtlich allgemeiner Depressivität (HADS) unterscheiden sich die Gruppen nicht zu T0. Die PK-Patienten zeigen aber eine signifikant erhöhte Ängstlichkeit im Vergleich zu den K-

Patienten ($p = 0.023$). Im Verlauf unterscheiden sich die drei Gruppen bezüglich allgemeiner psychischer und herzbezogener Symptombelastung nicht. Die PK-Patienten weisen jedoch eine signifikant höhere allgemeine Herzangst-belastung auf als die K-Patienten ($p = 0.0018$). Alle drei Gruppen zeigen bezüglich der Herzangst signifikant positive Therapieeffekte von T0 zu T1 ($p < 0.01$). Nur bei den PK-Patienten hält dieser Effekt im Sinne eines Trends auch zum Zeitpunkt T2 an. K und PSO Patienten weisen zu T2 erneut erhöhte Herzangstsymptome auf. Dieser Effekt zeigt sich bei den PK-Patienten sowohl bei herzbezogener Furcht, Vermeidung und Aufmerksamkeit, als auch bei allgemeinen Herzangstsymptomen. Im SF-12 unterscheiden sich die Gruppen zum Zeitpunkt T0 nur bezüglich der psychischen Summenskala, wobei die PK-Patienten hinsichtlich psychischer gesundheitsbezogener Lebensqualität belasteter sind, als die K-Patienten. Bezogen auf die körperliche gesundheitsbezogene Lebensqualität zeigen nur die PK-Patienten eine bis zur Katamnese anhaltende Verbesserungstendenz.

Fazit

Die vorliegenden Studienergebnisse zeigen, dass die integrierte psychokardiologische Versorgung hinsichtlich allgemeiner Psychopathologie keinen Vorteil für psychisch komorbide kardiologische Patienten bietet. Die PK zeigt dabei gleichwertig Therapieeffekte im Vergleich zur Standardversorgung der Patienten. Die Daten weisen aber darauf hin, dass die Patienten, im Sinne der Nachhaltigkeit von Therapieeffekten auf spezifische Herzangstsymptome, von einer integrativen psychokardiologischen Behandlung mehr profitieren, als von einer monodisziplinären Versorgung. Wie in anderen Arbeiten gezeigt wurde, spielt vor allem der Einfluss von herzangstbezogenem Vermeidungsverhalten eine entscheidende Rolle für das Auftreten von erneuten kardialen Ereignissen (Beek u. a., 2016). Bei den Patienten aus dem psychokardiologischen Setting finden sich dabei positive Therapieeffekte zu allen drei Messzeitpunkten sowohl im Vermeidungsverhalten, als auch bezüglich herzangstbezogener Furcht und Aufmerksamkeit. Auch die stabilen Therapieeffekte bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von PK-Patienten weisen auf die Abnahme von körperlichem Schonverhalten hin.

Die vorliegende Studie liefert erste Erkenntnisse für die Umsetzung einer stationären psychokardiologischen Versorgung. Die Ergebnissen lassen dabei den Rückschluss zu, dass eine integrative psychokardiologische Behandlung zentrale Risikofaktoren für erneute kardiale Ereignisse adressiert, wie zum Beispiel Vermeidungs- und Schonverhalten. Damit könnte die Auftretenshäufigkeit von neuen kardialen Events potentiell verringert werden. Dies ist Forschungsgegenstand für weitere Studien. Offen bleibt außerdem die Frage, inwieweit sich die psychokardiologische Behandlung auf kardiale Parameter auswirkt.

Literatur

- Albus C, Waller C, Fritzsche K, Gunold H, Haass M, Hamann B, Kindermann I, Köllner V, Leithäuser B, Marx M, Meesmann M, Michal M, Ronel J, Scherer M, Schrader V, Schwaab B, Weber CS, Herrmann-Lingen C. Bedeutung von psychosozialen Faktoren in der Kardiologie – Update 2018. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie. *Kardiologie* 2018; <https://doi.org/10.1007/s12181-018-0271-4>.
- Beek, M., Zuidersma, M., Lappenschaar, M., Pop, G., Roest, A. M., Balkom, A., ... Voshaar, R. C. O. (2016). Prognostic association of cardiac anxiety with new cardiac events and

- mortality following myocardial infarction. *The British Journal of Psychiatry*, 209(5), 400–406. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.174870>.
- Einsle F, Köllner V, Herzberg PY, Bernardy K, Nitschke M, Bley S, Hoyer J. Psychometrische Analysen zum Herzangstfragebogen. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 2009; 30: 439-457.
- Geiser, F., Urbach, A. S., Harbrecht, U., Conrad, R., Pöttsch, B., Amann, N., ... Skowasch, D. (2017). Anxiety and depression in patients three months after myocardial infarction: Association with markers of coagulation and the relevance of age. *Journal of Psychosomatic Research*, 99, 162–168. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.06.015>
- Herrmann-Lingen, C., Beutel, M. E., Bosbach, A., Deter, H.-C., Fritzsche, K., Hellmich, M., ... Group, for the S.-C. S. (2016). A Stepwise Psychotherapy Intervention for Reducing Risk in Coronary Artery Disease (SPIRR-CAD): Results of an Observer-Blinded, Multicenter, Randomized Trial in Depressed Patients With Coronary Artery Disease. *Psychosomatic Medicine*, 78(6), 704. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000332>.
- Mittag, O., & Reese, C. (2013). Die Entwicklung von Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation von Patienten mit koronarer Herzkrankheit: Methoden und Ergebnisse. *Die Rehabilitation*, 52(4), 266–272. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1323648>.
- Rugulies, R. (2002). Depression as a predictor for coronary heart disease: a review and meta-analysis1. *American Journal of Preventive Medicine*, 23(1), 51–61. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(02\)00439-7](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(02)00439-7).

Kognitive Motivation als Ressource für affektive Anpassungsfähigkeit und psychische Gesundheit

*Steiger, A. (1), Strobel, A. (2), Hoyer, J. (2), Melicherova, U. (3),
Köllner, V. (4), Strobel, An. (1)*

(1) Technische Universität Chemnitz, (2) Technische Universität Dresden
(3) Charité – Universitätsmedizin Berlin, (4) Rehasentrum Seehof, Teltow

Zielstellung

Depressive Störungen verringern die Fähigkeit Betroffener, sich adaptiv zu verhalten und zu regulieren und wirken sich damit negativ auf die Aktivität in und Teilhabe an verschiedenen Lebensbereichen aus. Für die Bewältigung der Symptome und die Verbesserung der Teilhabe sind auch Persönlichkeitsmerkmale und daraus resultierende individuelle Bewältigungsmuster wichtig. Erste Studien verweisen auf die kognitive Motivation (KOM) als potenzielle Ressource für affektive Anpassungsfähigkeit und Wohlbefinden im Umgang mit herausfordernden Lebensereignissen (Bye & Pushkar, 2009; Strobel et al., 2017). Die individuelle motivationale Disposition zur Beschäftigung mit und Freude an anspruchsvoller geistiger Betätigung zeigt negative Zusammenhänge mit Angst und Depressivität (Fleischhauer et al., 2010) sowie positive Zusammenhänge mit affektiver Anpassungsfähigkeit und willentlicher (Selbst-)Kontrolle (SK; Bertrams & Dickhäuser, 2012). Personen mit hoher KOM fühlen sich

besser, gehen aktiv und problemorientiert mit sich verändernden Situationen um und bewerten herausfordernde Lebensereignisse eher als förderlich (Bye & Pushkar, 2009; Strobel et al., 2017). SK wiederum beschreibt die Fähigkeit, eigene Verhaltens- und Reaktionsweisen kontrollieren oder verändern zu können, um z.B. Impulsen zu widerstehen, emotionale Reaktionen oder Gedankenströme zu transformieren (Bertrams & Dickhäuser, 2012). SK ist negativ mit Depressivität assoziiert und trägt zur Erklärung störungsspezifischer Defizite der Aufmerksamkeits- und Emotionsregulation bei (Nishiguchi et al., 2016). Depressive Symptome, KOM und SK sind zudem miteinander assoziiert: Nishiguchi et al. (2016) konnten zeigen, dass die Wirkung depressiver Symptome auf SK partiell durch KOM vermittelt wird. Da bisherige Befunde auf Stichproben Gesunder basieren und motivationales wie selbst-regulatives Verhalten insbesondere im Kontext psychischer Störungen und Therapie relevant ist, war es das Ziel der vorliegenden Studie, die Bedeutung von Depressivität, KOM und SK sowie deren Zusammenwirken in einer klinischen Stichprobe zu untersuchen.

Methoden

Im Zuge der Routinediagnostik wurden bei 178 Patienten (122 Frauen, Alter MW +/- SD: 51.8 +/- 8.5 Jahre) einer psychosomatischen Rehaklinik vor (T1) und nach (T2) der Behandlung depressive Symptome (DS) anhand des 21 Items umfassenden revidierten Beck Depressions-Inventars sowie KOM und SK anhand der 24 Items umfassenden Abridged Cognitive Effort Scales erfasst. Der Zeitabstand zwischen den Erhebungen betrug 4.7 +/- 1.2 Wochen.

Ergebnisse

Es fanden sich zu beiden Messzeitpunkten bedeutsame negative Zusammenhänge zwischen DS und KOM und zwischen DS und SK sowie hohe positive Zusammenhänge zwischen KOM und SK (s. Tabelle 1). Analysen der Partialkorrelationen DS und KOM (Kontrollvariable SK), DS und SK (KOM) sowie KOM und SK (DS) bestätigten die Zusammenhänge im signifikanten mittleren Bereich, $-.35 \leq r \leq .49$, $p < .001$. Eine Mediationsanalyse ergab neben einem signifikanten direkten Effekt von DS auf SK einen signifikanten indirekten Effekt von DS auf SK, der partiell durch KOM vermittelt wird (s. Abbildung 1).

Tab. 1: Spearman-Rangkorrelationen für alle Selbstberichtsmaße

	Depressive Symptome	Messzeitpunkt T1	
		Kognitive Motivation	Selbstkontrolle
Depressive Symptome	.78	-.54	-.57
Kognitive Motivation	-.53	.85	.61
Selbstkontrolle	-.56	.64	.83
		Messzeitpunkt T2	

Anmerkungen: $N = 178$, $n = 175-178$. Alle Korrelationen $p < .001$.

Korrelationen der T1-Daten befinden sich oberhalb der Diagonale, Korrelationen der T2-Daten unterhalb der Diagonale. In der Diagonale (**fettgedruckt**) sind die Retest-Reliabilitäten dargestellt.

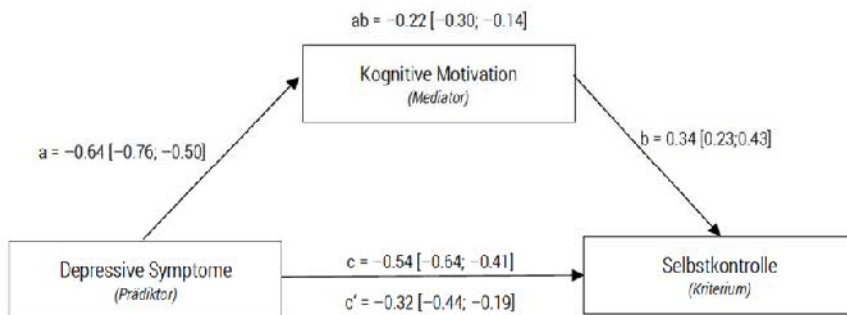


Abb. 1: Mediationsmodell (T1-Daten). $N = 175$. Dargestellte Effekte: a , b , c' = direkte Effekte (ohne Mediation); ab = indirekter Mediationseffekt; c = totaler Effekt nach Einbezug des Mediators ($c = c' + ab$). 95%-Konfidenzintervall (basierend auf 1000 Bootstrap-Stichproben).

Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass die bisherigen Befunde über Zusammenhänge zwischen Depressivität, kognitiver Motivation und Selbstkontrolle auf eine klinische Stichprobe übertragbar sind. Während hohe kognitive Motivation mit hohen Selbstkontrollmaßen assoziiert war, gingen hohe Depressivitätswerte mit geringer kognitiver Motivation und Selbstkontrolle einher. Diese Zusammenhänge spiegeln die störungsspezifischen Defizite im kognitiv-motivationalen und exekutiven Bereich wieder. Darüber hinaus wirkte sich Depressivität nicht nur direkt negativ, sondern zusätzlich vermittelt über die kognitive Motivation indirekt negativ auf Selbstkontrolle aus. Dies zeigt, dass störungsspezifische Symptome selbstregulative Fähigkeiten über verschiedene Wege beeinflussen können. Die kognitive Motivation stellt als vermittelnder Faktor einen solchen Weg und damit zugleich einen bedeutsamen Ansatzpunkt für therapeutische Interventionen in der Rehabilitation dar, um den Auswirkungen depressiver Symptome auf die Selbstkontrolle entgegenzuwirken. Die gezeigten wechselseitigen Zusammenhänge unterstützen das Potential dieses Persönlichkeitsmerkmal als personenbezogene Ressource im Sinne der ICF für die Therapie, welches sich insbesondere in Verbindung mit verhaltensaktivierenden Maßnahmen (Strobel et al., 2017) als förderlich für die Stärkung selbstregulativer Fähigkeiten und damit für die Wiederherstellung affektiven Wohlbefindens erweisen könnte.

Literatur

- Bertrams, A. & Dickhäuser, O. (2012). Passionate thinkers feel better: Self-control capacity as mediator of the relationship between need for cognition and affective adjustment. *Journal of Individual Differences*, 33(2), 69-75. <https://doi.org/10.1027/1614-0001/a000081>.
- Bye, D. & Pushkar, D. (2009). How need for cognition and perceived control are differentially linked to emotional outcomes in the transition to retirement. *Motivation and Emotion*, 33(3), 320-332. <https://doi.org/10.1007/s11031-009-9135-3>.
- Fleischhauer, M., Enge, S., Brocke, B., Ullrich, J., Strobel, A. & Strobel, A. (2010). Same or different? Clarifying the relationship of need for cognition to personality and intelligence. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36(1), 82-96. <https://doi.org/10.1177/0146167209351886>.

- Nishiguchi, Y., Takano, K. & Tanno, Y. (2016). The need for cognition mediates and moderates the association between depressive symptoms and impaired effortful control. *Psychiatry Research*, 241, 8-13. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.092>.
- Strobel, A., Anacker, K. & Strobel, A. (2017). Cognitive engagement mediates the relationship between positive life events and positive emotionality. *Frontiers in Psychology*, 8: 1861. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01861>.

DE-RENA - Rehabilitationsnachsorge mit einer Smartphone-App für depressive Patienten: Ergebnisse zur Akzeptanz und Wirksamkeit.

Schmädeke, S. (1), Kockler, T. (1), Olbrich, D. (2)

(1) MEDIAN Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim,

(2) Rehabilitationszentrum Bad Salzufen

Zielstellung

Die Deutsche Rentenversicherung hebt in ihrem Rahmenkonzept zur Nachsorge die wachsende Bedeutung neuer Medien hervor und definiert Voraussetzungen für die Vergütung von Tele-Reha-Nachsorge. Bislang liegen jedoch nur wenige Erfahrungen mit Internet- und Smartphone-unterstützten Nachsorgeleistungen in der Routine vor (Lin et al., 2013). In unserem Vorgängerprojekt eATROS konnten Akzeptanz und Wirksamkeit von Smartphone-unterstützter Nachsorge nachgewiesen werden (Bischoff et al., 2014; Schmädeke et al., 2015). DE-RENA ist die technische Weiterentwicklung hin zu einer Nachsorge-App, die einen effizienten Einsatz in der Regelversorgung ermöglicht.

Ziel des Nachsorgeangebots DE-RENA ist es, Patienten mit depressiven Störungen beim Schritt in den Alltag zu unterstützen, um Rückfällen vorzubeugen und die Nachhaltigkeit der Therapieerfolge zu steigern. Zentrales Element der DE-RENA Nachsorge ist die Tagesplanung und -bewertung mittels App unter Berücksichtigung der vom Patienten angestrebten Balance seiner Lebensbereiche. Die Patienten werden in den sechs Monaten der App-Nachsorge telefonisch von einem Therapeuten der Klinik begleitet.

Aktuell wird DE-RENA als DRV-gefördertes Modellprojekt in zwei psychosomatischen Reha-Kliniken (private Trägerschaft und DRV-Klinik) erprobt und hinsichtlich Akzeptanz, Umsetzbarkeit und Wirksamkeit untersucht. Das Projekt wird im März 2018 abgeschlossen sein.

Es werden drei Fragestellungen untersucht:

1. Gelingt es die Therapeuten als Verordner von Nachsorgeleistungen durch eine Schulung von der Sinnhaftigkeit von DE-RENA zu überzeugen?
2. Kann bei den Patienten eine ausreichende Akzeptanz für DE-RENA aufgebaut werden?
3. Gelingt es den Teilnehmern der DE-RENA Nachsorge ihre in der stationären Behandlung erreichten Therapieerfolge aufrecht zu erhalten bzw. zu verstetigen?

Wir berichten die Akzeptanz für DE-RENA auf Seiten der Therapeuten und Patienten und die bisherigen Zwischenergebnisse zur Wirksamkeit von DE-RENA. Bis zum 31.3.2019 werden die abschließenden Studienergebnisse vorliegen.

Methoden

Die Ärzte und Psychologen beider Kliniken wurden vor Einführung von DE-RENA in einer Informationsveranstaltung über das App-Nachsorgeangebot informiert. Neben der Frage, wie hilfreich die Therapeuten beide Nachsorgeangebote (die bestehenden Gruppennachsorgeangebote und DE-RENA) einstufen, erhoben wir die Einschätzungen zur therapeutischen Bedeutsamkeit der verschiedenen Kernelemente von DE-RENA sowie die erwartete Nutzungsbereitschaft durch die Patienten.

Auf Seiten der Patienten erfassten wir die persönliche Bedeutsamkeit, die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Nutzung sowie die Benutzerfreundlichkeit aller Kernelemente von DE-RENA.

Die Einschätzungen der Therapeuten und Patienten wurden über selbstentwickelte Fragebögen mit 6-stufigem Schulnotenformat erfasst (1 = sehr bis 6 = überhaupt nicht bedeutsam / benutzerfreundlich / wahrscheinlich).

Um die Wirksamkeit der DE-RENA Nachsorge zu untersuchen, erfassten wir in einem Ein-Gruppen-Prä-Post-Design die Ausprägung der depressiven Symptomatik der Teilnehmer mittels PHQ-9 Fragebogen (Löwe et al, 2004) zu den drei Messzeitpunkten t_0 (Klinikaufnahme), t_1 (Klinikentlassung) und t_2 (nach Abschluss der sechsmonatigen Nachsorge) sowie die Fähigkeit zur Selbstregulation mittels SSI-K3 Fragebogen (Kuhl & Fuhrmann, 2003) zu den Messzeitpunkten t_1 und t_2 .

Zur statistischen Analyse der Mittelwertdifferenzen verwendeten wir zweiseitige, gepaarte T-Tests für abhängige Stichproben.

Ergebnisse

Innerhalb des ersten Projektjahres haben wir in beiden Kliniken bislang 1436 Patienten über das DE-RENA Angebot informiert. 180 Patienten haben sich vertieft mit der App-Nachsorge vertraut gemacht und die App im Klinikalltag getestet. Im Anschluss an diese Erprobung entschlossen sich 122 von ihnen für die Teilnahme an der App-Nachsorge.

Die Therapeuten ($N = 28$) schätzten sowohl die bewährte Gruppennachsorge (Psy-RENA: $M = 2,31$, $SD = 0,77$) als auch DE-RENA ($M = 3,06$, $SD = 1,14$) als hilfreich ein. Sie bewerteten im Durchschnitt alle Kernkomponenten von DE-RENA im positiven Bereich der Skala. Insbesondere das telefonische Coaching halten die Therapeuten sowohl für bedeutsam ($M = 1,75$, $SD = 1,30$), als auch für wahrscheinlich, dass Teilnehmer das Telefoncoaching erfolgreich nutzen können ($M = 1,89$, $SD = 1,03$).

Die in die App-Nutzung geschulten Teilnehmer bewerteten die App-Funktionen als benutzerfreundlich ($M = 2,37$, $SD = 0,69$), persönlich bedeutsam ($M = 2,02$, $SD = 0,55$) und die Wahrscheinlichkeit für die Nutzung im Alltag als hoch ($M = 2,22$, $SD = 0,96$). Sie schätzen DE-RENA zudem als gut integrierbar in den Alltag ($M = 2,41$, $SD = 1,23$) und als einfach bedienbar ($M = 2,33$, $SD = 1,52$) ein.

51 Patienten beider Kliniken haben (Stand: November 2018) die sechsmonatige DE-RENA Nachsorge bereits abgeschlossen und bildeten die Stichprobe für die folgende Zwischenauswertung.

Die depressive Symptomatik der DE-RENA Teilnehmer können ihre in der stationären Reha erreichten Therapieerfolge mit der DE-RENA Nachsorge aufrechterhalten (siehe Abb. 1): Der

durchschnittliche PHQ-9 Summenscore bei Entlassung der Teilnehmer betrug $M(t_1) = 8,59$ ($SD = 5,61$) und sank am Ende der Nachsorge auf $M(t_2) = 7,84$ ($SD = 6,06$). Diese leichte Verringerung der depressiven Symptomatik ist im Mittelwertvergleich allerdings nicht signifikant [$t(50) = 1,13$; $p = ,26$].

Abbildung 1 zeigt die Veränderung der depressiven Symptomatik (PHQ-9), über die drei Messzeitpunkte t_0 (Klinikaufnahme), t_1 (Entlassung aus der Klinik/Beginn der Nachsorge) und t_2 (Ende der sechsmonatigen Nachsorge).

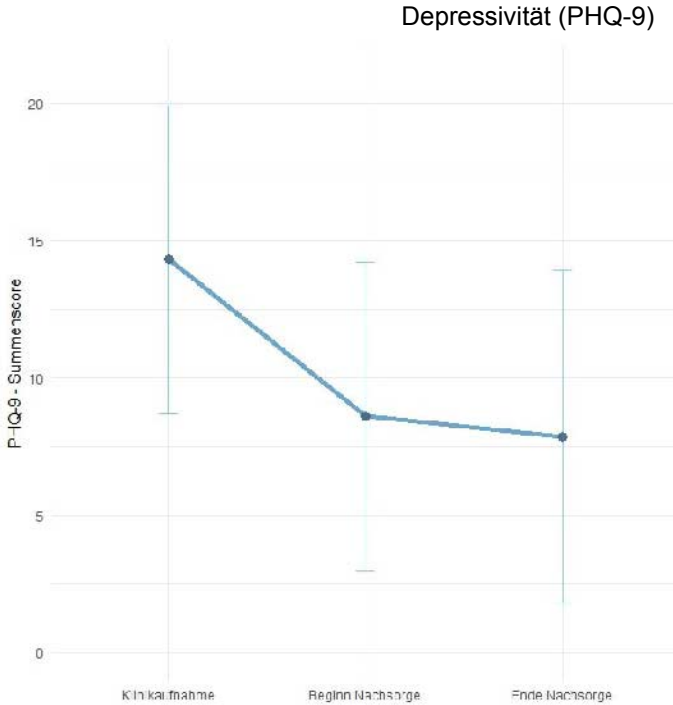


Abb. 1: Mittelwerte und Standardabweichungen der depressiven Symptomatik (PHQ-9 Summenscore) über die drei Messzeitpunkte t_0 (Klinikaufnahme), t_1 (Entlassung aus der Klinik/Beginn der Nachsorge) und t_2 (Ende der sechsmonatigen Nachsorge)

Abbildung 2 zeigt die Veränderung der Fähigkeit zur Selbstregulation, gemessen auf einer Schulnotenskala. Die Fähigkeit zur Selbstregulation verbesserte sich bei den DE-RENA Teilnehmern von $M(t_1) = 4,05$ ($SD = 0,92$) und sank am Ende der Nachsorge auf $M(t_2) = 3,46$ ($SD = 1,05$), was im T-Test einer hochsignifikanten Differenz entspricht [$t(50) = 4,58, p < .001^{***}$].

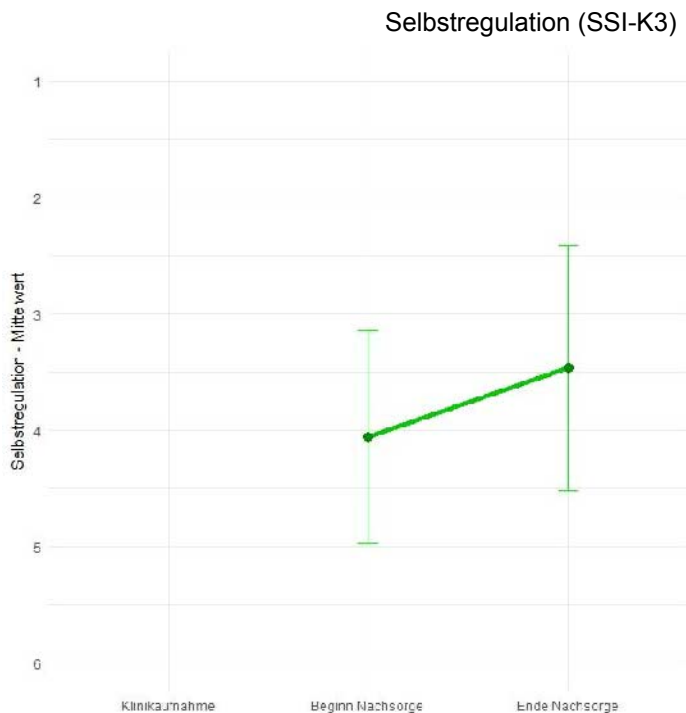


Abb. 2: Mittelwerte und Standardabweichungen der Fähigkeiten zur Selbstregulation (SSI-K3, Schulnotenskala) über die beiden Messzeitpunkte t_1 (Entlassung aus der Klinik/Beginn der Nachsorge) und t_2 (Ende der sechsmonatigen Nachsorge)

Fazit

Die Ergebnisse belegen eine ausreichend gute Akzeptanz für das App unterstützte Nachsorgeangebot auf Seiten der Behandler sowie der Patienten. Die aktuellen Zwischenergebnisse des bis März 2019 laufenden Projekts zeigen, dass die teilnehmenden Patienten ihre in der stationären Behandlung erreichten Therapieerfolge in der DE-RENA Nachsorge aufrechterhalten und festigen können und ihr Fähigkeit zur Selbstregulation deutlich verbessern können.

Die Ergebnisse stimmen zuversichtlich, dass mit dem Nachsorgekonzept DE-RENA alle von der DRV formulierten Anforderungen an Tele-Reha-Nachsorge erfüllt werden können.

Mit DE-RENA wurde auch für jene Patienten ein Nachsorgeangebot geschaffen, denen eine Teilnahme an der bestehenden Gruppennachsorge (PSY-RENA) aufgrund zu großer Entfernung oder Unvereinbarkeit mit dem beruflichen Alltag nicht möglich ist.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Interessenkonflikt: Dr. Olbrich ist Mitarbeiter der Deutsche Rentenversicherung Bund

Literatur

- Bischoff, C., Schmäddeke, S., Adam, M., Dreher, C., Bencetic, D., & Limbacher, K. (2013). Wirksamkeit von Handheld-gestütztem Selbstmanagement (E-Coaching) in der Rehabilitationsnachsorge. *Verhaltenstherapie*, 23(4), 243-251.
- Bischoff, C., Schmäddeke, S., Dreher, C., Adam, M., Bencetic, D., & Limbacher, K. (2010). Akzeptanz von elektronischem Coaching in der psychosomatischen Rehabilitation. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 31, 274-287.
- Bischoff, C., Schmäddeke, S., & Fuchsloch, L. (2014). Akzeptanz Smartphone-gestützter Rehabilitationsnachsorge bei depressiven Patienten. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 35, 316.
- Kuhl, J., & Fuhrmann, A. (2003). Selbststeuerungs-Inventar: SSI-K3 (Kurzversion), unveröffentlichtes Manuskript. Universität Osnabrück.
- Lin, J., Ebert, D. D., Lehr, D., Berking, M., & Baumeister, H. (2013). Internetbasierte kognitiv-behaviorale Behandlungsansätze: State of the Art und Einsatzmöglichkeiten in der Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 52(03), 155-163.
- Löwe, B., Unützer, J., Callahan, C., Perkins, A., & Kroenke, K. (2004). Monitoring depression outcomes with the PHQ-9. Responsiveness and reliability. *Med. Care*, 42, 1194-1201.
- Schmäddeke, S., & Bischoff, C. (2015). Wirkungen smartphonegestützter psychosomatischer Rehabilitationsnachsorge (eATROS) bei depressiven Patienten. *Verhaltenstherapie*, 25(4), 277-286.

Der Einfluss der Moral auf die Authentizität der Beschwerdeschilderung

Kobelt, A. (1), Ramien, N. (2), Lid, N. (3), Petermann, F. (4)

(1) Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, Laatzen,

(2) Bremen, (3) Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, Hannover,

(4) Universität Bremen

Zielstellung

Bei der Begutachtung von Personen, die einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente aufgrund einer psychischen Erkrankung stellen, kommt es darauf an, die vom Probanden angegebenen Beschwerden zu objektivieren. Eine Metaanalyse von von Aronoff zeigt, dass bisherige Ergebnisse zur Simulations- und Aggravationshäufigkeit bei psychischen Störungen, neurokognitiven Störungen und Schmerz zwischen 1 - 67 % variieren. In einer eigenen Studie lag der Anteil verzerrten Antwortverhaltens in Abhängigkeit vom benutzten Test zwischen 33 und 67 % (Kobelt et al., 2018). Dabei ist das Antwortverhalten nicht nur von den impliziten Motiven sondern auch von den Bedingungen der Testapplikation abhängig (vgl. Walter et al., 2015). Aus der experimentellen Unehrllichkeitsforschung sind verschiedene Phänomene bekannt, die den Anstieg unehrlichen Verhaltens erklären. So besagt die Selbstkonzepterhaltungstheorie, dass Menschen nur dann unehrlich handeln, wenn Sie dafür ihr Selbstbild als gute und ehrliche Menschen nicht aufgeben müssen (Mazar et al., 2008). Shalvi (2015) konnte zeigen, dass unmoralisches Verhalten davon abhängig ist, ob Rechtfertigungen verfügbar sind. Wenn jedoch die moralischen Standards bspw. durch das vorherige Lesen einer Ehrlichkeitsverpflichtung aktualisiert werden, scheint das Ausmaß unmoralischen Verhaltens zu sinken (Mazar et al., 2008). Shu (2012) konnte nachweisen, dass allein die Verlegung der Unterschrift über die Ehrlichkeit der Angaben vom Ende auf den Anfang von Formularen zu weniger selbstdienlichen Angaben führte.

Die vorliegende Studie untersucht die Hypothese (H1), dass eine Ehrlichkeitserklärung zu Beginn der medizinischen Begutachtung zu einer Verringerung verzerrter Beschwerdeschilderung führt.

Methoden

248 Personen, die einen Antrag auf Erwerbsminderung wegen einer psychischen Erkrankung gestellt hatten, wurden randomisiert zwei Untersuchungsarmen (mit und ohne Ehrlichkeitserklärung) zugeführt. Die Probanden füllten zwei Beschwerdenuvalidierungstests (SFSS, BEVA) aus. Darüber hinaus wurden soziodemographische Daten erhoben. Es wurden T-Tests und zweifaktorielle Varianzanalysen gerechnet.

Ergebnisse

Der Effekt aktualisierter moralischer Standards bestätigte sich vor allem für den SFSS, nicht jedoch für den BEVA. Der Effekt war von der Schulbildung abhängig. Während Probanden

mit Hauptschulabschluss niedrigere Werte mit Ehrlichkeitserklärung und höhere Werte ohne Ehrlichkeitserklärung aufwiesen, zeigten Probanden mit höherer Schulbildung den umgekehrten Effekt. Die experimentelle Manipulation der Testdurchführung hatte jedoch keinen Einfluss auf die Quote derjenigen Probanden, die die Grenzwerte der beiden Instrumente überschritten hatten (auffällig vs. unauffällig).

Fazit

Die Studie konnte bestätigen, dass eine Ehrlichkeitserklärung zu Beginn einer Begutachtung Einfluss auf das Antwortverhalten hat. Es zeigte sich, dass der SFSS aufgrund seiner hohen Sensitivität anfälliger für kontextuelle Manipulationen ist, wobei die Übertreibungen der Probanden zwar signifikant waren, jedoch nicht zum Anstieg der Quote auffälliger Probanden führten. Das relativ geringe Ausmaß der Verzerrungen in Abhängigkeit von der Untersuchungsanordnung lässt sich mit der Selbstkonzepterhaltungstheorie erklären, die postuliert, dass die Antwortverzerrung vor sich selbst zu rechtfertigen sein muss. Der Unterschied zwischen den Probanden unterschiedlicher Schulabschlüsse legt nahe, dass höher Gebildete andere moralische Standards bevorzugen oder situationsabhängig individueller mit moralisch herausfordernden Situationen umgehen als Angehöriger niedrigerer Bildungsgruppen (Piff et al., 2010).

Bei der Beurteilung von Antwortverzerrungen in Begutachtungen müssen latente moralische und soziale Motive in der Anamnese berücksichtigt werden. Die Manipulation der Testbedingungen führt in Abhängigkeit von der Bildung zu authentischeren Testergebnissen.

Literatur

- Aronoff, G., Mandel, S., Genovese, E. (2007) Evaluating malingering in contested injury or illness. *Pain Practice*, 7, 178-204.
- Kobelt, A., Walter, F., Geissler, N., Lid, N., Petermann, F. (2017) Ein Ampelsystem in der Beschwerdenuvalidierung. Geht das? Der BEVA und der SFSS in der psychiatrischen Begutachtung. *DRV-Schriften*, Band 111, 113-115.
- Mazar, N., Amir, O., Ariely, D. (2008). The Dishonesty of Honest People: A Theory of Self-Concept Maintenance. *Journal of Marketing Research*, 45 (6), 633–644.
- Piff, P. K., Kraus, M. W., Côté, S., Cheng, B. H., Keltner, D. (2010). Having less, giving more: the influence of social class on prosocial behavior. *Journal of personality and social psychology*, 99 (5), 771-784.
- Shalvi, S., Gino, F., Barkan, R., Ayal, S. (2015). Self-Serving Justifications. *Current Directions in Psychological Science*, 24 (2), 125-130.
- Shu, L. L., Gino, F., Bazerman, M. H. (2011). Dishonest deed, clear conscience: when cheating leads to moral disengagement and motivated forgetting. *Personality & social psychology bulletin*, 37 (3), 330-349.
- Walter, F., Geissler, N., Petermann, F., Kobelt, A. (2015) Beeinflussen Instruktionen und die Motivation für eine Rente die Beschwerdedarstellung in Fragebogen. *Die Rehabilitation*, 54(03), 166-171.

Das MMPI-2RF in der Begutachtung

Stevens, A.

Universität Tübingen

Zielstellung

Das Minnesota Multiphasic Personality Inventory liegt neu in der restructured Form vor. Wir besprechen hier die Skalenkonstruktion, die Aussagekraft in der Begutachtung und insbesondere der Beschwerdvalidierung in der Begutachtung.

Methoden

413 Probanden haben im Rahmen der Begutachtung den MMPI-2RF bearbeitet. Alle Probanden wurden psychiatrisch interviewt, körperlich untersucht und psychologisch getestet, dabei auch verschiedene Validierungstest eingesetzt. Die Ergebnisse werden mit Zufallsdaten verglichen, ferner mit den klinischen und testpsychologischen Ergebnissen.

Ergebnisse

Die Konstruktion der Skalen ist recht heterogen, sie korrelieren hoch miteinander. Eine Faktorenanalyse der Rohdaten liefert nur 5 Faktoren gegenüber 51 Skalen. Bei etlichen Skalen scheinen die Ergebnisse mehr der Konstruktion der Skalen als der Psychopathologie der Probanden zu folgen. Da die meisten Skalen nicht entfernt normalverteilte Rohwerte zeigen, erscheint die Angabe von T-Werten problematisch. Echte Psychopathologie bzw. Hirnschäden führen kaum zu erhöhten T-Werten auf den Skalen, zumindest in der Begutachtung. Die Faktorenanalyse zeigt, dass der wichtigste Faktor negative Antwortverzerrung zu sein scheint.

Fazit

Im Bereich der Begutachtung wird das MMPI-2RF nur als bedingt nützlich bewertet. Die Restrukturierte Form ist zwar kürzer, methodisch aber keine Verbesserung gegenüber dem MMPI-2. Oberflächliche Bearbeitung kann zu Auffälligkeiten in den Validitätsskalen führen, ohne dass die Konsistenzparameter dies anzeigen. Die Aussagekraft der Validitätsskalen erscheint im Vergleich zu anderen Instrumenten mäßig – gemessen am Aufwand.

Literatur

- Ben-Porath, Y. S., & Tellegen, A. (2008/2011). MMPI-2-RF (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Restructured Form): Manual for administration, scoring, and interpretation. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Ben-Porath, Y. S., & Tellegen, A. (2011). MMPI-2-RF (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Restructured Form): User's guide for reports (2nd ed.). Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Ray, C.L., 2017. Practical use of MMPI-2RF Validity Indicators in VA Compensation and Pension Examinations. *PIL* 10(3), 223-233.

Psychomotorisch verlangsamt?

Stevens, A.

Universität Tübingen

Zielstellung

Psychomotorische Verlangsamung wird bei Begutachtungen häufig geltend gemacht oder gezeigt. In 3 Studien wird untersucht, welche Störungen mit Verlangsamung einhergehen und wie nicht-authentische Leistungen erkannt werden können.

Methoden

Studie 1 untersucht den Einfluss von Hirnkontusionen auf Aufmerksamkeitsleistungen (ANT) an 232 Probanden (Gruppenvergleich). Studie 2 beschreibt den Einfluss von Schlafentzug und Benzodiazepinen in einem repeated measures Design an 30 gesunden Probanden. Studie 3 beschreibt an 893 Probanden mit und ohne Hirnschädigung die Entwicklung eines Validitätsparameters mittels logistischer Regression.

Ergebnisse

(1) Frontale und parietale Hirnschäden gehen mit einer diskreten Verzögerung der Reaktionszeiten einher, weitaus größere Effekte wurden für die Testkooperation geschätzt. (2) Schlafentzug und akute Einnahme von 1 mg Lorazepam haben keinen Einfluss auf Reaktionsleistungen. (3) Anhand der medianen Reaktionszeit bei Einfachreaktion auf visuelle Stimuli lässt sich ein Validitätsparameter berechnen, der mit einer Sensitivität von 0.79 und einer Spezifität von 0.89 nicht authentische Aufmerksamkeitsleistungen detektiert. Fernere werden Korrelationen mit anderen Validitätsparametern (WMT) untersucht.

Fazit

Krankheitsbedingte Verlangsamungen sind gering, Aufmerksamkeitsleistungen scheinen vor allem von der Motivation abzuhängen. Es empfiehlt sich daher, spezifische Validitätskontrollen durchzuführen.

Literatur

Stevens A, Bahlo S, Licha C, Liske B, Vossler-Thies E (2016) Reactiontime as an indicator of insufficient effort: Development and validation of an embedded performance validity parameter. *J Psychiatry Res* 245,74-82.

Stevens A, Merten T (2010) Psychomotor Retardation: Authentic or Malingered? A Comparative Study of Patients With and Without Traumatic Brain Injury and Experimental Simulators; *German J Psychiatry* 13:1-8.

Psychische Beschwerden oder Arbeitsplatzprobleme: Wer fühlt sich prognostisch arbeitsfähig?

Muschalla, B. (1), Olbrich, D. (2), Henning, A. (3), Cornetz, K. (4), Haake, T. (4)

(1) Technische Universität Braunschweig, (2) Rehazentrum Bad Salzuflen,

(3) Berlin, (4) Postdam

Zielstellung

Menschen mit psychischen Erkrankungen haben häufig Probleme am Arbeitsplatz, lange Arbeitsunfähigkeitszeiten und die höchsten Erwerbsunfähigkeitsberentungsraten (DRV, 2015). Daneben gibt es jedoch Risikokonstellationen, wenn etwa eine psychische Erkrankung besteht auch ohne aktuelles Arbeitsplatzproblem (P), oder wenn ein Arbeitsplatzproblem besteht ohne psychische Erkrankung, ggf. im Sinne einer Z-Diagnose (A).

Vor dem Hintergrund, dass die subjektive Arbeitsfähigkeitseinschätzung ein wesentlicher Prädiktor für die zukünftige Arbeitsfähigkeit (Nielsen et al., 2011) ist, stellt sich die Frage, wie "Risikogruppen", d. h. Menschen mit psychischen Beschwerden ohne Arbeitsplatzprobleme (P) und Menschen ohne psychische Beschwerden aber mit Arbeitsplatzproblemen (A) ihre Arbeitsfähigkeit wahrnehmen. Eine Betrachtung dieser Gruppen ist aufschlussreich um Risikofaktoren einer ungünstigen Arbeitsfähigkeitseinschätzung frühzeitig entgegenzuwirken.

Methoden

Berufstätige verschiedenster Tätigkeitsfelder sowie Rehabilitationspatienten mit psychischen Erkrankungen im arbeitsfähigen Alter (18-65 Jahre) füllten denselben Fragebogen aus (N=416). Sie machten Angaben zur aktuellen Arbeitsangstsymptombelastung (Arbeitsplatzphobie-Screening, Muschalla & Linden, 2009), arbeitsbezogenen Copingfähigkeiten (JoCoRi, Muschalla et al., 2016) sowie genereller Eigeninitiative (EI, Fay & Frese, 2001). Die Befragten gaben außerdem ihre aktuelle subjektive Arbeitsfähigkeit an (Work-Ability-Index, Hasselhorn & Freude, 2007), sowie die Arbeitsunfähigkeitsdauer aktuell und in den vergangenen 12 Monaten, und ob aktuell psychische Beschwerden und Arbeitsplatzprobleme bestehen.

Ergebnisse

Menschen mit Arbeitsplatzproblemen und psychischen Beschwerden (AP) gaben die stärkste subjektive Arbeitsfähigkeitsbeeinträchtigung an, die längsten Arbeitsunfähigkeitszeiten, ausgeprägteste arbeitsplatzphobische Angst, sowie die geringsten Bewältigungsfähigkeiten (EI, Arbeitsscoping) (Tab. 1).

Menschen mit psychischen Beschwerden aber ohne Arbeitsplatzprobleme (P) hatten zwar längere Arbeitsunfähigkeitsdauern und subjektiv schlechtere Arbeitsfähigkeit als Menschen mit Arbeitsproblemen ohne psychische Beschwerden (A). Jedoch fühlten sich beide Gruppen in vergleichbarem Maße in der Lage ihre Arbeit zu bewältigen (Arbeitsscoping), und sie hatten eine ähnliche Einschätzung ihrer zukünftigen Arbeitsfähigkeit.

In einer multiplen Regressionsanalyse (n=84; A, P) erwiesen sich - über Rentenantragstellung (p=.003), und die 12-Monats-Arbeitsunfähigkeitsdauer (p=.055) hinaus - vor allem das Ausmaß der arbeitsplatzphobischen Symptomatik (p=.017) und die Eigeninitiative (p=.037) varianzaufklärend für die subjektive Arbeitsfähigkeitsprognose.

Tab. 1: Vergleich von Menschen mit und ohne psychische Beschwerden sowie mit und ohne Arbeitsplatzprobleme hinsichtlich ihrer wahrgenommenen Arbeitsfähigkeit und tatsächlicher Arbeitsunfähigkeitszeiten

	Psychische Beschwerden und Arbeitsplatzproblemen (a) (n = 220)	Psychische Beschwerden aber ohne Arbeitsplatzprobleme (b) (n = 34)	ohne psychische Beschwerden und mit Arbeitsplatzprobleme (c) (n = 61)	ohne psychische Beschwerden und ohne Arbeitsplatzprobleme (d) (n = 101)	Signifikanz der Gruppenunterschiede p
Geschlecht: % Frauen	73%	85%	72%	57%	.006 (χ^2 -Test)
Alter	49.7 (9.4)	48.9 (8.5)	43.6 (12.3)	44.3 (12.3)	bd .179, cd 1.000, ad .000, bc .119, ab 1.000, ac .000
Arbeitsunfähigkeitsdauer in den vergangenen 12 Monaten in Wochen	17.1 (17.1)	12.4 (14.3)	1.8 (2.3)	1.1 (2.0)	bd .000, cd 1.000, ad .000, bc .001, ab .311, ac .000
Aktuelle Arbeitsunfähigkeitsdauer in Wochen	15.4 (22.3)	6.1 (12.7)	0.2 (1.2)	0.04 (0.3)	bd .442, cd 1.000, ad .000, bc .641, ab .000, ac .000
% Rentenanspruch geplant, gestellt oder im Widerspruchsverfahren	14,8%	14,7%	3,3%	1,9%	.007 (χ^2 -Test)
WAI aktuelle Arbeitsfähigkeit im Vergleich zur besten je erreichten Arbeitsfähigkeit (0 schlechteste -10 beste)	3.5 (2.9)	6.2 (3.1)	7.9 (2.1)	8.4 (1.8)	bd .000, cd 1.000, ad .000, bc .014, ab .000, ac .000
WAI Arbeitsfähigkeit bzgl. psychomentaler Arbeitsanforderungen (1 sehr gut - 5 sehr schlecht)	2.2 (1.0)	2.9 (0.8)	3.9 (0.9)	4.2 (0.9)	bd .000, cd .224, ad .000, bc .000, ab .000, ac .000
WAI Arbeitsfähigkeit bzgl. körperlicher Arbeitsanforderungen (1 sehr gut - 5 sehr schlecht)	2.7 (1.1)	3.4 (1.1)	3.7 (0.9)	4.2 (0.8)	bd .000, cd .011, ad .000, bc .478, ab .002, ac .000
WAI Subjektive Prognose der Arbeitsfähigkeit in 2 Jahren (1 undenkbar - 7 sicher)	4.5 (2.0)	5.9 (1.8)	6.4 (1.5)	6.9 (0.7)	bd .043, cd .455, ad .000, bc 1.000, ab .000, ac .000
Arbeitsplatzphobische Angst (0-4)	1.9 (1.2)	0.6 (0.9)	0.4 (0.5)	0.2 (0.2)	bd .089, cd .300, ad .000, bc 1.000, ab .000, ac .000
Eigeninitiative (0-4)	2.4 (0.8)	2.5 (0.8)	2.8 (0.7)	2.7 (0.7)	bd .985, cd 1.000, ad .010, bc 1.000, ab .427, ac .005
JoCoRi Arbeitsscoping (0-4)	1.9 (0.7)	2.7 (0.8)	2.9 (0.7)	3.1 (0.7)	bd .085, cd .707, ad .000, bc 1.000, ab .000, ac .000

Fazit

Sowohl bei Menschen mit psychischen Beschwerden aber ohne Arbeitsplatzprobleme (P) als auch Menschen mit Arbeitsplatzproblemen aber ohne psychische Beschwerden (A) können

präventiv Ressourcen fokussiert werden, die zur Stärkung der subjektiven Arbeitsfähigkeit beitragen. (Bereits vorhandene) eigeninitiale Bewältigungsfähigkeiten zu pflegen und zu stärken erscheint für beide Gruppen (A und P) sinnvoll. Die diagnostische Beachtung und falls notwendig Behandlung arbeitsplatzphobischer Ängste sollte Behandlern jedoch auch bei diesen Risikogruppen im Hinterkopf bleiben.

Literatur

- DRV (2015): Indikatoren zu Erwerbsminderungsrenten im Zeitablauf 2015. Zugriff am 30.03.2016. Verfügbar unter http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/238686/publicationFile/34841/indikatoren_zu_erwerbsminderungsrenten.pdf.
- Fay, D., Frese, M. (2001): The concept of personal initiative. An overview of validity studies. *Human Performance*, 14. 97-124.
- Hasselhorn, H. M., Freude, G. (2007): Der Work Ability Index. Ein Leitfaden. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Sonderschrift, Bd. 87. Bremerhaven: Verlag für neue Wissenschaft.
- Muschalla, B., Fay, D., Hoffmann, K. (2016): Entwicklung eines Inventars zur Erfassung arbeitsbezogener Copingfähigkeiten und Rückkehrintention (JoCoRi). *Diagnostica*, 62. 143-156.
- Muschalla, B., Linden, M. (2009): Workplace phobia - A first explorative study on its relation to established anxiety disorders, sick leave, and work-directed treatment. *Psychology, Health & Medicine*, 14. 591-605.
- Nielsen, M.B.D., Madsen, I.E.H., Bültmann, U., Christensen, U., Diderichsen, F., Rugulies, R. (2011): Predictors of return to work in employees sick-listed with mental health problems: Findings from a longitudinal study. *European Journal of Public Health*, 21. 806-811.

Geschlechterunterschiede im Verlauf und Erfolg psychosomatischer Rehabilitation

von Hörsten, N. (1), Schulz, W. (1), Stock Gissendanner, S. (2) Schmid-Ott, G. (2)
(1) Technische Universität Braunschweig, (2) Berolina Klinik GbmbH & Co. KG, Löhne

Zielstellung

In Studien zum Erfolg der psychosomatischen Rehabilitation wird das weibliche Geschlecht häufig als Erfolgsprädiktor der psychosomatischen Rehabilitation bezeichnet (z.B. De Vries et al., 2011). Diese Aussage ist angesichts der Komplexität der klinischen Ausgangssituationen, der Individualität der therapeutischen Rahmenbedingungen sowie der individuellen Interpretation kritisch zu sehen. Ziel dieser Studie ist eine Untersuchung der Bedeutsamkeit des Geschlechts im Verlauf und Erfolg psychosomatischer Rehabilitation.

Methoden

Die Stichprobe besteht aus 401 Rehabilitanden einer stationären psychosomatische Rehabilitation, 72% Frauen und 28% Männer mit einem Durchschnittsalter von 49,0 Jahren. Sie wurden zu Rehabilitationsbeginn (T1), -ende (T2) sowie 12 Monate danach (T3) untersucht. Die Rücklaufquote zum Follow-up beträgt 74%. Mittels verschiedener statistischer Analysen wurden die geschlechtsspezifischen Veränderungen klinischer und arbeitsbezogener Merkmale untersucht: Selbstregulationsfähigkeit (Jäger et al., 2012), Resilienz (Schumacher et al., 2005), Symptombelastung (Franke, 2014), Arbeitsmotivation (eigene Items), subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit (Mittag, Raspe, 2003) sowie das Erfolgskriteriums Return to Work (RTW).

Ergebnisse

Insgesamt sind geschlechtsspezifische Tendenzen erkennbar, eine statistische Signifikanz lässt sich nur beim unterschiedlichen Verlauf der Resilienz und der beruflichen Motivation nachweisen. Passend zu den Ergebnissen der Studie von Bell und Stiens (1991) zeigt sich von T1 zu T2 eine signifikante positive Veränderung der Selbstregulationsfähigkeit bei beiden Geschlechtern.

Die Resilienz weist bei beiden Geschlechtern einen ähnlichen Verlauf auf. Ein Jahr nach der Rehabilitation (T3) erweisen sich die Rehabilitanden als resilienter als zu Beginn der Rehabilitation (T1). Der Wilcoxon-Test belegt, dass die Verbesserung bei den Frauen signifikant stärker ist.

Die durchschnittliche Belastung durch psychische Beschwerden sinkt über den Rehabilitationsverlauf signifikant ab. Zwischen den Messzeitpunkten T2 und T3 steigt die Symptomatik insignifikant an. Der Effekt ‚Geschlecht‘ ist nicht signifikant. Gegensätzlich zu den Ergebnissen von Neises (2007) weisen Frauen eine geringere Symptombelastung auf.

Bei der Arbeitsmotivation zeigt sich, dass Männer und Frauen zu unterschiedlichen Zeiten unterschiedlich von der psychosomatischen Rehabilitation profitieren. Während die berufliche Motivation bei Männern zu T2 sinkt und zu T3 wieder ansteigt, steigt sie bei Frauen zu T2 an und sinkt zu T3 wieder ab. Insgesamt betrachtet sinkt die berufliche Motivation über den Verlauf der Rehabilitation bei beiden Geschlechtern ab, wobei die Abnahme bei Frauen stärker ist. Die Unterschiede im Verlauf der beruflichen Motivation könnten durch die geschlechtsspezifischen Erwartungen an die Rehabilitation verursacht sein. So zeigen Hinz und Schwarz (2001), dass Frauen sich von der Rehabilitation Erholung und Abstand vom Alltag erhoffen, während Männer eher berufsbezogene Erwartungen haben.

Die Veränderung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit ist von T1 zu T2 signifikant. Ein Jahr nach der Rehabilitation (T3) fällt die Erwartung wieder ab, wobei die Verschlechterung bei den Männern deutlich stärker ausfällt als bei den Frauen. Geschlechterunterschiede sind nicht signifikant.

Das untersuchte Erfolgsmaß RTW belegt die Effektivität der Rehabilitation, und es zeigen sich auch hier keine signifikanten Geschlechterunterschiede. 70,8% der Frauen und 78,3% der Männer kehren nach der Rehabilitation in den Beruf zurück.

Fazit

Die Ergebnisse bestätigen, dass die psychosomatische Rehabilitation hinsichtlich der untersuchten Verlaufs- und Erfolgsvariablen überwiegend als profitabel für beide Geschlechter bewertet werden kann, auch wenn Geschlechtsspezifische Erkrankungs-, Verlaufs- und Erfolgsprofile der Rehabilitanden erkennbar sind. Genderunterschieden bei arbeitsplatzbezogenen Merkmalen sollten in der psychosomatischen Rehabilitation eine größere Bedeutung eingeräumt werden.

Literatur

- Bell, M., Stiens, R. (1991): Ego function change through rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 14. 97-100.
- De Vries, U., Petermann, F., Lange, M. (2011): Differenzielle Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 21. 290-295.
- Franke, G. (2016): *Symptom-Checklist-90®-Standard. Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Hinz, A., Schwarz, R. (2001): Angst und Depression in der Allgemeinbevölkerung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 51. 193-200.
- Jäger, B., Schmid-Ott, G., Ernst, G., Dölle-Lange, E., Sack, M. (2012): Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zu Ich-Funktionen und zur Selbstregulationsfähigkeit (Hannover-Selbstregulations-Inventar, HSRI). *Fortschritte der Neurologie· Psychiatrie*, 80. 336-343.
- Mittag, O., Raspe, H. (2003): Eine kurze Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit. *Die Rehabilitation*, 42. 169-174.
- Neises, M. (2007): Genderaspekte in der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. In: Neises, M., Schmid-Ott, G. (Hrsg.): *Gender, kulturelle Identität und Psychotherapie*. Lengerich: Pabst Science Publications. 226-244.

Schumacher, J., Leppert, K., Gunzelmann, T., Strauß, B., Brähler, E. (2005): Die Resilienzskala. Z Klin Psychol Psychiatr Psychother, 53. 16-39.

Neuropsychologische Therapie kognitiver Dysfunktion depressiver Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation

Benoit, D.

MEDIAN Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim

Zielstellung

Theoretischer und empirischer Hintergrund

Depressionen zählen zu den führenden Ursachen chronischer Beeinträchtigung („disability-adjusted life years“). Über 90 Prozent der depressiven Patienten beklagen Schwierigkeiten sich im Alltag zu konzentrieren (Szesny, 2012). Kognitive Dysfunktionen führen bei depressiven Patienten zu einem schlechteren Ansprechen auf die Therapie und einer häufigeren Rückfallrate, zudem beeinträchtigen sie das soziale Funktionsniveau im privaten und beruflichen Kontext (Otte, 2014) und stellen daher eine Gefährdung der beruflichen Leistungsfähigkeit dar.

Kognitive Beeinträchtigungen in der Aufmerksamkeit, der Konzentrations- und Merkfähigkeit, hauptsächlich aber in den exekutiven Funktionen werden von Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation berichtet und stellen für diese ein Hindernis für ihre Rückkehr an den Arbeitsplatz dar. Zielsetzen, Planen, Initiieren, Koordinieren, Sequenzieren und Priorisieren von Handlungen, Impuls- und Selbstkontrolle, Aufmerksamkeitssteuerung sowie die meistbeklagten Arbeitsgedächtnisstörungen beeinträchtigen die Patienten in ihrer beruflichen Tätigkeit, aber auch im täglichen Leben.

In ihren kognitiven Leistungen beeinträchtigte depressive Patienten verbessern sich nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation in spezifischen Parametern, schätzen zwar ihre Depression als gebessert, ihr Gedächtnis jedoch als unverändert ein. Eine neuropsychologische Therapie während der psychosomatischen Rehabilitation könnte die Gedächtnisleistungen verbessern und möglicherweise damit auch die Arbeitsfähigkeit (Benoit, Kahl, 2016).

Fragestellungen

Verbessert neuropsychologische Therapie in der psychosomatischen Rehabilitation kognitive Dysfunktion depressiver Patienten im Vergleich zur stationären psychosomatischen Rehabilitation ohne kognitives Training? Lässt sich ein indikationsspezifischer Effektivitätsunterschied zwischen einem gezielten Hirnleistungstraining in der Gruppe und einem modalitätsspezifischen PC-Training feststellen?

Methoden

143 Patienten mit subjektiver oder beobachteter kognitiver Dysfunktion wurden bei Aufnahme neuropsychologisch untersucht, 101 (70,6 %) aufgrund ihrer kognitiven Defizite und in Absprache mit dem Patienten der Gedächtnisgruppe (GedGr) und/ oder dem RehaCom-

Training (RehaCom) zugewiesen. Von 60 Patienten mit mindestens 4maliger Teilnahme waren 35 zur Nachuntersuchung bereit.

Der Bezugstherapeut erhielt einen umfassenden neuropsychologischen Befund zu den kognitiven Beeinträchtigungen, zu möglicher sozialmedizinischer Relevanz bezogen auf den Arbeitsplatz des Patienten und mit einer prädiktiven Einschätzung von Restitution bzw. Kompensation für den Erkrankungsverlauf.

Für die Vergleichspatientengruppe ohne kognitives Training (TAU) wurden 10 Männer und 20 Frauen mit bei Aufnahme beeinträchtigten Arbeits-/ Gedächtnisleistungen kurz vor Entlassung nachgetestet (Benoit, Kahl, 2016).

Diagnostik

Umfassende neuropsychologische Diagnostik erfolgt u. a. mit dem CVLT (deutsche Adaptation des California Verbal Learning Test; Niemann et. al, 2008) und der TAP (Testbatterie zur Aufmerksamkeitsüberprüfung von Zimmermann & Fimm), Depressivitätsdiagnostik mit dem HEALTH-49 (Rabung et al., 2007).

Therapie

Die neuropsychologische Gedächtnisgruppe (GedGr) kombiniert ein Strategie- und Kompensationstraining mit einem Therapieprogramm für Exekutivfunktionen (Arbeitsgedächtnis, kognitive Flexibilität & Flüssigkeit sowie planerisches Denken; Müller, S. V., 2004). RehaCom (der HASOMED GmbH) ist ein computergestütztes Therapiesystem für die neurologische Rehabilitation, hier eingesetzt in der psychosomatischen Rehabilitation. Die verschiedenen Therapiemodule dienen der kognitiven Therapie in den Bereichen Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Exekutivfunktionen ... und Berufliche Rehabilitation.

Ergebnisse

Die Patientengruppen unterscheiden sich bei Aufnahme nicht signifikant bezüglich ihrer kognitiven Dysfunktion. Die Depressivität nimmt in TAU und GedGr/ RehaCom hoch signifikant ab.

Bei TAU finden sich signifikant reduzierte Auslassungen (A) im Arbeitsgedächtnis (AG) und zunehmende Lernsummen (LS). GedGr/ RehaCom weisen eine signifikante visuelle Reaktionsverbesserung (MDv) in der Aufmerksamkeitsteilung (GA) und hochsignifikante Verbesserungen in den Auslassungen bei der Aufmerksamkeitsteilung und im Arbeitsgedächtnis auf.

Die Treatmentgruppen GedGr, RehaCom und GedGr+RehaCom unterscheiden sich nicht signifikant, jedoch bezüglich ihrer Effektstärken.

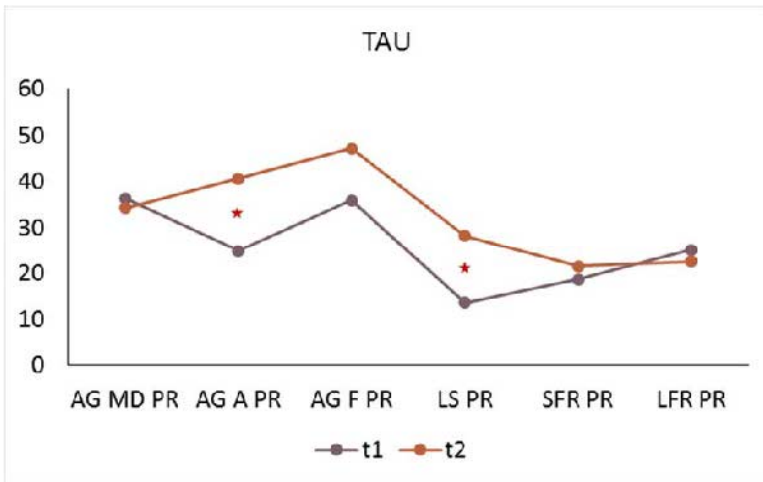


Abb. 1: TAU

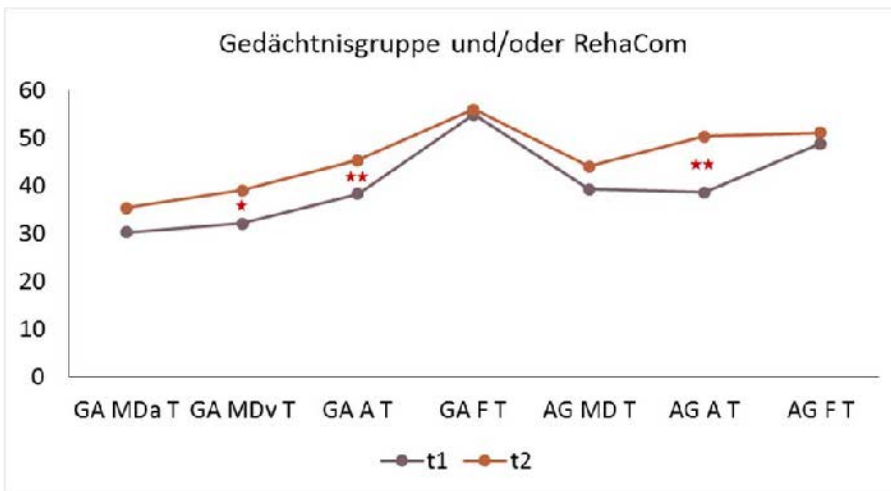


Abb. 2: Gedächtnisgruppe/RehaCom

Fazit

Depressive Patienten profitieren in der psychosomatischen Rehabilitation auch hinsichtlich ihrer kognitiven Dysfunktion. Noch deutlichere Effekte auf die kognitiven Leistungen zeigen sich bei spezifischem neuropsychologischen Training.

Ausblick

Der in der Therapie spürbare Zuwachs an Selbstwirksamkeitserleben wäre durch Forschung zu objektivieren.

Literatur

Benoit, D., Kahl, I. (2016): Verbessern sich kognitive Beeinträchtigungen depressiver Patienten bereits mit multimodaler stationärer psychosomatischer Rehabilitation? DRV-Schriften, Bd. 109. 452-453.

- Müller, S. V., Hildebrandt, H. & Münte, T. F. (2004). Kognitive Therapie bei Störungen der Exekutivfunktionen. Ein Therapiemanual. Göttingen: Hogrefe.
- Niemann, H. et. al (2008). California Verbal Learning Test (CVLT). Deutsche Adaptation. Frankfurt am Main: Pearson Assessment & Information GmbH.
- Otte, C. (2014): Depression und kognitive Dysfunktion. Klinische Relevanz und therapeutische Implikationen. *Psychopharmakotherapie*, 21. 40-49.
- Rabung, S. et al. (2007): „Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH)“ - Referenzdaten zur verkürzten 49-Item-Version „HEALTH-49“. <http://www.hamburger-module.de>
- RehaCom. Kognitive Therapie & Hirnleistungstraining. Magdeburg: HASOMED.
- TAP. Testbatterie zur Aufmerksamkeitsüberprüfung. Herzogenrath: PSYTEST.

EMA während der psychosomatischen Rehabilitation von Patienten mit depressiver Symptomatik

Chorus, L. (1), Rüdgel, H. (2), Juergensen, R. (1), Wilde, T. (1)

(1) Sankt Franziska Stift Bad Kreuznach,

(2) Ausbildungsstätte für psychologische Psychotherapie, Bad Kreuznach

Zielstellung

Die Evaluation von Wirksamkeit und Effizienz der stationären psychosomatischen Rehabilitation von Patienten mit depressiven Störungen zeigt eine relevante und statistisch signifikante Reduktion von Depressionswerten, die über valide Fragebogen erfasst wurden (Lin et al. 2013). Eingesetzt werden bisher ausschl. Fragebögen, die im Rahmen der Selbstauskunft eine zusammenfassende Einschätzung der depressiven Symptomatik in den zurückliegenden 2 bis 4 Wochen erfragen (z.B. ADS (Meyer & Hautzinger, 2001). Somit handelt es sich um Fragebögen zur Erfassung des traits.

Wird ein ecological momentary assessment (EMA) über internetbasierte Erfassung von Emotionen durchgeführt, sind solche trait-Messungen ungeeignet. State-Messungen von depressiver Symptomatik in der psychosomatischen Rehabilitation sind nach unserem Kenntnisstand bisher nicht durchgeführt worden. State-Messungen von depressiver Symptomatik basieren bisher auf einigen wenigen Fragebögen (z.B. Laux, Hock, Bergner-Köther, Hodapp & Renner, 2013).

Methoden

Im Rahmen einer internetbasierten Gesundheitsintervention (IGI) wurde ein Kurzfragebogen zur aktuellen depressiven Symptomatik (auch einsetzbar über App) entwickelt und validiert. Stichprobe war eine Gruppe von 107 Rehabilitanden, die an einer stationären psychosomatischen Rehabilitation im St. Franziska-Stift teilnahmen. Der Fragebogen wurde im Rahmen der stationären Eingangsdagnostik von den Probanden beantwortet.

Erfasst wurden die Gütekriterien des Kurzfragebogens über die aktuelle Ausprägungen der depressiven Patienten (Patienten mit den Diagnosen F32.0, F32.1, F33.0, F33.1, F43.2). Der

Kurzfragebogen besteht aus 8 Items mit jeweils einer 10-er Likert-Skala (0= gar nicht bis 10 maximal):

1. Ich fühle mich angespannt.
2. Ich bin antriebslos.
3. Meine Stimmung ist depressiv.
4. Ich grüble viel.
5. Mir ist vieles gleichgültig.
6. Ich freue mich auch über Kleinigkeiten.
7. Ich genieße Gesellschaft mit anderen.
8. Ich bin glücklich.

Ergebnisse

Die Faktorenanalyse ergab eine einfaktorielle Struktur mit einem Eigenwert von 4.73. Der Faktor erklärt 55.06% der Varianz. Die Skala war gemäß Shapiro-Wilk Test normalverteilt ($p > .05$). Die einzelnen Items zeigten eine Ladung mit diesem Faktor zwischen 0.8 und 0.5. Cronbachs Alpha betrug $\alpha = .88$. Die Korrelation mit dem ADS-K lag bei $r = .73$.

Fazit

Der entwickelte Kurzfragebogen zur Erfassung der aktuellen Ausprägung von depressiver Symptomatik (state) erscheint ausreichend valide, um in EMA-Analysen bei IGI eingesetzt zu werden.

Literatur

- Laux, L., Hock, M., Bergner-Köther, R., Hodapp, V., Renner, K. (2013): STADI. Das State-Trait-Angst-Depressions-Inventar. 1. Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Lin, J., Ebert, D. D., Lehr, D., Berking, M., Baumeister, H. (2013): Internetbasierte kognitiv-behaviorale Behandlungsansätze. State of the Art und Einsatzmöglichkeiten in der Rehabilitation. In: Die Rehabilitation 52 (3), S. 155–163. DOI: 10.1055/s-0033-1343491.
- Meyer, T. D., Hautzinger, M. (2001): Allgemeine Depressions-Skala (ADS). In: Diagnostica 47 (4), S. 208–215. DOI: 10.1026//0012-1924.47.4.208.

Prädiktion des Behandlungserfolgs in stationärer Psychotherapie unter Berücksichtigung von patienten- sowie störungsbezogenen Merkmalen

Mestel, R. (1), Kessler, L. (2), Steffanowski, A. (2)

(1) Helios Kliniken Bad Grönenbach, (2) SRH Hochschule Heidelberg

Zielstellung

Nicht alle Patienten ziehen gleichermaßen einen Nutzen aus einer psychotherapeutischen Maßnahme, wobei mangelnde Erfolge mit erheblichen Folgen verbunden sein können. Frühzeitige Prognosen könnten dabei helfen, diesen negativen Folgen entgegen zu wirken, indem rechtzeitig zusätzliche Maßnahmen eingeleitet werden. Das Ziel der vorliegenden

Arbeit war es, Prädiktoren zu identifizieren, anhand derer sich der kurzfristige Behandlungserfolg in der stationären psychosomatischen Rehabilitation vorhersagen lässt, um nachfolgend ein Prognosemodell aufstellen zu können. Es handelt sich somit um eine Replikation der Prädiktionsanalysen der DRV (Ergebnisberichte der Rehabilitandenbefragung, z. B. 2012), welche 15 Prädiktoren zur Gewichtung der Ergebnisqualität der einzelnen Reha-Kliniken vornahm, an einer sehr großen Stichprobe einer Rehabilitationsklinik.

Methoden

Stichprobe: Es wurden Daten von 11.033 Rehabilitanden einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik analysiert. Stichprobe:

Das Alter der Patienten betrug bei Klinikaufnahme im Durchschnitt $M = 40$ Jahre ($SD = 11.10$). Der Anteil der Frauen überwog mit $n = 8096$ (73%) deutlich den Anteil der Männer mit $n = 2837$ (27%). Während 5636 Patienten (51%) angaben, sich in einer festen Partnerschaft zu befinden, waren 5387 der Patienten (49%) ohne einen festen Partner. Das Bildungsniveau der Stichprobe war ziemlich hoch: fast die Hälfte der Patienten ($n=5208$, 47%) verfügten über Abitur oder Fachabitur. Die anderen 5825 Rehabilitanden (53%) verfügten über einen geringeren Schulabschluss, wobei 3632 Patienten (33%) zumindest einen Realschulabschluss hatten. Hinsichtlich des Berufsabschlusses wiesen die meisten Patienten ($n=8927$, 81%) eine abgeschlossene Berufsausbildung auf. Auch verfügte die Mehrheit der Stichprobe ($n=6708$; 61%) über eine regelmäßige berufliche Tätigkeit (Vollzeit, Teilzeit), $n = 1371$ (14%) waren arbeitslos gemeldet. Lediglich $n = 216$ Patienten (2%) befanden sich in einem laufenden Rentenverfahren. Die häufigsten Hauptdiagnosen nach der internationalen Diagnoseklassifikation ICD-10 waren affektive Störungen (F3) ($n=5523$, 50%), gefolgt von Diagnosen aus dem Spektrum der Persönlichkeitsstörungen (F6) ($n=2245$, 20%) und den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) mit $n = 2184$ (20%) und Diagnosen aus der F5-Gruppe (v. a. Essstörungen) mit $n=1081$ (10%). Die Rehapatienten verweilten durchschnittlich für $M = 56.20$ Behandlungstage ($SD = 18.28$) in der Klinik (Range 13-224 Tage). Vorzeitig aus der Behandlung entlassen wurden dabei $n = 452$ (4%) der Patienten.

Zur Abbildung des Behandlungserfolgs wurden die Summen-Post-Werte der SCL-90-R (Franke, 2002), des IIP (Horowitz et al., 2002), des VEV-K (Kriebel et al., 2001), der VS-8 und des ZUF-8 (in Psy-Bado-PTM; von Heymann et al., 2003) verwendet. Für eine globalere Abbildung des Behandlungserfolgs wurden in der Tradition der Reha-Forschung um Prof. Werner W. Wittmann die Werte zu einem einmaligen multiplen Ergebniskriterium (EMEK5) aggregiert.

Als Prädiktoren wurden Variablen aus der umfangreichen Basisdokumentation verwendet: Sozio-demographisch, Berufsbezogen, Diagnosebezogen, Vorbehandlungen, Therapiedauer, Entlassungsstatus, anfängliche Symptombelastung (SCL-90-R, IIP) und Art des Bindungsmusters.

Ergebnisse

Es stellten sich 15 signifikante Prädiktoren heraus, die gemeinsam 22% der Varianz am globalen Behandlungserfolg (EMEK5) aufklärten. Den höchsten prädiktiven Wert wiesen auf: Anfängliche Symptombelastung und Interpersonelle Problembelastung, "Motivation zur

Psychotherapie", vorzeitige Entlassung, Minderung der Erwerbsfähigkeit, stationäre Vorbehandlungen und höherer Schulabschluss.

Fazit

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit konnten die allgemeinen Prädiktoren, gewonnen aus Analysen sehr vieler Rehabilitationskliniken, weitgehend replizieren. Es lassen sich Ansatzpunkte ableiten, um die Effektivität stationärer psychosomatischer Rehabilitationsmaßnahmen weiter zu steigern.

Literatur

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

Horowitz, L. M., Strauß, B., Kordy, H. (2002). Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme. Deutsche Version, 2. überarbeitete und neunormierte Auflage (IIP-D) unter Mitarbeit von L. E. Alden, J. S. Wiggins, A. L. Pincus und W. Hannover. Weinheim: Beltz.

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

Von Heymann, F., Zaudig, M., Tritt, K. (2003). Die diagnosebezogene Behandlungsdauer in der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Medizin: Eine homogene Größe ? Erste Ergebnisse der Multicenter-Basisdokumentation (Psy-BaDo-PTM) als Grundlage qualitätssicherender Maßnahmen in der stationären Psychosomatik. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 62, 209 – 221.

Komorbidie Suchterkrankungen in der psychosomatischen Rehabilitation

Kobelt, A. (1), Petermann, F. (2), Pfeiffer, W. (1), Bassler, M. (3)

(1) Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, Laatzen,
(2) Universität Bremen, (3) Rehazentrum Oberharz, Clausthal-Zellerfeld

Zielstellung

Problematischer Suchtmittelkonsum in der medizinischen Rehabilitation nimmt zu (Schlöffel et al., 2016). Alkohol und illegale Drogen werden auf einer Seite zur Minderung der psychischen Belastung eingenommen, die durch psychische Krankheit verursacht wird. Auf der anderen Seite können als Folge des Substanzmittelmisbrauchs weitere psychische Erkrankungen entstehen. Nach dem kausalen Modell nehmen Patienten ein Suchtmittel zur Bewältigung anderer psychischer Symptome ein, was mit der Zeit eine sekundäre Störung durch Substanzkonsum verursacht (Selbstmedikationshypothese). Das Modell gemeinsamer Faktoren betont die gemeinsamen Bedingungen für die gleichzeitige Entwicklung einer Suchterkrankung und einer weiteren psychischen Störung. Nach dem bidirektionalen Modell dienen die beiden Störungen als Vulnerabilität für die jeweils andere Störung (Moggi, Donati, 2004). Bisher liegen nur wenige Studien zu komorbiden Abhängigkeitserkrankungen bzw.

Substanzmittelmissbrauch bei Patienten, die sich einer medizinisch-psychosomatischen Rehabilitation unterziehen, vor.

Ploetz (2009) konnte bei 30,4 % der Rehabilitanden einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik einen Substanzmittelmissbrauch nachweisen. Die betroffenen Patienten zeigten bei Aufnahme höhere psychopathologische und sozialmedizinische Beeinträchtigungen und hatten längere Arbeitsunfähigkeitszeiten. Gleichzeitig war der Anteil arbeitsloser Personen in der Gruppe mit Substanzmittelmissbrauch signifikant erhöht. Dennoch konnten sich diese Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung ebenso signifikant verbessern. Patienten mit komorbidem Substanzmittelmissbrauch weisen längere Behandlungszeiten auf, wobei die Wiedereingliederungserfolge mit dem Ausmaß der Substanzabhängigkeit korrelieren (Wiehn et al., 2008).

Fragestellungen

Wie hoch ist der Anteil von Rehabilitanden mit Substanzmittelmissbrauch in der psychosomatischen Rehabilitation? Wie unterscheiden sich Rehabilitanden mit und ohne Substanzmittelmissbrauch hinsichtlich diagnostischer, soziodemographischer und psychopathologischer Parameter sowie hinsichtlich des Entlassungsstatus? Profitieren beide Gruppen gleichermaßen von der Rehabilitationsbehandlung?

Methoden

Zwischen 1/2018 und 5/2018 füllten alle Rehabilitanden der Psychosomatischen Klinik des Rehasentrum Oberharz im Rahmen der Routinediagnostik (RAP, Nübling et al., 2018) den AUDIT aus. Es wurden non-parametrische und parametrische Tests sowie mehrfaktorielle Varianzanalysen mit Meßwiederholung gerechnet.

Ergebnisse

Von den 577 Rehabilitanden (51% Männer) zeigten 17% (n = 98) einen auffälligen Alkoholkonsum in dem Screening. In dieser Gruppe fanden sich signifikant mehr Männer, wobei der Alkoholkonsum vor allem bei den jüngeren Patienten auffällig war. Diagnostisch wurde lediglich bei 2,8% (n = 16) aller Rehabilitanden eine Alkoholabhängigkeit festgestellt, von denen lediglich die Hälfte (n = 7) einen auffälligen Wert im AUDIT erreichte.

Die beiden Gruppen unterschieden sich in keiner der gemessenen psychologischen Dimensionen (Depressivität, Angst, Arbeitsmotivation, subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit) zu Beginn der Rehabilitationsbehandlung. Auch hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeitszeiten im Jahr vor der Rehabilitation oder der Schichtzugehörigkeit fanden sich keine Gruppenunterschiede. Auffallend war jedoch, dass der Anteil von Probanden mit Verdacht auf verzerrtes Antwortverhalten, gemessen mit dem SFSS, in der Gruppe der Rehabilitanden mit auffälligem Alkoholkonsum deutlich höher war als in der Vergleichsgruppe.

Beide Gruppen profitierten gleichermaßen von der medizinisch-psychosomatischen Heilbehandlung, es fanden sich keine Unterschiede auf Skalenebene. Auch beim Entlassungsstatus und hinsichtlich der Einschätzung des Leistungsvermögens für die letzte berufliche Tätigkeit oder für den allgemeinen Arbeitsmarkt fanden sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen.

Fazit

Die in der Literatur berichteten Unterschiede zwischen Rehabilitanden mit und ohne Alkoholmissbrauch konnten in unserer Untersuchung nicht bestätigt werden. Allerdings zeigte sich auch bei uns, dass Rehabilitanden mit auffälligem Alkoholkonsum ebenso von der Rehabilitation profitieren. Überraschend war, dass sich verzerrtes Antwortverhalten trotz des Stigmatisierungsrisikos auch auf die Angaben zum Alkoholkonsum auswirkt.

In der klinischen Anamnese sollte neben dem Konsumverhalten vor allem die möglicherweise dahinter liegende Konfliktthematik erhoben werden, um alternative Problembewältigungsfertigkeiten in der Rehabilitation zu erarbeiten und eine Verstärkung des Missbrauchverhaltens zu verhindern.

Literatur

- Moggi, F., Donati, R. (2004). Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen (Fortschritte der Psychotherapie, Band 21). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Nübling, R., Schmidt, J., Kriz, D., Kobelt, A., Bassler, M. (2018) Routine-Assessment Psychosomatik (RAP) – Konzept, Implementierung und Ergebnisse eines Dokumentationssystems für die psychosomatische Rehabilitation. Prävention und Rehabilitation, 30, 52-66.
- Ploetz, K., Smuga, M., Dietsche, S., Löschmann, C. (2009). Rehabilitation von Patienten mit komorbiden Abhängigkeitserkrankungen nach dem Bad Herrenalber Modell. DRV – Schriften, Band 83, 451-452.
- Schlöffel, M., Funke, W., Pollmann, H., Kohler, J., Sellmer, S., Mittag, O. (2016). Gegenwärtige Praxis des Umgangs mit komorbiden Suchtproblemen in nicht auf Sucht spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen – Ergebnisse einer deutschlandweiten Befragung. Die Rehabilitation, 55 (02), 95–101.
- Wiehn, T., Domma, J. & Vollmer, C. H. (2008). Die Bedeutung von Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen bei der Behandlung von Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation. Rehabilitation, 47, 158- 163.

Fear of Progression and its Relation to Depression in Patients with Multiple Sclerosis

- Nielsen, J. (1), Saliger, J. (1), Montag, C. (2), Markett, S. (3), Nöhring, C. (4), Karbe, H. (1)*
(1) Neurologisches Rehabilitationszentrum Godeshöhe e.V.,
(2) Universität Ulm; Universität Chengdu, China, (3) Humboldt Universität zu Berlin,
(4) Weiterbildungsstelle für Psychotherapie, Leipzig

Background

Anxiety disorders are widespread among patients with chronic physical diseases, such as diabetes mellitus, cancer, and rheumatic diseases. Studies based on psychosocial stress screenings and disease-specific questionnaires have concluded that one specific anxiety is central to the patient's life, i.e. the fear that the disease will progress, with all its consequences. Herrschbach and colleagues (2005) have called this: fear of progression (FoP). Multiple

Sclerosis (MS) is also a progressive disease with an unpredictable course. According to our research, FoP seems to be under-recognized in people with multiple sclerosis.

Methods

We aimed to explore the relationship between FoP (Fear of Progression questionnaire, FoP-Q) and depression (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D), while controlling for demographic, clinical, and psychological variables.

The study sample (n=106) showed typical demographic data for MS cohorts admitted to a neurological rehabilitation centre, with a predominance of females (n=81) and relapsing-remitting MS disease course (n=69). The mean age of the participants was 45.44 years \pm 9.16 (25–65 years). The mean EDSS (Expanded-Disability-Status-Scale) score was 3.46 \pm 1.44 (0.5–7.5). The mean disease duration was 7.75 years \pm 7.44 (0–32 years).

Results

The study data showed no influence of gender, age, or disease duration on FoP. We found no variation in mean FoP-Q levels for different MS courses (RRMS, SPMS, PPMS). Correlation analysis showed moderate to large associations of FoP-Q scales with depression (CES-D) and with both action control subscales (ACS: preoccupation and hesitation). There were only small correlations between FoP-Q scales and fatigue (Fatigue Scale for Motor and Cognitive Functions, FSMC).

Hierarchical regression analysis predicting depression revealed a model in which 70% of the variance in the CES-D was explained through the following set of predictors. The most valuable predictor was the FoP-Q subscale affective reaction. The items of this subscale describe anxiety about various domains of life, anxiety triggers, and forms of expression of anxiety. The positive beta coefficient indicates a frequent coexistence of anxiety and depressive reaction patterns. The next most relevant predictor was the FSMC sum score, which points to the close relationship of this predominant MS symptom to the symptoms of depression. The coping scale of the FoP-Q appears to be a valuable predictor of depression as well. The inverse relationship suggests that the better the anxiety coping competencies, the lower the severity of depressive mood states. Moreover, we found the ACS factor preoccupation to be a relevant variable. The negative beta coefficient indicates a reciprocal relationship: the larger this component of state-orientated behaviour, the lower the success in depressive mood regulation. Finally, the variables of education and occupational attainment were included in the regression model. Both seem to have an indirect protective effect on the level of depression.

Discussion and Conclusions

The results can be interpreted as an indication that FoP is a meaningful emotional stressor in patients with MS, especially in those with depression. It seems to be wise to distinguish FoP from psychiatric-based anxiety disorders, because individuals with MS are confronted with a real threat, and their reaction pattern should be considered as a functional response to an extraordinary, everlasting life event. The strong relationship between FoP scales and depression corresponds to previous findings, which had observed that persons with MS express more variability in their emotional reactions to the disease than other chronic illness groups (Dalos et al., 1983). Brown and colleagues (2009) proposed that the high comorbidity

of anxiety and depression in MS studies might reflect a causal relationship between these symptoms, and that they are part of a broader psychosomatic disorder (a mixed anxiety-depression disorder).

References

- Brown, R.F., Valpani, E.M., Tennant, C.C., Dunn S.M., Sharrock, M., Hodgkinson, S., Pollard, J.D. (2009): Longitudinal assessment of anxiety, depression, and fatigue in people with multiple sclerosis. *Psychology and Psychotherapy*, 82. 41-56.
- Dalos, N.P., Rabins, P.V., Brooks, B.R., O'Donnell, P. (1983): Disease activity and emotional state in multiple sclerosis. *Annals of Neurology*, 13. 573.
- Herrschbach, P., Berg, P., Dankert, A., Duran, G., Engst-Hastreiter, U., Waadt, S., Keller, M., Ukat, R., Henrich, G. (2005): Fear of progression in chronic diseases. Psychometric properties of the Fear of Progression Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 58. 505-11.

Merkmale der Patientengruppe MSM mit Chemsex-Konsummuster und Implikationen für die Behandlung

Iking, A., Dittmer, K., Abu Khatir, M.
salus klinik Hürth

Zielstellung

Bei den Patienten "MSM mit Chemsex-Konsummuster" handelt es sich um eine erst in den letzten 3 Jahren bekannt gewordene Gruppe, die besondere Anforderungen an die Behandlung stellt. "MSM" bezeichnet "Männer, die Sexualität mit Männern" praktizieren, da hiermit sowohl sich als homosexuell aber auch als bisexuell definierende Männer abgebildet sind. Der Begriff "Chemsex" gibt Hinweise auf eine ausdrückliche Funktionalisierung von chemischen Drogen (v. a. Methamphetamin) in der Ausübung der Sexualität. "Chemsex" bezeichnet auch eine besondere Konsumszene v. a. in den bundesdeutschen Großstädten.

Die Gesundheit homo- und bisexueller Männer wird in der Bundesrepublik vor allem über das Risiko des Erwerbs von sexuell übertragbaren Infektionen wahrgenommen. Anglo-amerikanische Studien weisen darauf hin, dass MSM und andere sexuelle Minderheiten besondere und zusätzliche Krankheitsrisiken (erhöhte Raten an psychischen Erkrankungen und suizidalen Handlungen (Wolfersdorf, Plöderl, 2016) aufweisen, die nicht genetischen oder biologischen Ursprungs sind sondern vielmehr durch strukturelle Abwertungsmuster und daraus resultierend internalisierte Homonegativität mitverursacht werden (Sander, 2017).

Für eine Spezifizierung der Behandlung versuchen wir Unterschiede zwischen den MSM-Patienten mit Chemsex-Konsum und einer männlichen Vergleichsgruppe zu ermitteln.

Methoden

Alle männlichen Suchtpatienten der Entlass-Jahrgänge 2015 - 2017 wurden hinsichtlich eines "MSM Chemsex- Konsummusters" exploriert und der Indikativen Gruppe (IG) "Lust und Rausch" zugeordnet. Neben der Anamnese der soziodemographischen Daten erhielten alle Patienten innerhalb der ersten zwei Behandlungswochen den BSI (Franke, 2000), den BDI-II (Hautzinger, Keller, Kühner, 2009) und den AVEM (Schaarschmidt, Fischer, 2008). Unterschiede zwischen der MSM-Chemsex-Gruppe und den Suchtpatienten ohne Chemsex-Konsummuster (Vergleichsgruppe) wurden mittels χ^2 - und t-Tests geprüft.

Ergebnisse

Die MSM-Chemsex-Gruppe (n= 40) unterscheidet sich von der Vergleichsgruppe (n= 1.371) in den Erstdiagnosen. Die häufigste Erstdiagnose der MSM-Chemsex-Gruppe ist die ICD 10 F 15.2 (n= 15, 37,5 %). Bei der Vergleichsgruppe ist die häufigste Diagnose die F10.2 (n= 528, 38,5 %). Die F15.2 kommt in der Vergleichsgruppe deutlich seltener vor (n= 95, 6,9 %). Die Patienten mit Chemsex-Konsummuster haben deutlich mehr HIV-Diagnosen (MSM: n= 27, 67,5 % vs. Andere: n=14, 1 %). Die beiden Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant in

der Partnersituation (65 %, n= 26 & 55,4 %, n= 760 ohne Partner) und nicht in der Arbeitsfähigkeit bei Aufnahme (AU: 62,5 %, n=25 & 54,3 %, n=745).

Sie unterscheiden sich im Alter (leicht), Schulabschluss und Arbeitssituation. Die Patienten der MSM-Chemsex-Gruppe sind im Durchschnitt etwas älter MW= 39J. vs. MW= 35,8J. ($t = 2.23$, $df = 43.103$, $p = 0.03101$; Cohen's $d = 0.27$). Sie haben eher Abitur (57,5 %, n=23 vs. 21,8 %, n=299), ($\chi^2 = 25.365$, $df = 1$, $p < 0.001$) und sind eher in Arbeit (50 %, n=20 vs. 30,1 %, n= 413), ($\chi^2 = 5.9998$, $df = 1$, $p = 0.01431$).

Die Patienten unterscheiden sich in der psychischen Belastung (GSI) und den Skalen Unsicherheit, Depressivität und Ängstlichkeit sowie im BDI-II-Score. Die Patienten der MSM-Chemsex-Gruppe haben jeweils signifikant höhere Werte (GSI = 1,16 vs. 0,89), ($t = 2.5138$, $df = 37.778$, $p = 0.01633$; Cohen's $d = 0.39$), (BDI-II-Score = 21,7 vs. 15,3), ($t = 3.9294$, $df = 40.95$, $p < 0.001$; Cohen's $d = 0.58$).

In den arbeitsbezogenen Erlebens- und Verhaltensmuster (AVEM) gibt es nur Unterschiede in den Skalen offensive Problembewältigung (MW = 17.72 vs. MW = 19.47), ($t = -2.2137$, $df = 33.356$, $p = 0.03379$; Cohen's $d = -0.38$) und Innere Ruhe (MW = 14.63 vs. MW = 17.96), ($t = -3.8742$, $df = 33.063$, $p < 0.001$; Cohen's $d = -0.70$).

Fazit

Im Vergleich der MSM-Chemsex-Gruppe mit der Vergleichsgruppe fallen insbesondere die Unterschiede hinsichtlich Erstdiagnose der Abhängigkeitserkrankung, des Alters, der Schulabschlüsse und der Erwerbstätigkeit auf.

Die Patienten der untersuchten MSM-Chemsex-Gruppe sind etwas älter, haben eine höhere Schulbildung und sind eher in Arbeit.

Diese Ergebnisse spiegeln unser klinisches Bild wieder, wonach die MSM-Chemsex-Gruppe trotz mehrheitlich auch intravenösem Konsum von Methamphetamin sozial und beruflich noch relativ integriert ist.

Im Vergleich der psychischen Belastungen (GSI) und im BDI-Score zu Beginn der Behandlung erreicht die MSM-Chemsex-Gruppe einen höheren Belastungswert. In den Unterskalen finden sich bei der MSM-Chemsex-Gruppe im Kontrast zur Vergleichsgruppe höhere Belastungswerte in den Skalen: Depressivität, Ängstlichkeit und Unsicherheit.

Die Ergebnisse des BSI und BDI unterstützen die These einer besonderen Vulnerabilität schwuler und bisexueller Männer, wonach MSM und andere sexuelle Minderheiten, im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung besondere und zusätzliche Krankheitsrisiken haben (Sander, 2017).

In der Gesamtbetrachtung verdeutlichen die Ergebnisse die besondere Notwendigkeit einer Kombination spezifischer psychotherapeutischer, suchttherapeutischer, lebensweltbezogener und beruflicher Interventionen bei der Behandlung von MSM mit Chemsex-Konsummuster.

Literatur

Franke. G.H. (2000): Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis. Göttingen: Beltz.

Hautzinger, M., Keller, F., Kühner, C. (2009): BDI-II Beck Depressions-Inventar. Revision. Frankfurt am Main: Pearson.

- Sander, D. (2017): Die besondere Vulnerabilität schwuler und bisexueller Männer. Wie Diskriminierung die Gesundheitschancen sexueller Minderheiten beeinflusst. In: Rausch. Wiener Zeitschrift für Suchttherapie, 6(1): 266-272.
- Schaarschmidt, U. Fischer, A.W. (2008): AVEM Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster. London: Pearson.
- Wolfersdorf, M. & Plöderl, M. (2016): Geschlechtsunterschiede bei Suizid und Suizidalität. In: P. Kolip & K. Hurrelmann (Hrsg.), Handbuch Geschlecht und Gesundheit. 2. Vollst. überarb. und erw. Auflage (s.265-274). Bern: Hogrefe.

Selbstmitgefühl bei Abhängigkeitserkrankungen

Kistner, S., Bengesser, I., Tahmassebi, N.
salus klinik Friedrichsdorf

Zielstellung

Während das Thema Selbstwert in Forschung und Therapie längst eine große Rolle spielt, wird Selbstmitgefühl (self-compassion) als Konstrukt erst seit einigen Jahren intensiver untersucht. Der Begriff Selbstmitgefühl beschreibt die Haltung und das Bemühen, sich selbst in schwierigen Lebenssituationen Verständnis und emotionale Unterstützung entgegenzubringen. Neff (2003) unterscheidet hierbei drei Komponenten: "Selbstfreundlichkeit" (Geduld und Verständnis für sich selbst in Situationen wie Leiden oder Misserfolg), "Gemeinsames Menschsein" (die Erkenntnis, dass Leid zum Menschsein gehört) und "Gelassenes Gewahrsein" (eine akzeptierende Haltung und eine achtsame Wahrnehmung der eigenen Emotionen). Selbstmitgefühl scheint eng mit dem Konstrukt des Selbstwerts zusammenzuhängen, sollte jedoch im Unterschied zum Selbstwert unabhängiger von aktuellen persönlichen Erfolgen und Selbstbewertungen sein (Neff, 2011). In zahlreichen Studien konnte gezeigt werden, dass Selbstmitgefühl positiv mit psychischer Gesundheit und Wohlbefinden zusammenhängt und dass mitgefühlsbasierte Interventionen sich günstig auf die Bewältigung und Prävention verschiedener Krankheitsbilder auswirken (vgl. Diedrich, 2016). Es liegt daher nahe, sich mit dem Thema auch in der Suchtrehabilitation näher zu befassen und bei Bedarf entsprechende Interventionen anzubieten. Erste Studien im Bereich Sucht deuten darauf hin, dass Selbstmitgefühl bei Alkoholabhängigen niedriger ausgeprägt ist als in der Allgemeinbevölkerung (Brooks et al., 2012). Über die Ausprägung von Selbstmitgefühl bei stoffungebundenen Abhängigkeiten ist bislang wenig bekannt. In der vorliegenden Studie sollten zusätzlich zu Alkoholabhängigen auch pathologische Glücksspieler hinsichtlich ihres Selbstmitgefühls und Selbstwerts untersucht werden sowie Zusammenhänge zwischen den beiden Konstrukten geprüft werden.

Methoden

Teilnehmer der Studie waren Patienten einer Rehabilitationsklinik für Suchterkrankungen, bei denen entweder pathologisches Glücksspielen (n=65) oder Alkoholabhängigkeit (n=90) vorliegt. Zusätzlich wurde eine nichtklinische Kontrollstichprobe (n=116) befragt. Zur Messung des Selbstmitgefühls wurde die deutsche Kurzform der Self-Compassion-Scale eingesetzt.

Der globale Selbstwert wurde mit der revidierten Fassung der deutschsprachigen Rosenberg-Skala zum Selbstwertgefühl erfasst, die Selbstwertkontingenzen mit der deutschen Version der Contingencies of Self-Worth Scales.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der ANCOVA (Kovariaten: Alter und Geschlecht) zeigen signifikante Gruppenunterschiede im Selbstmitgefühl ($F = 33.86$, $p < .001$). Sowohl bei den pathologischen Glücksspielern als auch bei den Alkoholabhängigen ist das Selbstmitgefühl niedriger ausgeprägt als in der gesunden Kontrollgruppe. Die beiden Patientengruppen unterscheiden sich nicht signifikant. Ein ähnliches Bild zeigt sich beim globalen Selbstwert ($F = 44.33$, $p < .001$). Auch hier ist die Ausprägung in den beiden klinischen Gruppen signifikant niedriger als in der Kontrollgruppe. Selbstmitgefühl korreliert signifikant positiv mit dem globalen Selbstwert, jedoch negativ mit externalen Selbstwertkontingenzen wie Anerkennung, Attraktivität, Wettbewerb und beruflichem Erfolg.

Fazit

Wir konnten bisherige Befunde zum Selbstmitgefühl bei Alkoholabhängigen replizieren und zusätzlich zeigen, dass auch bei pathologischem Glücksspiel das Selbstmitgefühl im Vergleich zu gesunden Personen beeinträchtigt ist. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass Selbstmitgefühl ein relevantes Konstrukt sowohl bei stoffgebundenen als auch bei stoffungebundenen Abhängigkeiten ist. Es scheint daher vielversprechend, Selbstmitgefühl in der Suchtrehabilitation gezielt zu fördern, um so zur Verbesserung des psychischen Wohlbefindens und zur Entwicklung eines freundlicheren, wohlwollenderen Umgangs mit sich selbst beizutragen. Die negativen Zusammenhänge mit den externalen Selbstwertkontingenzen lassen sich so interpretieren, dass Menschen, die den Wert der eigenen Person an äußeren Faktoren festmachen, sich selbst eher mit wenig Mitgefühl begegnen. Auch hier bieten sich Ansatzpunkte für spezifische Interventionen. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass wir anhand unserer deskriptiven Daten nicht aufklären können, ob der niedrige Selbstwert und das niedrige Selbstmitgefühl ursächlich oder eine Folge der Suchterkrankung sind. Um mehr über die spezifischen Zusammenhänge zu erfahren, sollten weitere suchtbetragene Variablen wie z. B. Dauer der Abhängigkeit erfasst werden. Aktuell setzen wir mitgefühlsorientierte Interventionen (z. B. aus der Compassion Focused Therapy, Gilbert, 2013), angepasst an die spezifischen Probleme der Patienten in der Entwöhnungstherapie ein und untersuchen deren Wirkung. Unsere Erwartung ist, dass gerade Suchtpatienten, die oft mit Selbstkritik und Scham konfrontiert sind und Schwierigkeiten in der Selbstakzeptanz haben, deutlich von den selbstmitgefühl-fokussierten Interventionen profitieren. Ausblickend könnte dies ein weiterer Baustein zur Verbesserung der Abstinenzfähigkeit sein.

Förderung: Friedrichsdorfer Institut für Therapieforschung und Gesundheitsförderung e.V.

Literatur

- Brooks, M., Kay-Lambkin, F., Bowman, J., Childs, S. (2012). Self-compassion amongst clients with problematic alcohol use. *Mindfulness*, 3. 308-317.
- Diedrich, A. (2016). Mitgefühlsfokussierte Interventionen in der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Gilbert, P. (2013). *Compassion focused Therapy*. Paderborn: Junfermann.

Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2. 85-101.

Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and personality psychology compass*, 5. 1-12.

Wie wirkt sich Komorbidität auf den Behandlungserfolg in der Suchtrehabilitation aus?

Bachmeier, R. (1), Bick-Dresen, S. (2), Missel, P. (2), Sagel, A. (3), Weissinger, V. (3)

(1) Johannesbad Holding SE & Co. KG, Bad Füssing, (2) MEDIAN Kliniken, Daun,

(3) Fachverband Sucht e.V., Bonn

Zielstellung

Zielsetzung der Auswertung ist die Untersuchung, inwieweit durch das Vorliegen psychischer oder somatischer Nebenerkrankungen der Erfolg einer stationären Entwöhnungsbehandlung beeinflusst wird. Hierzu wurden die Katamnese-Daten von Patienten, die sich aufgrund einer Hauptsuchtmitteldiagnose in einer stationären Rehabilitationsbehandlung in Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige befanden, hinsichtlich der Komorbiditäten ausgewertet.

Methoden

Grundlage für die Untersuchung eines möglichen Zusammenhangs zwischen dem Erfolg einer stationären Suchtbehandlung und ko- bzw. multimorbiden Störungen waren die Basisdokumentations- und Katamnese-Daten des Fachverbandes Sucht e.V. aus den Entlassjahrgängen 2012 bis 2015 (Bachmeier et al., 2015, 2016, 2017, 2018). Diese umfassen die Daten einer Totalerhebung der entsprechenden Entlassjahrgänge aus den beteiligten Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Als Erhebungsinstrumente kamen der Erhebungsbogen zur Basisdokumentation (DHS, 2008, Fachausschuss Sucht des AHG Wissenschaftsrates, 2012a) während der Behandlung in den Kliniken sowie der Nachbefragungsbogen zur stationären Entwöhnungsbehandlung (DHS 2008, Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates, 2012b) zum Katamnesezeitpunkt zum Einsatz. Aus den katamnestisch erhobenen Antworten zur Abstinenz wurden die Ergebniskategorien abstinent, abstinent nach Rückfall, Rückfall und Rückfall per Definition gebildet. Die Berechnung der Abstinenz- und Therapieerfolgsquoten orientieren sich an den Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie, 2001).

Ergebnisse

Die Ausschöpfungsquote über die vier Entlassjahrgänge liegt bei 54,1 %. Die Erfolgsquote beträgt nach DGSS 3 (alle Katamnese-Antwörter) 75,3 % und nach DGSS 4 (gesamter Entlassjahrgang, Nichtantworter werden als rückfällig gewertet) 40,8 %. Der Anteil an Patienten mit mindestens einer psychischen Diagnose liegt bei den Katamneseantwortern 46,8 % (psychische Komorbidität in den Diagnosegruppierungen: Depressionsdiagnose 31,0 %, Angststörung 5,4 % und Persönlichkeitsstörung 9,7 %), mit mindestens einer

somatischen Diagnose bei 78,9 % (somatische Komorbidität in den Diagnosegruppierungen: endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten 33,4 %, Krankheiten des Kreislaufsystems 30,0 %, Krankheiten des Verdauungssystems 32,8 % und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes 32,3 %).

Es zeigen sich folgende Therapieerfolgsquoten nach DGSS 3 beim Vergleich von Patienten ohne Diagnose zu Patienten mit mindestens einer Diagnose:

- **Psychische Komorbidität:** Die Erfolgsquote beträgt nach DGSS 3 76,9 % ohne vs. 73,6 % mit psychischer Komorbidität. Die Unterschiede sind bei Depressionen (75,6 % zu 74,7 %) und Angststörungen (75,4 % zu 71,4 %) nur gering, bei Persönlichkeitsstörungen mit 76,2 % vs. 66,9 % dagegen deutlicher.
- **Somatische Komorbidität:** Die Erfolgsquote beträgt nach DGSS 3 73,4 % ohne vs. 75,8 % mit somatischer Komorbidität. Der Trend einer höheren Erfolgsquote bei Vorliegen mindestens einer somatischen Komorbidität zeigt sich bei allen somatischen Komorbiditäten – mit Ausnahme der Krankheiten des Verdauungssystems (76,0 % vs. 73,8 %). Zudem ergibt die Analyse, dass somatische Erkrankungen tendenziell mit einer längeren Abhängigkeitsdauer einhergehen.

Tab.1: Zusammenhang zwischen Therapieerfolgsquote Abstinenz (DGSS 3) und psychischer Komorbidität

Erfolgsquote Abstinenz (DGSS 3) vs. psychische Komorbidität		Erfolgsquote DGSS 3
		Gesamt 2012 – 2015
		N = 25.736
psychische Komorbidität	keine Diagnose	76,9 %
	mind. eine Diagnose	73,6 %
Depression F32, F33, F34.1	keine Diagnose	75,6 %
	mind. eine Diagnose	74,7 %
Angststörung F40, F41	keine Diagnose	75,4 %
	mind. eine Diagnose	74,4 %
Persönlichkeitsstörung F60, F61	keine Diagnose	76,2 %
	mind. eine Diagnose	66,9 %

Tab.2: Zusammenhang zwischen Therapieerfolgsquote Abstinenz (DGSS 3) und somatischer Komorbidität

Erfolgsquote Abstinenz (DGSS 3) vs. somatische Komorbidität		Erfolgsquote DGSS 3
		Gesamt 2012 – 2015
		N = 25.736
somatische Komorbidität	keine Diagnose	73,4 %
	mind. eine Diagnose	75,8 %
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten E00 – E90	keine Diagnose	74,3 %
	mind. eine Diagnose	77,4 %
Krankheiten des Kreislaufsystems I00 - I99	keine Diagnose	74,5 %
	mind. eine Diagnose	77,3 %
Krankheiten des Verdauungssystems K00 – K93	keine Diagnose	76,0 %
	mind. eine Diagnose	73,8 %
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes M00 – M99	keine Diagnose	74,9 %
	mind. eine Diagnose	76,3 %

Fazit

Die Auswertung zeigt insgesamt, dass psychische und somatische Komorbiditäten bei den behandelten Patienten in Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit häufig vorkommen. Im Rahmen der Behandlung ist es von daher erforderlich, individuell auf die spezifischen Erfordernisse der Komorbidität einzugehen und hierbei auch die gegenseitige Beeinflussung der Suchterkrankung mit den psychischen Problemlagen zu berücksichtigen. Insgesamt belegt die Studie eine hohe Wirksamkeit der stationären Rehabilitation Abhängigkeitskranker über die vier Jahrgänge hinweg – auch vor dem Hintergrund zusätzlicher psychischer und somatischer Komorbiditäten.

Literatur

- Bachmeier, R., Bick, S., Funke, W.; Herder F., Jung Ch., Kemmann D., Kersting, S., Lange, N., Medenwaldt, J., Mielke, D., Missel, P., Schneider, B., Seeliger Ch., Verstege, R., Weissinger, V. (2015). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2012 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. Sucht aktuell, 22/1, 53-67.
- Bachmeier, R., Bick-Dresen, S., Dreckmann, I., Feindel, H., Kemmann, D., Kersting, S., Kreutler, A., Lange, N., Medenwaldt, J., Mielke, D., Missel, P., Premper, V., Regenbrecht, G., Sagel, A., Schneider, B., Strie, M., Teigeler, H., Weissinger, V. (2018). Effektivität der

- stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2015 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. *Sucht aktuell*, 25/1, 49-65.
- 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.
- Bachmeier, R., Feindel, H., Herder F., Kemmann D., Kersting, S., Kreutler A., Lange, N., Medenwaldt, J., Mielke, D., Missel, P., Premper, V., Schneider, B., Strie M., Verstege, R., Weissinger, V. (2017). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2014 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. *Sucht aktuell*, 24/1, 53-69.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (Hrsg.) (2001): Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen. *SUCHT*, 47. Jahrgang, Sonderheft 2.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) (Hrsg.) (2008): Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Stand: 05.10.2010. www.dhs.de.
- Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates (Hrsg.) (2012a). Basisdokumentation Sucht Version 2.0, Düsseldorf.
- Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates (Hrsg.) (2012b). Nachbefragungsbogen zur stationären Entwöhnungsbehandlung (Katamnese Sucht), Version 2.0. Düsseldorf.

Schützt Komorbidität vor Rückfall? – Der Einfluss komorbider Erkrankungen auf den Behandlungserfolg stationärer Entwöhnungsbehandlungen (Non-Responder-Studie)

Bernert, S., Krüger, T., Spyra, K.
Charité – Universitätsmedizin Berlin

Zielstellung

Komorbidität ist ein wichtiger Faktor zur Prognose des Verlaufs einer Grunderkrankung und des Erfolgs ihrer Therapie. Im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen stellen besonders zusätzliche psychische Komorbiditäten (Doppeldiagnosen) eine besondere Herausforderung für die Behandlung dar (Moggi, Donati, 2004). Psychische Komorbiditäten bei alkoholbedingten Störungen sind häufig (Preuss et al., 2016). Wie die Auswertung mehrerer Katamnese-Jahrgänge verdeutlicht, wirken sich komorbide Störungen je nach Art unterschiedlich auf den Behandlungserfolg von Entwöhnungsbehandlungen aus (Bachmeier et al., 2018).

Katamnestiche Befragungen sind im Bereich der Suchtrehabilitation seit langem Routine und dienen der Beurteilung der Ergebnisqualität der Maßnahmen. Der Anteil an Non-Respondern in diesen Befragungen ist jedoch hoch und liegt bei ca. 45 % (Bachmeier et al., 2017). Im Rahmen einer multizentrischen Katamnese studie unter Beteiligung zweier Fachverbände der Suchtkrankenhilfe ("Non-Responder-Studie") wurde mit erhöhtem Aufwand versucht, nicht antwortende Befragte doch noch für die Befragung zu gewinnen und somit Auskunft über

diese Gruppe zu erlangen (Bernert et al., 2018). Damit sollte untersucht werden, ob eine mögliche Fehleinschätzung der längerfristigen Wirksamkeit der Behandlungen aufgrund systematischer Unterschiede zwischen den Gruppen der Responder und Non-Responder (Schnell, 1997) vorliegt.

Die vorliegende Untersuchung fokussiert auf die Analyse des Zusammenhangs zwischen einer vorliegenden Komorbidität und dem Abstinenzverhalten in der genannten Studienpopulation. Dabei werden verschiedene Arten von Komorbiditäten unterschieden (psychische, neurologische und andere somatische Erkrankungen).

Methoden

Als Grundlage der Untersuchung stehen Daten von 3.578 Studienteilnehmenden aus der stationären Entwöhnungsbehandlung aus 49 Studienkliniken zur Verfügung. Für die Auswertungen werden Diagnosedaten aus der Basisdokumentation nach DHS-Standard (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2010) und Ergebnisse der Katamnesebefragung kombiniert. Im Rahmen der Deskription werden verschiedene Komorbiditätsmuster unterschieden und der katamnestiche Erfolg (Abstinenz und 30-Tage-Abstinenz nach Rückfall) innerhalb dieser Gruppen dargestellt.

Der Einfluss von Komorbiditäten auf das Abstinenzverhalten der Studienteilnehmenden wird mittels logistischer Regressionsanalyse mit der dichotomen abhängigen Variable "katamnestiche Erfolg" untersucht. Als unabhängige Variablen werden neben dem Vorliegen einer somatischen oder psychischen Komorbidität auch sozio-demographische Eigenschaften der Person (u. a. Alter, Geschlecht, Partnerschaft) und Merkmale der Behandlung (Behandlungstage, Art der Entlassung) in das Modell einbezogen.

Ergebnisse

Für rund zwei Drittel der 3.578 Studienteilnehmenden wurden Komorbiditäten dokumentiert (keine Komorbidität: 31 %, $n = 1.107$). 59,6 % ($n = 2.134$) weisen komorbid mindestens eine somatische Diagnose, 40,4 % ($n = 1.444$) mindestens eine psychische Diagnose und 11,3 % ($n = 404$) mindestens eine neurologische Diagnose auf.

Für die Vorhersage des katamnestiche Erfolgs zeigten sich vier signifikante Prädiktoren: Anzahl stationärer Rehabilitationsmaßnahmen (OR: 0.97, 95 % KI: 0.95 - 0.98, $p < 0.001$), Abbruch der Behandlung durch Klient (OR: 0.52, 95 % KI: 0.38 - 0.72, $p < 0.001$, Referenzkategorie: regulär entlassen), Erwerbslosigkeit (OR: 0.64, 95 % KI: 0.50 - 0.81, $p < 0.001$, Referenzkategorie: erwerbstätig), mit psychischer Komorbidität (OR: 0.73, 95 % KI: 0.56 - 0.94, $p < 0.05$, Referenzkategorie: mit somatischer Komorbidität).

Fazit

Es zeigt sich, dass die Rehabilitanden in der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung eine durch Komorbiditäten hochbelastete Gruppe sind. Analog zu anderen Ergebnissen (Bachmeier et al. 2018) zeigt sich auch in dieser Untersuchung, dass bei Rehabilitanden mit somatischer Komorbidität ein besseres Outcome der Behandlung erreicht wird als in der Gruppe mit psychischer Komorbidität. In der Gruppe mit somatischer Komorbidität ist die Chance eines katamnestiche Erfolgs um das 1,37-fache erhöht im Vergleich zu dieser Gruppe. Die differenzierte Betrachtung der Diagnosemuster offenbart, dass das Vorliegen somatischer Komorbiditäten auch in Kombination mit psychischen Komorbiditäten als

positiver Faktor auf den katamnesticen Erfolg wirkt. Auch somatisch hoch belastete Personen (drei oder mehr somatische Diagnosen) zeigen erhöhte katamnestiche Erfolgsquoten im Vergleich mit Personen mit psychischer Komorbidität.

Die Ergebnisse der Untersuchung sind ein Indiz für die Relevanz einer zielgruppenspezifischen Anpassung der Alkoholentwöhnungsbehandlung und der Routine-Katamnese unter Berücksichtigung vorhandener Komorbiditäten.

Die Gründe für die scheinbar protektive Wirkung somatischer Komorbiditäten in Bezug auf die Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung einer abstinenten Lebensweise sind fraglich und bedürfen weiterer Untersuchungen. Es wird vermutet, dass Personen mit somatischen Komorbiditäten häufiger in Kontakt mit dem Versorgungssystem stehen und sich positive Effekte bezüglich des Outcomes eventuell auch damit erklären lassen.

Förderung: Bundesministerium für Gesundheit

Literatur

- Bachmeier, R., Bick-Dresen, S., Missel, P., Sagel, A., Weissinger, V. (2018): Zusammenhang zwischen Sucht, Komorbidität und Behandlungserfolg – Sonderauswertung zur FVS-Katamnese der Entlassjahrgänge 2012 bis 2015 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht Aktuell*, 25, 25-38.
- Bachmeier, R., Feindel, H., Herder, F., Kemmann, D., Kersting, S., Lange, N., Medenwaldt, J., Mielke, D., Missel, P., Premper, V., Schneider, B., Strie, M., Verstege, R., Kreutler, A., Weissinger, V. (2017): Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2014 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht Aktuell*, 24, 53-69.
- Bernert, S., Krüger, T., Missel, P., Weissinger, V., Koch, A., Spyra, K. (2018): Was ist mit den katamnesticen Nicht-Antwortenden (Non-Respondern) in der Suchtrehabilitation. *DRV-Schriften* 113, 484 – 486.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) (2010): Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch. Hamm: DHS. Online: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Statistik/KDS_Manual_10_2010.pdf
- Moggi, F., Donati, R. (2004): *Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen*. Göttingen u.a.: Hogrefe.
- Preuss, U.W., Gouzoulis-Mayfrank, E., Havemann-Reinecke, U., Schäfer, I., Beutel, M., Mann, K.F., Hoch, E. (2016). Psychische Komorbiditäten bei alkoholbedingten Störungen. *Der Nervenarzt* 2016. 87: 26-34
- Schnell, R. (1997): Nonresponse in Bevölkerungsumfragen: Ausmaß, Entwicklung und Ursachen. Opladen: Leske+Budrich.

Welche Patientengruppen mit einer Alkoholabhängigkeit profitieren von einer Entwöhnungsbehandlung? Hilft uns der Sozialbericht bei der Einschätzung der Rehaprognose und des Rehaerfolgs?

Kobelt, A. (1), Schattschneider, L. (2), Petermann, F. (3)

(1) Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, Laatzen,

(2) Bremen, (3) Universität Bremen

Zielstellung

Alkohol ist aus dem alltäglichen Leben der meisten Deutschen kaum wegzudenken. Laut dem Epidemiologischen Suchtsurvey 2015 (Gomes de Matos et al., 2016) liegt bei 19% der Befragten ein klinisch problematischer Alkoholkonsum vor. Die Wahrscheinlichkeit, soziale Probleme zu entwickeln, verdoppelt sich bereits bei einer täglichen Konsummenge von 4 bis fünf Gläsern (Lindenmeyer, 2016). Als signifikante Prädiktoren für die Abstinenz erwiesen sich ein höherer Schulabschluss, eine abgeschlossene Ausbildung, ein späterer Beginn der Alkoholabhängigkeit, fehlende Komorbidität, eine feste Beziehung, eine Behandlungsdauer von über 16 Wochen, bestehende Erwerbstätigkeit und vorherige Therapieerfahrung (Bachmeier et al, 2017).

Nur wenige Studien beschäftigen sich mit der Vorhersage des Integrationserfolgs in ein Beschäftigungsverhältnis nach einer Entwöhnungsbehandlung. Buschmann-Steinhage und Zollmann (2008) konnten zeigen, dass der Beschäftigungsstatus zum Zeitpunkt der Antragsstellung den Arbeitsstatus zwei Jahre nach Beendigung der Entwöhnungsbehandlung vorher-sagen kann.

Die vorliegende Studie beschäftigt sich mit der prognostischen Validität des Sozialberichts. Es werden Zusammenhänge zwischen den Angaben im Sozialbericht und der Rehaprognose, der Antragsentscheidung und dem Wiedereingliederungserfolg in eine versicherungspflichtige Beschäftigung im Jahr nach der Entwöhnungsbehandlung untersucht.

Methoden

In die Untersuchung wurden alle Versicherten der DRV Braunschweig-Hannover einbezogen, die sich im Jahr 2015 einer Entwöhnungsbehandlung wegen einer Alkoholabhängigkeit unterzogen haben (n= 1.101). Für die Analyse standen Daten aus dem Versicherungskonto zur Verfügung, insbesondere die Beitragszeiten aus versicherungspflichtiger Beschäftigung aus dem Jahr vor und nach der Entwöhnungsbehandlung sowie die Daten aus dem Entlassungsbericht. Zusätzlich wurden inhaltsanalytisch gewonnene Kategorien der Sozialberichte einer Zufallsstichprobe (n=100) untersucht und einer Kontrollgruppe gegenübergestellt, deren Antrag auf Entwöhnungsbehandlung abgelehnt wurde. Es wurden Korrelationen mit der Rehaprognose, eingeschätzt durch die Verwaltung, und der Antragsentscheidung und logistische Regressionsanalysen zur Vorhersage des Reintegrationserfolgs berechnet.

Ergebnisse

Die Beitragszeiten im Jahr nach der Entwöhnungsbehandlung waren vor allem vom Beschäftigungsstatus im Jahr vor der Heilbehandlung, vom Ausmaß der Komorbidität und vom Alter abhängig. Die Analyse der Sozialberichte zeigte, dass viele biographische und krankheitsspezifische Aspekte mit der Einschätzung der Rehaprognose und mit der Entscheidung

über den Rehaantrag korrelieren. Dennoch haben die Bildung, das Ergebnis früherer Entwöhnungsbehandlungen und ein bestehender Arbeitsplatz den größten Einfluss. Für das Ergebnis der Einjahreskatamnese ist ausschließlich das Datum "bestehender Arbeitsplatz" bedeutsam.

Fazit

Unsere Untersuchung hat gezeigt, dass der Einschätzung der Rehaprognose, der Entscheidung über den Antrag auf Entwöhnungsbehandlung und der Verbesserung der Beitragszeiten im Katamnesezeitraum verschiedene biographische und soziale Daten zugrunde liegen. Gleichzeitig hat sich aber auch gezeigt, dass Faktoren wie die Komorbidität, traumatische Erlebnisse in der Biographie, der jugendliche Beginn des Alkoholkonsums, das Elternhaus oder auch die Beschreibung der Eigenmotivation im Sozialbericht in ihrer Bedeutsamkeit für die Einschätzung der Rehaprognose und der Verbesserung der Beitragszeiten im Katamnesezeitraum widersprüchlich sind. Erst wenn die Wertigkeit einzelner Kategorien für die Vorhersage der drei Parameter simultan geprüft wird, zeigt sich, dass suchtspezifische und biographische gegenüber sozialen Faktoren wie Bildung und bestehender Arbeitsplatz in ihrer Bedeutung möglicherweise vernachlässigt werden.

Das Verhältnis zwischen psychosozialen Konflikten und Problemen und den Chancen und Möglichkeiten psychotherapeutisch-rehabilitativer Interventionen für die spätere Reintegration ins Erwerbsleben muss im Sozialbericht deutlicher beschrieben werden.

Literatur

- Bachmeier, R., Feindel, H., Herder, F., Kemmann, D., Kersting, S., Lange, N. et al. (2017). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2014 von Fachkliniken für Alkohol und Medikamentenabhängige. *Sucht aktuell*, 24, 53-69.
- Buschmann-Steinhage, R. & Zollmann, P. (2008). Zur Effektivität der medizinischen Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit. *Suchttherapie*, 9 (2), 63-69.
- Gomes de Matos, E., Atzendorf, J., Kraus, L. & Piontek, D. (2016). Substanzkonsum in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2015. *SUCHT*, 62 (5), 271-281.
- Lindenmeyer, J. (2016). Alkoholabhängigkeit (Fortschritte der Psychotherapie, Band 6, 3., überarbeitete Auflage). Göttingen: Hogrefe.

Umsetzung "Nahtlosverfahren Qualifizierter Entzug/Suchtrehabilitation" auf regionaler Ebene

*Bingel-Schmitz, D., Reichard, P., Wiczorek, A., Missel, P.,
MEDIAN Kliniken Daun*

Zielsetzung

Laut der Deutschen Suchthilfestatistik 0014 (Jahresbericht 2016) werden nur 18 % der Abhängigkeitskranken, die eine stationäre Behandlung in Anspruch nehmen, durch eine Krankenhausabteilung in die Suchtrehabilitation vermittelt. Vor diesem Hintergrund haben die

DRV, die DKG und die GKV eine gemeinsame Handlungsempfehlung für ein sogenanntes "Nahtlosverfahren" abgestimmt.

Die MEDIAN Kliniken Daun hatten bereits vor der Veröffentlichung der Handlungsempfehlung (01.08.2017) enge Kontakte zu dem Marienhaus Klinikum Gerolstein (vier Stationen mit dem Angebot der qualifizierten Entgiftung). Patientenaufnahmen in die Entwöhnungsbehandlungen konnten dank der Leistungsträger in der Vergangenheit so nahtlos realisiert werden.

Durch die Handlungsempfehlung ist den qualifizierten Entgiftungen, den Suchtberatungen und den Entwöhnungskliniken ein neues Instrument an die Seite gestellt worden, um einen nahtlosen Übergang zu gewährleisten. Seit Sommer 2017 findet eine enge Kooperation zwischen den regionalen Suchthilfeträgern im Kreis Daun/Bitburg bezüglich der Nahtlosverfahren statt. Beteiligt sind das Marienhaus Klinikum Gerolstein, das Gesundheitsamt Daun, die Caritas Suchtberatung Bitburg/Prüm, die Caritas Suchtberatung Daun und die Fachambulanz der MEDIAN Kliniken Daun. Es finden regelmäßige Koordinationstreffen zwischen den Akteuren statt. Durch diese Zusammenarbeit konnte der Zugang zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker wesentlich verbessert werden und Patienten, die bisher keinen Kontakt zum Hilfesystem hatten, konnten für eine Weiterbehandlung nach einer qualifizierten Entgiftung motiviert werden.

Die Zielsetzung des Nahtlosverfahrens ist unter anderem die Reduzierung von Nichtantrittsquoten. In einer ersten Stichprobe soll die Wirksamkeit hinsichtlich der Antrittsquote, der Verweildauer und Beendigungsart dargestellt werden.

Methoden

Die untersuchte Stichprobe umfasst alle Aufnahmen im Rahmen der Nahtlosverlegung zwischen dem 01.08.2017 und dem 31.10.18 in die Median Kliniken Daun:

Behandlungsstätten: Rosenberg, Thommener Höhe, insgesamt 92 Fälle durch die oben genannten Vermittler.

Die Antrittsquote, die Verweildauer und das Behandlungsende werden dargestellt und mit den Ergebnissen der Basisdokumentation verglichen.

Ergebnisse

Bis zum 31. Oktober 2018 nahmen insgesamt 93 Patientinnen und Patienten am Nahtlosverfahren teil. Die Geschlechtsverteilung lag bei 14 Frauen und 81 Männern. Die Entwöhnungsbehandlung angetreten haben insgesamt 85 Patienten, 59 Patienten haben die Behandlung bereits abgeschlossen. Das Behandlungsende gliedert sich in die folgenden Entlassarten: planmäßige Entlassungen 34 (64 %), nicht planmäßige Entlassungen 19 (36 %). Verglichen mit der Basisdokumentation (Entlassjahr 2017) ergibt sich bezüglich des Behandlungsendes folgendes Ergebnis: planmäßige Entlassungen 721 (78%), nicht planmäßige Entlassungen 204 (22 %). Patienten, die am Nahtlosverfahren teilnehmen, haben eine durchschnittliche Verweildauer von 77 Tagen (89 Tage lt. Basisdokumentation 2017).

Fazit

Die Zugangswege zur stationären Rehabilitation Sucht haben sich durch das Nahtlosverfahren verbessert. Das Einbeziehen der Beratungsstelle, insbesondere der Fachambulanz der Median Kliniken Daun, in die Antragsstellung und den Besuchen der Patienten in der

"qualifizierten Entgiftung" haben sich bewährt und nehmen den Patienten die Schwellenangst. Positive Effekte ergeben sich durch die Vernetzung innerhalb des Suchthilfesystems, insbesondere auch in der Nachsorge und Weiterbehandlung. Bedauerlich ist, dass sich ein regionaler Krankenkassenanbieter nicht an dem Nahtlosverfahren beteiligt. Die Erfahrungen der Praxis zeigen, dass vermehrt Anfragen aus Krankenhäusern ohne qualifizierter Entgiftung kommen, zwecks Überleitung in eine nahtlose Überleitung in eine Entwöhnungsbehandlung. Hier wäre eine Öffnung kostenträgerseitig wünschenswert.

Literatur

Handlungsempfehlung der Deutschen Rentenversicherung (DRV), der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) für die Verbesserung des Zugangs nach qualifiziertem Entzug in die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 1. August 2017.

Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund

Stachow, R.

Fachklinik Sylt für Kinder und Jugendliche

Zielstellung

Im Rahmen der Rehabilitation für Kinder und Jugendliche werden auch Patienten und Familien mit Migrationshintergrund, entsprechend ihrem gesetzlichen Anspruch, bewilligt. Sie werden durch die DRV, unter Berücksichtigung sprachlicher Expertise, auf die vorhandenen Kinder- Rehakliniken verteilt.

Von Interesse ist, ob das bestehende Angebot dem Bedürfnis der Rehabilitanden entspricht und ob es Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Migrationshintergrund gibt, die konzeptionell berücksichtigt werden müssten.

Methoden

In der Fachklinik Sylt werden, im Rahmen des Qualitätsmanagements, am Rehaende strukturierte schriftliche Patientenbefragungen durchgeführt, wobei Bewertungen auf 6-stufigen Likertskalen abgefragt wurden. Seit 2014 wird auch der Migrationsstatus durch Abfrage des Geburtslandes von Mutter und Vaters erhoben. Die Daten werden zusammen mit anderen Daten der Reha Zufriedenheit in einer SPSS-Datenbank erfasst. Die Angaben wurden deskriptiv und inferenzstatistisch mit nicht-parametrischen Verfahren ausgewertet (p-Werte des U-Testes oder des Kruskal-Wallis Tests für unabhängige Stichproben in Klammern). Ein Migrationshintergrund für einen Patienten wurde angenommen, wenn mindestens ein Elternteil im nicht deutschsprachigen Ausland geboren wurde.

Ergebnisse

Von Januar 2014 bis Oktober 2018 wurden in der Fachklinik Sylt 8.538 Kinder und Jugendliche rehabilitiert. Von 5.933 Patienten (Rücklaufquote von 69,4 %) lagen auswertungsrelevante Fragebogen Daten vor.

1.298 Patienten (21,9 %) wiesen einen Migrationshintergrund auf. Bei 720 Patienten (12,1 %) lagen keine eindeutigen Ergebnisse zum Geburtsland der Eltern vor; diese wurden von der weiteren Analyse ausgeschlossen. Bei 57,0 % der Patienten mit Migrationshintergrund waren beide Eltern im Ausland geboren. Der Anteil der Patienten mit Migrationshintergrund variierte in den fünf Beobachtungsjahren zwischen 19,3 und 23,3 % ohne dass diese Schwankungen signifikant waren.

Das Herkunftsland der Mutter war:

- Ferner Orient: 6 %
- Vorderer Orient (inkl. Türkei) 9,3 %
- Ehemalige SU : 55,2 %
- Osteuropa: 21,2 %
- Sonstig: 7,3 %

Das mittlere Alter der Patienten mit Migrationshintergrund lag mit 9,8 Jahren um 0,6 Jahre signifikant (0,000) über dem der übrigen Patienten. Ebenfalls wurden die Migrationskinder signifikant (0,006) seltener (54,7 % vs 59,0 %) von einem Elternteil begleitet. Der Anteil von Mädchen lag bei 56,4 % und unterschied sich nicht von den deutschsprachigen Kindern.

Die Diagnoseverteilung zeigte zwischen den beiden Patientengruppen keine relevanten Differenzen:

Atemwegserkrankungen 40,3 %

Adipositas: 20,4 %,

Hauterkrankungen: 30,5 %,

Diabetes mellitus Typ 1: 7,9 %,

Sonstige Erkrankungen: 1 %.

Bezüglich des Rehabilitationsverlaufes äußerten sich die Patienten mit Migrationshintergrund teilweise zufriedener als die deutschsprachigen Kinder. Dieses betrifft insbesondere die Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung (0,001), vor allem bei der Absprache der Rehabilitationsziele (0,014), sowie den pädagogischen Angeboten. Alle anderen Bewertungen des Rehabilitationsangebotes waren gut bis sehr gut, unterschieden sich jedoch nicht von den Patienten ohne Migrationshintergrund.

Weitere signifikante Differenzen traten zwischen den Kindern bei denen beide Eltern Migranten waren und den anderen Patienten auf und zwar hinsichtlich einer besseren Beurteilung der psychologischen Betreuung (0,022), des pädagogischen Angebots (0,026), des Speisenangebots (0,026) des Rehabilitationserfolges (0,05), des Wohlbefindens in der Rehaklinik (0,004), des Wunsches nach nochmaligem Rehaaufenthalt (0,017), der Weiterempfehlung der Klinik (0,000), des Gefühls geringerer Belastung durch die Erkrankung (0,007), einer Verbesserung des Krankheitsumganges (0,002) und eine Verbesserung krankheitsbedingter Einschränkungen (0,014).

Fazit

Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund machen gut ein Fünftel des Klientel unserer Rehabilitationsklinik aus. Der Anteil hat sich im Beobachtungszeitraum nicht verändert und entspricht etwa dem Migrantenanteil der Gesamtbevölkerung (23,6 %)(1). Die Migrantenkinder sind etwas älter, werden aber etwas weniger häufig von ihren Eltern begleitet. Die selbst wahrgenommenen gesundheitlichen Ergebnisse der Rehabilitation sowie die Zufriedenheit mit verschiedenen Rehaanwendungen werden insbesondere von den Rehabilitanden, deren Eltern beide im Ausland geboren wurden, deutlich besser eingeschätzt als von den übrigen Patienten. Diese Ergebnisse scheinen zu belegen, dass die Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund gut in den Rehaerlauf integriert werden konnten und wahrscheinlich auch sprachliche oder kulturelle Barrieren kein relevantes Hindernis waren.

Möglich ist auch, dass die Patienten mit Migrationshintergrund eine höhere Sensibilität bezüglich positiver Zuwendung aufweisen als deutschsprachige Kinder und Jugendliche. Zwar zeigen unsere Daten eine hohe Rücklaufquote, jedoch ist es möglich das Patienten mit sprachlichen Problemen unsere Fragebögen nicht gut verstanden haben und sich an der Befragung nicht beteiligt haben. Dieses könnte einen relevanten Einfluss auf die Ergebnisse haben, betreffe aber den Rücklauf von Fragebögen von deutschen Kindern und Jugendlichen genauso.

Die gegenwärtig durchgeführte Rehabilitation erscheint auch für Patienten mit Migrationshintergrund gut geeignet.

Literatur

Bundeszentrale für politische Bildung (2018) Bevölkerung mit Migrationshintergrund 1; www.bpb.de/wissen/NY3SWU,0,0,Bev%6lkerung_mit_Migrationshintergrund_1.html, Abruf 5.11.2018

Subjektive Behandlungskonzepte von Jugendlichen zur Kinder- und Jugend-Rehabilitation – eine qualitative Analyse

Metzner, G. (1), Höhn, C. (1), Waldeck, E. (2), Glattacker, M. (1)

(1) Universitätsklinikum Freiburg, (2) Edelsteinklinik, Bruchweiler

Zielstellung

Die Zufriedenheit von Kindern und Jugendlichen mit ihrer Rehabilitation ist insgesamt hoch. Dennoch gibt es auch einen nicht unerheblicher Anteil von Jugendlichen, der mit seinem Reha-Aufenthalt unzufrieden ist und die Maßnahme sogar vorzeitig abbricht (Widera et al., 2017). Für den Bereich der Kinder-Jugend-Rehabilitation gibt es bislang keine umfassenden Analysen, die die Einflussfaktoren für die Patientenzufriedenheit und den Abbruch von Reha-Maßnahmen untersuchen (Haller et al., 2008). Studien aus dem Erwachsenenbereich zeigen, dass subjektive Krankheits- und Behandlungskonzepte eine Vielzahl gesundheitsbezogener Outcomes und auch die Inanspruchnahme rehabilitativer Maßnahmen oder deren vorzeitige Abbrüche präzisieren (French et al., 2006; Glattacker et al., 2018). Arbeiten zu den subjektiven Krankheits- und Behandlungskonzepten im Kinder- und Jugendbereich sind demgegenüber eher selten. Vor diesem Hintergrund soll im vorliegenden Beitrag das subjektive rehabilitationsbezogene Behandlungskonzept von Jugendlichen exploriert werden.

Methoden

Zwischen Juli und September 2018 wurden jugendliche Rehabilitanden der Edelsteinklinik von zwei Projektmitarbeiterinnen interviewt. Es wurde eine Teilnehmeranzahl von 12 Jugendlichen im Alter zwischen 12 und 17 Jahren angestrebt. Die durchgeführte deduktive Stichprobenziehung zielte auf die Diversität hinsichtlich der Teilnehmercharakteristika Alter, Geschlecht und Hauptdiagnose ab. Das Interview wurde Face-to-Face am Anreisetag des Jugendlichen oder am Folgetag in der Klinik durchgeführt. Die Einzelinterviews erfolgten leit-

fadengestützt, beginnend mit einem offenen Erzählteil mit einer narrationsfördernden Eingangsfrage sowie einem Nachfrageteil. Die Fragen thematisierten u. a. Erwartungen und Befürchtungen der Jugendlichen im Hinblick auf ihren beginnenden Reha-Aufenthalt.

Die Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet, transkribiert und mit Hilfe der Analysesoftware MAXQDA (Version 12) inhaltsanalytisch ausgewertet. Für die Analyse wurde ein induktives Vorgehen gewählt, wobei deduktive Ansätze in Anbetracht eines Fragebogens zum subjektiven rehabilitationsbezogenen Behandlungskonzept aus dem Erwachsenenbereich (Fragebogen zur Erfassung des subjektiven Behandlungskonzepts von Rehabilitanden; Glattacker et al., 2009) ebenfalls Geltung fanden. Es wurden Regeln zur Kodierung der Interviews erstellt, die durch wiederholte Konsensbildung im Studienteam definiert wurden. Durch diesen systematischen, rekursiven Prozess wurde ein tragfähiges Codesystem entwickelt.

Ergebnisse

Es wurden 13 Interviews mit einer Dauer von 20-40 Minuten durchgeführt. Das mittlere Alter der Jugendlichen betrug 14.3 Jahre (Range 12-16 Jahre). Acht Teilnehmer waren männlich. Zehn Jugendlichen waren zuvor noch nicht in Reha gewesen. Adipositas war die häufigste Erstdiagnose (N=7).

Es kristallisierten sich 10 übergeordnete Codes heraus, die das subjektive Behandlungskonzept der Jugendlichen thematisierten. Neben Erwartungen an den Prozess und an das Ergebnis der Reha-Maßnahme wurden Erwartungen an strukturelle Aspekte der Rehabilitation (z. B. gutes Essen) und an sich selbst (z. B. sich aktiv zu beteiligen und die Rehabilitation durchzuhalten) beschrieben. Hinsichtlich des Reha-Ergebnisses erwarteten die Jugendlichen v.a. eine Reduktion ihrer Symptome und positive Auswirkungen auf den Alltag nach der Rehabilitation, z. B. bezüglich Freizeit und Schule. Ebenso wurde der Transfer von neu Gelerntem aus der Rehabilitation in den Alltag benannt. Für den Reha-Prozess beschrieben die Jugendlichen Erwartungen, die den Kategorien "Tagesablauf/Therapieplan", "Mitentscheiden in der Reha" sowie "Fester Ansprechpartner" zugeordnet werden konnten. Die Jugendlichen berichteten die Präferenz nach einem ausgewogenen Verhältnis zwischen Anwendungen und Freizeit. Der Wunsch nach Partizipation wurde vor allem hinsichtlich der Reha-Ziele und weniger hinsichtlich des Therapieplans geäußert. Ferner wurden antizipierte Befürchtungen bzw. Erschwernisse im Hinblick auf den Reha-Aufenthalt benannt. Darunter fanden sich vorrangig die Abwesenheit von Zuhause gekennzeichnet durch Heimweh und Schwierigkeiten, Kontakt zu Freunden und Familie zu halten sowie Befürchtungen im Hinblick auf die Mitpatienten, z. B. keine netten Leute kennenzulernen. Durch den Zeitpunkt des Interviews konnten die Jugendlichen bereits ihren ersten Eindruck von der Klinik sowie relativierte oder bestätigte Erwartungen und Befürchtungen berichten.

Fazit

In den Interviews zeigte sich, dass die Jugendlichen auf die initiale Erzählaufforderung hin zunächst häufig keine dezidierten Vorstellungen benennen konnten, was eine Rehabilitation ist. Erst durch die Nachfragen wurden konkrete und differenzierte Vorstellungen geäußert, die den Konstrukt-Komponenten Prozess- und Ergebniserwartung sowie Befürchtungen des subjektiven rehabilitationsbezogenen Behandlungskonzepts aus dem Erwachsenenbereich (Glattacker et al., 2009) entsprechen. Daneben scheinen rehabilitationsbezogene Erwartungen an die eigene Person, i.S. von Selbstwirksamkeitserwartungen, Erwartungen an

Klinikstrukturen sowie einstellungsbezogene Parameter, z. B. Zuversicht, Wichtigkeit der Rehabilitation und normative Aspekte, bedeutsam für das subjektive Behandlungskonzept zu sein. Die Interviewergebnisse werden in die Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung des subjektiven rehabilitationsbezogenen Behandlungskonzepts bei Jugendlichen einfließen. Damit kann das subjektive Behandlungskonzept von Jugendlichen künftig auch quantitativ und an einer größeren Stichprobe exploriert werden. Perspektivisch wird die Frage interessant sein, ob das subjektive Behandlungskonzept der Jugendlichen (z.B. abgebildet über erfüllte vs. unerfüllte Erwartungen an die Rehabilitation) einen Einfluss auf die Patientenzufriedenheit, den vorzeitigen Abbruch einer Reha-Maßnahme oder das Reha-Outcome hat.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

Literatur

- 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. 757-767.
- Glattacker, M., Heyduck, K., Meffert, C. (2009). Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung des subjektiven Behandlungskonzepts von Rehabilitanden. *Rehabilitation*, 48. 345-353.
- Glattacker, M., Giesler, J.M., Klindtworth, K., Nebe, A. (2018): Rehabilitation use in multiple sclerosis: Do illness representations matter? *Brain and Behavior*, 8, 6. 1-9.
- Haller, D.M., Sancu, L.A., Sawyer, S.M., Patton, G. (2008): Do Young People's Illness beliefs Affect Healthcare? A systematic review. *Journal of Adolescent Health*, 42. 436-449.
- Widera, T., Baumgarten, E., Druckenmüller, A., Niehues, C. (2017). Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation – Stand und Perspektiven aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung. *Rehabilitation*, 56. 91-102.

Motivationsbasierte, modularisierte Schulungskonzepte für die stationäre Rehabilitation von Jugendlichen mit Adipositas – Prävalenzen und erste Evaluation

Hampel, P. (1), Blaas, R. (1), Hagedorn, N. (1), Stachelscheid, E. (2), Kurzinsky, K. (2), Wienert, J. (3), Stachow, R. (2)

(1) Europa-Universität Flensburg, (2) Fachklinik Sylt für Kinder und Jugendliche,
(3) Jacobs Universität Bremen

Zielstellung

Neuere Befunde aus der KiGGS Welle 2 zeigen, dass zwar die Prävalenzen seit der Basiserhebung gleichblieben, jedoch für Übergewicht mit 15.4 % und für Adipositas mit 5.9 % auf einem hohen Niveau stagnieren (Schienkiewitz et al., 2018). Die kurzfristige Wirksamkeit der stationären Rehabilitation für Jugendliche mit Adipositas ist gut belegt, jedoch ist die Nachhaltigkeit nicht befriedigend (Pankatz et al., 2012). Dies könnte darauf zurückgeführt werden, dass in bisherigen Patientenschulungen unterschiedliche Motivationslagen nicht

berücksichtigt wurden. Folglich wurden im Rahmen des Forschungsprojektes MoReMo auf der Basis des Health Action Process Approach (HAPA) und des Motivational Interviewings (MI) zunächst Messinstrumente zur Erfassung der Motivationslage entwickelt, deren psychometrische Güte befriedigend bis gut war (Kurzinsky-Stachow et al., 2017). Daraufhin wurden zwei motivationsstadienbasierte, modularisierte Gesundheitsschulungskonzepte entwickelt, deren Machbarkeit belegt werden konnte (Stachow et al., 2018).

In der vorliegenden Studie sollte die psychische Gesundheit bei Jugendlichen mit Adipositas in der stationären Rehabilitation in Abhängigkeit der Motivationslage und des Alters ermittelt werden. Zudem sollten erste Hinweise auf die kurzfristige Wirksamkeit der Gesundheitsschulungskonzepte gewonnen werden.

Methoden

In die Analyse der psychischen Gesundheit wurden N=127 Jugendliche eingeschlossen (n=79 Mädchen, Alter: 12-17 Jahre, M=14.24, SD=1.49, mittlerer BMI-SDS: 2.69, SD=0.59). Anhand des Fragebogens zur Einteilung in Motivationsstadien (MoS; nach Wienert et al., 2017) wurden die beiden Motivationsstadien "Intender" (n=64) und "Actor" zu Rehabilitationsbeginn ermittelt und in Abhängigkeit der Altersgruppe (12-14 Jahre, n=73, vs. 15-17 Jahre) unter Berücksichtigung der Kovariate "Geschlecht" varianzanalytisch ausgewertet. Paarweise Vergleiche wurden durch unabhängige t-Tests mit Bonferroni-Korrektur vorgenommen, deren klinische Signifikanz durch Cohens d bestimmt wurde.

Die Hinweise auf die kurzfristige Wirksamkeit der Gesundheitsschulungskonzepte "Intender" und "Actor" mit Messungen am Anfang und am Ende der Rehabilitation konnten bei N=68 Jugendlichen im Rehabilitationsverlauf kovarianzanalytisch untersucht werden (48 Mädchen, Alter: 12-17 Jahre, M=14.53, SD=1.49, mittlerer BMI-SDS: 2.81, SD=0.57). Die Zuweisung der Jugendlichen zu den beiden Schulungsgruppen erfolgte anhand der Motivationsstadien, die mit einem Gesprächsleitfaden zu Rehabilitationsbeginn ermittelt wurden (Kurzinsky-Stachow et al., 2017).

Ergebnisse

Intender wiesen ein signifikant schlechteres Krankheitsmanagement als Actor auf ($F(1,114)=4.41$, $p=.038$, $\eta^2=.037$). Der Gesamtproblemwert des SDQ im Selbsturteil der jüngeren Intender war signifikant höher als die Ausprägungen der älteren Intender ($d=.82$) und der jüngeren Actor ($d=.51$). Zudem berichteten die jüngeren Intender über eine höhere Ängstlichkeit/Depressivität im SPS-J verglichen mit den älteren Intendern ($d=.59$).

Die Actor verbesserten sich im Verlauf ihrer Rehabilitation tendenziell stärker im BMI-SDS ($F(1,63)=3.73$, $p=.058$, $\eta^2=.056$). Signifikante Zeiteffekte auf die Selbstwirksamkeitserwartungen und die Handlungspläne im MoS unterstützen die kurzfristige Wirksamkeit beider Konzepte (Selbstwirksamkeitserwartungen: $p=.048$, $\eta^2=.065$; Handlungspläne bezogen auf körperliche Aktivitäten: $p=.050$, $\eta^2=.063$; Handlungspläne bezogen auf gesunde Ernährung: $p=.012$, $\eta^2=.102$).

Fazit

Die Befunde sprechen für eine ungünstigere psychische Gesundheit der Intender, vor allem in der Altersgruppe von 12 und 14 Jahren. Die günstigen Zeitverläufe in motivationalen und volitionalen Kennwerten unabhängig von der Schulungsgruppe deuten auf eine kurzfristige

Wirksamkeit der beiden Gesundheitsschulungskonzepte "Intender" und "Actor" hin. Die geringfügig stärkeren Reduktionen im BMI-SDS der Actor könnten darauf zurückgeführt werden, dass die Trainer in den Schulungen der Actor im Vergleich zu früheren Schulungskonzepten nun eine größere Offenheit der Jugendlichen und einen guten Diskussionsraum wahrnahmen sowie insgesamt zufriedener mit diesem Schulungskonzept als mit der Intender-Schulung waren (Stachow et al., 2018).

Insgesamt kann festgehalten werden, dass die Motivationsstadien anhand der neuen Messinstrumente ermittelt und Jugendliche nach ihren Motivationsstadien behandelt werden konnten. Erste Ergebnisse deuten auf mögliche positive Effekte hin, ein Wirksamkeitsnachweis mittels RCT steht jedoch noch aus.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Nord

Literatur

- Kurzinsky-Stachow, U., Hagedorn, N., Wienert, J., Wiegand, S., Hampel, P., Stachow, R. (2017): Motivation zur Veränderung adipogener Verhaltensweisen bei adipösen Jugendlichen während einer stationären Rehabilitation. DRV-Schriften, Bd 111. 450-452.
- Pankatz, M., Jacobsen, W., Stachow, R., Hampel, P. (2012): Nachsorgebedarf und -bedürfnis bei Jugendlichen mit Adipositas nach einer stationären Rehabilitation: 2 qualitative Pilotstudien. Prävention und Rehabilitation, 24. 103-109.
- Schienkewitz, A., Brettschneider, A.K., Damerow, S., Schaffrath Rosario, A. (2018): Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring, 3. 16-22.
- Stachow, R., Hagedorn, N., Stachelscheid, E., Kurzinsky-Stachow, U., Wienert, J., Hampel, P. (2018): Motivationsbasierte, modularisierte Schulungskonzepte für die stationäre Rehabilitation von Jugendlichen mit Adipositas – eine Machbarkeitsstudie. DRV-Schriften, Bd 113. 495-497.
- Wienert, J., Kuhlmann, T., Fink, S., Hambrecht, R., Lippke, S. (2017): Motivational and volitional correlates of physical activity in participants reporting no, past, and current hypertension: Findings from a cross-sectional observation study. International Journal of Behavioral Medicine, 24. 908-914.

EICAM-Studie zur Wirksamkeit der stationären Rehabilitation im Hochgebirgsklima bei kindlichem Asthma bronchiale

Rosenecker, J. (1), Felicetti, E. (2)

(1) Alpenklinik Santa Maria, (2) Oberjoch

Zielstellung

Bisher gibt es nur spärliche Daten über den Langzeiterfolg der stationären Rehabilitation bei jungen Patienten mit Asthma bronchiale. Andere Studien beschreiben einen Therapieerfolg zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Rehabilitation (Petermann et al., 2004). Mit der EICAM-Studie wurde in der Alpenklinik Santa Maria in Oberjoch gezielt der Langzeiteffekt bei Kindern

und Jugendlichen untersucht, unter besonderer Betrachtung der Patienten mit Allergie gegen Hausstaubmilben (HMA). Untersuchungen zum Einfluss der HMA auf eine Rehabilitation im Hochgebirgsklima führten bisher zu widersprüchlichen Ergebnissen (Petermann et.al., 2000; Petermann et.al., 2004). Die Studie soll helfen, die Wirksamkeit der stationären Rehabilitation wissenschaftlich darzustellen, sowie die Bedeutung einer individuellen Wahl der Klinik untersuchen. Beispielsweise könnte es hilfreich sein, Kinder mit HMA bevorzugt in Kliniken in milbenarmem Milieu aufzunehmen.

In der Studie wurde vor allem die individuelle Krankheitsbewältigung anhand der Anzahl relevanter Exazerbationen untersucht, daneben wurden zusätzlich objektive Krankheitsparameter erhoben. Verglichen wurde dabei der Krankheitsverlauf jeweils der sechs Monate vor und nach stationärer Rehabilitation.

Ein weiteres Augenmerk lag auf der Bedeutung der HMA für den Verlauf nach Rehabilitation. Da die Patienten in der Klinik Santa Maria, aufgrund der Hochgebirgslage auf 1200 m, einer sehr niedrigen Milbenbelastung ausgesetzt sind (Petermann et.al., 2004), konnte der Effekt der Allergenkarenz zwischen Allergikern und Nicht-Allergikern verglichen werden. Der positive Effekt des Hochgebirgsklimas auf den Verlauf atopischer Erkrankungen konnte bereits in Studien gezeigt werden (Eberlein et.al., 2014; Fieten et.al., 2015).

Methoden

An der prospektiven Studie nahmen insgesamt 113 Asthmapatienten der Klinik Santa Maria zwischen 1 und 17 Jahren teil. Mittelpunkt der Datenerhebung sind Fragebögen, die den Patienten bei Aufnahme in die Rehaklinik sowie sechs Monate nach Entlassung ausgehändigt werden. Zur Erfassung der relevanten Exazerbationen diente die Frage nach akuten Vorstellungen beim Arzt und stationären Aufenthalten. Des Weiteren wurden relevante persönliche Daten und Risikofaktoren erfragt. Der zweite Fragebogen enthielt zusätzlich Fragen zu Compliance und Änderungen des Verhaltens nach Entlassung.

Ebenfalls berücksichtigt wurden die Werte der Lungenfunktionsuntersuchung (LUFU) und des Asthma Control Tests (ACT) als objektive Parameter.

Ergebnisse

Von 113 Patienten der Alpenklinik Santa Maria wurden die in den 6 Monaten vor und nach Rehabilitation erfolgten akuten Arztvorstellungen und stationären Aufenthalte erfragt. Zusätzlich wurden Lungenfunktions- und ACT-Werte bei Aufnahme und am Ende des Beobachtungszeitraums erfasst. Es folgte ein Vergleich der persönlichen Daten, Allergien, Passivrauchbelastung und Compliance. Die Anzahl der Arztbesuche ging im Vergleichszeitraum für die Gesamtheit der Teilnehmer nach der Rehabilitationsmaßnahme stark zurück, von durchschnittlich 1,52 auf 0,63 ($p < 0,01$). Auch die ACT-Werte zeigten eine deutliche Verbesserung (20,62 auf 22,30 Punkte; $p < 0,05$). Erstmals konnte für Patienten mit

HMA ein verstärkter Effekt nachgewiesen werden: bei getrennter Betrachtung der Gruppen mit und ohne HMA, konnte nur für die Gruppe mit HMA die signifikante ACT-Verbesserung und Reduktion der Arztbesuche nachgewiesen werden (beide $p < 0,05$). Patienten mit vorheriger Passivrauchbelastung konnten ebenfalls einen größeren Erfolg erzielen als solche ohne ($p < 0,05$).

Fazit

Die EICAM-Studie konnte zeigen, dass Kinder und Jugendliche aller Altersgruppen von einer stationären Rehabilitation im Beobachtungszeitraum profitierten. Patienten mit HMA ziehen dabei einen besonders großen Nutzen aus einer Allergenkarrenz im Hochgebirge. Dies sollte in Zukunft bei der Auswahl einer geeigneten Rehabilitationsklinik berücksichtigt werden.

Literatur

- Eberlein, B., Huss-Marp, J., Pfab, F., Fischer, R., Franz, R., Schlich, M., Leibl, M., Allertseder, V., Liptak, J., Kriegisch, M. (2014): Influence of alpine mountain climate of Bavaria on patients with atopic diseases: studies at the Environmental Research Station Schneefernerhaus (UFS-Zugspitze)—a pilot study. *Clinical and Translational Allergy*, 4(17).
- Fieten, K., Weststrate, A. C., van Zuuren, E. J., Bruijnzeel-Koomen, C. A., Pasmans, S. G. (2015): Alpine climate treatment of atopic dermatitis: a systematic review. *Allergy*, 70(1). 12-25.
- Petermann, F., Gulyas, A., Niebank, K., Stübing, K., Warschburger, P. (2000): Rehabilitationserfolge bei Kindern und Jugendlichen mit Asthma und Neurodermitis. *Allergologie*, 23(10). 492-502.
- Petermann, F., Gulyas, A., Niebank, K., Warschburger, P. (2004): Effects of allergen avoidance at high altitude on children with asthma or atopic dermatitis. *Pediatric Asthma, Allergy & Immunology*, 17(1). 15-24.

Rückkehr in den Beruf von Eltern pädiatrischer Leukämie- und Hirntumorpatienten nach der Intensivbehandlung: Eine Interviewstudie

*Peikert, M. (1), Inhestern, L. (1), Krauth, K.A. (2), Rolfes, U. (2),
Schulte, S. (2), Bergelt, C. (1)*

(1) Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, (2) Klinik Bad Oexen, Bad Oeynhausen

Zielstellung

Um die Langzeitfolgen einer pädiatrischen onkologischen Erkrankung und ihrer Behandlung möglichst gering zu halten und den Übergang von der Intensivtherapie in den Alltag zu unterstützen, wird in Deutschland für betroffene Familien eine familienorientierte Rehabilitation (FOR) angeboten.

Nicht nur für die erkrankten Kinder, sondern auch für die Eltern führt die Erkrankung zu starken Veränderungen im Alltag. Häufig reduzieren Eltern aufgrund von langen Krankenhausaufenthalten und hohem Betreuungsaufwand der Kinder ihren Arbeitsumfang, sind krankgeschrieben oder erleben Schwierigkeiten in ihrem Arbeitsalltag (Sloper, 1996). Auch Jahre nach dem Ende der Behandlung haben Eltern erkrankter Kinder ein erhöhtes Risiko für Krankheitstage und arbeiten zum Teil weniger als vor der Erkrankung (Hjelmstedt et al., 2017, Norberg & Steneby, 2009). Das Ziel dieser Interviewstudie ist es, zu untersuchen, wie die Rückkehr der Eltern in den Beruf erfolgt und welche Faktoren die Rückkehr in den Beruf, auch bis zu einem Jahr nach einer FOR, beeinflussen.

Methoden

Diese qualitative Interviewstudie ist Teil einer prospektiven Beobachtungsstudie mit einem Mixed-Methods Design (Peikert et al., 2016). Im qualitativen Studieteil wurden semistrukturierte Telefoninterviews mit Eltern von Leukämie- oder Hirntumorpatienten (≤ 18 Jahre), die eine FOR in Anspruch genommen haben und bei denen das Ende der FOR etwa 12 Monate zurück liegt, durchgeführt. Die Interviews wurden digital aufgezeichnet und wörtlich transkribiert. Die Auswertung erfolgte mittels der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) sowie mit Hilfe der Software MAXQDA. Soziodemografische sowie medizinische Daten wurden erfasst und deskriptiv ausgewertet.

Ergebnisse

Insgesamt nahmen 19 Mütter und 11 Väter aus 19 Familien an der Interviewstudie teil. Die Eltern sind im Mittel 42.7 Jahre alt ($SD=7.6$) und haben durchschnittlich 2-3 Kinder ($M=2.4$, $SD=1.2$). Von den 30 Eltern geben 22 das Abitur als höchsten Schulabschluss an und 27 Elternteile sind zum Interviewzeitpunkt erwerbstätig. Fünf der 19 Kinder hatten einen Hirntumor und 14 eine Leukämie. Im Mittel sind die erkrankten Kinder zum Interviewzeitpunkt 8.9 Jahre alt ($SD=3.7$; Alter bei Diagnose: $M=4.9$, $SD=3.0$).

Als berufliche Veränderungen durch die Erkrankung des Kindes berichten Eltern überwiegend Krankschreibung und eine Reduktion der Arbeitszeit. Zum Zeitpunkt der FOR war ein Großteil der Eltern bereits in ihren Beruf zurückgekehrt. Die Eltern schildern in Bezug auf den Beruf beispielsweise die Unterstützung durch den Arbeitgeber und die erweiterte Familie als hilfreiche Faktoren. Einige Eltern geben an, durch den Beruf eine Ablenkung von der Erkrankung zu erleben. Als Schwierigkeiten werden von einigen Eltern ein erhöhter Betreuungsbedarf des erkrankten Kindes, auch nach Abschluss der Intensivtherapie, und eine verringerte berufliche Belastbarkeit genannt. Bis zu einem Jahr nach der FOR sind fast alle Eltern in den Beruf zurückgekehrt, teilweise jedoch mit reduzierter Arbeitszeit sowie veränderten Prioritäten. Im Hinblick auf ihren Beruf ist aus Sicht der Eltern die FOR insbesondere hilfreich zur Regeneration und Entlastung, um für die berufliche Tätigkeit wieder Kraft zu tanken und um weiterhin arbeitsfähig zu bleiben.

Fazit

Insgesamt zeigt sich, dass den meisten befragten Eltern eine Rückkehr in den Beruf gelingt. Ihr Berufsleben nach dem Ende der Behandlung zeigt sich bei einigen befragten Eltern jedoch verändert im Vergleich zu vor der Erkrankung des Kindes. Die FOR erfolgt oft nach der beruflichen Reintegration und unterstützt die Eltern, ihre Arbeitsfähigkeit wieder zu erlangen oder zu erhalten. Nach Abschluss der prospektiven Beobachtungsstudie (Peikert et al., 2016) werden die qualitativen Ergebnisse dieser Interviewstudie mit quantitativen Daten der Studie in Verbindung gesetzt, um dadurch weitere Erkenntnisse über die Rückkehr in die Normalität von Eltern krebskranker Kinder nach dem Ende der Intensivtherapie zu erlangen.

Förderung: Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung in Nordrhein-Westfalen

Literatur

Hjelmstedt, S., Lindahl Norberg, A., Montgomery, S., Hed Myrberg, I., & Hovén, E. (2017). Sick leave among parents of children with cancer—a national cohort study. *Acta Oncologica*, 56(5), 692-697.

- Mayring, P. (2015): *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. (12. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Norberg, A.L., Steneby, S. (2009): Experiences of parents of children surviving brain tumour: a happy ending and a rough beginning. *Eur J Cancer Care*, 18(4). 371-380.
- Peikert, M.L., Inhestern, L., Bergelt, C. (2016): The role of rehabilitation measures in reintegration of children with brain tumours or leukaemia and their families after completion of cancer treatment: a study protocol. *BMJ Open*, 7(8). e014505.
- Sloper, P. (1996): Needs and responses of parents following the diagnosis of childhood cancer. *Child: Care, Health and Development*; 22(3). 187-202.

Ambulante Rehabilitation und Nachsorge „ARENA“ bei Kindern und Jugendlichen am Evangelischen Klinikum Bethel in Bielefeld

Gellhaus, I. (1), Pankatz, M. (2), Hamelmann, E. (1)

(1) Evangelisches Klinikum Bethel, (2) Universität Bielefeld

Zielstellung

Nach der Öffnung der ambulanten Rehabilitation und nachgehender Leistungen auch für Kinder und Jugendliche durch das „Flexirentengesetz“ soll in Bielefeld als Oberzentrum der Region Ostwestfalen-Lippe eine Ambulante Rehabilitations- und Nachsorgeeinrichtung „ARENA“ für Kinder und Jugendliche und ihre Eltern am Kinderzentrum des Evangelischen Klinikums Bethel (EvKB) entstehen.

Methoden

In den Spezialambulanzen und -abteilungen des Kinderzentrums am Evangelischen Klinikum Bethel (EvKB) werden jährlich über 20.000 Kinder und Jugendliche aus ganz Ostwestfalen-Lippe ambulant betreut (Statistik des EvKB, 2016). Es ist davon auszugehen, dass dieses Einzugsgebiet auch für eine innovative ambulante Rehabilitations- und Nachsorgeeinrichtung (ARENA) für Kinder und Jugendliche gilt, da es keine vergleichbaren Angebote in der Region gibt.

Mit dem Aufbau ambulanter Rehabilitationsleistungen besteht nun die Möglichkeit, flexibler auf die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen. Die Kinder/Jugendlichen können in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben und dieses kann in die Therapie einbezogen werden. Außerdem kann die Rehabilitation zur Sicherstellung des Rehabilitationserfolges durch nachgehende Leistungen ergänzt werden (Nachsorgeleistungen, §17, SGB 6). Hier können sich Synergieeffekte mit den Angeboten der ambulanten Reha ergeben. Gruppenangebote können modulweise ggf. gemeinsam genutzt werden.

Das Konzept beschränkt sich zu Beginn auf die Indikation Adipositas. Perspektivisch sollen auch Kinder und Jugendliche mit psychosomatischen und anderen chronischen Erkrankungen ambulant rehabilitiert werden. Eine Indikationsbeschränkung für die Behandlung in der ambulanten Rehabilitationseinrichtung soll langfristig nicht bestehen, damit der Auftrag nach §15a, SGB VI erfüllt werden kann.

Übergewicht und Adipositas stellen bei Kindern und Jugendlichen dieser Region ein erhebliches Problem dar. Legt man die Fortschreibung der Bevölkerungszahlen des Zensus 2011 mit Stand vom 31.12.2016 (Landesbetrieb für Information und Technik NRW, 2018) und die Angaben der Prävalenzen dieser Diagnosen aus dem aktuellen Kinder- und Jugend Gesundheits-Survey (KiGGS) (Brettschneider et al., 2015) zugrunde, leben in OWL ca. 17.500 Kinder und Jugendliche (6 - 18 Jahre) mit Adipositas. Im Jahr 2016 sind 152 Kinder und Jugendliche aus Ostwestfalen-Lippe mit der Diagnose Adipositas in stationären

Rehabilitationseinrichtungen über die DRV als Kostenträger behandelt worden (persönliche Mitteilung Frau Dr. Weinbrenner aus der Statistik der DRV Bund).

In einer Probephase von zwei Jahren sollen sechs bis zehn jeweils viermonatige Rehabilitations-Durchgänge pro Jahr angeboten werden. Dabei wurden die Anforderungen an eine 6-wöchige stationäre Rehabilitation (Reha) mit 42 Reha-Tagen auf ein 4-monatiges ambulantes Setting umgerechnet.

Das Konzept für eine ambulante Reha orientiert sich an den vorhandenen Reha-Therapiestandards (RTS) für Kinder und Jugendliche für die jeweilige Diagnose (Deutsche Rentenversicherung Bund). Inhaltlich entspricht das Konzept den wissenschaftlichen Leitlinien der Fachgesellschaft (Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter, AGA, in der Deutschen Adipositas Gesellschaft, DAG) (Wabitsch, et al., 2009) und orientiert sich an den Schulungskonzepten der Konsensusgruppe Adipositas-schulung für Kinder und Jugendliche e.V. (KgAS) (Stachow, R., et al., 2007).

Ergebnisse

Die Therapiedichte des bio-psycho-sozialen Behandlungsansatz wird individuell abgestimmt. Sie kombiniert psychologische und medizinische Einzel-Beratungen des Patienten und seiner Bezugspersonen mit theoretischen und praktischen Gruppenschulungen (z. B. Gesundheits- und Ernährungsschulung, Sporttherapie) und indikationsübergreifenden Angeboten in Gruppen (z. B. zur Entspannung, Bewegungsförderung und Bewegungstherapie). Es soll der Grundsatz „Wer braucht was?“ gelten, so dass es außer bei Nicht-Erscheinen keine Ausschlusskriterien geben soll.

Pädagogische Aufgaben, die während einer stationären Reha vom Personal wahrgenommen werden, obliegen während der ambulanten Reha den Eltern. Hierbei geht es vor allem um Strukturgebung (z.B. Tagesstruktur, Mahlzeitenstruktur) und Umsetzung der Inhalte aus den Rehaangeboten im häuslichen Alltag: Üben, Reflektieren, Anpassen und tägliches Anwenden. Zur Wahrung dieser elterlichen Aufgaben bedarf es der pädagogischen Unterstützung für die gesamte Familie, so dass auch dafür entsprechend geschultes Personal vorgehalten werden muss. Eltern müssen für die Reha-Tage ihrer Kinder in der Regel von der Arbeit freigestellt werden. Fahrtkosten müssen erstattet bzw. ein Fahrdienst muss eingerichtet werden.

Fazit

Das Konzept schließt eine wissenschaftliche Evaluation zur Machbarkeit und Effektivität durch die Universität Bielefeld mit ein.

Literatur

Brettschneider et al. BMC Public Health (2015) 15:1101 Updated prevalence rates of overweight and obesity in 11- to 17-year-old adolescents in Germany. Results from the telephone-based KiGGS Wave 1 after correction for bias in self-reports.

Landesbetrieb für Information und Technik NRW (www.it.nrw.de) Abruf am 17.01.2018

Reha-Therapiestandards für Kinder und Jugendliche mit Asthma bronchiale, Adipositas, Neurodermitis Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation Bereich Reha-Wissenschaften, Berlin, www.deutsche-rentenversicherung-bund.de.

Stachow, R., Stübing, K., van Egmond-Fröhlich, A. et al. Trainermanual Leichter, aktiver, gesünder. Interdisziplinäres Konzept für die Schulung übergewichtiger oder adipöser Kinder und Jugendlicher. aid-Infodienst Ernährung, Landwirtschaft, Verbraucherschutz, Bonn 2007.

Statistik des EvKB 2016/1017.

Wabitsch, M., Moß, A., et al. Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter (S3-Leitlinie) 2009. verfügbar unter <http://www.aga.adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/PDF/Leitlinien/Leitlinie-AGA-S3-2009.pdf>. letzter Abruf 31.03.2018.

Participation in Working life- from an international perspective

Monsbakken, J.A.

Immediate Past President Rehabilitation International,
Treasurer Global Rehabilitation Alliance

This presentation will give a definition of the concept working life and give an over view of the situation for persons with disabilities in the workforce from an international perspective. The challenges of entering the workforce for persons with disabilities will be described as well as the reasons for this challenges. The main focus in this presentation will be on how we can change this situation, pointing out who and how we can make the needed changes in the coming years.

The important relationship between employment and health will be described.

The presentation will give an over view of which international instruments that can be used to secure employment for all and an inclusive working life at a national level. This will include UN Human Rights Instruments, UN Conventions, the World Report on Disability, the WHO resolution on Disability, WHO Rehabilitation 2030 – a call for action and the UN Sustainable Development Goals.

There will also be a focus on the role of the Civil Society, UN entities and Governments in creating and inclusive working life.

Perceived fairness of claimants undergoing a work disability assessment

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

(1) Universitätsspital Basel

Background

The way of assessing work disability depends on the particular physician-claimant relationship (Samoocha et al., 2011). In this specific situation, physicians engage in different roles, e.g. being adviser and adjudicator. On the claimants' side, no transparent assessments and a lack of communication and involvement (Elbers et al., 2013) may have a negative impact on their perceived fairness of the assessment.

Aim

The aim was to develop and validate a self-administered questionnaire for claimants to measure their perceived fairness of the disability assessment.

Methods

Experts in social medicine drafted a preliminary questionnaire on claimant's perceived fairness. To measure construct validity, we included items of the «Cologne Patient Questionnaire» (CPQ) and the «Satisfaction with Life Scale». We recruited claimants from four assessment centres. For external validation, the physicians also completed a short questionnaire. To explore underlying factors and shorten the questionnaire, we used a confirmatory factor analysis.

Results

305 claimants (female 62%; age 47.4) and 465 physicians participated. The physicians perceived the assessment slightly fairer (7-point-scale, 6.0 vs. 5.7, $p < 0.01$). Claimants' perceived fairness correlated with 'confidence in physicians' ($r = 0.84$, $p < 0.01$), 'bullying of claimants by physicians' (CPQ) ($r = -0.71$, $p < 0.01$) and life satisfaction ($r = 0.24$, $p < 0.01$). The final 16-item questionnaire covers four factors: physicians' interviewing skills, degrading behaviour and attention towards the claimant and emotional aspects (Cronbach's $\alpha = 0.91$).

Discussion and Conclusions

The questionnaire provides insight into the claimants' experiences when undergoing a disability assessment. As perceived fairness addresses mainly the physicians approach in the assessment, it is a modifiable factor and may serve as an indicator for quality assurance.

References

Elbers N, Akkermans AJ, Cuijpers P, Bruinvels DJ. Effectiveness of a web-based intervention for injured claimants: a randomized controlled trial. *Trials*. 2013; 14: 227.

Samoocha D, Snels IA, Bruinvels DJ, Anema JR, van der Beek AJ. Effectiveness of an interactive website aimed at empowerment of disability benefit claimants: results of a pragmatic randomized controlled trial. *J Occup Rehabil.* 2011; 21: 410-20.

Practices and measurement tools for evaluating children and young people's participation

Heiskanen, T. (1), Karhula, M.

(1) South-Eastern Finland University of Applied Sciences, Mikkeli

Background

Children's disabilities have an impact on family life. Holistic assessment of the barriers and facilitators of the participation is the starting point for determining a family's support and rehabilitation needs.

Aim

The research was designed to explore practices for the assessment the participation of children and young people. The research questions were: 1) What are the current practices in the assessment of the participation of children, and 2) What methods can be used to assess the participation of children as perceived by the child or their family?

Methods

Assessment practices and suitable methods for assessing participation were explored in a scoping review. The scoping review included a survey on the methods and practices of assessing the participation of children.

Results

Assessment practices and methods vary greatly. The responses (n=13) highlighted the fact that structured participation measurement tools are still rarely used. In total, 40 measurement tools of children's participation which meet the inclusion criteria were identified. Based on the suitability criteria, the best measurement tools for family carer situations were chosen, namely the Participation and Environment Measure – Children and Youth (PEM-CY) and Young Children's Participation and Environment Measure (YC-PEM).

Discussion and Conclusions

When determining support and rehabilitation needs, views on barriers to participation are needed from professionals as well as children and parents. The research findings highlight areas in need of further development and recommended assessment practices. The PEM-CY and YC-PEM measures identified for recommendation provide comprehensive coverage of participation assessment as per the ICF-CY classification. The research on the assessment practices for families strengthens evidence-based practice.

References

-

Promoting self-determination in the vocational decision-making process – development and validation of a picture-based scale for assessing vocational interests

Weißmann, R. (1), Bartosch, U., Thomas, J.
(1) Catholic University of Eichstätt-Ingolstadt

Background

Having an occupation is one of the most important basic components of social participation due to its function of earning income, socialization, and identity formation. Therefore, enabling adolescents and young adults to make a reasoned vocational choice is the main goal of inclusive vocational education. Alongside abilities and expertise, individual interests are discussed as a significant aspect for passing the process of vocational choice successfully.

Aim

This study focuses on investigating how to satisfy the needs of adolescents, who are especially challenged in terms of vocational choice, due to cognitive and language limitations. Our computer-based self-assessment scale for vocational counselling settings in vocational contexts considers the individual's interests as resource for successful confluence in working life. Existing instruments for investigating vocational interests do not fit the target group in terms of level of abstraction, the amount and complexity of language use, and compliance with adolescents' lifestyle.

Methods

Thus, our scale for measuring vocational interests contains concrete picture-based material offering direct identification possibilities in nine vocational areas. In a first study with students between 13 and 20 (N=239) the evidence of reliability and validity of the scale's vocational areas was investigated. The second study included the implementation in vocational preparation in institutes for professional apprenticeship and secondary schools (N=100).

Results

Results emphasize that the instrument with its direct individual feedback and the related explorative consultation is evident in empowering adolescents to become experts in their own learning and decision-making process, and to come to a self-directed vocational choice.

References

-

Self-rating of capacity limitations in mental disorders: The Mini-ICF-APP-S

Linden, M. (1), Keller, L., Noack, N., Muschalla, B.

(1) Charité – Universitätsmedizin Berlin

Background

Chronic illness must not only be described on the level of symptoms, but in respect to capacity restrictions and disability. This reflects a bio-psycho-social understanding of illness as outlined also in the ICF (WHO, 2001). For the measurement of capacities special instruments are needed, such as the Mini-ICF-APP. The Mini-ICF-APP is an internationally validated and used observer rating instrument for the description of 13 psychological capacity dimensions and degrees of impairment.

Aim

Additionally to the observer rating, the self-rating Mini-ICF-APP-S has been developed. It covers the same 13 psychological capacity dimensions, “soft skills”, which are of relevance in mental disorders. This study is the first evaluation of the self-rating.

Methods

Data from a clinical sample (N=1143) and a general population survey (N=102) are reported.

Results

Relevant differences in self-reported capacity levels are found between clinical and non-clinical samples, different diagnostic groups, patients who are unfit or fit to work, younger and older persons, males and females. For example, men perceived stronger assertiveness, while women see themselves stronger in relationships. Patients who were presently unfit for work see their overall capacity level lower than patients who were fit for work. From the patient sample, 31% reported a strong impairment in at least one psychological capacity dimension. The strongest capacity impairment was reported by patients with complex disorders (personality disorders, organic disorders), lowest impairment was perceived by patients with eating disorders or specific reactive disorders or phobias.

Discussion and Conclusions

The Mini-ICF-APP-S is an economic short rating and can support diagnostics, therapy planning, and serve as additional information within the socio-medical decision making process.

References

Linden M, Keller L, Noack N, Muschalla B. Self-rating of capacity limitations in mental disorders: The “Mini-ICF-APP-S”. *Behavioral Medicine and Rehabilitation Practice* 2018;101:14-21.

The Mini-ICF-APP family of assessment instruments for impairment in activities and participation in the context of psychological disorders

Linden, M. (1), Muschalla, B., Baron, S.

(1) Charité – Universitätsmedizin Berlin

Background

The ICF states that it is not an assessment instrument. The ICF items are furthermore not very systematic. Therefore it is necessary to have instruments which extract core elements of the ICF.

Aim

To introduce the different versions of the Mini-ICF-APP as complimentary family of assessment instruments for capacity limitations.

Methods

To describe activities/capacities and participation in persons with psychological problems the family of „Mini-ICF-APP“ instruments has been developed. This comprises a) an observer scale with thirteen general capacities which are found throughout the ICF activity/capacity section, allowing an expert rating from „no problem“ to „complete problem“ in relation to participation restrictions; and similar to this b) a self-rating scale; c) an expert rating of work environments; d) a self rating of work environments (Molodynski et al. 2013).

Results

Empirical tests have shown that the different Mini-ICF-APP forms cover different aspects of capacities and participation and can be seen as complementary to each other. There is the contrast of expert and self assessment. There is the comparison of person and environment evaluation.

Discussion and Conclusions

The Mini-ICF-APP has been introduced in clinical practice and in expert assessments, and is recommended in sociolegal assessment guidelines. It helps to quantify and qualify capacities in relation to different environments. It is an instrument which can guide the examination of patients in different settings and improve the reliability of judgements on capacity and disability.

References

Linden, M., Baron, S., Muschalla, B., Molodynski, A. (2014). Mini-ICF-APP Social Functioning Scale. Oxford: Hogrefe.

Work disability caused by dizziness: which ICF components may be contributing factors?

Lohss, R.(1), Vogt, R., Bucher, J., Welge-Lüssen, A., Kunz, R.

(1) Universitätsspital Basel

Background

Dizziness has a major impact on the patients' functioning, activities and participation. The ICF Core Set for vertigo (Grill et al., 2012) covers patient-relevant outcomes and serves as framework for health professionals to guide assessment and treatment. However, studies on vocational consequences of dizziness are scarce, albeit long-term sickness absentees with dizziness may be more likely to obtain a disability pension (Skøien et al., 2008).

Aim

Our aim was to investigate the impact of dizziness-associated symptoms and ICF components on work disability in patients with dizziness.

Methods

Patients with dizziness (age 18-65), examined at an otorhinolaryngology clinic, took part in semi-structured interviews (being tape-recorded) on impairments at work due to dizziness. The interviews were transcribed and encoded using the ICF Core Set for vertigo. To assess dizziness-associated symptoms we used the Dizziness Handicap Inventory (DHI) and the Vertigo Symptom Scale (VSS). To determine predictors for work disability, we used logistic regression analysis.

Results

We included 98 patients (age 50.1, 53.5% female, 58.2% disabled). Logistic regression revealed that age ($p=0.024$), DHI score ($p<0.001$) and number of reported limitations in activities and participation ($p=0.001$) were significant predictors of work disability, with odds ratios of 0.928, 0.915 and 0.514 respectively. We found no impact on work disability regarding gender, VSS score and number of reported functional limitations.

Discussion and Conclusions

Patients that scored higher on the DHI and reported more limitations in activities are more likely to experience work disability due to dizziness. Assessment and treatment of these patients should focus rather on impaired activities than on functional impairments.

References

- Grill E, Bronstein A, Furman J, Zee DS, Müller M. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core Set for patients with vertigo, dizziness and balance disorders. *J Vestib Res.* 2012; 22(): 261-71.
- Skøien AK, Wilhelmsen K, Gjesdal, S. Occupational disability caused by dizziness and vertigo: a register-based prospective study. *Br J Gen Pract.* 2008; 58(554): 619-23.

A motivational-volitional program for women after breast cancer increases physical activity 12 months post rehabilitation – a prospective controlled trial

Bitzer, E.M. (1), Ralf, L., Feicke, J., Spörhase, U., Göhner, W.

(1) Pädagogische Hochschule Freiburg

Background

Despite proven benefits of physical activity, many women after breast cancer do not meet recommended physical activity (PA) guideline. Based on the motivational-volitional theory of behavior change (Fuchs, 2007) we developed a program to promote PA in sedentary women after breast cancer (4 units à 60 minutes) (Spörhase et al., 2018).

Aim

To assess the effectiveness of the program to increase PA 12 months after discharge from medical rehabilitation.

Methods

This was a prospective controlled trial in two in-patient medical rehabilitation centers. The study population comprised adult women after breast cancer scheduled for inpatient medical rehabilitation who are physical inactive (<60 min/week). All women received standard three weeks rehabilitation including 240 min/week physical activity. The intervention group (IG n=279) attended the program during rehabilitation, additionally. The control group (CG n=266) was advised to remain physically active after discharge. Self-reported PA (Fuchs et al., 2015) was assessed at admission (T0), discharge (T1), 6 and 12 months after discharge (T2, T3). Analysis of change was performed by ANCOVA for each follow-up, adjusting for baseline values.

Results

57% woman completed assessment on all 4 time points (IG: n=279; CG: n=266). Mean age is 57 (SD=9,9) years. The PA in min/week reported by the IG at T0, T1, T2, T3 was (12, 202, 98, 98) and for the CG (12, 197, 85, 75). The IG is 22 min/week (95%-CI 2,6-41,5) more active than the CG (p=.02). 49% of the IG exercises at least 60 min/week compared to 37% of the CG (p=<.01).

Discussion and Conclusions

A motivational-volitional program increases exercise behavior in sedentary woman after breast cancer up to 12 months post discharge.

References

- Fuchs R. Das MoVo-Modell als theoretische Grundlage für Programme der Gesundheitsverhaltensänderung. In: Fuchs R, Göhner W, Seelig H, editors. Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils: Theorie, Empirie und Praxis. Göttingen: Hogrefe; 2007. p. 317–25.
- Fuchs R, Klaperski S, Gerber M, Seelig H. Messung der Bewegungs- und Sportaktivität mit dem BSA-Fragebogen. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 2015; 23(2):60–76.
- Spörhase, U., Göhner, W., Feicke, J., Eckert, T., Rolf, R., Ralf, L., Bitzer, E.M. Bewegung nach Brustkrebs aufnehmen und aufrechterhalten - ein Schulungsmanual. Aus dem Projekt: Motivational-volitionale Intervention - Bewegung nach Brustkrebs (MoVo-BnB). 2018 Tübingen: dgvt Verlag.

Effects of kinesio taping in patients with somatosensory tinnitus

Atan, T. (1), Atan, D., Özel, S.

(1) Hitit University Faculty of Medicine, Çorum

Background

There is no specific treatment that can cure somatosensory tinnitus and usually conservative physical therapy modalities are used in the literature (Michiels et al., 2016; Sanchez and Rocha, 2011). Kinesio-taping (KT) is a safe and easy treatment method. Therefore, KT can be used as an alternative treatment method for patients with somatosensory tinnitus associated with neck complaints.

Aim

To investigate the effect of KT applied to sternocleidomastoid, upper trapezium and levator scapulae muscles on the somatosensory tinnitus associated with neck complaints.

Methods

The study was designed as a prospective, randomized-controlled trial. In total, 30 patients were completed the study who were randomized into either the Kinesio-taping (KT) group (n=15) or the Shame-taping (ST) group (n=15). The Kinesio-tape was applied to sternocleidomastoid, upper trapezium and levator scapulae by the muscle inhibition technique for experimental group. For the ST group, a placebo-taping method considered to be ineffective was used. Banding application performed for both groups once-a-week for four-weeks. Tinnitus handicap index (THI), tinnitus-VAS, cervical pain-VAS, Neck Disability index (NDI) was evaluated in all subjects before and four-weeks after taping period.

Results

Tinnitus-VAS, THI, cervical-VAS and NDI improved significantly in KT group after intervention (all $P \leq 0.001$). In the ST group, no significant differences in the outcome measures were found at 4th week compared with baseline ($P = 0.108$, $P = 0.282$, $P = 0.120$ and $P = 1.00$, respectively).

Discussion and Conclusions

This study shows that 4-weeks KT application to sternocleidomastoid, upper trapezium and levator scapulae muscles can be useful in treatment of somatosensory tinnitus associated with neck complaints.

References

- Michiels S, Van de Heyning P, Truijten S, Hallemans A, De Hertogh W. Does multi-modal cervical physical therapy improve tinnitus in patients with cervicogenic somatic tinnitus? *Man Ther.* 2016;26:125-131.
- Sanchez TG, Rocha CB. Diagnosis and management of somatosensory tinnitus: review article. *Clinics (Sao Paulo).* 2011;66(6):1089-94. Review.

Health-related quality of life among elderly people with visual impairments: a one-year follow-up study in northern Finland

Siira, H. (1), Kyngäs, H., Falck, A.

(1) Research Unit of Nursing Science and Health Management, University of Oulu

Background

Visual impairment (VI) threatens the health-related quality of life (HRQoL). Low vision rehabilitation (LVR) and services aim to help people with VI but questions about the effectiveness of LVR remain and it is unclear whether HRQoL of older adults with VI improves during individual LVR process (Seddon and Fong, 2012).

Aim

To explore the HRQoL of elderly people with VI at onset of individual LVR and after six and 12 months the hypothesis being that the HRQoL could improve during the follow-up.

Methods

A prospective study of a patient cohort (n=39) was performed concerning home-dwelling people aged ≥ 65 years and referred to LVR services because of VI (World Health Organization, 2003) during one year (May 2016-May 2017). The HRQoL was assessed by using a generic HRQoL instrument (the 15D) (Sintonen, 2001) with interview administration.

Results

The elderly people reported their overall HRQoL to be at least fair during follow up: the mean 15D HRQoL index scores were 0.768 (\pm SD 0.089) at onset, 0.758 (\pm SD 0.086) at 6 months and 0.760 (\pm SD 0.109) at 12 months. The HRQoL thus remained roughly the same during the follow-up period ($p=0.971$). Individual differences were remarkable, however. The dimensions mostly affected were seeing, performing usual activities and moving. Somewhat unexpected were relatively positive scores concerning depression, distress and mental function throughout the follow-up. The mean value of mental function reduced from onset (0.856, \pm SD 0.189) by 6 months (0.826, \pm SD 0.218) and by one-year-follow-up (0.799, \pm SD 0.193, $p=0.036$).

Discussion and Conclusions

The study suggests that LVR of elderly people may have a role in maintaining a reasonable HRQoL despite VI. The results provide new knowledge for improving of the LVR process and assessing its effectiveness, which is needed for evidence-based rehabilitation practice.

References

- Seddon & Fong. How Effective is Low Vision Service Provision? A Systematic Review. *Surv of Ophthalmol* 2012; 57(1): 34-65.
- Sintonen, H. The 15D Instrument of health-related quality of life: properties and applications. *Ann Med*. 2001; 33(5): 328-336.
- World Health Organization (2003). Prevention of blindness & deafness. Consultation on development of standards for characterization of vision loss and visual. Geneva. Retrieved from:http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68601/WHO_PBL_03.91.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Individualized concepts in oncological rehabilitation? The time has come!

Reuss-Borst, M. (1), Wentrock, S., Schmitt, J., Baumann, F.
(1) Facharztpraxis/Reha- und Präventionszentrum Bad Bocklet

Background

Background: Current studies show that more than 60% of tumor patients will survive their cancer or at least live with their disease. Nevertheless, these patients often suffer from a variety of problems as a consequence of their disease/treatment such as prolonged fatigue, depression or social isolation that may all be improved by physical activity. However, in contrast to current recommendations oncological patients even tend to be less physically active after disease.

Aim

In Germany, rehabilitation is an integral part of the health care system and multidimensional rehabilitation programs, mainly financed by the German pension fund, aim at these specific problems. For historical reasons, oncological rehabilitation is almost exclusively provided in an inpatient setting for an average duration of 3 weeks without sustainable rehabilitation effects in the long run. Aim of our previous studies was to evaluate novel individualized concepts of rehabilitation.

Methods

With regard to the growing evidence for enhancing physical activity in cancer patients, more individualized training concepts are required to ensure long-term success of oncological rehabilitation programs. These concepts must be based on early individual screening and testing for physical capacity, focus on individual patient needs and exploit a variable time frame for optimizing evidenced-based treatment measures. All these factors must be considered in order to provide sustainable rehabilitation success.

Results

We performed several studies in the rehabilitation setting in order to optimize training modes and exercise recommendations that will be summarized in this presentation (see references).

Discussion and Conclusions

Physical activity levels, quality of life and fatigue can be sustainably improved in breast cancer patients by novel individualized concepts.

References

- Baumann FT, Bieck O, Oberste M, Kuhn R, Schmitt J, Wentrock S, Zopf E, Bloch W, Schüle K, Reuss-Borst M. Sustainable impact of an individualized program on physical activity level and fatigue syndrome on breast cancer patients in two German rehabilitation centers. *Support Care Cancer* 2017; 25: 1047-1054.
- Schmitt J, Lindner N, Reuss-Borst M, Holmberg MC, Sperlich B. A 3-week multimodal intervention involving high-intensity interval training in female cancer survivors: a randomized controlled trial. *Physiol Rep* 2016; 4(3).pii:e12693.doi:10.14814/phy2.12693.
- Zimmer P, Baumann FT, Oberste M, Schmitt J, Joisten N, Hartig P, Schenk A, Kuhn R, Bloch W, Reuss-Borst M. Influence of personalized exercise recommendations during rehabilitation on the sustainability of objectively measured physical activity levels, fatigue and fatigue-related biomarkers in patients with breast cancer. *Integr Cancer Ther* 2018; 17: 306-311.

The perspectives of the implementation of group rehabilitation for persons with musculoskeletal disorders

Karhula, M. (1), Heiskanen, T., Seppänen-Järvelä, R.

(1) South-Eastern Finland University of Applied Sciences, Mikkeli

Background

In 2016, musculoskeletal disorders constituted the most common reason for sick leave and they are the second most common reason for applying to the Social Insurance Institution of Finland for rehabilitation.

Aim

The purpose of the study was to produce multi-perspective information on the implementation of musculoskeletal group rehabilitation courses. In addition, the aims were to explore the role of the rehabilitee in the rehabilitation, and influences of the rehabilitation on the person's everyday life.

Methods

The study applied mixed methods and a multi-perspective approach. The data included questionnaires and group interviews of rehabilitees and rehabilitation professionals, combined with the rehabilitees' Goal Attainment Scale (GAS) forms. A total of 1839 rehabilitees answered the questionnaire. The rehabilitation professionals' questionnaire received 26

responses. A total of ten group interviews were conducted both with rehabilitees and with rehabilitation professionals. A total of 75 rehabilitees' goals (n=161) were analysed.

Results

The strength of the group rehabilitation for musculoskeletal disorders was physical activities training and guidance as well as peer support. Rehabilitees experienced that rehabilitation help them to manage pain in their everyday life. Development areas of rehabilitation were identified, such as rehabilitees' goals did not guide enough their own training throughout the process and the rehabilitation connected too weakly to the working life.

Discussion and Conclusions

This study produced knowledge for shaping the implementation of the group rehabilitation for persons with musculoskeletal disorders in the future. Especially, rehabilitees' goals should better guide the rehabilitation process. Furthermore, the connection of the rehabilitation to the working life should be strengthened.

References

-

Capacity limitations (Mini-ICF-APP-S) and complex post-traumatic stress disorder

Brenner, L. (1), Bachem, R., Köllner, V.

(1) Charité – Universitätsmedizin Berlin

Background

According to the bio-psycho-social illness concept, chronic illness manifest not only in disorder-specific symptoms but have further consequences such as illness-related capacity restrictions and disability (Linden, 2017).

The 11th revision to the International Classification of Diseases (WHO, 2018) includes a new chapter of stress-related disorders and presents two distinct sibling conditions: Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and complex PTSD (cPTSD). They are associated with different levels of functional impairment.

Aim

The current study therefore has the aim to supply information on PTSD and cPTSD specific differences in work-related impairment.

Methods

Participants were 662 patients (mean age 50.99 +/- 8.99 years; 70.1 % female) of a Psychosomatic Rehabilitation Clinic. Self-reported screening instruments including the Mini-ICF-APP-S, SCL-90-R, IES-R and the SkPTBS (Dorr et al., 2016) were administered to participants at the beginning of their inpatient psychotherapy.

Results

A multivariate analysis of variance showed that the groups differed significantly regarding the strength of impairment at the Mini-ICF-APP-S dimensions (Pillai trace: $V = .179$, $F(26,1228) = 4.647$, $p < .001$, partial $\eta^2 = .090$). Significant Bonferroni-corrected differences emerged between the cPTSD group and the PTSD group ($p < .001$) as well as the cPTSD group and the no-PTSD group ($p < .001$) among all dimensions. No significant differences were found between the PTSD group and the no-PTSD.

Discussion and Conclusions

Patients with cPTSD reported stronger impairment in all capacity dimensions of the Mini ICF-APP-S than patients with PTSD or patients with no-PTSD. This confirms the theoretical construct of cPTSD and supports the need for an independent cPTSD diagnosis and own rehabilitation strategies for these group of patients.

References

- Dorr, F., Firus, C., Kramer, R., & Bengel, J. (2016). Entwicklung und Prüfung eines Screenings zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (SkPTBS). *Psychother Psych Med*, 66(11), 441-448. doi:10.1055/s-0042-109403.
- Linden, M. (2017). Definition and assessment of disability in mental disorders under the perspective of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Behavioral Sciences & the Law*, 35(2), 124-134.
- WHO. (2018). *The ICD-11 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.

Differential effects of humiliation and injustice in patients in psychosomatic rehabilitation

Linden, M. (1), Noack, N., Kessemeier, F., Kobelt, A., Bassler, M.
(1) Charité – Universitätsmedizin Berlin

Background

It has been shown that injustice and humiliation are the most frequent and burdensome negative life events, as reported by patients in psychosomatic rehabilitation (Bülaeu et al., 2016). They both can result in embitterment reactions and can lead to strong negative emotions, including shame, feelings of inferiority, and helplessness, anger, vindictive feelings, and even aggressive rumination and acting out. This can severely impair the affected person, but also her or his environment.

Aim

The research question is whether there are differences between injustice and humiliation in regard to the type and severity of consequences.

Methods

In an ICF-oriented semi-structured interview, 102 inpatients from a department of behavioural medicine were asked about burdens in life. Additionally, patients filled in the "ICD-10 Symptom Rating", the "ICF AT 50-Psych", the "Beck Depression Inventory" and the "HEALTH-49".

Results

The experience of humiliation was rated as strong or very strong by 70.6% of the patients, which is the most frequent burden. It is followed by persistent stress (59.9%), and the experience of injustice in 56.8% of patients. Comparisons between patients who complained about injustice alone, humiliation alone, injustice and humiliation combined, and neither injustice or humiliation show that humiliation and injustice similarly and significantly impair psychological well-being. If both are combined negative reactions are augmented.

Discussion and Conclusions

Humiliation and injustice are the most frequent and important negative life events in psychosomatic patients. They need proper recognition and treatment in psychosomatic rehabilitation care.

References

Bülau, N. I., Kessemeier, F., Petermann, F., M. Bassler & Kobelt, A. (2016). Evaluation von Kontextfaktoren in der psychosomatischen Rehabilitation. *Rehabilitation*, 55, 381-387.

Outcome of psychosomatic rehabilitation in Germany - Overview of 30 years of rehabilitation / health services research

Nübling, R. (1), Schulz, H., Schmidt, J., Bassler, M.

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

Background

Psychosomatic rehabilitation has been an integral part of the treatment offer for mentally and psychosomatically ill people in Germany for about 50 years. In 2016, 16% of all rehabilitation treatments of the pension insurances were carried out for people with mental illness, which corresponds to about 150,000 treatments. There are also about as many treatments financed by statutory and private health insurances. The number of annual treatments is still increasing.

Aim

The aim is to give an overview over outcome research in psychosomatic rehabilitation in Germany.

Methods

For about 30 years, evaluation research has developed for this area. A meta-analysis carried out at the year 2004 (MESTA study, Steffanowski et al, 2007) comes up with 67 mostly naturalistic studies involving more than 25,000 patients. Since 2004, a considerable number of further and large studies have been added, so that the data situation has been continuously expanded.

Results

In the MESTA study, mean effect sizes were found at the end of treatment of $d = 1.05$ and in 1-year follow-up of $d = 0.67$. When considering disorder-specific patient groups (e.g., diagnosis depression) with disorder-specific assessment instruments (e.g., depression score), the effect sizes were $d = 1.3$ and $d = 1.0$, respectively. The return on investment (ROI) was 2-4.5. Although a systematic meta-analysis of recent studies is still outstanding, it can be assumed that psychosomatic rehabilitation is highly effective and also efficient.

Discussion and Conclusions

The lecture discusses methodological foundations for rehabilitation and health services research as well as the results of the MESTA study in the context of current studies.

References

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

Relation between occupation-related coping strategies and need for cognition in rehabilitation

Melicherova, U. (1), Steiger, A., Strobel, A., Hoyer, J., Strobel, An. , Köllner, V.
(1) Charité – Universitätsmedizin Berlin

Background

Psychosomatic rehabilitation focuses on maintenance of occupation-related skills and enhancement of social participation in individuals with chronic mental disorders. By using diagnostic tools such as Occupation Stress and Coping Inventory (AVEM) ineffective occupation-related attitudes can be identified more effectively. One of the main aspects of therapy is the focus on utilisation and activation of personal resources and skills of individuals. Among others, need for cognition (NFC) is linked to personality traits such as conscientiousness and extraversion as well as an active, problem-focused coping style.

Aim

This study aims at examining the relation between occupation-related attitudes measured by AVEM and need for cognition assessed by ACES (work in progress) in psychosomatic rehabilitation.

Methods

ACES and AVEM were administered as part of a larger study to 178 patients (122 females, 56 males; mean age=51,83, SD=8,5) of psychosomatic rehabilitation clinic.

Results

Significant positive correlations were found between cognitive motivation a subscale of ACES, and active problem-solving ($r=.623$, $p<.001$) and contentment ($r=.497$, $p<.001$), both subscales of AVEM. Volitional self-regulation, subscale of ACES, also positively correlated with both active problem-solving ($r=.572$, $p<.001$) and contentment ($r=.543$, $p<.001$). Inner resignation (AVEM) correlated negatively with both cognitive motivation ($r=-.480$, $p<.001$) and volitional self-regulation ($r=-.488$, $p<.001$).

Discussion and Conclusions

This broadens the earlier findings on the relation of NFC with other protective personality traits. Further research is needed to examine the underlying mechanisms.

References

Köllner, V., Gündel, H. Hildenbrand G (2018). Psychosomatische Rehabilitation-Unterschiede zur Krankenhausbehandlung und Differentialindikation. Ärztliche Psychotherapie, 13,6-15.

- Maas, H., Spinath, FM.(2012).Personality and coping with professional demands: A behavioral genetics analysis.Journal of Occupational Health Psychology, 17, 376-385.doi: 10.1037/a0027641.
- Strobel, A., Anacker, K., & Strobel, A. (2017). Cognitive Engagement Mediates the Relationship between Positive Life Events and Positive Emotionality. *Frontiers in psychology*, 8, 1861. doi:10.3389/fpsyg.2017.01861.

Resilience and return to work in psychosomatic rehabilitation: Results of a prospective observation study with a 12-month follow-up

Stock Gissendanner, S. (1), Schmid-Ott, G., Schulz, W.

(1) Berolina Klinik GbmH & Co. KG, Löhne

Background

Resilience refers to the capacities and resources an individual uses to overcome personal crises and sickness and to adapt to chronic stressors (Wagnild and Young, 1993). No study has investigated its variability and predictive value for return-to-work outcomes in rehabilitation treatment.

Aim

This study measures changes in resilience scores among patients in five-week psychosomatic rehabilitation. It measures correlations between resilience and other socio-psychological predictors of rehabilitation outcomes and assesses the predictive value of these factors for employment one year after discharge.

Methods

Method: In a sample of 401 patients, resilience was measured at the beginning and end of treatment and at 12 months post discharge. The response rate at 12 months was 73.6%. We employed the German version of the Wagnild and Young's Relience Scale (Schumacher et al., 2005). Other measures include the Hannover Self-Regulation Inventory (HSRI) to measure ego strength and the Subjective Prognosis of Employability scale.

Results

The sample demonstrated a very low level of resilience in comparison to representative samples of the German population. There was a highly significant increase in average resilience over the course of rehabilitation. At 12 months, women showed a further increase whereas resilience among men did not change. At follow-up, 72.8% of patients were employed. Return to work is predicted significantly by resilience at treatment start and by resilience at end of treatment.

Discussion and Conclusions

Resilience is a trait that changes during rehabilitative treatment and should be given more attention in psychosomatic rehabilitation and research. In psychotherapy involving conflicts and problems, therapists should integrate work-related factors.

References

- Schumacher J, Leppert K, Gunzelmann Z, Strauß B, Brähler E. Die Resilienzskala – Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal. *Z Klin Psychol Psychiat Psychother* 2005; 53: 16-39.
- Wagnild G, Young H. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *J Nurs Measurement* 1993; 1 (2):165-178.

Evaluation of the work ability coordinators' training programme for professionals

Nevala, N. (1), Hirvonen, M., Mattila-Wiro, P., Heikkilä, H., Tiainen, R.

(1) Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki

Background

The Finnish government's key project "Career opportunities for people with disabilities" was to increase the amount of people with disabilities in the open labour market. One task of this project was to increase the know-how of professionals in the service system who help the whole working aged population, including people with disabilities. Coordinating the services and changing the way to work requires expertise of professionals (Kaehne and Beyer, 2014; Noordegraaf, 2015; Vornholt et al., 2018).

Aim

The aim of this study was to evaluate the effects of the new work ability coordinators' training program on knowledge, solution-centred work style and network of professionals working with people with disabilities.

Methods

The participants were 534 professionals, who took part in 21 training courses. The evaluation methods were questionnaires, interviews and participated observation.

Results

The knowledge of the participants concerning the services, means and benefits for people with disabilities increased statistically significantly during the training programme. Furthermore, participants learnt the solution-centred work style and began to use it in their daily work with clients. Networking led to new, individual-based contacts and occasional co-operation between single participants who represented different service providers at the national as well as at the regional level.

Discussion and Conclusions

The work ability coordinators' training programme developed knowledge of means and supports, a solution-centred work style as well as networks of the professionals. After the training, they had better possibilities to guide and advise their clients and to build bridges between different operating practices, client groups and service providers. The results guide the future training programmes as well a policy decisions regarding the know-how needs of professionals working in the service system.

References

- Kaehne A, Beyer S. Person-centred reviews as a mechanism for planning the post-school transition of young people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* 2014; 58(7): 603–613.
- Noordegraaf M. Hybrid Professionalism and Beyond: (New) Forms of Public Professionalism in Changing Organizational and Societal Contexts. *Journal of Professions and Organization* 2015; June 25: 1-20.
- Vornholt K, Villotti P, Muschalla B, Bauer J, Colella A, Zijlstra F. Disability and employment – overview and highlights. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 2018; 27(1): 40-55.

Quality assurance in medical rehabilitative care by the German statutory pension insurance scheme

Beck, L. (1), Weinbrenner, S., Ostholt-Corsten, M.
(1) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Background

Rehabilitation services of German Pension Insurance (GPI) aim to ensure employment and participation. During 1990s, GPI initiated a quality assurance program for rehabilitation that is routine practice today.

Aim

Goal of GPI's quality assurance program is to improve the overall quality of rehabilitation looking at structure, process, outcome and patient orientation (Donabedian, 1966). Transparency of rehabilitative services is also of great importance. Though medical and vocational rehabilitation are addressed, here medical rehabilitation is focused.

Methods

For the purposes mentioned above, the GPI has a wide range of quality assurance instruments: Specific prerequisites for structural, procedural and human resources in rehabilitation centers were defined. Standards for comprehensive rehabilitative interventions are monitored by using standardized classification codes within routine data. A peer review process of discharge letters was implemented. Patient surveys are carried out regularly. Socio-medical follow-ups up to two years after medical rehabilitation are assessed.

Results

GPI finances more than 1,1 million medical rehabilitations with about 4.5 billion Euros a year. Patients suffer from chronic diseases and related disabilities, as cardiovascular or musculoskeletal diseases, tumors or mental disorders. Performing a nationwide quality assurance system is a challenge. GPI's quality assurance results indicate effectiveness and sustainability of its medical rehabilitation services. Notable differences between facilities remain to be addressed though.

Discussion and Conclusions

GPI has a comprehensive routine quality assurance program that provides a wide empirical basis. Quality improvement as well as a wide range of developments regarding medical science, society and others will have to be considered in the future.

References

Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1966; 44: 166–206.

The German Prevention and Health Promotion Strengthening Act – Hand in Hand for Health, Activity and Participation, Safeness

Kamga Wambo, G.O. (1), Bernhard, D., Moser, N.-T.

Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Background

In 2015, the German Prevention and Health Promotion Strengthening Act has been adopted at the federal parliament. On the one hand, it provides the basis for strengthening prevention and health promotion in different settings. On the other, it facilitates cooperation between all stakeholders in prevention and health promotion countrywide.

Aim

In order to strengthen prevention and health promotion in settings, the Prevention and Health Promotion Strengthening Act defines the national prevention conference, the national prevention strategy and the counseling prevention forum.

Methods

The statutory insurances, involving health insurance, nursing care insurance, pension insurance and accident insurance are on charge of the implementation of the Act. However, stakeholders have different statutory assignments which should be considered when establishing countrywide structures, processes in prevention and health promotion.

Discussion and Conclusions

The Statutory German Pension Insurance plays an important part in the national prevention conference and in the countrywide implementation of the national prevention strategy.

References

-

ICF-implementation process at the Oulu University Hospital

Jämsä, U. (1), Xiong, E., Saari, A.

(1) Oulu University Hospital

Background

In order to develop client-centered treatment and rehabilitation ICF-implementation process was implemented 2014 – 2017 in the Oulu University Hospital as action research process. The process concerned over 200 employees. The process was accomplished in rehabilitation unit which involves several out patient departments and one ward for in-patients.

Aim

The aim of this process was to 1) create a common language and terminology to better facilitate co-operation between professionals of different fields 2) develop documentation and 3) develop tools for functional assessment.

Methods

The implementation process included several interprofessional interventions which implemented systematically: 1) different levels of ICF-training courses 2) workshops 3) informationing and 4) networking. The research data was collected by means of a questionnaire developed especially for this purpose. The data was analysed using the descriptive methods and the open ended questions were analysed by content analysis.

Results

The employees developed several tools like sub sets and different forms for functional assessment. The employees felt that process had clarified their own role in multi-professional team-work. ICF had given common language and focused documentation. ICF had given more comprehensive understanding of ability of function. The employees were able to consider more clients environment and their resources in rehabilitation process.

Discussion and Conclusions

The results strengthen the view that ICF process will be carried out by communal methods, multiprofessionally and systematically. In this way we can develop consistent, client-centered, homogeneous and individual services. The development must be designed as a target-oriented process which is linked to the operational environment.

References

-

Best practices of accessible enterprises worldwide

Mehrhoff, F.

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Berlin

Background

The DGUV (German Social Accident Insurance) is conducting an international study which was commissioned by the Ministry of Labour and Social Affairs and is based on the National Plan of Action of the German Government to implement the Convention on the Rights of Persons with Disabilities.

Aim

The study's goal is to find appropriate examples across the globe capable of breaking down barriers affecting person with disabilities at the working place. DGUV is searching for best practice models across countries and enterprises in the private sector, which are transferable to other enterprises in Germany and across borders to make the working environment more accessible and more inclusive.

Methods

Every kind of disability is being included in the study that have been started in March 2018 and will last to the end of October 2019. The presentation concentrates on the preliminary findings based on some key-trends found in all continents and across enterprises like:

Results

Assessment tools:

In various regions of the globe, DGUV found assessment tools (Disability Checks) for evaluating enterprises in terms of accessibility and inclusiveness. These tools aim to get a feedback about the current situation and the collected findings to provide bonus-systems for inclusive enterprises, for instance to obtain assistance by experts to close the gap and improve the accessibility.

Redesign of business processes:

This approach concerns a shift from personal-centered approach, like retraining programs, to an employer-based strategic and structural consultation of enterprises to identify work tasks for persons with disabilities (PWD) by a redesign of business processes. Analyzing business processes enables skilled workers to focus on their original tasks and creates specific work-design for PWD.

Discussion and Conclusions

More trends and criteria for innovative solutions based on concrete examples in enterprises across counties will be presented in the conference.

References

-

A qualitative research regarding technology use among older people with lower limb amputation (results from EU SAAM project)

Debeljak, M. (1), Križnar, A., Matjačić, Z., Burger, H.

(1) University Rehabilitation Institute, Ljubljana

Background

The world population is aging and there is a challenge to enable older people to live at home as independently and as long as possible. Current research shows that some technologies can improve the elderly's quality of life (Siegel and Dorner, 2017). In our research we have focused on older people with lower limb amputation (LLA).

Aim

To develop a system (within the EU project SAAM), that would support active aging in multi-modal coaching through social circles, direct information from potential users was needed regarding their perception of the use of technology.

Methods

After completing a written questionnaire about the (potential) use of technology by themselves, we have interviewed live six older people with LLA about their lifestyles and the use of technology, visited their homes and observed them in doing some activities. The research was approved by Slovenian National Medical Ethic Committee.

Results

We included 6 people with LLA (2 F, 4 M) with average age 69 (SD=8.0). All used television, radio and a standard mobile phone (two used smart phone) daily. One used a tablet. Regarding novel technologies, all of them would use a smart bracelet that would support them in fall- prevention and detection (to inform their children or neighbours to help them). Only half of them would agree the system to notify their loved ones about their loneliness. From the questionnaires and in-depth interviews, we found different answers between the use of novel technologies.

Discussion and Conclusions

We realized that if we want to get realistic answers from older people about areas they do not master (e. g. novel technologies), a better way is to use live in-depth interview, since many people do not understand the questionnaires. If presented well (live), participants are eager to adopt simple new technologies.

References

Siegel C, Ernst Dorner T. Information technologies for active and assisted living—Influences to the quality of life of an ageing society. *Int J Med Inform.* 2017 Apr 100:32-45.

A qualitative study to explore the use and effectiveness of Brain-in-Hand for adults with acquired brain injury

Kettlewell, J. (1), das Nair, R., Radford, K.

(1) University of Nottingham

Background

Over one million people live with the long-term consequences of acquired brain injury (ABI). Many smart technologies exist to aid rehabilitation, but technology to support self-management is limited. Brain-in-Hand (BiH) is a smartphone app designed to support psychological problems and encourage behaviour change.

Aim

To evaluate the experiences/perspectives of ABI patients and healthcare professionals (HCPs) after using BiH.

Methods

Semi-structured interviews were conducted with ABI participants (n=9) and HCPs (n=3) at 6 months. Data were collected on the acceptability of BiH and barriers/facilitators to use. Interviews were thematically analysed using a framework informed by the International Classification of Functioning, Disability and Health and Behaviour Change Wheel, then triangulated with stakeholders for validity.

Results

Context (personal/environmental factors) was the key determinant influencing BiH use and effectiveness. Key themes were: insight and self-awareness; patient and therapist support/training; motivation for use; technology barriers/facilitators. Having appropriate, ongoing support, ability to self-monitor, set realistic goals and motivation facilitated BiH use.

Discussion and Conclusions

BiH and the context for its use must be considered as part of the same system (technology+context = whole system). Although simple to use, effectiveness was dependent on relevant rehabilitation goals, user insight and support from people familiar with the technology. Investment and training in the whole system seems fundamental to success.

BiH has the potential to be a valuable tool in community rehabilitation. Early identification of barriers/facilitators can guide implementation. Further research should focus on user attributes important for success and its wider applicability to other long-term conditions.

References

-

Determining the effect of Brain-in-Hand on outcomes in adults with acquired brain injury

Kettlewell, J. (1), das Nair, R., Radford, K.

(1) University of Nottingham

Background

Cognitive, emotional and behavioural problems resulting from acquired brain injury (ABI) limit independence, restrict participation and pose a challenge for rehabilitation. Smart technologies to support independence are limited (Kettlewell, et al., 2018). Brain-in-Hand (BiH) is a smartphone app designed to support self-management of these symptoms.

Aim

To determine if BiH had an effect on outcomes (independence, mood, cognition, fatigue, participation) in people with ABI after six and 12 months use.

Methods

ABI participants were given BiH to use for 12 months, providing a structured diary, reminders and traffic light system to monitor anxiety or fatigue. An n-of-1 case study design was used to determine if BiH had an effect on anxiety, depression, fatigue, participation, cognition and activities of daily living (ADL), assessed at baseline, six and 12 months, using self-report questionnaires. Data were analysed individually and combined across cases.

Results

Ten ABI participants used BiH (mean age 43.5, men (n=8), traumatic brain injury (n=7), stroke (n=1), other ABI (n=3)) and monitored anxiety (n=4) or fatigue (n=6). BiH had no effect on mood. No statistical significant differences were found at six months for other outcomes. There were non-significant improvements in cognitive function and participation, decreased ADL, and increased fatigue levels at 12 months. All participants could see a use for BiH.

Discussion and Conclusions

Although BiH had no significant effect on outcomes, it appeared to facilitate self-monitoring of anxiety/fatigue and increase awareness of symptoms. BiH has the potential to be a valuable tool in community rehabilitation to support independent living.

Further research is needed to determine the effect of BiH on outcomes compared to usual care (e.g. paper diary). More sensitive measures should be used in future.

References

Kettlewell, J., das Nair, R., & Radford, K. 2018 (in press). A Systematic Review of Personal Smart Technologies used to improve Outcomes in Adults with Acquired Brain Injuries. Clinical Rehabilitation.

Efficiency of robotic guided rehabilitation for children with upper limb impairment

Groleger Sršen, K. (1), Snedic, A.

(1) University Rehabilitation Institute, Ljubljana

Background

Cerebral palsy (CP) is commonly characterized by impaired upper limb function. One of the possibilities for the improvement of upper limb function in children with CP is robotic guided training program (Meyer-Heim and Van Hedel, 2013).

Aim

We wanted to determine what an impact could such a program have on the passive range of motion (ROM) in the joints of upper limb and its function.

Methods

We included 39 children with unilateral form of CP, who were referred to rehabilitation programs. At the baseline assessment, we used SHAP (Rupnik Mihelčič et al., 2014), AHA test (Groleger et al., 2008), grip power and ArmeoSpring activities related range of active movement (aROM) measurements to evaluate the upper limb function. Children (22 boys and 17 girls; mean age 8.9 years; SD 2,9) had at least 16 trainings in the period of two to four weeks. By the end of program, we were able to increase the difficulty of the tasks and reduce the help of robotic guidance during exercise. All measurements were repeated at the end of program and six months after the end of program.

Results

At the end of program and at the follow-up we observed improved mean aROM and arm function (mean grip power: basal 4.3, end 5.3, after 6 months 6.2; SHAP: basal 48.0, end 52.7, after 6 months 58.7; AHA basal 58.5, end 61.8, after 6 months 64.1 points).

Discussion and Conclusions

Results showed improvement arm and hands function after the training. Children retained better function after 6 months.

References

- Groleger K, Korelc S, Brezovar D, Damjan H, Pihlar Z. The use of Assistive Hand Assessment measure: inter-rater reliability and internal consistency of the Slovene translation. In: 20th Annual Meeting of the EACD, Zagreb 5th-7th June 2008. Book of abstracts, 2008: 55.
- Meyer-Heim A, Van Hedel H.J, A. Robot-Assisted and Computer-Enhanced Therapies for Children with cerebral palsy: Current State and Clinical Implementation. *Seminars in Pediatric Neurology* 2013; 20: 139-145.
- Rupnik Mihelčič S, Pihlar Z, Kyberd P, Burger H. Establishing normative data for the SHAP test in Slovenia. *Rehabilitacija* 2014; 13(2): 4–9.

Viadukt – web-based aftercare following inpatient treatment for men suffering from depression: effects on ability to work?

Poppelreuter, M. (1), Jakob, T., Baumeister, H., Mittag, O., Geigges, W.

(1) Rehaklinik Glotterbad, Glottertal

Background

With regard to psychosomatic rehabilitation vocational orientation is becoming more important (Deutsche Rentenversicherung, 2018). When developing innovative aftercare concepts internet and mobile-based applications are increasingly being used. Their effectiveness is well documented (Baumeister et al., 2017), however it is unclear whether they positively influence work ability.

Aim

In the Viadukt project an internet-based aftercare intervention for depressed men was developed and examined with regard to feasibility, satisfaction and effectiveness (Jakob et al., 2018).

Methods

178 study participants were assigned to an experimental and a control group in a controlled random design. The primary outcome criterion was the depressive symptom score, using the Beck Depression Inventory (BDI-II), work ability was measured using the Work Ability Index (WAI). Measurement points were at discharge from the clinic (T0), 4 (T1) and 10 months (T2) after inpatient treatment. The data were evaluated with an intention to treat-approach using regression analyses.

Results

In the aftercare period a small improvement of the WAI scores was found in both groups. The testing for intervention effects was not significant (t0-t1: $t=,262$, $p=,793$; t0-t2: $t=-,064$, $p=,949$). For the BDI, after a significant improvement during inpatient treatment, a slight increase of depression scores was registered in the aftercare period, but the group comparisons were not significant here either (t0-t1: $t=-1,731$, $p=,083$; t0-t2: $t=-,520$, $p=,603$).

Also no significant intervention effects were found with regard to objective data on work ability (incapacity days) (t0-t1: $t=,094$, $p=,925$; t0-t2: $t=-,961$, $p=,337$).

Discussion and Conclusions

Future research should detect predictors for the successful application of internet-based aftercare interventions and develop systematic interventions to improve the ability to work.

References

- Baumeister H, Lin J, Ebert D. Internet- und mobilebasierte Ansätze. Psychosoziale Diagnostik und Behandlung in der medizinischen Rehabilitation. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2017;60:436-444.
- Deutsche Rentenversicherung (Ed.). Praxishandbuch: Arbeits- und berufsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation (Status: January 2015) <https://www.deutsche-ren->

tenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/03_reha_wissenschaften/07_reha_konzepte/konzepte/mbor_praxishandbuch_internet.html#top (last viewed on 25.10.2018).

Jakob T, Poppelreuter M, Baumeister H, Mittag O, Geigges W. Der Weg zurück in den Alltag - Entwicklung einer internetbasierten Reha-Nachsorge für depressiv erkrankte Männer. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2018;3(2):131-142.

Do people with severe stroke recover?

Mohapatra, S. (1), Walker, M., Fisher, R.
(1) University of Nottingham

Background

About 50% of all stroke survivors in the UK remain severely impaired with their functional abilities, even though, 22% survive a severe stroke. The evidence on functional gains following rehabilitation in severe stroke survivors is unclear due to a perceived reduced potential to improve. Although improvement in overall functional status has been reported there is still a dearth of research providing objective, temporal data on functional recovery after a severe stroke.

Aim

To measure changes in functional abilities and describe rehabilitation services received in the first six months post-stroke in a cohort of stroke survivors with severe disabilities.

Methods

Method: Patient outcomes were longitudinally measured over the first six months post-stroke in severe stroke survivors (NIHSS score >10, MRS >4 at admission) using a prospective observational study design. Data collected using standardized tools were statistically analysed. Rehabilitation provided during this period was recorded.

Results

Function measured by the UK-FIM/FAM changed significantly ($p \leq 0.0001$) from baseline to six months with a mean 46.55 (± 31.43) points gained during the acute hospital stay that continued to improve in the community. 69% patients with severe disabilities had a clinically meaningful improvement in their functional abilities which did not have any causal relationship with initial severity. There was a noticeable involvement of health care professionals in the early days in the hospital and community.

Discussion and Conclusions

The findings suggest that a significant functional improvement is possible in the severely disabled stroke patients. This is valuable in guiding the effective use of rehabilitation resources and designing future care for severe stroke survivors.

References

-

'it was never too much': stroke survivors' and their carers' experiences with augmented arm rehabilitation

Schnabel, S. (1), Kidd, L., van Wijck, F.

(1) Glasgow Caledonian University

Background

Half of stroke survivors with arm impairment still have problems 4 years post stroke. Evidence suggests that at least 20 hours of additional task-specific training after stroke may improve arm function. This dose cannot be provided by the health service therefore self-management is encouraged. However little is known about the acceptability of augmented arm rehabilitation from the perspective of stroke survivors and their carers.

This presentation focuses on the perspectives of stroke survivors and their carers who participated in a feasibility study, comparing an early (beginning at 3 weeks post stroke) and later (beginning at 3 months post stroke) augmented arm rehabilitation intervention.

Aim

This study explored stroke survivors' and their carers' perceived acceptability of the augmented (incl. self-managed) arm rehabilitation.

Methods

The qualitative design comprised 17 semi-structured interviews with stroke survivors and their carers (if present) after intervention completion. Interviews were conducted in participants' homes or at the University. Audio-recorded interviews were transcribed verbatim. Normalisation Process Theory was used to develop the topic guide and framework analysis was used to analyse the transcripts.

Results

The augmented arm rehabilitation was perceived as a positive experience in particular the intensity of the therapy, the frequency of the therapist-led sessions, the practical nature of the exercises and the self-management component. Most stroke survivors and their carers coped well with the intensity, embedding exercises into a daily routine through supported self-management.

Discussion and Conclusions

Stroke survivors and their carers felt the intervention intensity was acceptable and embedding exercises into their daily routine was vital to their self-management.

References

-

Perceived injustice after mild traumatic brain injury: a prospective follow-up study

Mäki, K. (1), Nybo, T., Hietanen, M., Melkas, S.

(1) Helsinki University Hospital

Aim

To investigate perceived injustice after mild traumatic brain injury (mTBI).

Methods

60 consecutively admitted mTBI patients were included in the study. Maximum time since injury at recruitment was 12 days. Patients completed self-report measures of perceived injustice (IEQ), post-concussive symptoms (RPQ), depressive symptoms (BDI-II), and post-traumatic stress symptoms (PCL-C) at 3 and 12 months after injury.

Results

Mean age of patients was 41.3 (SD 12.6) years, and 56.5 % were male. Mean total scores for each self-report measure at 3 months were as follows: IEQ 4.9 (SD 6.0), RPQ 6.2 (SD 8.4), BDI-II 4.7 (SD 5.7), and PCL-C 24.3 (SD 8.4). Post-concussive symptoms decreased during follow-up ($t = 2.44$, $p = 0.019$). No significant changes occurred in the other measures. At both 3 and 12 months, perceived injustice was associated with post-concussive symptoms ($r = .761$ and $.500$, $p < 0.01$), depressive symptoms ($r = .699$ and $.691$, $p < 0.01$), and post-traumatic stress ($r = .745$ and $.627$, $p < 0.01$).

Discussion and Conclusions

In this cohort of consecutive mTBI patients, perceived injustice was low at 3 months post-injury and it remained stable at 12 months follow-up. However, greater perceived injustice was associated with greater post-concussive and psychiatric symptoms, both at 3 and 12 months after injury. Thus, perceived injustice might be a relevant concept to consider in the clinical management of patients with persisting symptoms after mTBI.

References

-

Postacute rehabilitation of patients with traumatic brain injury

Denes, Z. (1), Nagy, H., Tarjanyi, S., Fazekas, G.

(1) National Institute for Medical Rehabilitation, Budapest

Background

Brain Injury Rehabilitation Unit of NIMR has multi-disciplinary rehabilitation team, headed by UEMS PRM (Union of European Medical Specialists) Board-certified physician. They have a postacute rehabilitation program with accreditation by UEMS PRM Board, and they are

specialized for rehabilitation of patient with traumatic brain injury (TBI). The number of beds in the unit is 40, and the number of team members is also around 40.

Aim

Introduction of the rehabilitation results of patients with TBI at the time of discharged, after the first inpatient rehabilitation program.

Methods

Retrospective, cohort study.

Results

During 2013 year 66 patients with severe TBI were treated at the Unit. Mean age: 36 (17-72) years, leading cause of TBI: 47 traffic-related incidents, main symptoms at the time of admission: hemiparesis 34, tetraparesis: 12, PTA: 20, aphasia: 8, average length of stay at unit: 82 (7-240) days, patients admitted in vegetative state: 3, minimal responsive state: 10, unplanned transmission: 20. At the time of admission and discharged Functional Independence Measure scale (FIM) was used for assessment of patient function. At the time of discharge 50 patients were independent in activities of daily living, 50 could walk and 52 were continence, 49 patients were independent in communication and 36 in social cognition. Most of the patients (58) were discharged to their home, 3 patients were transmitted to acute care with severe complication, only 4 patients had to be sent long term care unit, and one to spinal cord rehabilitation unit.

Discussion and Conclusions

Rehabilitation treatment of patients with severe TBI is suggested in specialized units, where special multidisciplinary team is available for the patients with multifunctional problems.

References

-

Implementing supported self-management in community stroke rehabilitation: a secondary analysis of stroke nurses' perspectives

Kidd, L. (1), Booth, J., Lawrence, M., Rowat, A.

(1) University of Glasgow

Background

The provision of supported self-management (SSM) is recommended in European-wide policy and guidelines for addressing the longer-term needs and outcomes of stroke survivors and their families. Its implementation across longer-term stroke pathways, however, has been inconsistent.

Aim

The aim of this research was to explore nurses' perceptions of the challenges associated with implementing SSM in stroke care.

Methods

A secondary analysis of qualitative data from the TALISSMAN project (Kidd et al., 2015) was undertaken. Challenges were thematically categorised into 'external infrastructure', 'organisation', 'professionals', and 'intervention', according to Lau et al's framework (Lau et al., 2016).

Results

Different understandings and interpretations of what SSM is and consists of and nurses' perceptions of their roles in its delivery and implementation makes implementation of SSM difficult. There is confusion over where SSM sits in the longer-term stroke pathway. The complexity of the healthcare system in which SSM is to be embedded limits the extent to which nurses can deliver on a person-centred agenda of SSM in stroke. A professionally-driven, one-size-fits-all model of SSM continues to be reinforced by the system, offering little opportunity for practitioners to operate outside the scope of this and little incentives to tailor care towards individualised need.

Discussion and Conclusions

The implementation of SSM in stroke is influenced by factors operating at multiple levels of the healthcare system. Attempts to address these challenges will help to narrow the gap between the policy on, and implementation of, SSM in stroke, ensuring that stroke survivors and families benefit from SSM in the longer-term across Europe.

References

- Kidd L, Lawrence M, Booth J, Rowat A & Russell S. Development and evaluation of a nurse-led, tailored stroke self-management intervention. *BMC Health Services Research* 2015, 15:359
- Lau R, Stevenson F, Nio Ong B, Dziedzic K, Treweek S, Eldridge S, Everitt H, Kennedy A, Qureshi N, Rodgers A, Peacock R, Murray E. Achieving change in primary care – causes of the evidence to practice gap: systematic review of reviews. *Implementation Science*, 2016 11:40

The use of service user and expert perspectives to identify priority needs for people after transient ischaemic attack and minor stroke

Kontou, E. (1), Walker, M., Thomas, S., Sprigg, N., Watkins, C., Condon, L., Kettlewell, J.
(1) University of Nottingham

Background

There is currently a scarcity of research addressing the long-term impact of TIA and minor stroke, despite evidence that people experience physical, emotional and social difficulties that affect their quality of life (Kellet et al., 2014; Moran et al., 2014). Currently management of TIA focusses mainly on secondary stroke prevention.

Aim

The aim of this qualitative study was to identify priority needs for people after TIA and minor stroke through qualitative exploration of the perspectives of service users and experts.

Methods

Ethical approval has been received. Focus groups and interviews were conducted with service users and experts, transcribed verbatim, and analysed thematically by two researchers. Sample size was determined by data saturation in themes.

Results

A total 24 participants took part in either an individual interview or a focus group; 16 were service users with a diagnosis of a TIA or minor stroke and 8 were expert clinicians or researchers. Key themes identified were information about symptoms and diagnosis, understanding the impact on everyday life and ways to access further advice and support, with both service users and experts suggesting that it is important to provide further education and support at an early stage after the diagnosis.

Discussion and Conclusions

Combined views of both service users and experts highlighted the need to develop and evaluate interventions providing information and support for people with TIA and minor stroke. These findings would provide valuable insight for the development of a group psychoeducational programme following a TIA/minor stroke and could be used to inform future research.

References

- Kellett, N., et al. Impact of transient ischaemic attack and minor stroke on daily life. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*. 2014; 21: 318-323.
- Moran, G., et al. Fatigue, psychological and cognitive impairment following transient ischaemic attack and minor stroke: a systematic review. *European Journal of Neurology*. 2014; 21: 1258-67.

From Prevention across Rehabilitation to early retirement pension: How the statutory German Pension Insurance secures employability

Bernhard, D. (1), Kamga Wambo, G.O., Moser, N.-T.

(1) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Background

In Germany as in most industrial countries, the demographic trend is characterized by a low birth rate and a higher life expectancy. On the one hand, this trend can result in a lack of qualified employees. On the other, the adaptation to new technologies can be challenging for psychosocial health and participation. However, the Pension Insurance is concerned.

Aim

Accordingly, different types of interventions are offered in order to sustain employability.

Results

Oriented to the leading approaches “prevention before rehabilitation”, and “rehabilitation before early retirement”, preventive interventions are provided to healthy workers in order to avoid reduction of work capacity. In addition, screening programs are offered for early detection of work ability impairments or to identify indications for medical rehabilitation. Furthermore, counselling activities are offered to employers in the field of occupational health, activity and participation.

Discussion and Conclusions

The above mentioned interventions of the Statutory German Pension Insurance secure employability, enhance activity and occupational participation in Germany.

References

-

Prevention in working-life over the lifespan. Job-rotation between companies in regional networks as a tool to maintain employability

Bartel, S.

Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke e. V., Berlin

Background

The decline in activity-related performance potentials, due to higher age, is often associated with health-stressing working conditions and the lack of opportunities to develop

professionally and personally. Job-rotation between companies can counteract this process before health problems develop.

Aim

The aim of the project was to develop and to test models of cross-company occupational changes in regional corporate networks. The Federal Ministry of Education and Research funded the project "TErrA" from 2016 to 2019.

Methods

Based on qualitative fieldwork involving companies, employers and stakeholders, specific consulting processes for employees and companies were developed and framework conditions described. Eight employees were counselled for one year and around 12 companies participated in the projects network-building process.

Results

Results show that at the individual level, personal motivation, qualification and health play an essential role for such a preventive approach. Companies recognised the need for a long-term view of working-life biographies to prevent age-related mental and/or physical disabilities. Although the social insurance stakeholders have recognised the preventive potential of our model, they are currently unable to implement it, as legal frameworks only permit benefits if a health problem has already occurred.

Discussion and Conclusions

For the implementation of preventive measures, a sensitisation for individual concepts of health and work is of great importance. Companies have a central responsibility to integrate anticipatory job analyses and qualification opportunities in human resources development concepts proactively. Regional networks can be essential to implement preventive measures. Financing possibilities for job qualification under a preventive perspective cannot be borne by the social security systems, yet.

References

-

Oral health, dental care and health behavior of inpatients undergoing physical medicine and rehabilitation

Orsós, M. (1), Moldvai, J., Németh, O.

(1) Semmelweis University, Budapest

Background

Regarding to the WHO's World report on disability, more than 1 billion people are estimated to live with some form of disability. According to the 2011 census in Hungary their number can be around 500.000. These people are considered as a vulnerable group even from a dental point of view, since the loss of function makes regular oral hygienic routine and dentistry control more difficult (Christensen et al., 2005; Leal Rocha et al., 2015).

Aim

In 2015 The Department of Community Dentistry and The National Institute of Medical Rehabilitation started to operate together a dental office. We gathered comprehensive information on patient's oral health currently undergoing rehabilitation and living with disabilities.

Methods

This study was approved by the Medical Research Council, Hungary. The clinical examination were done by the recommendation of WHO. A total of 608 inpatients have gone through a full dental examination including a stomato-oncological screening. We analyzed the DMF-T values, restorative index and lesions of the oral mucosa. Demographic characteristics, dental care, self-reported smoking, drinking and eating habits related median DMF-T were surveyed.

Results

The patients had poor oral hygiene. The median DMF-T was 24 in age group '55 years or older'. The number of lost teeth are high, but the prosthetic care is not satisfying, RI=67.41. Their complaints about dental and oral mucosal lesions are minimal compared to their general dental condition. 18.46% of the inpatients reported toothache in the past 12 months, whose median DMF-T was 19. The last dental checkup in the case of most patients exceeds 24 months.

Discussion and Conclusions

All of the values are worse than the average Hungarian population. Their oral hygiene is poor since the daily oral hygiene routine and care in practice is not solved for these patients.

References

- Christensen LB, Hede B, Petersen PE. Public dental health care program for persons with disability. *Acta Odontol Scand.* 2005 Oct;63(5):278-83.
- Leal Rocha L, Vieira de Lima Saintrain M, Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Meyer A. Access to dental public services by disabled persons. *BMC Oral Health.* 2015 Mar 13;15:35.

Direct access to physiotherapists, rationalising division of health-care work in Finland

Töytäri, O.

The Union of Health and Social Care Professionals in Finland (Tehy), Helsinki

Background

In the last decade, the distribution of work between physiotherapists and physicians in Finland has been changed by establishing direct access to physiotherapy services. With this form, the client directly asks the physiotherapist to provide services without needing a physician's referral.

Aim

A survey was conducted to gather information on direct access to physiotherapy in Finland, to guidance on commencing and further developing such activity (Töytäri, 2018).

Methods

In a cross-sectional study undertaken in June 2017, a questionnaire was sent to municipal-sector shop stewards (n = 236), with instructions for them to prepare their responses alongside the relevant physiotherapists. The data were characterised via a direct frequency and percentage distribution and content analysis was employed for evaluation of qualitative data.

Results

In all, 69 replies were received, for a response rate of 29%. Around half of the respondents' organisations had implemented direct access to physiotherapists, while a quarter had plans to do so. Those with experience of it found the implementation fairly easy, but several cited problems with e.g. the necessary additional training. Service was indicated to be efficient; clients often were seen on the day they made contact. The organisations arranged 1-5 appointment for the client. The feedback from clients was highly positive.

Discussion and Conclusions

Direct access to physiotherapists has become more commonplace in recent years, and such services should only be increased (Government of Finland, 2018). The guidelines in the report support physiotherapists and others to design such action. One should seriously question the practice of requiring a physician's referral for services of a physiotherapist. This is consistent with the World Confederation for Physical Therapy (WCPT) objective of increasing the independence of the professional activities of physiotherapists (WCPT, 2017).

References

- Government of Finland (2018). Government reform packages. Regional government, health and social services reform. Online at <https://alueuudistus.fi/en/frontpage> (accessed on 14 Nov. 2018).
- Töytäri, O. (2018). Fysioterapeuttien suoravastaanotot sosiaali- ja terveydenhuollon julkisissa organisaatioissa. [Direct access to physiotherapists in public health and social care organisations], Tehy publication B:1/18. Helsinki. Online at https://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/julkaisu/2018/2018_b1_fysioterapeuttien_suurava_staanotot_sosiaali-_ja_terveydenhuollon_julkisissa_organisaatioissa_id_10636.pdf, press release 2/2018 (accessed on 14 Nov. 2018).
- WCPT (2017). Policy statement: Direct access and patient/client self-referral to physical therapy. Online at <http://www.wcpt.org/policy/ps-direct-access> (accessed on 14 Nov. 2018).

Psychosocial working conditions and their association with asthma self-management at work – a cross-sectional study

Heinrichs, K. (1), Hummel, S., Gholami, J., Schultz, K., Li, J., Sheikh, A., Loerbroks, A.

(1) Universität Düsseldorf

Background

The ability to effectively implement asthma self-management behaviour (SMB) is partially determined by contextual factors (Mammen and Rhee, 2012). Among employees with asthma, these determinants include job decision latitude (JDL) and social support at work, as qualitative evidence suggests (Heinrichs et al., 2018).

Aim

We investigated the association of JDL and social support with different domains of asthma SMB at work (i.e., physical activity, trigger avoidance, acute symptom management, and communication).

Methods

Method: In total, 221 inpatients with asthma from three pulmonary rehabilitation clinics completed a questionnaire (response rate=29.3%). JDL and social support were measured using items from the Copenhagen Psychosocial Questionnaire (Kristensen et al., 2005). The above mentioned four domains of asthma SMB (i.e., the independent variables) were measured by self-developed items (except for physical activity). We dichotomised all variables and conducted logistic regressions to calculate odds ratios (ORs) with 95% confidence intervals (95%CI).

Results

Low levels of JDL and support were associated with poorer trigger avoidance (OR=2.1, 95%CI=1.1-3.9; OR=2.3, 95%CI=1.2-4.3, respectively). Low JDL values were also related to inadequate acute symptom management (OR=6.3, 95%CI=2.8-14.1) while low social support was associated with poorer communication (OR=3.0, 95%CI=1.4-6.3). There were no significant associations with physical activity.

Discussion and Conclusions

Psychosocial working conditions are associated with asthma SMB at work, which confirms qualitative findings (Heinrichs et al., 2018). Longitudinal data is needed to confirm our findings and to investigate temporal considerations and to shed light on the underlying mechanisms, which can then be used to inform the development of interventions that aim to improve asthma outcomes in this population.

References

Heinrichs K, Vu-Eickmann P, Hummel S, Gholami J, Loerbroks A. What are the perceived influences on asthma self-management at the workplace? A qualitative study. *BMJ Open*. 2018;8(8):e022126. Epub 29.08.2018.

- Kristensen TS, Hannerz H, Høgh A, Borg V. The Copenhagen Psychosocial Questionnaire-- a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scand J Work Environ Health*. 2005;31(6):438-49.
- Mammen J, Rhee H. Adolescent asthma self-management: a concept analysis and operational definition. *Pediatr Allergy Immunol Pulmonol*. 2012;25(4):180-9.

Effects of pilates and home exercise on pain, functional level and core muscles thickness on patients with low back pain

Batıbay, S. (1), Kılıcú, D.G., Kaleođlu, Ö., Mesci, N.

(1) Derince Research and Education Hospital, Kocaeli

Background

Pilates has become a popular life exercise in rehabilitation.

Aim

To investigate the effects of pilates exercise by training the muscles responsible for core stabilization in patients with chronic low back pain (CLBP); considering pain, functional level, depression, quality of life, and muscle thickness measured by ultrasound imaging and to compare it with home based exercise.

Methods

A prospective, randomized-single blinded study included 60 female patients with CLBP aged 18-60 years. Patients were randomized into 2 groups. The first group (n=30) performed pilates 3 days/week for 8 weeks. The second group (n=30) was given home exercise program 3 times/week for 8 weeks. The evaluations were made both at the beginning and end of the treatment. Evaluation parameters included VAS (visual analogue scale), Oswestry Disability Index, Qubec Disability Scale, Short Form-36, Beck Depression Questionnaire, sit and reach test, Schöber test, sit up test. Multifidus and abdominal muscle thickness were measured by ultrasonographic imaging.

Results

The mean age of Group 1 and 2 were 49.3 ± 10.4 , 48.4 ± 9.3 respectively. The duration of pain of Group 1 and 2 were 5.8 ± 4.1 , 6.3 ± 3.5 years respectively. 28 of the Pilates group, 25 of the home exercise group patients completed the task. Significant improvement has been observed in all parameters in both groups. Comparing the 2 groups, Pilates exercise was found to be more effective in decreasing pain level and depression; increasing flexibility, endurance, functional level, and quality of life ($p < 0.05$). Although there was a significant increase in muscle thickness in both groups ($p < 0.05$), pilates group was far much better ($p < 0,0001$).

Discussion and Conclusions

Both the pilates exercise and the home exercise program provided significant improvements however pilates exercise group was superior in all parameters in CLBP.

References

Cruz-Díaz D, Bergamin M, Gobbo S, Martínez-Amat A, Hita-Contreras F. Comparative effects of 12 weeks of equipment based and mat Pilates in patients with Chronic Low Back Pain on

pain, function and transversus abdominis activation. A randomized controlled trial. *Complement Ther Med*. 2017 Aug;33:72-77.

Mostagi FQ, Dias JM, Pereira LM, Obara K, Mazuquin BF, Silva MF, Silva MA, de Campos RR, Barreto MS, Nogueira JF, Lima TB, Carregaro RL, Cardoso JR. Pilates versus general exercise effectiveness on pain and functionality in non-specific chronic low back pain subjects. *J Bodyw Mov Ther*. 2015 Oct;19(4):636-45.

Patti A, Bianco A, Paoli A, Messina G, Montalto MA, Bellafiore M, Battaglia G, Iovane A, Palma A. Effects of Pilates exercise programs in people with chronic low back pain: a systematic review. *Medicine (Baltimore)*. 2015 Jan;94(4):e383.

Efficacy of a three-week long intensive hand physical therapy in patients with systemic sclerosis

Varjú, C. (1), Horváth, J., Farkas, N., Czirják, L.

(1) University of Pécs

Background

Systemic sclerosis (SSc) is an autoimmune disease characterized by variable musculoskeletal manifestations.

Aim

The aim of this study was to investigate the presence of joint-contractures in patients with SSc and the efficacy of a three-week long complex physical therapy on their hand function.

Methods

Thirty-one patients with SSc were treated. Hand stretching exercises, ergotherapy supplemented with thermal and mud baths, whirlpool therapy and soft tissue massage were daily used during a three-week period. The control SSc group (n=22) received similar management for their large joints leaving out their hands. The primary outcome of this study were the Health Assessment Questionnaire (HAQ) and the Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH). Hand Anatomic Index (HAI), Cochin Hand Function (CHFT) and clinical characteristics were also assessed before starting the therapy and six months afterwards.

Results

Six months after the investigation period, only the group receiving hand physical therapy showed improvement in HAQ and DASH scores compared to the baseline values ($p < 0.05$). The improvement in median HAQ value (25%-75% quartiles) reached the clinical meaningful rate (baseline 1.125 /0.625-1.625/ versus 0.75 /0.25-1.5/ at six months). Visual analogue scales of global pain ($p < 0.01$) and Raynaud's phenomenon ($p < 0.05$) also had better results than at baseline. HAI, gripping strength and CHFT also showed some improvement, but did not reach the significance level of change by the end of the six-month observation period.

Discussion and Conclusions

The complex physical therapy caused favourable changes in both the HAQ and the DASH indicating that this particular program had some long-term beneficial effect on hand function in patients with SSc.

References

-

Establishing K-levels and prescribing transtibial prostheses using walking tests

Vidmar, G. (1), Burger, H., Majdič, N.

(1) University Rehabilitation Institute, Ljubljana

Background

Rehabilitation programs after amputation often include fitting and prescribing a prosthesis, but prescriptions vary significantly under relatively similar circumstances. The US Medicare Functional Classification Level (K-level) is a scale for describing functional abilities of persons who had undergone lower-limb amputation (0=no ability or potential to ambulate, to 4=prosthetic demands of a child, active adult or athlete). Different outcome measures are used to assess K-level, including the Six-Minute Walk Test (6MWT) and One-Leg Standing Test (OLST).

Aim

We attempted to predict appropriate K-level of transtibial prosthesis users based on 6MWT and OLST on prosthesis.

Methods

Patients who had been rehabilitated and fitted with transtibial prosthesis at the University Rehabilitation Institute in Ljubljana in 2014 were included in a retrospective audit. 6MWT and OLST results were analysed to obtain K-level classification rules using ROC curve analysis, linear discriminant analysis, classification trees and ordinal logistic regression.

Results

Of the 120 patients (aged 39-90, mean 67 years; 79% men), 8 belonged to K1 level, 94 to K2 and 18 to K3; 61 could not stand on the prosthesis, 8 stood on it for 1s, and 51 stood on it for 2s or more. A simple classification rule based only on 6MWT (130m threshold for K2 vs. K1, 385m for K3 vs. K1 or 2) yielded estimated sensitivity and specificity close to 90%. More sophisticated statistical approaches yield substantially similar and equivalently accurate results.

Discussion and Conclusions

6MWT and OLST could be used as predictors for transtibial prosthesis prescription in clinical practice. No two amputees have the exactly same general physical status, stump

characteristics and occupational problems, so others factor must also be taken into account when prescribing a prosthesis.

References

-

Physical rehabilitation of patients with rheumatoid arthritis

Ponomarenko, G. (1), Cherkashina, I.

(1) Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled n.a. G.A.Albrecht,
St. Petersburg

Background

Rheumatoid arthritis (RA) is one of the common causes of disability of the working population.

Aim

Evaluation of the effectiveness of physical rehabilitation of patients with RA.

Methods

63 patients with RA were involved into the study. They were divided into observation group (Group1, N=45), in which standard therapy was supplemented with physical exercises (15 lessons daily) and a comparison group (Group2, N=18) who used the standard methods therapy. Before and after rehabilitation the clinical, instrumental, functional parameters and quality of life (QL) (HAQ1) were evaluated. Patients' impairments were assessed in both groups with domains contained in ICF core sets (Ponomarenko et al., 2017).

Results

We observed a pronounced decrease in the DAS28 index (group 1 - from 3.3 ± 0.7 to 2.3 ± 0.8 , in group 2 - from 3.5 ± 1.1 to 2.7 ± 1.0 , $p < 0.05$), morning stiffness (group 1 from 86 ± 15 to 54 ± 17 min, group 2 - 93 ± 18 to 59 ± 16 min, $p < 0.05$), disorders of the joints (domains of ICF b280, b455, b710), motor function of patients (b780, d 230 d410, d450, d 850) at 1-2 categories (group 1 - 35% patients, in group 2 -23%), improve QOL (group 1 - from 1.6 ± 1.2 to 0.22 ± 0.16 points, in group 2 - from 1.4 ± 0.35 to 1.3 ± 0.28 points, $p > 0.05$). Effectiveness of rehabilitation in group 1 and 91% in group 2 - 61% ($\chi^2 = 8.029$, $P < 0.05$).

Discussion and Conclusions

Physical rehabilitation is an effective way of reducing the health limitations of patients with RA.

References

Ponomarenko GN, Shoshmin AV, Besstrashnova YK, Cherkashina IV The planning and evaluation of the effectiveness of rehabilitation of the patients presenting with osteoarthritis: application of the core set of the International Classification of Functioning, Disability, and Health | [Planirovanie i otsenka effektivnosti reabilitatsii bol'nykh osteoartrozom:

ispol'zovanie bazovogo nabora Mezhdunarodnoi klassifikatsii funktsionirovaniya, ograni-chenii zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya]. Voprosy kurortologii, fizioterapii, i lechebnoi fizi-cheskoi kultury. 2017; 94(1): 4-9 (In Russian).

Effects of dynamic lycra orthosis as an adjunct to rehabilitation after botulinum toxin-a injection of the upper limb in adults following stroke: a randomized single blinded controlled study

Giray, E. (1), Eren, N., Kardelen, G.-A., Hakan, G., Evrim, K.S.

(1) Marmara University School of Medicine, Istanbul

Background

Dynamic lycra splints are proposed to modify hypertonicity due to the effects of neutral warmth, circumferential pressure and by creating a low intensity prolonged stretch on hypertonic muscles, all of which contribute to increased sensory awareness of the involved limb.

Aim

The aim of this study is to investigate effects of dynamic lycra sleeve as an adjunct to botulinum toxin injection of the upper limb rehabilitation in stroke

Methods

Patients with post-stroke spasticity were randomized to two groups: Lycra sleeve plus rehabilitation (n=10) and only rehabilitation group (n=6). After botulinum toxin injection, both groups underwent upper limb rehabilitation program. Intervention group wore lycra sleeve for eight hours a day, five days a week for three weeks in addition to rehabilitation program. Fugl Meyer Upper Limb Motor score, Motricity index, Modified Ashworth scale, Box and Block test, Semmes-Weinstein monofilaments and star cancellation tests were assessed by blinded investigators at before treatment, post-treatment (at 3 weeks) and three months post-treatment. This trial is registered with Clinicaltrials.gov, number NCT03546959.

Results

There were no differences between groups in terms of Fugl Meyer Upper Limb Motor score, Motricity Index, Box and Block test and light touch threshold difference after treatment in index, ring and little finger. Improvement in light touch threshold of thumb finger at 3 weeks was found to be greater in lycra sleeve plus rehabilitation than only rehabilitation group.

Discussion and Conclusions

Using lycra sleeve as adjunctive to upper limb rehabilitation program after stroke did not provide additional benefit in motor function while it yielded improvement in sensory function.

References

-

Effects of kinesio taping on the upper-extremity motor function, pain, general health and depression in acute stroke patients

Albayrak, H. (1), Kesiktaş, N., Yildiz Yardimci, M.

(1) Istanbul Physical Medicine and Rehabilitation Training and Research Hospital

Background

In stroke patients, the prognosis of the upper extremity generally affects the daily living activities more. There are studies showing that kinesiotope improved muscle function, supported joint structure, decreased pain and improved body perception. According to the literature, there is very insufficient publication on kinesio treatment on hand in acute stroke patients.

Aim

The aim of this study was to evaluate the effects of kinesio taping on pain, function, general health evaluation and depression in acute stroke patients with flask upper limb.

Methods

26 patients with flask upper extremity muscle tone were included in the study and randomized in 2:1. In addition to conventional exercise and splinting in both groups, 13 patients were taped with kinesio while other 13 patients were taped sham-type. We were used Brunnstrom, visual analog scale, Fugl Meyer Rating Scale, Health Assessment questionnaire and Beck Depression Scale to evaluate patients.

Results

3rd-6th week post-treatment Brunnstrom upper extremity score showed significant increase in kinesio group compared to pretreatment ($p < 0.05$). Both group showed significant decrease in 3rd-6th week VAS score ($p < 0.05$). In kinesio group, third-sixth week after treatment, Fugl-Meyer Wrist score showed significant ($p < 0.05$) increase compared to pretreatment. In addition, post-treatment 6th week HAQ score and Beck Depression inventory were significantly ($p < 0.05$) low compared to sham group.

Discussion and Conclusions

Kinesio taping of the upper extremity in acute stroke patients established improvement in functional recovery, decrease in pain as well as development in general health assessment and depression. We recommend the application of kinesiotope of the hand in acute stroke patients for upper extremity rehabilitation.

References

- Bassett KT, Lingman SA, Ellis RF. The use and treatment efficacy of kinesthetic taping for musculoskeletal conditions: A systematic review. *N Z J Physiother* 2010;38(2):56-62.
- Dall'Agnol MS, Cechetti F. Kinesio Taping Associated with Acupuncture in the Treatment of the Paretic Upper Limb After Stroke. *J Acupunct Meridian Stud* 2018;11:67-73.
- Kase K. Illustrated Kinesio taping. 3rd ed. Tokyo: Ken'i-Kai; 1997.

Disability in adult psychosomatic rehabilitation inpatients suffering from Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Minimal Cerebral Dysfunction (MCD)

Linden, M. (1), Noack, N., Köllner, V.

(1) Charité - Universitätsmedizin Berlin

Background

About 65% of “Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)” syndromes persist from childhood into adulthood. Additional to attention deficits and hyperactivity, there is a broad spectrum of further minimal cerebral dysfunctions. These can also cause severe impairment. Therefore it is necessary to assess the full spectrum of problems in functioning, which requires good clinical skills.

Aim

Aim of the present study was to investigate the relationship between disability and this enlarged spectrum of symptoms in a population of adult patients in psychosomatic rehabilitation.

Methods

During the intake assessment, 1453 inpatients of a psychosomatic rehabilitation hospital filled in the “ADHS-SB” (attention deficit hyperactivity scale), the “MCD-scale” (minimal cerebral dysfunction scale), and the “SCL-90R” (Symptom Checklist).

Results

Adult ADHD cases show a lower vocational qualification, a longer absenteeism from work, longer sick leave, overburdening at the workplace, a higher unemployment rate and a higher SCL-GSI score as compared to non-ADHD patients.

Regression analyses show that psychological distress and ability to work are preferably influenced by problems of orientation, cognitive impairment, vegetative lability, emotional problems, disorders of motor function and only to a lower degree by hyperactivity.

Discussion and Conclusions

The data replicate that adult ADHD results in many deficits of social functioning. Additional to that, the data also show that the enlarged spectrum of impairment of functions is crucial to explain disability. It is not enough to focus on attention and activity problems alone. Instead emotional, cognitive, motor, or vegetative symptoms, must also be taken into account. Therapeutic strategies in psychosomatic rehabilitation should assess MCD and provide compensatory treatments.

References

-

Effectiveness of Graded Return to Work after Multimodal Rehabilitation in Patients with Mental Disorders. A Propensity Score Analysis

Streibelt, M. (1), Bürger, W., Nieuwenhuijsen, K., Bethge, M.

(1) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Background

Graded Return to Work (GRTW) is a strategy to bring chronically ill persons gradually back to full work load. Several studies showed the effectiveness of GRTW regarding RTW for patients with somatic diseases. Studies in patients with mental health problems showed contrary results.

Aim

Our study aims to determine the effect of GRTW on longer-term RTW in persons with mental disorders.

Methods

The data was extracted from the GRTW cohort study in the context of multimodal rehabilitation on behalf of the German Pension Insurance (GPI). Patients with mental disorders in a clinical rehabilitation setting were included. Questionnaires at the start of rehabilitation and 15 months later were provided. Balanced groups (GRTW, noGRTW) were formed by propensity score matching based on 27 covariates. The primary outcomes were the RTW status at follow-up and the number of days on sick leave during follow-up.

Results

From 1,062 data sets (GRTW: 508, noGRTW: 554), 381 pairs were matched (age: 47.8 years; 78% female; 65% affective disorders, 28% neurotic or somatic disorders). At follow-up, 88% of the GRTW group had returned to work compared to only 73% of the controls (RR = 1.22, 1.13 to 1.31). The mean sick leave duration during the follow-up period was 7.0 weeks in the GRTW group compared to 13.4 weeks in the control group ($p < .001$). Additional explorative analyses showed that these effects were only observed in patients with an unsure or negative subjective RTW prognosis.

Discussion and Conclusions

GRTW in addition to a multimodal rehabilitation is effective in enhancing successful work participation in people with chronic mental disorders. GRTW after multimodal rehabilitation is particularly suitable for patients with a negative subjective RTW prognosis.

References

-

Internet based follow-up in personality and posttraumatic stress disorders – how can treatment continuity be realized in terms of bridging treatment and rehabilitation gaps

Wirtz, G. (1), Lang, S.
(1) SRH RPK Karlsbad

Background

Treatment and rehabilitation of personality- and posttraumatic stress disorders requires a long term, continuously and individually planned strategy across the limitations of specific treatment settings. Gaps in between rehabilitative services often endanger the success of therapeutic interventions. Internet based follow-up strategies can be the key for successful treatment and rehabilitation results.

Aim

Acceptance and efficiency of a residence independent internet based intervention is investigated.

Methods

We conducted a pilot study in order to investigate the feasibility and individual results of an internet based follow-up treatment module at the transition between either different treatment resp. rehabilitation settings or immediate employment. Core elements of the intervention are weekly group chats. Other core elements are individual weekly schedules, goal attainment interventions and more individual support material. 31 participants were interviewed at the beginning (t1) and after three months of participation (t2).

Results

After discharge from hospital or acute rehabilitation 84% of the participants used the intervention at least once. The average length of participation was 63 days (SD=4.6). Individual acceptance and satisfaction were high. 80% of participants had no psychiatric hospital or day care admission at t2. The implementation within the clinical and rehabilitative setting was possible with only minimal increase of financial and staff resources.

Discussion and Conclusions

The results of our pilot study indicate high acceptance of the intervention within the target population. Individual processes show an actual improvement in critical transitions from one setting into another or into employment. Implementation of the intervention can be realized in clinical and rehabilitation settings.

References

-

Return to work: with wellbeing or work-coping? Randomized controlled group intervention with persons suffering from work-anxieties

Muschalla, B. (1), Jöbges, M.

(1) Technische Universität Braunschweig

Background

Work-anxieties are associated with sick-leave and make high costs for companies and affected employees. Work-anxieties require specific diagnostic and interventions. We evaluated a short “work-anxiety-coping-group” (WAG).

Aim

We tested experimentally whether the exposition-oriented group (WAG) lead to shorter sick-leave-durations after treatment than a group focused on wellbeing and relaxation (“wellbeing-group” WG).

Methods

1619 employees who were presently in rehabilitation (with the aim of illness recovery and vocational reintegration) were investigated for work-anxieties.

389 persons with work-anxiety were randomly assigned to either WAG or WG. In the beginning and in the end of rehabilitation, general symptom load, work-anxiety, work-coping were measured. From 254 persons the duration of sick leave after the rehabilitation could be assessed.

Results

Persons with work-anxiety (without other mental health problems) who participated in the WAG had a shorter sick leave duration after rehabilitation than persons with work-anxiety from the WG.

In participants with work-anxiety and additional mental health problems there was no difference between the two groups.

When the intervention was longer (six instead of four sessions), the WG-participants perceived a loss of work-coping.

Discussion and Conclusions

Early work-oriented interventions are necessary for preventing loss of work-coping. Future research should investigate whether longer duration of interventions may lead to shorter sick-leave in persons with both work-anxiety and additional mental health problems. This is the first RCT for treatment of work-anxieties. This study contained persons with different somatic illnesses, which also influence return-to-work. Research on (work-anxiety-prevention) interventions at work is needed.

References

Muschalla B. Work-anxiety coping intervention improves work-coping perception while a recreational intervention leads to deterioration. Results from a randomized controlled trial. *EJWOP* 2017;26:858-869.

A systematic review of the clinical aspects and effectiveness of suit therapies for cerebral palsy: Fact or fashion?

Giray, E. (1), Karadag-Saygi, E.

(1) Marmara University School of Medicine, Istanbul

Background

Suit therapies involve the use of garments, which are a kind of dynamic orthosis. Although their use has become popular, scientific evidence supporting the efficacy of suit therapies is scarce.

Aim

The aims of this review to provide a comprehensive discussion on the mechanism, indications, contraindications, adverse effects and effectiveness of suit therapy for CP.

Methods

A literature search was performed in the PUBMED, SCOPUS, Web of Science and PEDro databases. The articles were categorized according to their study design. Data on subjects (n, age, CP type, GMFCS level), suit type, intervention including dose of suit therapy, outcome measurements, outcomes, adverse effects and funding are extracted. The method introduced by Furlan, Pennick, Bombardier, and van Tulder was used for assessing the risk of bias to evaluate methodological quality of randomized controlled studies.

Results

The 29 included studies consisted of 10 Class I, 8 Class II&III and 11 Class IV studies. Studies were heterogenous in design, sample size, study population and outcomes measured. The methodological quality score of RCTs varied 4-10. Results of the high quality RCTs showed that wearing the suit along with conventional therapy improves proximal stability, gross motor function and gait. The Class II&III and IV studies support the findings of the Class I studies.

Discussion and Conclusions

In order to obtain gains in the function, it is important to carefully consider intended use, patient selection criteria and suit type. Therefore; while there some evidence exists regarding the use of suit therapies, it must be considered that "one size does not fit all", not all therapies are a good fit for all children with CP.

References

-

Diagnostic Accuracy of a Screening Instrument predicting future RTW chance of Patients with chronic diseases. Overview of the existing Evidence

Streibelt, M.

Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Background

The effectiveness of rehabilitation depends on the individual non return to work (RTW) risk. Therefore, a risk score (SIMBO) was developed to predict the future RTW chance supporting the referral management.

Aim

The aim of this paper is to summarise the evidence of the diagnostic accuracy of the screening instrument SIMBO in the German rehabilitation system.

Methoden

The data of 4 cohort studies including were integrated. In all these studies the SIMBO was measured at admission of the inpatient rehabilitation. The outcome was defined as the occurrence of problems in the return-to-work (RTW) process 3 months after rehabilitation. All results were weighted regarding gender and diagnosis group for the whole German rehabilitation population in 2015.

Results

Data from 2,422 patients out of nine different disease groups were included. In these groups between 9% and 47% reported critical RTW events in the follow-up (total: 35.2%). The area under curve (AUC) criteria laid between .844 and .899 (total: .891). The standardised mean differences in the SIMBO score between patients with and without a critical RTW event was 1.22 to 1.48 (total: 1.43).

Sensitivity and specificity rates varied depending on the chosen threshold. Using optimal thresholds they ranged from 74% to 93% as well as 72% to 87%. The identification of critical RTW events could be increased threefold due to the SIMBO.

Discussion and Conclusions

Up to now, this is the strongest evidence regarding the diagnostic accuracy of a screening instrument to detect RTW problems after rehabilitation. Based on this the SIMBO can be used as generic screening identifying patients having a need for an intensified rehabilitation strategy.

References

-

Hydrotherapy in elderly: a review of the literature

Golež, A.

Celje General and Teaching Hospital

Background

Nowadays many people are aged 65 years or more. In an elderly population preventive medicine has an important role (Oh et al., 2015). According to literature, hydrotherapy can help elderly to stay independent in activities of daily living, feel less pain, it is successful in lowering blood pressure and risk of falls, preventing depression, improving mood, sleep quality and quality of life (Oh et al., 2015; Latorre-Roman et al., 2015). Risk of falls must be considered, as well as absolute and relative contraindications of elderly to participate in hydrotherapy (Oh et al., 2015; Latorre-Roman et al., 2015; Leirós-Rodríguez et al., 2018).

Aim

The aim was to find out if hydrotherapy is more appropriate form of exercise for elderly patients in comparison to land-based exercise.

Methods

Review of the existing literature was made, which was found by electronic databases of MEDLINE, PubMed, PEDRO, COCHRANE and key words Hydrotherapy, Aquatherapy, Aqua Fitness, Elderly and Geriatrics.

Results

Hydrotherapy has more positive effects on pain, quality of sleep and life, risk of falls, weight, BMI, blood pressure, depression, mood, cognition, independence in daily life activities than land-based exercise in elderly, who can participate in it (Latorre-Roman et al., 2015; Leirós-Rodríguez et al., 2018).

Discussion and Conclusions

Discussion and conclusions: Hydrotherapy has a positive influence on pain, quality of sleep and life, lowers risk of falls, weight and subsequently BMI, blood pressure, depression, improves mood, cognition, prolongs independence in daily life activities and is more appropriate form of exercise for elderly, who can participate in it.

References

- Latorre-Roman PA, Rentero-Blanco M, Laredo-Aguilera JA, García-Pinillos F. Effect of a 12-day balneotherapy programme on pain, mood, sleep, and depression in healthy elderly people. *Psychogeriatrics*. 2015;15(1):14-9. doi: 10.1111/psyg.12068.
- Leirós-Rodríguez R, Anxela Soto-Rodríguez A, Pérez-Riba, García-Soidán JL. Comparisons of the Health Benefits of Strength Training, Aqua-Fitness, and Aerobic Exercise for the Elderly. *Rehabilitation Research and Practice*, Volume 2018, Article. <https://doi.org/10.1155/2018/5230971>,1.
- Oh S, Lim JM, Kim Y, Kim M, Song W, Yoon B. Comparison of the effects of water- and land-based exercises on the physical function and quality of life in community-dwelling elderly

people with history of falling: a single-blind, randomized controlled trial. *Arch Gerontol Geriatr.* 2015, 60(2), 288-93.

Knowledge translation in cochrane insurance medicine

Verbel, A.

EbIM Research and Education, Basel

Background

Cochrane Insurance Medicine (CIM) works within Cochrane, to promote the production and the use of systematic reviews for decision-making in insurance medicine (IM). Knowledge translation (KT) is at the core of Cochrane's Strategy to 2020 and is defined as the process of ensuring that health evidence is used by those who need it to make health decisions (Cochrane Community, 2017).

Aim

To provide an overview of the KT concept; the Cochrane's KT strategy; the CIM offer of KT products and the main challenges faced by CIM when promoting the production and use of evidence.

Methods

We compile and present information from: Cochrane official documentation; an international survey on knowledge needs of IM professionals and the KT products delivered by CIM.

Results

Since 2013, CIM has implemented a total of 19 KT activities focusing on growing users capacities (n=11), creating strategic partnerships (n=5), translating evidence documents into multiple languages (n=2) and identifying evidence needs (n=1). CIM KT activities target mostly IM practitioners. Main challenges to foster the production and use of IM evidence, are: evidence needs are considered to be country- or legislations-specific; the available evidence needs to be compiled and more accessible; priority-setting exercises are required to define systematic review priorities; the need to create synergies in the production of evidence and to promote CIM as a source of evidence among IM professionals.

Discussion and Conclusions

CIM is strengthening capacities to implement and deliver KT activities according to the characteristics and needs of the end users. Future CIM KT strategies will give greater emphasis on the compilation and dissemination of evidence, the generation of KT products for decision-makers and positioning CIM as a relevant source of IM evidence.

References

Cochrane Community. Cochrane Knowledge Translation Strategy April 2017. [Cited 2018 Nov 5] Available at: <https://community.cochrane.org/sites/default/files/uploads/inline-files/Cochrane%20Knowledge%20Translation%20Strategy%20FINAL%20for%20website.pdf>

Implementing the German model of work-related medical rehabilitation: Did the dose delivered of work-related treatment components increase?

Egner, U. (1), Streibelt, M., Schuler, M., Bethge, M.

(1) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Background

Work-related treatment components are an essential part of rehabilitation in order to support return to work of patients with musculoskeletal disorders. In Germany, a guideline for work-related medical rehabilitation was developed to increase work-related treatment components. In addition, new departments were approved to implement work-related medical rehabilitation programs.

Aim

The aim of our study was to explore the state of implementation of the guideline's recommendations by describing the change in the dose delivered of work-related treatments.

Methods

The treatment dose of work-related therapies was compared for two patient cohorts with musculoskeletal disorders. The first cohort participated in a common medical rehabilitation program in the second half of 2011. The second cohort joined a work-related medical rehabilitation program in the second half of 2014 after the implementation of the new departments. Patients were matched one-to-one by propensity scores.

Results

We included data of 9,046 patients. The mean dose of work-related therapies increased from 2.2 hours (95% CI: 1.6-2.8) to 8.9 hours (95% CI: 7.7-10.1). The mean dose of social counselling increased from 51 to 84 minutes, of psychosocial work-related groups from 39 to 216 minutes, and of functional capacity training from 39 to 234 minutes. The intraclass correlation of 0.67 (95% CI: 0.58-0.75) for the total dose of work-related therapies indicated that the variance explained by centers was high.

Discussion and Conclusions

Dose delivered of work-related components was increased. However, there was a discrepancy between the guideline's recommendations and the dose delivered in at least half of the centers. It is very likely that this will affect the effectiveness of work-related medical rehabilitation.

References

-

Effectiveness of work-related medical rehabilitation in patients with chronic musculoskeletal diseases

Bethge, M. (1), Markus, M., Streibelt, M., Gerlich, C., Schuler, M.

(1) Universität zu Lübeck

Background

In Germany, work-related medical rehabilitation programs were developed for patients with musculoskeletal disorders. Randomized controlled trials have shown that return to work rates can be increased by about 20 points compared to common medical rehabilitation programs. Since 2014, the Federal German Pension Insurance has approved several new departments to implement these programs.

Aim

Our study was launched to assess the effects of the programs under real-life conditions.

Methods

Participants received either a common or a work-related medical rehabilitation program. Propensity score matching was used to create balanced samples. Effects were assessed by patient-reported outcomes 10 months after completing the rehabilitation program.

Results

We included 1282 patients. Work-related medical rehabilitation increased stable return to work (OR = 1.42; 95% CI: 1.02 to 1.96) and self-rated work ability ($b = 0.38$; 95% CI: 0.05 to 0.72) and decreased time to return to work compared to common medical rehabilitation. Subgroup analyses showed that the effect on stable return to work was affected by the prior risk of not returning to work and the dose received as rated by the participants. In patients with a high initial risk of not returning to work and a high dose received, the absolute risk difference was about 20 points in favor of work-related medical rehabilitation and in line with the effects known from the randomized controlled trials.

Discussion and Conclusions

Implementation of work-related medical rehabilitation in German rehabilitation centers affected work participation. Reaching patients with a high risk of failing return to work and improving the treatment consistency according to the recommendations of the guideline may improve outcomes in real care.

References

-

Injury severity, extracranial injuries and return to work after mild traumatic brain injury

Huovinen, A. (1), Isokuortti, H., Marinkovic, I., Melkas, S.

(1) Helsinki University Hospital

Aim

To evaluate extracranial injuries and their effect on return to work (RTW) and symptoms in mild traumatic brain injury (MTBI) patients using Injury Severity Score (ISS) and Abbreviated Injury Score (AIS).

Methods

130 MTBI patients were included, 114 of them currently employed or students and their full RTW was assessed. The symptoms of mild TBI were assessed by Rivermead Post-Concussion Symptom Questionnaire (RPQ) and their recovery measured by Glasgow Outcome Scale Extended Questionnaire (GOS-E) at 1 month after injury. Extracranial injuries were classified by ISS and AIS.

Results

Full RTW rate at 1 year was 98.2% and median RTW was 9 days (SD 69.9). Median ISS was 6 (IQR 4-10). Mean RPQ was 10.90 (SD 9.80) and mean GOS-E 7.42 (SD 0.74). ISS was moderately correlated (0.455, $p < 0.001$) with full RTW. AIS head (0.403, $p < 0.001$), AIS external (0.261, $p = 0.005$) and ISS total (excluding head injuries) (0.313, $p = 0.001$) were also associated with slower RTW. Comparing patients with extracranial injuries ($n = 28$) vs isolated MTBI, RTW for those with extracranial injuries was slower (20 vs. 7 days, $p = 0.003$) and they reported extracranial pain more often (75.0% vs. 42.1%, $p = 0.002$) and with higher severity (39.3% vs. 21.1% of patients with at least moderate pain, $p = 0.005$). However, they did not report more symptoms in RPQ nor worse recovery in GOS-E at 1 month.

Discussion and Conclusions

Extracranial injuries correlated with delayed RTW. ISS and RTW were correlated but ISS did not seem to correlate with post-concussion symptoms. The strength of correlation was from weak to moderate. Even bruises and wounds (AIS external) seemed to correlate with delayed RTW, which could be explained by longer recovery time, symptom burden or primary physician's tendency to give longer leave of absence based on visual evidence of injury.

References

-

Work-related medical rehabilitation in cancer survivors: results from a cluster randomized multicenter trial

Fauser, D. (1), Wienert, J., Bethge, M.

(1) Universität zu Lübeck

Background

Effective multidisciplinary rehabilitation programs supporting the return to work have become increasingly relevant for cancer patients (de Boer et al., 2015). In Germany, work-related medical rehabilitation programs consider treatment modules of work-related diagnostics, work-related functional capacity training, psychosocial groups, and intensified social counseling (Bethge, 2017).

Aim

Our study investigated the effectiveness of work-related medical rehabilitation as compared with conventional medical rehabilitation in a cluster randomized multicenter trial (Wienert et al., 2016) (German Clinical Trial Register: DRKS00007770).

Methods

484 cancer patients aged 18 to 60 years were recruited in four rehabilitation centers. Patients of a center starting their rehabilitation in the same week represented a cluster. These clusters were randomly assigned with computer-generated randomization schedules to intervention (IG) or control group (CG). The primary outcome was role functioning at the 12-month follow-up as assessed by the corresponding scale of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire. Secondary outcomes were quality of life domains and return to work.

Results

Analysis of delivered dose of treatments indicated a successful implementation of work-related medical rehabilitation. 379 patients, 197 in the IG, were included in the analysis of the 12-month follow-up. There was no significant difference between IG and CG in the primary outcome (role functioning: $b=3.69$; 95% CI: $-2.01-9.39$; $p=0.204$) and secondary outcomes. Return to work rates were 72% and 75% for the IG and CG.

Discussion and Conclusions

Despite effects at the end of rehabilitation and the 3-month follow-up work-related medical rehabilitation in cancer survivors had no long-term effect on quality of life and return to work as compared with medical rehabilitation.

References

- Bethge M. Work-related medical rehabilitation. *Rehabilitation*. 2017;56:14-21.
- de Boer AG, Taskila TK, Tamminga SJ, Feuerstein M, Frings-Dresen MH, Verbeek JH. Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015: Cd007569.

Wienert J, Schwarz B, Bethge M. Effectiveness of work-related medical rehabilitation in cancer patients: study protocol of a cluster-randomized multicenter trial. *BMC Cancer*. 2016;16:544.

Impact of functional capacity evaluation on self-rated functional capacity: a diagnostic before-after study

Schindl, M. (1), Bethge, M., Wassipaul, S., Wagner, T., Gestaltner, K.

(1) Rehabilitationszentrum Weißer Hof, Klosterneuburg

Background

In trauma patients with long-lasting inactivity, work capacity is reduced. The functional capacity evaluation (FCE) is a common clinical practice to give recommendations for planning and vocational rehabilitation if handling of previous job demands is uncertain. However, FCE may also have direct effects on the patients' appraisal of their functional capacity.

It has been shown that self-efficacy indeed affects the time off work following orthopedic trauma (Clay et al., 2010).

Aim

We aimed to describe the impact of a FCE procedure on self-reported functional capacity, which can be regarded as measure for self-efficacy.

Methods

We performed a diagnostic before-after study in 161 consecutively recruited post-trauma patients who were referred for a FCE (Isernhagen, 1992) at the end of a phase-2 post-trauma rehabilitation program in the Eastern part of Austria. Patients completed the Spinal Function Sort (Matheson and Matheson, 1989) to assess self-rated functional capacity prior to the FCE and after completing the FCE on the second day.

Results

Self-rated functional capacity improved by 14.8 points (95 % CI: 11.3 to 18.2). The number of subjects who rated their functional capacity below their functional capacity as observed by the FCE decreased from 133 (i.e., 82.6 %) to 104 (i.e., 64.6 %), by about 18 points.

Discussion and Conclusions

The performance of the FCE in patients with trauma was associated with a modest improvement of self-rated functional capacity. The performance of a FCE in trauma rehabilitation may have a direct therapeutic effect on the patient by allowing a more realistic appraisal of the ability to perform relevant work activities.

References

- Clay FJ, Newstead SV, McClure RJ (2010). A systematic review of early prognostic factors for return to work following acute orthopaedic trauma. *Injury* 41, 787-803.
- Isernhagen SJ (1992). Functional capacity evaluation: rationale, procedure, utility of the kinesiophysical approach. *J Occup Rehabil* 2, 157-168.

Matheson LN, Matheson ML (1989). Spinal Function Sort: Rating of Perceived Capacity. Text Booklet and Examiner's Manual. Trabuco Canyon: Performance Assessment and Capacity Testing.

Overcoming Barriers: Effects of Entering Vocational Rehabilitation on Labour Market

Nivorozhkin, A.

Institute for Employment Research (IAB), Nürnberg

Background

In Germany, the adoption of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities in 2009 put the development of appropriate employment and integration policies at the forefront of a policy debate. The goal of these policies is to promote long-lasting participation in working life by providing targeted reemployment services. The Public Employment Service (PES) plays a central role in this process by offering vocational rehabilitation (VR) schemes aimed at helping people with disabilities to enter the labour market or to return to work.

Aim

This paper compares the labour market outcomes of people who were accepted into the VR programme offered by the PES with those who were rejected.

Methods

The analysis focuses on a group of adult applicants in the return-to-work VR scheme in 2008. We follow the labour market outcomes of the accepted and rejected applicants for 72 months after their application. To reduce observed differences between the groups of accepted and rejected applicants, we match accepted and rejected applicants on the basis of the predicted probability to be accepted into the VR (Rosenbaum and Rubin, 1983).

Results

Acceptance in VR results in a higher probability of regular employment after the third year following application. These results are corroborated by negative effects on the number of days in receipt of unemployment and basic income support benefits.

Discussion and Conclusions

Our results have some important limitations. In order to obtain more robust effects of acceptance in VR, some important improvements in the data collection are needed. Also, to explain these results in more depth, research needs to go beyond analysing the effects of acceptance in vocational rehabilitation and to study the effects of specific ALMPs offered to rehabilitants in order to identify which programmes work for whom and when.

References

Rosenbaum PR, Rubin DB (1983): The Central Role of the Propensity Score in Observational Studies for Causal Effects, *Biometrika*. 70, 41-55.

Functional Capacity Evaluation (FCE): Standardisation versus individualisation – can we have both?

Schindl, M. (1), Jirasek, U., Wassipaul, S.

(1) Rehabilitationszentrum Weißer Hof, Klosterneuburg

Background

Different protocols exist for functional capacity evaluation. Ideally, the protocol provides individualised results about the possibility of return to the former job, and if impossible, a broad standardised work-ability profile. The WorkWell (Isernhagen, 1992) protocol consists of 29 standard items in five performance categories to display a broad patients' work-ability profile. It additionally allows to add task-specific items to assess individual job demands.

Aim

We aimed to evaluate the degree of individualisation found within our routine FCE WorkWell procedure in trauma patients.

Methods

We retrospectively evaluated the protocols of the 2017 FCE testing cohort in respect of additionally applied individualised test items and the number of individualised test items that were regarded as limiting factors for the return to work in the former job.

Results

The sample consisted of 141 consecutive post-trauma patients (age: $42,9 \pm 11,1$ years, 130 males, latency post trauma: $11,6 \pm 16,7$ months). In 61 patients (43%) at least one task-specific test item was added to the standard protocol.

In 51 out of these 61 patients (83,6%), at least one of the task-specific items was regarded as limiting factor for the fulfilment of the pre-trauma work demands.

The limiting task-specific items could be grouped in: Leather/stair climbing with weight ($n=14$), walking on specific surfaces ($n=8$), usage of specific tools ($n=14$), specific load geometry (including patient transfer ($n=8$), specific static postures ($n=3$), others ($n=13$).

Discussion and Conclusions

The additional application of at least one individualised item was relevant in 36,2% of our patients. It seems that the WorkWell protocol, a widely recommended (Kaiser et al., 2000) FCE protocol, not only provides a reliable (Bieniek and Bethge, 2014), broad standardised work-ability profile, but additionally provides an individualised jobmatch in respect of the former job.

References

- Bieniek S, Bethge M (2014). The reliability of WorkWell Systems Functional Capacity Evaluation: a systematic review. *BMC Musculoskelet Disord* 15, 106.
- Isernhagen SJ (1992). Functional capacity evaluation: rationale, procedure, utility of the kinesiophysical approach. *J Occup Rehabil* 2, 157-168.

Kaiser H, Kersting M, Schian H.-M, Jacobs A, Kasprowski D. Der Stellenwert des EFL-Verfahrens nach Susan Isernhagen in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation. *Rehabilitation* 2000; 39: 297-306.

Predictive validity of the daily work capacity in the medical rehabilitation regarding the access to early retirement due to permanent work disability

Egner, U. (1), Streibelt, M.

(1) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Background

Rehabilitation on behalf of the German pension insurance has to prevent work disability pension (WDP). In the medical rehab-discharge report, a rating of the work-capacity after rehab is documented.

Aim

The aim of our study was to analyze whether this can predict the claim for WDP after medical rehabilitation.

Methods

The analysis included all medical rehabilitation measures due to musculoskeletal diseases. We used routine data of the GPI including the information of the rehab-discharge report and the work trajectories six years prior to and five years after rehabilitation. The work capacity was documented in three categories: more than 6 hours, 3 to 6 hours and less than 3 hours per day. To test the predictive validity of the daily work capacity, multiple regression models were calculated. The models were adjusted for sick leave in the year before rehabilitation, days in paid employment six years before rehabilitation and age.

Results

We included data of 93,783 patients (48 ± 8 years). Of all patients, 1,027 (1.1%) had a documented work capacity of 3 to 6 hrs per day and 481 (0.5%) were evaluated with less than 3 hrs. In the 5-year-follow-up, 10,473 persons (11.2%) received a WDP. A reduced work capacity per day in the rehab led to a significantly higher chance of WDP (3 to 6 hrs: OR=9.23; less than 3 hrs: OR=15.28). However, only 972 of all 10,473 WDP patients could be identified (9.3%).

Discussion and Conclusions

The documented work capacity in the rehab is strongly associated to the access to early retirement due to permanent work disability in the 5-year-follow-up. But compared to the WDP access rates, the proportion of patients with reduced work capacity per day in the rehab was low. The results underline the multi-complex, hardly predictable transition from active work to early retirement.

References

-

Last stop early retirement? RTW promotion for insured with common mental disorders

Nebe, A.

Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Background

Since 2005, common mental disorders (CMDs) are the leading cause of disability pensions (DP) in Germany. In 2017, 39% of all DP were due to CMDs.

Aim

German Pension Insurance (GPI) endeavors to develop new concepts to prevent DP due to CMD and keep people at work.

Methods

After finding out the problems, possible causes were identified and respective needs for action processed.

Results

1. Only almost 50% of those affected claim rehabilitation before DP. A reason was that if specific pre-treatment was not received, GPI refused rehabilitation (DRV Leitlinie zur sozialmedizinischen Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen, 2012). As individuals with CMD have a high chronification tendency which risks their workability, rehabilitation prerequisites declined. A set diagnosis is a needed. A diagnose specific treatment is desirable, but not mandatory any more.
2. 13% of those affected receive DP two years after rehabilitation. In response, a case management study was designed and will be tested. Another concern is promoting work as a possible therapy issue. A unrepresentative pilot survey found that work was the central therapy theme in more than 50% of respondents and was stabilizing for overcoming CMDs (Gombert et al., 2019).
3. After DP was awarded, only a few return to work (RTW), although significantly more want to (Kobelt et al., 2009). Multistep measures were designed to encourage RTW. Additionally, a personal activating measure at three different points in time of DP was developed and will be evaluated. An information flyer was developed as "initial activation" the contents of which is being evaluated. Also specific programmes for ER due to CMDs are being developed.

Discussion and Conclusions

GPI has recognized the need for action to decrease and prevent ER due to CMDs. New concepts have been developed, some of which are already in implementation or evaluation.

References

- DRV Leitlinie zur sozialmedizinischen Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen, August 2012.
- Einstellung ärztlicher und psychologischer PsychotherapeutInnen zum Thema EM-Rente – Ergebnisse einer nicht repräsentativen Piloterhebung

Gombert C, Hesse B, Nebe A, Eggens U, Wagner B, Köllner V. (eingereicht für das Reha Kolloquium).

Kobelt, A., et al. (2009). Wollen psychisch erkrankte Versicherte, die eine befristete Rente wegen voller Erwerbsminderung beziehen, wieder ins Erwerbsleben eingegliedert werden?, *Psychother Psychosom Med Psychol*, 59(7), 273–80.

Regulatory contexts affecting rehabilitation and work reintegration of people with work disability: portrait of compensation systems in two Canadian provinces

Lippel, K.

University of Ottawa

Background

Researchers in work disability prevention (WDP) often fail to examine regulatory contexts in which their research takes place (Clay et al., 2014). Policy-makers may draw on research from other jurisdictions without making the necessary adjustments for their own regulatory context.

Aim

This presentation is derived from a chapter in *The Science and Politics of Work Disability Prevention* addressing social, political and economic contexts driving state work disability reform in 13 countries (Lippel, 2018).

Methods

Using classic legal analysis of regulatory frameworks in Quebec and Ontario, we compare regulatory provisions governing rehabilitation in four compensation systems (work, motor vehicle accidents, crimes or domestic accidents). Results are linked to the literature on WDP (Lippel and Lötters, 2013).

Results

Within Canada, provincial regulatory frameworks will differentially affect behaviour of workplace parties, health care providers and insurers. Employers will have incentives to reintegrate a worker if disability is caused by work, but not if it is caused by crime. Comparing workers' compensation regimes, the nature of these incentives is different depending on the province. Compensation regimes provide differential access to rehabilitation supports and incentives for return to work.

Discussion and Conclusions

Cause of disability and geographic location will determine the nature and level of supports made available to the worker and the workplace in the return to work process. Studies compare administrative data between provinces as if the contexts were identical, yet behaviour of health care providers, compensation authorities, workers and employers are driven by different incentives in different provinces. We will conclude with a summary of key messages for policy makers and researchers in designing studies and policies aimed at WDP.

References

- Clay,FJ, Berecki-Gisolf J, Collie, A. How Well Do We Report on Compensation Systems in Studies of Return to Work: A Systematic Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2014; 24(1):111-124.
- Lippel, K. Strengths and Weaknesses of Regulatory Systems Designed to Prevent Work Disability after Injury or Illness: an Overview of Mechanisms in a Selection of Canadian Compensation Systems. in E. MacEachen (Ed), *The Science and Politics of Work Disability Prevention*, Routledge, Taylor & Francis, 2018, 50-71.
- Lippel K, Lötters, F. Public Insurance Systems : A Comparison of Cause-based and Disability-based Income Support Systems. in P. Loisel and H. Anema, *Handbook of Work Disability: Prevention and Management*, Springer, New York, 2013, 183-202.

Return-to-Work and Rehabilitation in an international legal context

Welti, F.

Universität Kassel

Background

This presentation is derived from discussions related to the book *The Science and Politics of Work Disability Prevention* (Routledge, 2018) that addresses the social, political and economic contexts driving state work disability reform in 13 countries.

Aim

Attention to regulation in national jurisdictions is necessary for understanding the politics and practice of work disability prevention and rehabilitation, but it is influenced by international law. The presentation wants to show the international legal context, especially the UN-Convention on the Rights of Persons with Disability (CRPD), the ILO-Convention No 159 (Vocational Rehabilitation and Employment Convention) and the EU-law (Equal Treatment Directive 2000/78/EC).

Methods

Documents are examined from the UN CRPD-committee, the ILO and the EU as well as from international courts (ECJ and ECHR) and national courts and governments to identify the ways international regulation influences and provides coherence to return-to-work and rehabilitation. It will describe direct effects like court decisions as well as the discourse created by common terms and subjects.

Results

Especially in EU-countries a certain effect of discussions on reasonable accommodation of workplaces derived from Art 5 Dir 2000/78/EC and Art 27 CRPD can be observed. Moreover ILO and CRPD help to create global minimum standards.

Discussion and Conclusions

It shall be openly discussed if there is a trend towards international convergence in rehabilitation and return-to-work-policies.

References

- Ales, E/ Bell, M/ Deinert, O/ Robin-Olivier, S (Ed.), International and European Labour Law, Beck/Hart/Nomos, 2018.
- McEachen, E (Ed.), The Science and Politics of Work Disability Prevention, Routledge, 2018.
- Wansing, G/ Welti, F/ Schäfers, M (Ed.), The Right to Work for Persons with Disabilities, Nomos, 2018.

The science and politics of work disability prevention: international trends for return-to-work and rehabilitation

MacEachen, E.

University of Waterloo

Background

Since the 1990's, there has been a move across international jurisdictions to policies and programs that focus on work ability, not disability, and on strategies that encourage employment integration of people with temporary and permanent impairments.

Aim

This presentation provides a reflection on 30 years of work disability programs. What can we say about these program ideals: what worked and what did not work, and why?

Methods

Top work disability researchers from 13 jurisdictions assembled in Toronto in 2017 to share knowledge about work disability conditions, policies, and social, economic and political realities of work integration. This led to chapters for the edited book, The Science and Politics of Work Disability Prevention (MacEachen, 2018). Each chapter addressed work disability policies in the authors' country, including current practices and avenues for change. We compared and contrasted Issues raised in the chapters and then synthesized these using critical thematic analysis approaches.

Results

A relationship between reduced number of people on disability benefits and increased employment is not always clear. Strategies for successfully engaging employers and health care providers in work integration are still developing.

Discussion and Conclusions

More tracking is needed of employment outcomes for people who receive or are declined support. Areas of emergent concern are effects of quality of the claimant encounter with providers and approaches to support the growing self-employment economy.

References

MacEachen, E. (Ed.) (2018). *The Science and Politics of Work Disability Prevention*. New York: Routledge.

Implementing a new paradigm: The shift from social investment to health promotion in Switzerland

Geisen, T.

Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW, Olten

Background

Workplace-related welfare policy in Switzerland has been dominated in recent decades by the principle of “getting people back to work.” Since the turn of this century, however, a new principle has emerged: “keeping people at work.” (Geisen et al., 2008; Geisen and Harder, 2011).

Aim

The new orientation focuses not on returning people to work after full medical treatment or a loss of employment but on new types of “activation” policies and practices. This new work-activation-focused policy emphasizes prevention and early intervention, especially workplace safety and health promotion, in order to keep people at work.

Methods

Document study of policy documents and legal analysis of regulatory frameworks in Switzerland.

Results

Recent changes to the Swiss welfare state demonstrate a shift from “social investment” to health promotion (Geisen et al., 2008). With this shift, workplace health gained new importance and made employers more responsible for creating and maintaining healthy workplaces, promoting good health, and preventing work-related illness and injury (Füllemann et al., 2017).

Discussion and Conclusions

The paper shows how the most recent reforms to the Swiss welfare state have been implemented, and it discusses the reforms’ impact on the health and social security of employees. The main argument is that, compared with earlier policies that removed injured or ill employees from work to recuperate and then returned them to work, recent policies bring the welfare state and social security measures closer to companies and workplaces, by requesting cooperation and support in keeping at work people at risk of severe illness or permanent disabilities.

This presentation is derived from on a chapter in *The Science and Politics of Work Disability Prevention* (Routledge, 2018) which addresses the social, political and economic contexts driving state work disability reform in 13 countries.

References

- Fülleemann, D., Inauen, A., Jenny, G., Moser, P., & Bauer, G. (2017). Betriebliches Gesundheitsmanagement in Schweizer Betrieben: Monitoring-Ergebnisse 2016. Gesundheitsförderung Schweiz Arbeitspapier 40. Bern, Switzerland: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Geisen, T., & Harder, H. G. (Eds.). (2011). Disability management and workplace integration: New perspectives. Farnham, UK: Gower.
- Geisen, T., Lichtenauer, A., Roulin, C., & Schielke, G. (2008). Disability Management in Unternehmen in der Schweiz. Bern, Switzerland: Bundesamt für Sozialversicherungen.

Return-to-work and rehabilitation in the Netherlands: large role for employers

de Rijk, A.

Maastricht University

Background

Cross-country comparisons are important sources of inspiration for shaping health care system changes. Since 2004, Dutch employers have been required to formulate an action plan within 8 weeks of a worker reporting sick, and they must pay at least 70% of the absent worker's income for up to 2 years. The action plan might include: work adaptations, return-to-work counselling and rehabilitation. However, these two laws are out of range compared to other countries. This presentation is derived from a chapter (de Rijk, 2018) in *The Science and Politics of Work Disability Prevention (2018)* which addresses the social, political and economic contexts driving state work disability reform in 13 countries.

Aim

To unravel the historical background of two laws that are the most striking part of the extensive Dutch sickness absence and disability pension policy, their effects and their drawbacks, in order to understand their transferability to other countries.

Methods

Document study of policy documents and empirical studies. Most of them have remained largely inaccessible internationally.

Results

Since 1945, Dutch employers have become highly responsible for the wellbeing and income of employees. This responsibility is rooted in the Dutch 'consultative economy', and paved the way for acceptance of the two laws. The laws are highly effective in terms of reducing disability pension and offering support to employees with health problems.

Discussion and Conclusions

Some parts of the two laws are highly transferable to countries with comparable system characteristics, but sustainability of the laws can be questioned.

References

de Rijk A. Work disability prevention in the Netherlands: key role for employers. In: The Science and Politics of Work Disability Prevention (MacEachen, Ed.). Routledge; 2018.

The disability caused adjustment of the workplace through assistance technologies in Germany

Kohte, W. (1), Busch, D.

(1) Zentrum für Sozialforschung Halle, Halle/Saale

Background

The use of assistive technology is important for persons with disabilities and for their return to work after accidents or physical problems. There is a multitude of technical assistants, which are constantly being further developed through the digital progress of the working world and medical technology, as the example of the "exoskeleton" clearly shows. There are different functions: the technologies can promote the personal abilities of disabled persons; they can promote the adjustment of workplaces.

Aim

Taking into account the current digital developments, the contribution shows what claims persons with disabilities in Germany have to the disability caused adjustment of their workplace. It is possible that the health-insurance has to pay the medical aid (SG Speyer Urt. v. 20.5.2016 – S 19 KR 350/15). It is possible in other cases that the assistants are a benefit for rehabilitation paid by the pension-insurance or accident-insurance, may be it is an employer-financed reasonable adjustment of the workplace (Art 5 Directive 2000/78/EC).

Methods

Document study of legal and policy documents, empirical studies and court decisions.

Results

As technical assistance technologies evolve, the transition from health and safety-optimized workplace design to disability caused adjustment becomes more fluid. In the structured German Social System we find complicated issues of accessibility, responsibility, funding and enforcement for technical assistants.

Discussion and Conclusions

It shall be openly discussed if there is a trend towards international convergence in the disability caused adjustment of workplaces.

References

Kohte, W, Große Auswirkungen der Digitalisierung auf die Arbeitswelt, ASU 6.2018, 356
Steinhilber, B/ Seibt, R/ Luger, T, Exoskeletons in occupational settings – effects and side effects, ASU 10.2018, 662.
Wansing, G/ Welti, F/ Schäfers, M (Ed.), The Right to Work for Persons with Disabilities, Nomos, 2018.

Work Disability Prevention and Rehabilitation in France: Organizational and Political Challenges

Fassier, J.-B.

Université Claude Bernard Lyon

Background

Work disability prevention (WDP) in France sits at the crossroads of the social security system, employers, the occupational health system, and the healthcare system. Numerous codes, laws and regulations create a very complex system for all stakeholders involved. This presentation is derived from a chapter in *The Science and Politics of Work Disability Prevention* (Routledge, 2018).

Aim

(a) to describe the role and responsibilities in WDP/occupational rehabilitation of different actors in the French system

(b) to describe current measures for WDP with a focus on the legal status “disabled worker”

Methods

Document study of policy documents and legal analysis of regulatory frameworks in France. This presentation will address only the general social security scheme that covers 18 million private-sector, salaried workers.

Results

In France, the social-insurance physicians, the occupational physicians (OPs), and the treating physicians have specific roles in WDP. Only the OPs are entitled to communicate with the employers for job accommodation. There is no better incentive for employers to provide job accommodation than disabled-worker status. Rehabilitation services are loosely connected with WDP actors, with a few notable exceptions.

Discussion and Conclusions

WDP in France is hampered by the complexity of the social legislation, the scattering of actors, and the uneven collaboration between rehabilitation and occupational health services. The viability of the system is challenged by the significant increase of workers with the “disabled worker” status.

References

Work Disability Prevention in France: Organizational and Political Challenges. In: *The Science and Politics of Work Disability Prevention* (MacEachen, Ed.). Routledge.

Adoption of the Work Disability Functional Assessment Battery (WD-FAB) to Germany and European Countries [work in progress]

Feng, Y.-S. (1), Kazis, L., Kohlmann, T.

(1) Universitätsmedizin Greifswald

Background

The Work Disability Functional Assessment Battery (WD-FAB) is a patient-completed measure of eight domains of physical and mental functioning for adults. Initially created to standardize assessments supporting claims adjudication for Social Security in the United States Social Security Administration, the WD-FAB was rigorously developed based on the International Classification of Functioning, Disability and Health framework (ICF)[1] and administered using computer adaptive testing (CAT) to minimize respondent burden while maintaining measurement accuracy. Its 300+ items have been psychometrically tested in large samples of US adults (Marfeo et al., 2013; Marfeo et al., 2018; McDonough et al., 2017).

Aim

Cultural adoption of the WD-FAB to Germany and other European countries.

Methods

Cultural adaptation of the WD-FAB require two independent forward translations and one to two backward translations; review by experts in the field of rehabilitation and health measurement; and field testing. The items must be psychometrically analyzed as well as calibrated using item response theory in appropriate populations.

Results

Current Activities: Representatives of many European countries (including Germany) met in September 2018 to discuss cultural adaptation of the WD-FAB and its application in the rehabilitation context. The German adaptation project has been detailed in a protocol and scheduled to begin January 2019. The German WD-FAB will be analyzed using German rehabilitation patients and disability claimants.

Discussion and Conclusions

The accurate measurement of functional level with low respondent burden can be used to support disability claims adjudication; evaluate rehabilitation patients' recovery progress and effectiveness of therapy; and provide a standardized measure for international comparisons as the WD-FAB is adopted by other countries.

References

Marfeo EE, Haley SM, Jette AM, Eisen SV, Ni P, Bogusz K, et al. Conceptual foundation for measures of physical function and behavioral health function for Social Security work disability evaluation. *Arch Phys Med Rehabil.* 2013;94(9):1645-52 e2.

- Marfeo EE, Ni P, McDonough C, Peterik K, Marino M, Meterko M, et al. Improving Assessment of Work Related Mental Health Function Using the Work Disability Functional Assessment Battery (WD-FAB). *J Occup Rehabil.* 2018;28(1):190-9.
- McDonough CM, Ni P, Peterik K, Marfeo EE, Marino ME, Meterko M, et al. Improving measures of work-related physical functioning. *Qual Life Res.* 2017;26(3):789-98.

Dynamic balancing during perturbed walking on a treadmill in active subjects after trans-tibial amputation

Burger, H. (1), Zadavec, M., Olenšek, A., Matjačić, Z.

(1) University Rehabilitation Institute, Ljubljana

Background

People with lower limb loss fall more frequently than healthy population. One of the risk factors is having trans-tibial amputation (Hunter et al., 2017; Wong and Chihuri, 2018).

Aim

We studied dynamic balance during perturbed walking in active people after trans-tibial amputation with no severe limitations in functioning.

Methods

Until now we included two subjects fulfilling the inclusion criteria (will include more and present the results of all).

Subject were walking on the instrumented treadmill with the BAR device. After initial warm-up period magnitude of perturbations was determined followed by a period of perturbed walking where perturbations were delivered randomly seven times in forward, backward, left and right directions at either left or right heel contact. Speed of treadmill was set to 0.5 m/s.

Results

Responses at the non-amputated side were very similar to responses observed in healthy individuals. Responses to perturbations that occurred when the amputated limb entered stance phase have shown lack of both “ankle” and “hip” strategies while the subject relied solely on the stepping strategy. The consequence of such delayed responses was much larger excursion of COM as compared to the responses on the opposite limb.

Discussion and Conclusions

In included subjects the capacity to successfully recover from loss of balance during walking is very much reduced when perturbation commences on the amputated side. This type of perturbations is much more fall-threatening and should be adequately addressed by training.

References

- Hunter SW, Batchelor F, Hill KD, Hill AM, Makintosh S, Payne M. Risk factors for falls in people with lower limb amputation: A systematic review. *PRM* 2017: Feb;9(2):170-180.e1. doi: 10.1016/j.pmrj.2016.07.531. Epub 2016 Jul 30.

Wong CK, Chihuri ST. Impact of vascular disease, amputation level, and the mismatch between balance ability and balance confidence in a cross sectional study of the likelihood of falls among people with limb loss: perception versus reality. *Am J Phys Med Rehabil* 2018 [ahead of print].

Early Maladaptive Schemas as Predictors for Depression Severity and Therapy Outcome in Ambulant Psychiatric Rehabilitation

Schosser, A. (1), Affenzeller, A., Senft, B.

(1) Zentren für seelische Gesundheit, BBRZMED, Wien

Background

Early Maladaptive Schemas (EMS) are a result of early developmental experiences of unmet basic emotional needs, and play a causal role in the development of later psychopathology, including depression severity and episodes of major depression (Halvorsen et al., 2010; Renner et al., 2012).

Aim

The aim of the study was to investigate the influence of EMS on depression severity and treatment outcome in an ambulant psychiatric rehabilitation setting.

Methods

The German short version of the Young Schema Questionnaire (YSQ-S3) was applied to assess EMS, and depressive symptoms were assessed using the Beck Depression Inventory II. A total of 650 patients were included, and statistical analyses were performed using SPSS 24.0 and AMOS.

Results

The prediction of BDI-II scores by means of the 18 schemas of the YSQ showed explained variance of 50%, and different schemas showed varying influence on BDI-II results. Significant predictive values were found for the schemas defectiveness/shame ($r=.197$), dependence/incompetence ($r=.298$), self-sacrifice ($r=.097$) and negativity ($r=.169$).

Dividing our sample in clusters according to their change in BDI-II from admission to discharge (significant improvement: improvement by 8 points, no significant change, significant deterioration: deterioration by 8 points), the latter cluster showed significantly higher schemas scores in all schema domains.

Discussion and Conclusions

Specific EMS were related to depressive symptom severity and could explain 50% of variance, supporting previous findings (Renner et al., 2012). However the specific schemas seem to vary across different samples.

Besides, lower schema scores were associated with better treatment response to psychiatric rehabilitation.

In conclusion, specific maladaptive schemas are related to depressive symptom severity, and patients with high schema scores might benefit from a schema-focused treatment programme.

References

- Halvorsen M, Wang CE, Eisenmann M, Waterloo K (2010) Dysfunctional Attitudes and Early Maladaptive Schemas as Predictors of Depression: A 9-Year Follow-Up Study. *Cogn Ther Res* 34:368-379.
- Renner F, Lobbestael J, Peeters F, Arntz A, Huibers M (2012) Early maladaptive schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *J Affect Disord* 136:518-590.
- Young JE, Brown G (1990) Young schema questionnaire. New York: Cognitive Therapy Centre of New York.

Network of competencies in rehabilitation [work in progress]

Shoshmin, A. (1), Rozhko, K., Lorer, V., Besstrashnova, Y.

- (1) Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

Backgrounds

ICTs can affect services, research and health-related activities (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/A58_2005_REC1-en.pdf). E-health is the use of electronic communication technologies for the needs of health care: treating patients, training health workers, treating diseases and monitoring public health trends (<http://www.who.int/topics/ehealth/ru/>). Telehealth is a component of e-health (Global diffusion of eHealth, 2016). Today 666,343 disabled children are registered in Russia: 43% of them are girls, 57% are boys (sfri.ru).

Aim

Creation of a network of competencies for the consultation of specialists on the rehabilitation of children with cerebral palsy and impairments of musculoskeletal and movement-related functions.

Methods

Building a model for the use of e-health technologies in comprehensive rehabilitation.

Results

An Internet consulting system was developed and implemented earlier for medical and social expertise service specialists (Shoshmin et al., 2007; Shoshmin et al., 2008). It is proposed to expand the range of consultations, to use the opportunities for professional development by telemedicine. Rehabilitation of children and work with their parents go into remote counseling for recipients of rehabilitation or abilitation services, and early childhood intervention services; training of health workers, rehabilitation specialists, providing these services directly to the recipients of these services. A special example of such training can serve as a distance course

on an interdisciplinary approach to rehabilitation and early childhood intervention using international classifications for children with cerebral palsy.

Discussion and Conclusions

The use of ICT in rehabilitation will create a consulting network and improve the quality of work.

References

- Global diffusion of eHealth: making universal health coverage achievable. Report of the third global survey on eHealth. World Health Organization, 2016 URL: http://www.who.int/goe/publications/global_diffusion/en/ (Last visit on 30.10.18).
- Shoshmin AV, Besstrashnova YK, Martynova NV Cooperative decision making in complicated cases of children medical-social expertise, «Programme and Papers Tromso Telemedicine and eHealth Conference», Tromso, Norway, 9-11, June, 2008.
- Shoshmin AV, Besstrashnova YK, Martynova NV, Moiseeva VV. Internet consultation system for health professionals in elder care. TTeC 2007, Tromse Telemedicine and eHealth Conference 2007, Tromse, 2007.

An Online Rehabilitation Service for People with Memory Disease by Implementing Service Design Principles – Case Muistipuisto® (Memory Park) [Work In Progress]

Launiainen, H.

Miina Sillanpää Foundation, Helsinki

Background

There are plenty brain-training applications and online programs that focus on specific areas of brain health such as memory or attention. Most of them have an inadequate theoretical basis and research evidence. They rarely meet the user requirements of people with memory disease. The Memory Park project was initiated in order to respond to these challenges.

Aim

The Muistipuisto project (2016–2018) aimed at co-creating an online service with the focus of brain health of people with memory disease and elderly population. The service should have a holistic theoretical basis and it should meet the users' specific needs.

Methods

Service design principles (Jaakkola et al., 2015), such as human centered, co-creation and rapid experimentation, were implemented in the iterative process. At first the users and their needs were defined by workshops and stakeholder questionnaires. The data were combined with the research evidence on brain health (Ngandu, et al., 2015; Pietilä et al., 2017). Next user requirements were defined, user profiles developed, and the first minimal viable service tested. After five rounds of prototyping the service was launched with continuous data gathering on service use and value.

Results

The project involved 2000 people, ensuring service value, satisfaction and usability. The feedback indicates, that the service provides a meaningful way for enhancing brain health in the areas of cognitive training, mental wellbeing, exercise, brain healthy diet, and music and memories.

Discussion and Conclusions

Service design thinking provides new perspectives for improving existing online rehabilitation services and creating new ones. Yet multimodal iterative process holds also methodological challenges.

References

Jaakkola, E., Helkkula, A., & Aarikka-Stenroos, L. Service experience co-creation: conceptualization, implications and future research directions. *Journal of Service Management*. 2015; 22(2):182–205.

- Ngandu, T., Lehtisalo, J., Solomon, A., Levälähti, E., Ahtiluoto, S., Antikainen, R., et al. A 2 Year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at risk elderly people (FINGER): a randomized controlled trial. *The Lancet*. 2015;385(9984):2255–2263.
- Pietilä, P., Poutiainen, E., Nukari, J., Launiainen, H., Arifullen-Hämäläinen, U., Sarajuuri, J. et. al. Kognitiivisesti painottunut monimuotoinen kuntoutus kohentaa muistisairaana mielialaa ja tulee läheisen jaksamista. *Psykologia*. 2017;5:356–375.

Are ICF-based eligibility criteria the future approach in rehabilitation? Evaluating effects of the Finnish legal reform of intensive medical rehabilitation

Mäkinen, J. (1), Heino, P., Seppänen-Järvelä, R.

(1) The Social Insurance Institution of Finland, Helsinki

Background

The Social Insurance Institution of Finland (Kela) provides intensive medical rehabilitation, such as therapies for persons with severe disabilities. In 2016, the Act on Rehabilitation Benefits was amended, which changed the eligibility criteria for intensive medical rehabilitation. According to the new criteria, a person is entitled to claim intensive medical rehabilitation if she or he (1) is under 65 years of age and (2) has a diagnosed illness or impairment that causes significant difficulty with managing and participating in daily activities. The ICF framework is used to assess the applicant's functioning. The general aim of the amended Act was to ensure a timely rehabilitation process and to allow a wider group of rehabilitees to seek intensive medical rehabilitation regardless of their disability status.

Aim

The aim of this register-based study is to evaluate the effects of the amended Rehabilitation Benefits Act and the new ICF-based eligibility criteria on Kela's rehabilitation decisions.

Methods

The data covers 42,468 persons who applied for medical rehabilitation from Kela during 2014, 2016 or 2017. The study excludes the year 2015, since the rehabilitation decisions issued then anticipated the forthcoming legislation. The data includes sociodemographic information and information on health status, type of service and rehabilitation decisions.

Results

Eligibility criteria based on the ICF framework increased the number of applicants. The proportional share of children and youths diagnosed with mental and behavioural disorders (F00–F99) increased among those who were granted intensive medical rehabilitation. Speech therapy, psychotherapy and occupational therapy increased among favorable decisions.

Discussion and Conclusions

Findings of this study indicate that ICF-based eligibility criteria allocate rehabilitation services adequately.

References

-

Assistive soft robotic glove intervention using Brain-Computer Interface for elderly stroke patients: feasibility trials [work in progress]

Lim, J.H. (1), Yeow, C.H., Ang, K.K., Guan, C., Cheng, Z.Y.N.

(1) Department of Medicine National University of Singapore

Background

Impaired hand function in stroke survivors hampers performing daily functional tasks independently. Conventional rehabilitation equipment such as passive motion device cannot allow patients to play an active role in performing the hand exercises. Therefore, there is a strong need for an assistive device that resolves the lack of compliant movement-assisted hand motion and facilitates intuitive user control.

Aim

This research aims to assess the efficacy of a novel BCI-controlled soft robotic glove (BCI-RG) in assisting stroke patients with completing functional tasks. We hypothesize that BCI-RG will benefit the patients more than conventional passive motion robotic glove (Passive-RG) as it allows the patients to use their brainwave signals to control the glove directly with bypassing the stroke-afflicted arm.

Methods

Eleven patients are randomly assigned to BCI-RG and Passive-RG group to participate in 18 sessions over 6 weeks. For BCI-RG, a participant wears an EEG cap and robotic glove and watches short videos, e.g., grasp a cup and move it. The participant imagines such a move and the brain signal will be recorded as a reference. When the participant pictures this move again, the glove is actuated automatically to grasp the cup. Passive-RG is actuated by preprogrammed sequences. The outcome measures including Action Research Arm Test, Grip and Pinch Strength, Fugl-Meyer Assessment are assessed in week 0, 6, 12, and 24.

Results

Work in progress.

Discussion and Conclusions

Though there is no difference in finger strength compared with passive-RG group, intensive BCI training with robotic glove achieves significant functional recovery and even amplifies the effect over time. This may suggest motor imagery led to subsequent finger movement formulate novel neural circuits and engrams which perpetuate functional improvement via spontaneous learning process.

References

- Ang KK, Guan C, Phua KS, Wang C, Zhao L, Teo PL. Facilitating effects of transcranial direct current stimulation on motor imagery Brain-Computer Interface with robotic feedback for stroke rehabilitation. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 2015; 93(3):S79-S87.
- Ang KK, Guan C, Phua KS, Wang C, Zhou L, Tang KL. Brain-Computer Interface-based robotic end effector system for wrist and hand rehabilitation: results of a three-armed randomized controlled trial for chronic stroke. *Front. Neuroeng.* 2014; 7: 30.
- Yap HK, Lim JH, Nasrallah F, Yeow CH. Design and preliminary feasibility study of a soft robotic glove for hand function assistance in stroke survivors. *Front. Neurosci.* 2017;11:547.

Assistive technology in the toilet - Field test of an ICT-enhanced lift-WC

Fazekas, G. (1), Pilissy, T., Sobjak, A., Toth, A., Rosenthal, R., Mayer, P., Panek, P.
(1) National Institute for Medical Rehabilitation, Budapest

Background

The iToilet project of the EU aimed to develop an intelligent assistive toilet system so as to make the toilet use safer and more comfortable for people with physical disabilities.

Aim

Testing the iToilet in everyday use.

Methods

Method: 50 primary users (potential end-users), 17 secondary users (caregivers) and 10 tertiary users (decision-makers at care organization or health insurance) tested and commented on iToilet at an Austrian day-care centre and at a Hungarian rehabilitation hospital. Primary users were asked to use the iToilet as their main toilet (12 usage at least), while secondary and tertiary users got a live demo about the functions. Evaluation was made by filling of a questionnaire.

Results

The height and tilt settings and the integrated bidet were found as the most useful functions. The user identification with custom settings and the comfort of the iToilet were highly appreciated. The highest recommended add-on function was the toilet cleaning. Speech control and the ergonomics of the toilet seat need further improvement. The biggest part of the primary users prefer to use bidet, the mechanical part of the toilet and the safety related ICT functions (fall detection, inference engine, emergency call) at home, but they consider, they would not use the speech recognition at home. The opinion of the secondary and tertiary group was quite similar to the primary users.

Discussion and Conclusions

iToilet system in its complexity (by the high level of the opportunity of personalisation) can assist users first of all at home, but some of its parts could be advantageous in an institutional

environment as well. The direction to the goal - developing a reliable, smart, assistive device - is good, but the prototype needs further improvement based on the users' assessment.

References

Pilissy T, Toth A, Fazekas G, Sobjak A, Rosenthal R, Luftenegger T, Panek P, Mayer P. Towards a Situation-and-user-aware Multi-modal Motorized Toilet System to Assist Older Adults with Disabilities: a User Requirements Study, In: Proceedings of the 15th IEEE International Conference on Rehabilitation Robotics (ICORR), 17-20 July 2017, London, UK, pp. 959-964, DOI: 10.1109/ICORR.2017.8009373.

Common approach to multi-level outcome assessment in rehabilitation

Shoshmin, A. (1), Besstrashnova, Y., Rozhko, K.

(1) Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, St. Petersburg

Background

The reform of the rehabilitation system in Russia is in process. It is necessary to use a common approach to assessing rehabilitation outcomes both at the individual level and at the level of professionals, departments, organizations, and regions.

Aim

The purpose was to develop a common approach to outcome assessments in rehabilitation at different levels.

Methods

The study was based on the principles of system analysis and structured conceptualization applied to legislation and practices.

Results

Several approaches to outcome assessments in rehabilitation were analyzed. The ICF can be applied as a classification that provides assessments from body functions and structures to the policy.

Analysis of dynamics in certain ICF categories is well described and based on changes in the severity of impairments. At the individual level, it is a set of categories (a categorical profile) for individual tasks. Comparison of professionals means effectiveness of task achievement. Comparison of departments contains changes in categorical profiles regarding to the specialization of the department. You can compare organizations and regions in this way. Thus, an integrated multi-level system of outcome assessment in rehabilitation may be created. The authors developed and proposed National Standards (Federal Agency on Technical Regulating and Metrology, 2017) for goal setting and assessing outcomes of rehabilitation services.

Results

The common approach enables assessing quality and dynamics of rehabilitation at different levels of rehabilitation management.

References

- Federal Agency on Technical Regulating and Metrology. GOST R 57888-2017. National Standard of the Russian Federation. Rehabilitation of Persons with Disabilities. Goal Indicators of Rehabilitation Services. Fundamentals [Реабилитация инвалидов. Целевые показатели реабилитационных услуг. Основные положения]. Moscow: Kodeks; 2017 Available from: <http://docs.cntd.ru/document/1200157659> [Accessed 3d November 2018].
- Federal Agency on Technical Regulating and Metrology. GOST R 57960-2017. National Standard of the Russian Federation. Rehabilitation of disabled people. Evaluation of rehabilitation services outcomes. Fundamentals [Реабилитация инвалидов. Оценка результатов реабилитационных услуг. Основные положения]. Moscow: Kodeks; 2017 Available from: <http://docs.cntd.ru/document/1200157813> [Accessed 3d November 2018].

Comparison of the efficacy of contrast bath and ultrasound therapy in the treatment of post-stroke Complex Regional Pain Syndrome type 1

Kulle, T. (1), Kesiktas, F.N.

(1) Istanbul Physical Medicine and Rehabilitation Research and Training Hospital

Background

Complex Regional Pain Syndrome type 1 (CRPS-1) is a musculoskeletal complication in post-stroke patients (PSP) and is commonly seen in the first 3 months (Davis et. al., 1977).

Aim

To investigate the efficacy of contrast bath (CB) and underwater pulsed ultrasound (UPUS) on pain, clinical features of CRPS and upper limb functions in PSP.

Methods

PSP with CRPS-1 were scanned retrospectively. Inclusion criteria were as follows: 40 to 80-year-old first-time stroke survivors, stroke course over 1.5 months, clinically diagnosed CRPS-1 in the ipsilateral upper extremity. Of the 20 patients that enrolled, 10 had received 15 sessions of CB (4:1 min ratio, 30 min/day) whereas the other 10 had received 15 sessions of UPUS (1 MHz frequency, 1.5 watt/cm² intensity, pulse pattern 1:1, 5 min/day). All patients had the same conventional rehabilitation program. 3 records (baseline, end of treatment, 1-month follow-up) were obtained and inspected for Visual Analog Scale (VAS), clinical features of CRPS (edema, trophic changes, asymmetrical sweating, difference in temperature and color, hyperalgesia, allodynia); range of motion (ROM), modified Ashworth scale (MAS), Brunnstrom recovery stage and Fugl-Meyer sensorimotor assessment of upper extremity.

Results

Both modalities were found equally effective on spontaneous and activity-induced pain ($p < 0.025$). In terms of clinical features of CRPS-1, Fugl-Meyer (except the hand subdivision in US group), Brunnstrom and MAS, there was no statistically significant difference at in-group and between-group comparisons ($p > 0.025$). Regarding ROM, there was statistically significant improvement in metacarpophalangeal joint-passive extension in CB group and shoulder-active flexion in US group.

Discussion and Conclusions

Since both modalities were equally effective on pain in CRPS-1, UPUS may be a good alternative to CB with its fixed treatment features.

References

Davis S, Petrillo CR, Eichberg RD, Chu DS. Shoulder-hand syndrome in a hemiplegic population: a 5-year retrospective study. *Arch Phys Med Rehabil* 1977;58:353–56.

Critically illness polyneuropathy and phrenic nerve conduction study in patients with prolonged mechanical ventilation

Kim, W.J. (1), Kim, W., Hong, S.K., Choi, N.J., Park, S.R.

(1) Asan Medical Center, Seoul

Background

Critical illness polyneuropathy is an important complication in intensive care unit patients. Prolonged mechanical ventilation has been associated with the prevalence of CIPN. Phrenic nerve conduction results are highly relevant to the date of weaning from the ventilator. In addition, it is hard to perform a full electrophysiologic study for CIPN diagnosis in critically ill patients.

Aim

The aim of this study is to recognize the correlation between the CIPN and patient's prognosis when simplified diagnostic criteria are applied.

Methods

Critically ill patients, who were mechanically ventilated for ≥ 3 weeks were included. At 3 weeks of mechanical ventilation on ICU patients, they were subjected to the NCS in upper, lower extremities including phrenic nerve. We employed three versions of the diagnostic criteria depending on the MRC scale and NCS result. We used ventilator-free days to compare the patient's prognosis. A ventilator-free day ≥ 1 day was defined as a good prognosis and 0 day was defined as a bad prognosis. Then, we evaluate the correlation between the prevalence of CIPN and patient's prognosis.

Results

A total of 50 patients were enrolled in the study — the diagnosis of CIPN yielded as the following: 7 of 50 according to criteria A; 13 of 50 according to criteria B; 16 of 50 according

to criteria C. As the authors diagnose CIPN on patients by criteria A, B, and C, respectively, the results bring forth the following: CIPN patients according to criteria A yields an odds ratio of 12.1, regarding the prognosis detrimental to patients; an odds ratio of 24.0 by criteria B, and an odds ratio of 12.4 by criteria C.

Discussion and Conclusions

Our results suggest that the diagnostic criteria of MRC in conjunction with the tibial and sural nerve conduction study show the most predictive value on the patient's prognosis.

References

- Nicola L, et al. Simplified electrophysiological evaluation of peripheral nerves in critically ill patients: the Italian multi-centre CRIMYNE study : Critical Care 2007, 11:R11.
- Robert D, et al. Neuromuscular dysfunction acquired in critical illness: a systematic review : Intensive Care Med (2007) 33:1876–1891.
- Udo A, et al. Clinical and electrophysiological findings in critical illness polyneuropathy: Journal of the Neurological Sciences 159 (1998) 186–193.

Demographic and Etiological Data of Patients with Spinal Cord Injury: In the Last 5 Years From a National Rehabilitation Hospital in Turkey

Kapancıoğlu, S. (1), Özel, S.

(1) T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi

Background

Our center is one of the reference hospitals in Turkey for neurological rehabilitation. Therefore, we think that the results of our study will contribute to the data of patients with spinal cord injury in our country.

Aim

The aims of this study are to find out demographic datas, causes of injury, complications of patients with spinal cord injury who underwent physical medicine and rehabilitation program in our hospital. We think that our results will contribute to the patient data of our country with spinal cord injury.

Methods

The files of 925 patients with spinal cord injury who received physical therapy and rehabilitation program at Ankara Physical Medicine and Rehabilitation Training and Research Hospital, University of Health Sciences between 01.01.2013 and 31.12.2017 were evaluated retrospectively. Demographic datas, etiology of injury, neurological level, length of stay and complications were recorded.

Results

70.3% of the patients were male. The mean age was 38.54 ± 15.5 years. The age range of spinal cord injury was found to be 17-30 years (38.4%) in both sexes ($p < 0.05$). 82.7% of patients had traumatic etiology. The most common traumatic causes were falling (45.4%); and

the most common non-traumatic cause was degenerative changes (40%). The mean duration of hospitalization was 61.93 ± 30.2 days. 43% of patients with spinal cord injury were in the AIS A group. Traumatic causes were mostly seen in each age groups and non-traumatic causes increased significantly in the 46-60 and 61-75 age groups ($p < 0.05$). The most common complication was neurogenic bladder (90.2%).

Discussion and Conclusions

Preventable causes constitutes the majority of the etiology of spinal cord injury in our country. Frequency of spinal cord injury can be reduced by improving education and awareness of people.

References

- Kirshblum SC, Burns SP, Biering-Sorensen F, Donovan W, Graves DE, Jha A, et al. International standards for neurological classification of spinal cord injury (revised 2011). *The journal of spinal cord medicine*. 2011;34(6):535-46.
- Kumar R, Lim J, Mekary RA, Rattani A, Dewan MC, Sharif SY, et al. Traumatic Spinal Injury: Global Epidemiology and Worldwide Volume. *World neurosurgery*. 2018;113:e345-e63.
- Lee BB, Cripps RA, Fitzharris M, Wing PC. The global map for traumatic spinal cord injury epidemiology: update 2011, global incidence rate. *Spinal cord*. 2014;52(2):110-6.

Development of post-amputation rehabilitation practice based on multidisciplinary expertise

Borchers, E.

Helsinki

Background

The rehabilitation after lower limb amputation is still facing challenges with customer orientation and multidisciplinary, rehabilitation is often disability-based. In the City of Helsinki the rehabilitation practice of lower limb amputation has not been described and the practice is currently fragmented.

Aim

The aim of this development project was to develop rehabilitation practice after lower limb amputation based on multidisciplinary expertise.

Methods

The material was collected in three stages by group interviews and co-development methods. Persons with lower limb amputation were interviewed in two groups (total 6 people) by using themed interview method. The professionals group consisted of twelve people. In the third phase, a multidisciplinary team evaluated and created a common understanding of the material produced by previous groups. The multidisciplinary team consisted of persons with lower limb amputation and rehabilitation professionals, a total of five people. Participation in all groups was voluntary. The material produced by the groups was analyzed by material-based content analysis.

Results

As a result of the development work is a description of the rehabilitation practice that strengthens the rehabilitee's ability to function after lower limb amputation. In the new rehabilitation practice, the reciprocal agency and co-operation between professionals and rehabilitee was emphasized to strengthen the ability of the rehabilitee to function.

Discussion and Conclusions

The key position was professionals' know-how and profiling, as well as a clear rehabilitation path. The genuine and individual encounter of the rehabilitee, equal treatment and an open attitude as well as consideration of the close relatives of the rehabilitee became key themes. Rehabilitation should be taken into consideration in a holistic way, not only as physical rehabilitation.

References

-

Differential effects of humiliation and injustice in patients in psychosomatic rehabilitation

Linden, M. (1), Noack, N., Kessemeier, F., Kobelt, A., Bassler, M.
(1) Charité - Universitätsmedizin Berlin

Background

It has been shown that injustice and humiliation are the most frequent and burdensome negative life events, as reported by patients in psychosomatic rehabilitation (Bülau et al 2016). They both can result in embitterment reactions and can lead to strong negative emotions, including shame, feelings of inferiority, and helplessness, anger, vindictive feelings, and even aggressive rumination and acting out. This can severely impair the affected person, but also her or his environment.

Aim

The research question is whether there are differences between injustice and humiliation in regard to the type and severity of consequences.

Methods

In an ICF-oriented semi-structured interview, 102 inpatients from a department of behavioural medicine were asked about burdens in life. Additionally, patients filled in the "ICD-10 Symptom Rating", the "ICF AT 50-Psych", the "Beck Depression Inventory" and the "HEALTH-49".

Results

The experience of humiliation was rated as strong or very strong by 70.6% of the patients, which is the most frequent burden. It is followed by persistent stress (59.9%), and the experience of injustice in 56.8% of patients. Comparisons between patients who complained about injustice alone, humiliation alone, injustice and humiliation combined, and neither

injustice or humiliation show that humiliation and injustice similarly and significantly impair psychological well-being. If both are combined negative reactions are augmented.

Discussion and Conclusions

Humiliation and injustice are the most frequent and important negative life events in psychosomatic patients. They need proper recognition and treatment in psychosomatic rehabilitation care.

References

Bülau, N. I., Kessemeier, F., Petermann, F., M. Bassler & Kobelt, A. (2016). Evaluation von Kontextfaktoren in der psychosomatischen Rehabilitation. *Rehabilitation*, 55, 381-387.

Effect of activities of daily living training in home environment for patients with stroke: a pilot study

Chiu, E.-C. (1), Chuang, P.-W.

(1) National Taipei University of Nursing and Health Sciences

Background

Recovery in activities of daily living (ADL) is one of major treatment goals in rehabilitation for patients with stroke. Home rehabilitation is based on patients' home environment for designing client-centered program, and practicing in their real life, in order to restore the independent functions and return to society.

Aim

The purpose of the study was to investigate the effect of administering training on basic ADL (BADL) in home environment for patients with stroke.

Methods

Twenty-six patients with stroke were assigned randomly to one of two groups: experimental group (N=12) and control group (N=14). The experimental group received BADL training program at home (50 minutes each time, once a week, for 6 weeks). The control group received rehabilitation in hospital. The outcome measures included the Barthel Index-based Supplementary Scales (BI-SS) and the Canadian Occupational Performance Measure (COPM). The BI-SS measures three BADL domains, including actual performance, self-perceived difficulty, and ability. The COPM was used to identify participants' performance and satisfaction on BADL tasks.

Results

The patients who participated in the ADL training program showed significant improvement in the ability domain and total score of the BI-SS than the control group ($p < 0.05$) and appeared moderate effect size (success rate difference = 0.34-0.42). No significant differences were found in two domains of BI-SS (actual performance and self-perceived difficulty) and COPM, but small effect sizes were observed.

Discussion and Conclusions

The participants who received 6-week BADL training in home environment demonstrated significant improvement in executing BADL tasks (i.e., ability domain of the BI-SS).

References

-

Effects of socio-economic status on psychological rehabilitation outcomes among patients with chronic low back pain (CLBP)

Köpnick, A. (1), Hampel, P.

(1) Europa-Universität Flensburg

Background

CLBP indicates high prevalence and often occurs with mental comorbidities (Demyttenaere et al., 2007). Additionally, there is evidence for the association between the socio-economic status (SES) and CLBP. Moreover, the enhancement of pain self-efficacy and pain management are important outcome factors among patients with CLBP during multidisciplinary rehabilitation.

Aim

The aim of the study was to examine the longitudinal effects of the inpatient multidisciplinary rehabilitation program Debora (Mohr et al., 2017) and the SES on pain self-efficacy and pain management among patients with CLBP.

Methods

The prospective control group study with cluster-block randomization included n=394 patients with CLBP. A 2x3x5 (treatment condition x SES x time) repeated measures design with five sample points (pre, post, 6, 12 and 24 months after rehabilitation) was realized. The control group (CG) received a pain competence training and the intervention group (IG) an additional depression prevention training. The SES was calculated according to Deck (Deck, 2008). Multi- and univariate analyses of variance were carried out, using per protocol analyses.

Results

Regarding pain self-efficacy, the IG showed a long-term improvement in all social classes. In contrast, only patients from the upper class benefited from the CG in long-term. Furthermore, patients from social upper and middle class improved more in cognitive restructuring, perceived competence and counteracting activities in the long-term than patients from social lower class.

Discussion and Conclusions

These results suggest the sustainable impact of multidisciplinary rehabilitation and the SES on pain self-efficacy and pain management. During conceptualization of cognitive-behavioral management trainings for patients with CLBP, the SES of the target group has to be taken into account.

Acknowledgement

The study was financed by Deutsche Rentenversicherung Bund.

References

- Deck R. Soziale Ungleichheit in der medizinischen Rehabilitation [Social inequality in medical rehabilitation]. *Gesundheitswesen* 2008; 70(10):582–9.
- Demyttenaere K, Bruffaerts R, Lee S, Posada-Villa J, Kovess V, Angermeyer MC et al. Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: Results from the world mental health surveys. *Pain* 2007; 129(3):332–42.
- Mohr B, Korsch S, Roch S, Hampel P. *Debora - Trainingsmanual Rückenschmerzkompetenz und Depressionsprävention [Debora – Manual of pain competence and depression prevention training]*. Berlin: Springer; 2017.

Health-related empowerment in families of children participating intensive medical rehabilitation

Kippola-Pääkkönen, A. (1), Härkäpää, K., Kallinen, M., Buchert, U., Järvikoski, A.

(1) Oulu University Hospital

Background

The Social Insurance Institution of Finland organizes intensive medical rehabilitation for children with disabilities. The aim is to support the child's ability to function in daily life. Family empowerment is defined as a family's ability to cope with daily situations taking into account the child's development.

Aim

The study focuses on health-related family empowerment and rehabilitation characteristics and their connections with empowerment. It is part of a larger cross-sectional study of intensive medical rehabilitation.

Method: A survey questionnaire was answered by parents (n = 966) of children attending outpatient intensive medical rehabilitation. In addition to socio-demographic factors, it included questions of e.g. the child's disability, client-orientation of the intervention, correspondence of the intervention with individual needs, and health-related family empowerment.

Results

Positive scores in client-orientation, correspondence with one's needs and parents' active involvement in their child's rehabilitation were associated with stronger empowerment. Family empowerment was stronger if the child's disability was present at birth than if it was discovered later. No statistically significant association was found between empowerment and the child's age or gender, age of the parents or other socio-demographic factors.

Discussion and Conclusions

The results indicate that health-related family empowerment is associated with the manifestation time of the child's disability, client-orientation of rehabilitation and co-operation

between the family and rehabilitation experts. Despite the restrictions of the study design, these connections should be given attention in rehabilitation planning.

References

-

How is education delivered in pulmonary rehabilitation?

Roberts, N. (1), Kidd, L., Kirkwood, K., Cross, J., Partridge, M.
(1) Glasgow Caledonian University

Background

Whilst suggestions for educational content within pulmonary rehabilitation (PR) have been detailed in clinical guidance, it is unclear what happens in practice.

Aim

This survey investigated the content and delivery of PR programmes across Scotland.

Methods

Regional leads from the Scottish Pulmonary Rehabilitation Action group completed a questionnaire about how education in PR is delivered.

Results

9/11 NHS regions completed the questionnaire (81.8%). Education was predominately group-based and face-to-face (100%, 9/9), most providing between 6-12 education sessions. One third stated that they undertook literacy assessment and 66.6% that they developed/implemented a COPD plan with 44.4% tailoring this to literacy levels.

Most educational sessions lasted 15 minutes or less. Several topics were not consistently covered. Most used PowerPoint to facilitate sessions with wide use of printed materials. Interactive lecturing and group discussions were the most common mode of delivery.

All reported that specialist physiotherapists usually led sessions on breathing strategies, chest clearance and benefits of exercise (88.8%, 8/9), anxiety control (5/8), and breathing and strengthening exercises (8/8). Other sessions (use of inhalers, smoking cessation) were led by the specialist nurse, specialist physiotherapist or other staff. No leads were identified for end of life, advance directives, benefits, and travel and leisure activities. A range of outcome measures were used, but no specific educational outcome measures assessed the effectiveness of education.

Discussion and Conclusions

Education is not reported to be personalised to individual needs and literacy assessments are often not undertaken. Overall the content of education was varied and no outcomes around education are measured.

References

-

How technology affected the practice in pediatric pulmonary rehabilitation?

Kenis Coskun, O.

Marmara University, Istanbul

Background

Recently, with the advance of new devices such as high-frequency chest wall oscillator and high-frequency percussive ventilation, technology is used to a greater extent in pediatric pulmonary rehabilitation (Lauwers et al., 2018; Morrison and Innes, 2017). But traditional methods such as PEP bottle and postural drainage are still widely used. To all methods, patient compliance and adhesion to therapy are not sufficient.

Aim

The aim of this session is to look at the existing literature to see why we have not given up 'old school' techniques and to elaborate future study designs to increase the scope of literature.

Methods

The existing literature focusing on the devices such as high-frequency chest wall oscillator and high-frequency percussive ventilation and their comparisons to the traditional methods will be discussed.

Results

The newer, more technological techniques are as effective as the traditional ones, but not more effective than they are. Considering the lack of evidence of all these techniques in the literature, the main focus of therapy remains on the method which can be used instead of which one is more effective.

Discussion and Conclusions

The introduction of novel devices to the pulmonary rehabilitation setting has increased the options for practitioners and patients alike. However, these new devices do not seem to be superior to more traditional methods. Considering their cost-effectiveness and ease to obtain them, traditional techniques are hard to give up and most likely to continue to be a part of daily practice.

References

- Lauwers E, Ides K, Van Hoorenbeeck K, Verhulst S. The effect of intrapulmonary percussive ventilation in pediatric patients: A systematic review. *Pediatr Pulmonol.* 2018.
- Morrison L, Innes S. Oscillating devices for airway clearance in people with cystic fibrosis. *The Cochrane database of systematic reviews.* 2017;5:Cd006842.

Investigation on the physical fitness of community dwelling elders with dementia.

Chein, Y.-C. (1), Hsu, J.-C., Yang, J.-C., Tsai, Y.-C., Chou, C.-C., Lee, H.-Y., Tsai, H.-T.

(1) National Taiwan University Hospital Hsin-Chu Branch, Hsinchu

Background

People with dementia experience a decline in physical fitness which affects their daily life. (Hesseberg et al., 2016). Therefore identifying the area of decline in physical fitness and providing proper intervention is crucial in helping people with dementia to live a better life.

Aim

To investigate the physical fitness of community-dwelling elders with dementia and compare their performance with healthy elders.

Methods

22 participants with dementia (80.5 ± 6.7 years old) were recruited, and 22 healthy elderly participants (79.0 ± 5.3 years old) whom age matched the dementia participants were enrolled. All participants lived in the community, and their physical fitness was evaluated using 5 components from the Senior Fitness Test to look at their dynamic balance along with the strength and flexibility of both upper and lower limbs. (Hesseberg et al., 2015). Statistical difference in data of the two populations was calculated using the independent-t test, with $p < 0.05$ as statistically significant.

Results

There were significant differences in lower limb strength ($p=0.005$) and dynamic balance ($p=0.009$) between the two populations, while significant differences were not found in upper limb strength, upper and lower limb flexibility.

Discussion and Conclusions

Decreased lower limb strength and dynamic balance ability of the people with dementia was noted, possibly showing they are more vulnerable to fall down and experience a decrease in quality of life when compared to healthy adults. Given the findings in this study, exercise targeted to maintain or improve the lower limb strength and dynamic balance of people with dementia should be emphasized to help them live a healthy life.

References

- Hesseberg K, Bentzen H, Bergland A. Reliability of the senior fitness test in community-dwelling older people with cognitive impairment. *Physiother Res Int.* 2015;20(1):37-44.
- Hesseberg K, Bergland A, Rydwik E, Brovold T. Physical Fitness in Older People Recently Diagnosed with Cognitive Impairment Compared to Older People Recently Discharged from Hospital. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra.* 2016;6(3):396-406.

Is work capacity in trauma patients influenced by comorbidity?

Schindl, M. (1), Zipko, H., Wassipaul, S.

(1) Rehabilitationszentrum Weißer Hof, Klosterneuburg

Background

Work capacity is one predictor of return to work in trauma patients. In addition to orthopaedic limitations, comorbidity might also influence work capacity. Limited data on the influence of comorbidity on functional capacity in trauma patients are available (Angst et al., 2014).

Aim

We aimed to evaluate the influence of comorbidity on work capacity in trauma patients referred to FCE testing.

Methods

Retrospective cohort analysis of in-patient trauma patients.

Work capacity was evaluated using the Workwell® FCE testing procedure (Isernhagen, 1992) and displayed as DOT category (i.e. 1=seated, 2=light, 3=middle, 4= heavy, 5=very heavy work). Comorbidity was assessed using the Modified CIRS (Salvi, 2008).

Results

In the year 2016, 161 trauma patients were referred for FCE testing (mean age: 41,9±11,1 years, 143 male, mean duration after trauma: 13,3 (± 21,4) months).

The mean DOT category for the observed work capacity was 3,4 (± 0,5). The mean Modified CIRS score was 5,4 (±3,1) points (range: 1-17 points),

The descriptive statistics revealed the absence of data for DOT category 1 (=seated) and under-representation of subjects (n=2) in DOT category 5 (=very heavy). It further revealed an under-representation of patients with moderate to high comorbidity levels, thus not allowing for further quantitative statistical data analysis.

Discussion and Conclusions

Due to an uneven data-distribution of work capacity and comorbidity application of the intended regression model was not suitable. This might, at least in part, be explained by the definition of a "medically stable condition" as one major inclusion criterion for FCE testing. Further studies with larger populations and/or populations with a broader level of work capacity and comorbidity might help to answer the research question.

References

- Angst F, Gantenbein AR, Lehmann S, Gysi-Klaus F, Aeschlimann A, Michel BA, et al. Multidimensional associative factors for improvement in pain, function, and working capacity after rehabilitation of whiplash associated disorder: a prognostic, prospective outcome study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2014 Apr 16;15:130. doi: 10.1186/1471-2474-15-130.
- Isernhagen SJ (1992). Functional capacity evaluation: rationale, procedure, utility of the kinesiophysical approach. *J Occup Rehabil* 2, 157-168.

Salvi F, Miller MD, Grilli A, Giorgi R, Towers AL, Morichi V, et al.: A manual of guidelines to score the modified cumulative illness rating scale and its validation in acute hospitalized elderly patients, *J Am Geriatr Soc.* 2008 Oct;56(10):1926-31. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.01935.x. Epub 2008 Sep 22.

Randomised Evaluation of Early v Late Cranioplasty investigating cognitive and functional recovery: Protocol for a single centre, pilot, randomised trial (work in progress)

Mee, H. (1), Koliass, A., Anwar, F., Timofeev, I., Helmy, A., Turner, C., Caldwell, K.

(1) Cambridge University

Background

Patients with significant brain swelling and/or raised intracranial pressure after a traumatic brain injury (TBI) or middle cerebral artery infarct (MCA infarct) can undergo a craniectomy (Hutchinson et al., 2016; Vahedi et al., 2007) to help in the management of raised intracranial pressures. Those who survive require a second operation a few months later in order to have their skull reconstructed. This operation, which is termed cranioplasty, aims to restore the integrity of the skull. Apart from the obvious benefit of restoring a degree of mechanical protection to the brain, there is a growing body of evidence showing improvements in neurological function and cognition (Malcolm et al., 2018). There is some limited evidence that an early cranioplasty can enhance this effect.

Aim

To compare two distinct time intervals for undertaking a cranioplasty: early (within 3 months after craniectomy) vs late (more than 6 months after craniectomy) and comparing neurosurgical complications as well as cognitive differences, functional improvements, and QOL variations.

Methods

A single centre, pilot, internal, randomised trial is recruiting up to 50 patients in 2019. Time point '0' is at craniectomy; Neurocognitive testing, functional and QOL assessments in addition to monitoring neurosurgical complications are being undertaken at 2, 6, 12 and 18 months post craniectomy.

Discussion and Conclusions

This is a protocol for a randomised trial to try and better understand the optimal time for a cranioplasty to help improve the rehabilitation of patients who have undergone a craniectomy after a TBI or MCA infarct.

References

Hutchinson PJ, Koliass AG, Timofeev IS, Corteen EA, Czosnyka M, Timothy J, et al. Trial of Decompressive Craniectomy for Traumatic Intracranial Hypertension. *The New England Journal of Medicine.* 2016 Sep 22;375(12):1119–30.

- Malcolm JG, Rindler RS, Chu JK, Chokshi F, Grossberg JA, Pradilla G, et al. Early Cranioplasty is Associated with Greater Neurological Improvement: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neurosurgery*. 2018 Mar;82(3):278–88.
- Vahedi K, Hofmeijer J, Juettler E, Vicaut E, George B, Algra A, et al. Early decompressive surgery in malignant infarction of the middle cerebral artery: a pooled analysis of three randomised controlled trials. *The Lancet Neurology*. Elsevier; 2007 Mar;6(3):215–22.

Rare cause of low back pain, late diagnosis, long rehabilitation – case report

Herczeg, E. (1), Nemedi, A., Donath, J., Fazekas, G.

(1) National Institute for Medical Rehabilitation, Budapest

Background

In all patients who receive anticoagulant therapy there is always a risk for bleeding.

Aim

Authors report the case history of a 66 years old woman, who became paraparetic because of a rare reason of acute low back pain.

Methods

This patient was entered to a rheumatic ward due to low back pain and atypical numbness of lower extremities. Her symptoms deteriorated to severe paraparesis.

She had got anticoagulant therapy because of artificial aortic valve. At the admission to hospital her INR was 3.9. After rapid progression of paraparesis MRI showed an intraspinal bleeding in the altitude of ThX-LV. It was evacuated. After the operation the muscle strength improved around hip and knee, but plegia was still present in both ankle. In addition, the patient had hypaesthesia on the field of radices Th12-L5, anaesthesia of S1-5 also faecal and urinal incontinence.

At the admission to the rehabilitation ward the patient could sit up in the bed, and had static balance, but could not stand. Transfer to the wheelchair was not possible.

During physiotherapy she made muscle strengthening, practiced transfer to the wheelchair, making exercises for preparing walking and stair climbing.

Results

At discharge she could walk alone 40-50 meters with rollator, for longer distance she needed wheel chair. She could climb up 40 stairs holding the shackle. Because of urinal incontinence she was educated to execute intermittant catheterisation.

Discussion and Conclusions

In conclusion it must be emphasized that in patients receiving anticoagulant therapy low back pain can arise from haematoma and the quick diagnose can improve the outcome of rehabilitation.

References

Toi H, Matsubara S, Watanabe S, Yamashita T, Uno M. Paraspinal arteriovenous fistula presenting with subarachnoid hemorrhage and acute progressive myelopathy - case report. *Neurol Med Chir (Tokyo)*. 2011;51(12):846-9.

Rehabilitation of three women with a necrotizing myopathy

Golež, A.

Celje General and Teaching Hospital

Background

Necrotizing myopathy (NAM) is a rare autoimmune disease, characterized by subacute proximal limb muscle weakness and a high creatinine-kinase level. It can be associated with use of statins or associated with cancer (Ramanathan et al., 2015; Basharat and Christopher-Stine, 2015; Allenbach et al., 2016). Patients have no or minimal inflammation on muscle biopsy. The exact mechanism is not known, but many patients with NAM have autoantibodies directed against HMGCR or SRP (Ramanathan et al., 2015). HMGCR is the enzyme targeted by statins, and it has been suggested that statins may trigger NAM, although many patients with NAM have never taken statin medications (Ramanathan et al., 2015). The presence of the antibodies and the response to immunotherapy support the autoimmune nature of NAM. Proximal muscle weakness in the limbs, as well as weakness in other muscles, including breathing and swallowing muscles, can be present (Basharat and Christopher-Stine, 2015). Heart muscle involvement is rare.

Aim

The aim is to present clinical course and treatment of three women with NAM.

Methods

Functional outcome of rehabilitation of three patients with necrotizing myopathy is presented.

Results

They had weak respiratory muscles, muscles in upper and lower limbs, could not stand up or walk. NAM was confirmed after muscle biopsy. Aggressive early treatment with a combination of intravenous immunosuppressive therapy was indicated, including methylprednisolone, cyclosporine, methotrexate and intravenous immunoglobulin. Muscle strength and balance improved after rehabilitation and patients could walk alone.

Discussion and Conclusions

In patients with NAM regular visits at rheumatologist, proper treatment and complex rehabilitation are very important, including physical therapy, occupational, vocational, social and emotional support.

References

- Allenbach Y, Keraen J, Bouvier A, Jooste V, Champtiaux N, Hervier B, et al. High risk of cancer in autoimmune necrotizing myopathies: usefulness of myositis specific antibody. 2016 Aug 1;139(8):2131–5.
- Basharat P, Christopher-Stine L. Immune-Mediated Necrotizing Myopathy: Update on Diagnosis and Management. *Curr Rheumatol Rep*. 2015 Dec;17(12):72. doi: 10.1007/s11926-015-0548-6. *Curr Rheumatol Rep* [Internet]. 2015 Dec [cited 2016 Feb 14];17(12). Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11926-015-0548-6>.
- Ramanathan S, Langguth D, Hardy TA, Garg N, Bundell C, Rojana-Udomsart A, et al. Clinical course and treatment of anti-HMGCR antibody-associated necrotizing autoimmune myopathy. *Neurol Neuroimmunol Neuroinflammation*. 2015 Apr 2;2(3):e96–e96.

Relationship between caregiver burden and the physical fitness and daily functional abilities of people with mild and moderate dementia

Hsu, J.-C. (1), Yang, J.-C., Chein, Y.-C., Tsai, Y.-C., Tsai, H.-T., Lo, C.-F., Chen, H.-Y.

(1) National Taiwan University Hospital Hsin-Chu Branch, Hsinchu

Background

People with dementia survive an average 8 more years postdiagnosis, and more than 70% caregivers are relatives who provide care at home. (Razani et al., 2007). Those with mild and moderate dementia and who are cared by relatives dwell in the community, and there may be a relationship between caregiver burden and the physical fitness and daily functional abilities of people with dementia.

Aim

To assess the relationship between the level of caregiver burden and the physical fitness and daily functional abilities of people with mild and moderate dementia.

Methods

19 people (77.3 ± 9.6 years old) with mild and moderate dementia and their caregivers were included in this study. The data of functional ability (FIM, IADL), fitness (arm arch, sit-to-stand, leg-stretch, back-stretch, time up & go), balance (BBS), endurance (6MWT) and Zarit burden scale of caregivers (Stagg and Larner, 2015) were collected from all participants. Correlation of all items were analyzed with the significant level set at 0.05.

Results

31.6% caregivers felt low or no burden, 42.1% felt mild to moderate burden, and 26.4% caregivers felt moderate to severe burden. There was moderate to high correlation between functional ability and upper extremity strength ($r=.631, p<.05$), balance ($r=.778, p<.05$) and time up & go ($r=.683, p<.05$) in people with dementia. There was moderate correlation between caregiver burden and lower limb flexibility. ($r=.491, p<.05$)

Discussion and Conclusions

Due to moderate to high correlation between functional ability and physical fitness, keeping or improving physical fitness would be an important subject for people with mild and moderate dementia to maintain their functional ability. The moderate correlation between burden level and lower limb flexibility may be due to lower extremity stiffness, as it is one of the early symptoms of dementia.

References

- Razani J1, Kakos B, Orieta-Barbalace C, Wong JT, Casas R, Lu P, Alessi C, Josephson. Predicting caregiver burden from daily functional abilities of patients with mild dementia. *J Am Geriatr Soc.* 2007;55(9):1415-20.
- Stagg B, Lerner AJ. Zarit Burden Interview: pragmatic study in a dedicated cognitive function clinic. *Prog. Neurol. Psychiatry* 2015(4); 19: 23–27.

Relationship Between Obesity and Lumbar Spine Degeneration: A Cross-Sectional Study from the Fifth Korean National Health and Nutrition Examination Survey, 2010-2012

Bae, S. (1), Lee, S., Kim, W., Lee, S.-U., Choi, K.H.

(1) University of Ulsan College of Medicine, Seoul

Background

Although several studies have shown that obesity affects low back pain (LBP), the relationship between degenerative lumbar spine (LSD) and obesity has not been fully investigated.

Aim

This study evaluated whether obesity is independently associated with LSD in the general population.

Methods

This cross-sectional study used public data from the Fifth Korean National Health and Nutrition Examination Survey (2010–2012). Subjects aged ≥ 50 years that had completed surveys were included (3,668 men and 4,966 women). Obesity was classified based on the body mass index and LSD was assessed by lumbar spine radiographs. Independent associations of obesity with LSD or LBP were determined using odds ratios (OR) adjusted by two regression models.

Results

The prevalence of obesity was more frequent in women than in men (38.27% vs. 33.97%, $P < 0.001$). Compared to normal-weight women, the risk of LSD was increased in overweight and obese women following adjustments (OR = 1.227, 95% confidence interval [CI]: 1.019–1.477 and OR = 1.217, 95% CI: 1.024–1.446, respectively). When obesity was subdivided, the obese II group showed higher odds for LSD in women (OR = 1.797, 95% CI: 1.287–2.510).

However, obesity was not correlated with LSD in men. There was no significant association between obesity and LBP in either men or women.

Discussion and Conclusions

Compared to normal-weight women, LSD risk was higher in overweight and obese women, especially, those in the obese II subgroup. These findings suggest that maintaining normal body weight may be a preventative factor of LSD.

References

-

Responsiveness of the ARAT: differences between multiple time periods

Horbach, A. (1), van Wijck, F.
(1) Glasgow Caledonian University

Background

Stroke is a major health problem and a significant group of patients will experience upper limb hemiparesis (Hatem et al., 2016). The Action Research Arm Test (ARAT) is the recommended tool (Kwakkel et al., 2017) to assess and identify changes in upper limb function during rehabilitation. Relevant literature did not include a representative sample and did not look at the difference in responsiveness to change between two treatment groups, receiving treatment at two different time points.

Aim

To compare the responsiveness to change of the ARAT in acute stroke patients between the early treatment group and the late treatment group.

Methods

We used a secondary analysis based on a feasibility RCT that compared the responsiveness to change for the ARAT in two different treatment groups. Participants were divided over an early-, late- and usual-care treatment group. Augmented upper limb physiotherapy combined with normal upper limb physiotherapy was provided three weeks post stroke in the early group and compared with the same treatment nine weeks post stroke in the late group. The ARAT was conducted prior and post treatment. Responsiveness to change was expressed as the Standardised Response Mean (SRM).

Results

61 participants were recruited of whom 27 were included in this analysis omitting the usual care group. The interquartile range of ARAT scores was between 3 and 57 for the early group and between 3.5 and 57 for the late group. The SRM score for the early group (N=11) was 0.72, whereas this was 0.76 for the late group (N=16).

Discussion and Conclusions

The results suggest a moderate to large responsiveness to change in the early treatment group and a small to moderate responsiveness to change in the late treatment group (Horbach, 2018). However, the findings indicate the need for a measure of responsiveness that is appropriate for skewed data.

References

- Hatem, S.M. et al., 2016. Rehabilitation of motor function after stroke: a multiple systematic review focused on techniques to stimulate upper extremity recovery. *Frontiers in Human Neuroscience* [online].10(442), pp. 1-22.
- Horbach, A. 2018. Responsiveness of the ARAT: differences between multiple time periods. MSc Dissertation, Glasgow Caledonian University.
- Kwakkel, G., Lannin, N.A., Borschmann, K., English, C., Ali, M., Churilov, L., Saposnik, G., Winstein, C., van Wegen, E.E. & Wolf, S.L., 2017. Standardized measurement of sensorimotor recovery in stroke trials: consensus-based core recommendations from the stroke recovery and rehabilitation roundtable. *Neurorehabilitation and Neural Repair* [online]. 31(9), pp. 784-792.

Supporting government policies to embed and expand rehabilitation in health systems in Europe: A framework for action

Skempes, D. (1), Bickenbach, J., Michail, X., Stucki, G.

(1) Swiss Paraplegic Research

Background

Investment in action is vital to confront the challenges associated with chronic diseases and disability facing European health systems (Nolte E et al., 2014). Although relevant policy responses are being increasingly developed, most of them fail to recognize the prominent role of rehabilitation services in achieving public health and social goals (Stucki et al., 2018). Comprehensive guidance is urgently needed to support rehabilitation policy development and expand access to rehabilitation care to meet population needs effectively (World Health Organization, 2017).

Aim

The purpose of this study is to develop an action-oriented framework to guide rehabilitation policy development in Europe.

Methods

The framework was developed by means of a literature review and consultation with experts from the European Academy of Rehabilitation Medicine. The review identified major authoritative recommendations on rehabilitation policy. A writing group was then established which synthesized the recommendations and organized them thematically. 31 experts coming from 17 European countries took part in a draft-discussion meeting in Athens (19 October 2018).

Results

The framework consists of 6 domains (Governance, Population and civil society engagement, Economic support, Production resources, Models of care and Monitoring) and 12 subdomains that address several facets of health programming (e.g. strategic planning, regulation, insurance coverage, service design). A set of options for action within each subdomain is presented. These options can support embedding rehabilitation within national health planning and guide the formulation of national action plans for rehabilitation.

Discussion and Conclusions

The framework provides a structure to understand the policy terrain related to rehabilitation in Europe and the measures required to translate aspirational political pronouncements into targeted programmatic action and tangible health and social outcomes.

References

- Nolte E, Knai C, Saltman R, editors. Assessing chronic disease management in European health systems: Concepts and approaches. United Kingdom: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2014.
- Stucki G, Bickenbach J, Gutenbrunner C, Melvin J. Rehabilitation: The health strategy of the 21st century. *J Rehabil Med.* 2018;50(4):309-16.
- World Health Organization. Rehabilitation 2030: A call for action - Meeting report. Geneva: World Health Organization; 2017. Available from: <http://www.who.int/disabilities/care/Rehab2030MeetingReport.pdf?ua=1>.

Supporting People with Autism Spectrum Disorder into Employment

Brecelj, V. (1), Zovko Stele, M., Demšar, A., Bratuš Albreht, K.

(1) Centre for Hearing and Speech, Maribor

Background

Many people with autism spectrum disorder (ADS) can experience social disadvantage and exclusion. They often lack the support they need to gain and maintain employment.

Aim

Each person with ADS is unique and needs an individualised approach at job searching and employment. With the aim to collect relevant information on the needed employment support on the open labour market, we carried out the research in 2018.

Methods

In order to obtain aspects from all sides, the study included 6 employees with ADS, the same number of employers and 6 professionals/supported employment specialists, who were working with employees in question. First, a systematic literature review was conducted. Next, we developed three semi-structured questionnaires, separate for each target group, and finally, we carried out the interviews. Quantitative analysis was used to collect the data on perceived needs from all three sides.

Results

The findings highlight the importance of knowing and understanding the characteristic of the ADS, and the employment needs emerging from it. Study participants were reporting about the benefits of the expert support, both during the job searching and on the workplace. Employers particularly emphasised the need of the ongoing support and cooperation with the professionals and mentors in the workplace.

Discussion and Conclusions

Close cooperation before and during employment is essential. Awareness raising among employers and their knowledge of appropriate methods and techniques to work with employees with ADS as well as providing relevant information on ADS to management and colleagues is the key to sustainable employment. To gain this, more stress should be put on the development of the specific approaches towards employers.

References

- Macedoni-Lukšič, M., Jurišič, B. D., Rovšek, M., Melanšek, V., Potočnik Dajčman, N., Bužan, V. Davidovič Primožič, B. Smernice za celostno obravnavo oseb s spektroavtističnimi motnjami. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. 2009.
- Ranljive skupine na trgu dela: psihološki pogled na izzive in priložnosti. Ur.: Boštjančič E., Žagar Rupar M. Ljubljana : Znanstvena založba Filozofske fakultete. 2018; 291-312.
- Standifer, S. Adult Autism and Employment: A Guide for Vocational Rehabilitation and Professionals. DPS & Curators of the University of Missouri: Disability Policy and Studies. School of Health Professions, University of Missouri. 2009.

Sustainable effects in rehabilitation for patients suffering asbestosis

Dalichau, S. (1), Möller, T.
(1) BG Ambulanz Bremen

Aim

The aim of this study was to evaluate lasting effects of an outpatient medical rehabilitation (OMR) mainly composed of exercise therapy for patients with asbestosis (Dalichau et al., 2010).

Methods

In the frame of a controlled study 151 male patients aged $67,0 \pm 6,0$ years suffering asbestosis carried out over a period of three weeks 5 times weekly 6h at a time phase 1 of the OMR consisting of evidence-based contents of the pulmonary rehabilitation. Directly after that further therapeutic applications with the main focus on exercise therapy were applied over a period of 12 weeks one time weekly 3h at a time (phase 2). After phase 2 the rehabilitation centre led the patients into sports groups near to place of residence (phase 3) (Deck et al., 2009). The effects of the OMR were evaluated at the beginning (T1), at the end of phase 1 (T2) and phase 2 (T3) as well as 6 (T4) and 18 months (T5) after T3.

Results

Compared to T1 physical fitness (6-minute Walk Test, Hand-Force Test) as well as health-related QoL (SF-36), dyspnea (BDI/TDI) and oxygen partial pressure (pO₂) were significantly improved in T2. These positive effects could be confirmed in T3. 107 patients (70,9 %) were doing sports due to health regularly still 6 and 18 months after T3 and could preserve their health outcome in T4 and T5, while the effects of rehabilitation of the 44 patients breaking off any sporting activities wore off again to and even below starting condition in T1.

Discussion and Conclusions

Despite a restrictive pulmonary disease specific sustainable exercise therapy seems to be able to mobilize physical reserves of performance and induce an increasing QoL as well as a higher resilience in ADL. These positive effects could be stabilized persistently by a regular training one time weekly.

References

- Dalichau S, Demedts A, im Sande A et al. Verbesserung von Nachhaltigkeitseffekten in der ambulanten pneumologischen Rehabilitation unter besonderer Berücksichtigung der Sporttherapie. *Rehabilitation* 2010; 49: 30-37.
- Deck R, Hüppe A, Arlt AC. Optimierung der Rehabilitationsnachsorge durch eine längerfristige Begleitung der Rehabilitanden – Ergebnisse einer Pilotstudie. *Rehabilitation* 2009; 48: 39-46.

SWOT analysis of Slovenian Social Inclusion program for Persons with Disabilities

Tabaj, A.

University Rehabilitation Institute Republic of Slovenia

Background

The importance of work and vocational rehabilitation is connected with other relevant social areas, one of the most important is social protection system.

Aim

In the study, analysis from attitudes of persons with disabilities, included and not included in the program of social inclusion is presented, as well the views of profession workers.

Methods

In the research, we used focus groups and SWOT analysis methodology. All questionnaires were constructed on the basis of SWOT analysis. We selected questions regarding strengths, weaknesses, opportunities and threats.

Results

Positive aspects from social inclusion program are recognized: improvements in abilities, skills, self-value, social network and family situation had been detected from participants and from professional workers. But, social inclusion programs can act as a bridge from

unemployability to employability, yet they do not operate in Slovenia in transitional way so far. Yet there are positive sides of the programs for participants, this could be also improved in the future, if setting connections with social protection system solutions. Preventing benefit-traps is one of the biggest concerns.

Discussion and Conclusions

The main problem from 2011 appeared to come with changes in social legislation. PwD rather stay at home and get compensatory supplement, when declared not employable. If they are employed, then they will lose this benefit, with no clear option if they are unemployed. The transition path is not very clear and certain. Social protection system works better for not employable than for persons employed in employment centers. The second problem is also the change of environment if persons with disabilities change social inclusion program with employment center, stress levels of PwD increase.

References

- Brecelj V, Vidmar J, Zadavec S, Bitenc Č. Evalvacija izvajanja programa socialne vključenosti v obdobju 2010-2013. Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča. Ljubljana; 2014.
- Tabaj A, Brecelj V, Vidmar J, Kovač L, Bohorč S, Bercko Eisenreich S, Jakič Hiti L, Mikložič V, Lipovec M, Plavšič J, Kraljič Černe N, Dovečar D, Kočivnik K. Analiza socialno-ekonomskega položaja oseb z izdano odločbo in nezaposljivosti Primerjalna analiza socialnih pravic in pogojev za pridobitev pravic v okviru programov socialnega varstva, programa socialne vključenosti in zaposlitvene rehabilitacije. Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča. Ljubljana; 2018.
- Vidmar J, Pintarič A, Volovec D, Zadavec S, Gošnjak E, Kolar Š. Evalvacija izvajanja programov socialne vključenosti v letu 2009. Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča. Ljubljana; 2010.

The assessment of muscular characteristics using tensiomyography in hemiplegic stroke patients

Park, S.W. (1), Kim, W., Choi, K.H.

(1) University of Ulsan College of Medicine, Seoul

Background

Tensiomyography (TMG) has been used to assess muscular characteristics of the lower extremity. However, in stroke patients, the TMG characteristics have not been reported to date.

Aim

The aim of this study was to investigate the functional behavior and stiffness of muscles in hemiplegic stroke patients.

Methods

Fifteen hemiplegic stroke patients were recruited. The evaluation included muscular function by TMG and muscle stiffness by sonoelastography. Functional elements of the lower extremity muscle groups (Rectus femoris, RF, Biceps femoris, BF, Gastrocnemius, GCM and Tibialis

anterior, TA) were evaluated and the following parameters were assessed from muscular point of view: contraction time (Tc), sustain time (Ts), delay time (Td), relax time (Tr) and displacement maximal amplitude (Dm) after electrical stimulation. We performed comparative analysis of between sonoelastographic data of sound side and affected side. Then, we checked the correlation between TMG parameters and sonoelastographic parameters.

Results

There were no significant differences in the majority of the TMG parameters between affected and sound side. The RF-Tr ($p=0.008$), RF-Dm ($p=0.041$) and TA-Tr ($p=0.05$) were decreased, compared to the sound side. At the affected side of BF, GCM and TA, the analysis of color histogram revealed a greater intensity of red ($p=0.030$, $p=0.001$, $p=0.004$) and lower intensity of blue ($p=0.004$, $p=0.001$, $p=0.026$) than sound side. In affected side, red intensity of TA is correlated with the RF-Tc ($r=-0.566$, $p=0.044$) and TA-Ts ($r=0.618$, $p=0.043$) and of GCM is correlated with GCM-Tc ($r=0.714$, $p=0.047$) and GCM-Tr ($r=-0.786$, $p=0.021$).

Discussion and Conclusions

The results of our study help understanding muscle physiologic change associated with CNS lesion. These are useful to detect muscle dysfunction and assess the effect of neuromuscular rehabilitation in stroke patients.

References

-

The association of sarcopenia with low back pain and lumbar spine degeneration

Kim, W.J. (1), Bae, J.H., Kong, H.H., Choi, K.H., Kim, W.

(1) University of Ulsan College of Medicine, Seoul

Background

There were few studies about on the association between low back pain (LBP) and lumbar spine degeneration (LSD) with sarcopenia. In particular, there were few published descriptions of the effects of sarcopenia on LBP and LSD simultaneously.

Aim

The aim of this study is to investigate the association of low back pain and lumbar spine degeneration with sarcopenia using nationwide survey in men over 60 years old.

Methods

We conducted a cross-sectional study using the 5th Korea National Health and Nutrition Examination Survey (2010-2011). Men ≥ 60 years of age were included. Skeletal muscle mass index (SMI) and body composition were evaluated using Dual-energy X-ray absorptiometry. We defined sarcopenia as a modified SMI (ASM/ht^2) value less than 20% of the participants. LSD was evaluated using a modified version of the Kellgren–Lawrence (KL) grade and was defined if the modified KL grade was 2. The risk of LBP and LSD with sarcopenia were

investigated with multivariate logistic regression analyses. Model 1 was adjusted by age group. Model 2 was adjusted by age group, obesity, occupation, and physical activity. We also adjusted for LSD.

Results

Of 1032 participants, 849 participants had no LBP and 183 participants had LBP. Sarcopenia was associated with increased risk of LBP (OR=2.08; 95% CI 1.39-3.11) (OR=2.03; 95% CI 1.36-3.02 and OR=2.23; 95% CI 1.38-3.59, respectively for model 1 and 2). This increased odds ratio was maintained after adjusting for LSD (OR=2.16; 95% CI 1.43-3.25 and OR=2.37; 95% CI 01.45-3.86, respectively for model 1 and 2). However, sarcopenia was associated with decreased risk of LSD in multivariate analysis.

Discussion and Conclusions

Our results suggest that sarcopenia was associated with increased risk of LBP in men \geq 60 years old. It was also maintained after adjusting for LSD. However, sarcopenia was associated with decreased risk of LSD.

References

- Kim TN, Yang SJ, Yoo HJ, et al. Prevalence of sarcopenia and sarcopenic obesity in Korean adults: the Korean sarcopenic obesity study. *Int J Obes (Lond)* 2009;33:885-92.
- Pahor M, Manini T, Cesari M. Sarcopenia: clinical evaluation, biological markers and other evaluation tools. *The journal of nutrition, health & aging* 2009;13:724-8.
- Rolland Y, Czerwinski S, Abellan Van Kan G, et al. Sarcopenia: its assessment, etiology, pathogenesis, consequences and future perspectives. *The journal of nutrition, health & aging* 2008;12:433-50.

The balneological rehabilitation of the upper respiratory tract: past and present experience of the Otolaryngology Clinic in Cracow

Ziarno, R. (1), Grudzień-Ziarno, A., Kostrzon, M., Zielińska, J., Kocoń, S., Składzień, J.
(1) Otolaryngology Clinic in Cracow

Background

The Otolaryngology Clinic in Cracow has longstanding experience in using balneological methods in rehabilitation of upper respiratory tract by cooperating with “Modrzewie” Health Resort in Szczawnica in the past and with “Wieliczka” Salt Mine Health Resort in current times.

Aim

The aim of this study was to present past and current balneological methods of rehabilitation on example of past cooperation with “Modrzewie” Health Resort and current rehabilitation projects jointly realised with “Wieliczka” Salt Mine Health Resort.

Methods

In 2015 - 2018 Otolaryngology Clinic in Cracow together with “Wieliczka” Salt Mine Health Resort collaborated in projects related to the rehabilitation of upper respiratory tract. Followed

projects were realized: one regarding role of subterranean salt chambers in treatment of allergic rhinitis (40 patients) and second about the role of smog phenomenon in development of symptoms of upper respiratory tract diseases (141 patients). Patients from both projects undertook voice rehabilitation in subterranean chambers in Wieliczka. After health resort treatment patients from both projects undertook control examinations. We also compared past rehabilitation methods of "Modrzewie" health resort with current projects.

Results

Both project proved the efficiency of subterraneotherapy in rehabilitation of the upper respiratory tract. Patients from both projects reported the improvement of quality of life after therapeutic batch in health resort. In control examinations of both projects the improvement was also confirmed.

Discussion and Conclusions

Past and present experience of Otolaryngology Clinic in Cracow affirm that using balneological forms of rehabilitation can achieve good results of improvement of local state of upper respiratory tract without adverse side effects.

References

-

The development of regeneration orientation and resistance orientation in the course of routine inpatient psychosomatic rehabilitation

Linden, M. (1), Otto, J.

(1) Charité - Universitätsmedizin Berlin

Background

A primary goal of medical rehabilitation is to assist the return to work. A therapeutic problem in this regard is stress intolerance of patients. This can be treated by training of resistance and hardiness, which allows to withstand in the face of demands. On the other hand, patients are typically referred to inpatient rehabilitation to recover from mental illness and overburdening, and to regain strength. This requires to improve regeneration and self care.

Aim

Goal of the present study has been to investigate to which degree routine inpatient psychosomatic rehabilitation increases the orientation of patients towards resistance or regeneration.

Methods

One hundred twenty one unselected patients from a psychosomatic rehabilitation hospital were asked to fill in the ReRe-scale (Resistance-Regeneration-Scale) at intake and discharge from the hospital.

Results

In the pre-post-comparison there was a general reduction of resistance orientation and an increase of regeneration orientation. In contrast to resistance orientation, regeneration orientation was found to be associated with a higher rate of readiness to return to work.

Discussion and Conclusions

The results of our observation suggest that psychosomatic patients may easily be overtaxed when they are exposed to additional stressors, as it is done in hardiness training. Instead they need a time of recovery, of regaining strength, and of self care. After recovery they seem to be ready to return to work.

References

Wasilewski J, Otto J, Linden M. Promoting Self-Care Instead of Resistance Orientation: Therapeutic or Side Effect in Regard to Work? *Psychother Psych Med* 2017; 67: 1–6.

The effect of assisted-robotic gait training on Lokomat device on aerobic capacity in children and adolescents with cerebral palsy

Zen Jurancic, M. (1), Damjan, H., Groleger Sršen, K., Jemec Stukelj, I., Vipavec, B., Pibernik, M.

(1) University Rehabilitation Institute, Ljubljana

Background

Studies show that aerobic capacity of children and adolescents with cerebral palsy (CP), which are classified as CP GMFCS (Gross Motor Function Classification System) level I and II, is significantly lower compared to healthy subjects. The assisted-robotic gait training was performed. The aim is to improve walking, to reduce spasticity in the lower limbs and to enhance the overall body capacity. Our experience indicates that participants are able to walk at the end of the gait training for a longer time and at a higher speed than at the beginning.

Aim

The aim of this study is to check if assisted-robotic gait training improves aerobic capacity.

Methods

The study included children and adolescents with different levels of CP GMFCS (I, II, III). They performed assisted-robotic gait training on the Lokomat device in the period from 01.01.2014 to 31.12.2016. The bicycle stress testing was performed by continuous protocol. The oxygen consumption was measured continuously with a direct measurement method (Oxycon Mobile) and the heart frequency was monitored with ECG. After the end of training the stress testing was repeated.

Results

Descriptive statistics were calculated for all the variables (maximal achieved power, heart rate, systolic blood pressure and oxygen consumption at the end of the load). After the second stress test, the maximum blood pressure decreased, while for all other observed parameters,

both absolute and relative improvement were observed. By carrying out the statistical analysis, it was found that none of the observed changes were statistically significant.

Discussion and Conclusions

Assisted-robotic gait training on Lokomat device can improve aerobic capacity.

References

Pajaro-Blazquez M, Shetye R, Gallegos-Salazar J, Bonato P. Converging Clinical and Engineering Research on Neurorehabilitation. *Biosystems & Biorobotics* Volume 1, 2013, 29-33.

Verschuren O., & Takken T. Aerobic capacity in children and adolescents with cerebral palsy. *Research in Developmental disabilities*. 2010;31(6):1352-7EFRR: Postersession.

The effects of balance training with balance system in patients with multiple sclerosis

Gur, H. (1), Karaca, G., Alpua, M., Demir, A.N.

(1) Kirikkale University

Background

Patients with Multiple Sclerosis (MS) can present with different combinations of functional deficits, such as loss of balance, poor coordination, weakness, spasticity, gait disabilities and fall risk (Amatya et al., 2017).

Aim

The objective of this study to determine the effects of balance training and conventional rehabilitation program on balance, gait and quality of life in patients with MS.

Methods

Thirty MS patients aged 30-50 years were included combined rehabilitation program consisting of 30 minute conventional rehabilitation program and 30 minute postural balance training with Biodex Balance System for six weeks(5 times/week). Five times sit to stand test (5xSST), Get up and go test(GUG), Berg Balance Scale(BBS), Tinetti Balance And Gait Assessment, Activity specific balance confidence scale (ABC), Multiple Skleroz walking scale-12(MSYS-12), Multiple Skleroz impact scale-29(MSIS-29), Expanded disability status scale (EDSS) and BBS (Medial-Lateral Stability Index:MLSI, Anterior-Posterior Stability Index:APSI, Overall Stability Index:GSI ve Fall Risk Index:DRI) were assessed at the enrollment (t0), immediately postintervention(t1) and at the 1-month follow-up(t2).

Results

There was a statistically significant improvement in 5xSST, GUG, BBS, Tinetti Balance And Gait Assessment, ABC, MSYS-12, MSIS-29 scores and BBS data (MLSI,APSI,GSI,DRI) at t1 compared to baseline. Benefits persisted at the t2 for Tinetti Balance And Gait Assessment, MSYS-12, BBS parameters MLSI and GSI.

Discussion and Conclusions

The combination of conventional rehabilitation and postural balance training with Biodex Balance System could improve the balance, gait functions, activities of daily living, and participation to social life of MS patients.

References

Amatya B, Khan F, Ng L, Galea M. Rehabilitation for people with multiple sclerosis: an overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. DOI.10.1002/14651858.CD012732. Copyright 2017 The Cochrane Collaboration.

The effects of low bone mineral density on pain, quality of life and fatigue in the patients with epilepsy

Unal-Ulutatar, C. (1), Yazici, G., Midi, I., Akyuz, G.

(1) Sancaktepe Sehit Prof Dr Ilhan Varank Training and Research Hospital

Background

Low bone mineral density (BMD) may occur in epilepsy patients due to antiepileptic use (Lazzari et al., 2013).

Aim

To investigate the effects of low BMD seen in epileptic patients who use antiepileptics on pain, quality of life (QoL) and fatigue.

Methods

Epileptic patients with bone mineral density (BMD) below -1.5 or with a previous fracture history were recruited in the study group. The remaining patients were included in the control group. Demographic and clinical features (duration of epilepsy and antiepileptic use, types of antiepileptics, previous fracture history, BMD scores, vitamin D levels, FRAX assessments) were recorded. Back pain measured with visual analogue scale (VAS) and brief pain inventory (BPI), QoL assessed with Qualeffo-41, fatigue assessed with fatigue severity scale (FSS) were noted as functional parameters.

Results

Study group included 21 patients (11 female, 10 male) and control group included 23 patients (13 female, 11 male). Mean age and disease duration of all participants were 40.8 (± 11.6) years and 20.7 (± 13) years, respectively. Nine patients (20.5%) had a previous fracture history. The median scores of VAS, Qualeffo-41, FSS, pain severity and pain interference of BPI were significantly found higher in study group when compared to control. There was significant correlation between lumbar spinal BMD and VAS ($\rho = -0.51$, $p < 0.0005$), BPI-pain severity ($\rho = -0.51$, $p < 0.0005$), BPI-pain interference ($\rho = -0.45$, $p = 0.002$) and Qualeffo-41 ($\rho = -0.36$, $p = 0.01$), and FSS ($\rho = -0.32$, $p = 0.03$).

Discussion and Conclusions

Epileptic patients suffering from low BMD showed increased pain, fatigue and impaired QoL. It has been suggested that BMD measurement should be recommended for the evaluation and management of epileptic patients in follow-up period.

References

Lazzari, Antonio A., et al. "Prevention of bone loss and vertebral fractures in patients with chronic epilepsy—antiepileptic drug and osteoporosis prevention trial." *Epilepsia* 54.11 (2013): 1997-2004.

The impact of early intervention in infants preterm and in their familiar environment.

*Pérez-Bonilla, M. (1), Girela López, E., Casado, P., Jiménez López, J.,
Mayordomo Riera, F.J.*

(1) Hospital Universitario Reina Sofía

Background

Early intervention in newborns at risk, that is, those under 32 weeks of gestation and less than 1.5 kg in weight, started in the neonatal intensive care units practically from birth, prevents motor and cognitive deterioration and is therefore very necessary and beneficial, given that both technological and scientific advances in medicine are increasingly less infant deaths at the time of delivery, which has led to a high percentage both in the number and survival of premature babies, a those that have been related to a higher incidence of brain injury among other pathologies. On the other hand, not only helps to minimize or prevent the motor and cognitive impairment of the newborn, it also improves the mental health of the parents, which in turn reverts positively in the newborn and in a better use of resources.

Aim

Analyze the impact of early intervention carried out before discharge to prevent motor and cognitive impairment in risky newborns and their family environment.

Methods

- Design: Prospective descriptive observational study.
- Sample of the study: All live newborns less than 32 weeks of gestation and 1500Kg of weight in a sanitary area during the years 2018-2020.
- Selection of the sample: Exclusion criteria are the refusal of the parents to participate in it, presenting some type of chromosomal abnormality or hereditary pathology.
- Measuring instruments will be used before and after the treatment: GMS (General Movements Scale) and AIMS (Alberta Infant Motor Scale) for motor assessment, Baley for motor assessment and Hammersmith Infant Neurological Examination. To assess anxiety-depression in parents, the Goldberg scale will be used with 9 items to assess anxiety and another 9 to assess depression.

Results

The results will be presented and discussed.

Discussion and Conclusions

The results will be presented and discussed.

References

- Castel S; Creveuil C; Beunard A; Blaizot X; Proia N et al. Effects of an intervention program on maternal and paternal parenting stress after preterm birth: A randomized trial. *Earl Hum Dev*, 2016; 103: 17- 25.
- Hadders- Algra M; Boxum AG; Hielkama T; Hamer EG. Effect of early intervention in infants at very high risk of cerebral palsy: a systematic review. *Dev Med Child Neurol*, 2017; 59: 246- 58.
- Spittle A; Orton J; Anderson PJ; Boyd R; Doyle LW. Early developmental intervention programmes provided post hospital discharge to prevent motor and cognitive impairment in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015 Nov 24; (11).

The influence of response shift on the outcome measurement in patients suffering degenerative knee complaints

Dalichau, S. (1), Albrecht, H., Möller, T.
(1) BG Ambulanz Bremen

Background

To evaluate the effects of rehabilitation measures, the indirect measurement of change is considered a clinical standard. In non-controlled studies, the occurrence of patients' response shifts (RS) from the first to the second measurement point may lead to a falsification of the true rehab effects in the context of written questionnaires.

Aim

So it was the aim of the present pre-experimental study to determine the RS and its possible influence on the rehabilitation outcome of patients with knee complaints.

Methods

To control RS, 99 male patients (51.2 years, BMI: 29.2) with degenerative knee complaints underwent a 3-week outpatient evidence-based rehabilitation program (Dalichau et al., 2018). At the beginning (T1) and at the end (T2) of rehabilitation, patients were extensively investigated. The determination of the RS based on written questionnaires and carried out using the then-test.

Results

In T2, there was a significant improvement in all parameters investigated. The RS was proven in the form of an over- (SF-36, WOMAC) and underestimation (PACT) with small effect sizes and a poor clinical significance, which corresponds to the data from the literature. In addition,

the validity of the RS was limited by confounders such as present state and recall bias, heterogeneous alignment of the data, and differences in patient interests and expectations.

Discussion and Conclusions

It is to be discussed whether the RS should not be interpreted as an expression of a desired successful disease coping of the patients (Schwartz et al., 2006).

References

- Dalichau S, Giemsa, Solbach T et al. Das Kniekolleg als sekundärpräventiver Ansatz. Die nachhaltige Behandlung berufsbedingter Gonarthrose. Orthopäde 2018; 47: 553-560.
- Schwartz CE, Bode R, Repucci N et al. The clinical significance of adaptation to changing health: a meta-analysis of response shift. Qual Life Res 2006; 15: 1533-1550.

The Relationship between Pathological Worrying and Working Memory Capacity in a Psychosomatic Rehabilitation Population (work in progress)

Held, J. (1), Ramadani, L., Visla, A., Wolfer, C., Köllner, V., Flückiger, C.
(1) Universität Zürich

Background

Pathological worries are core symptoms in many mental disorders. Worry binds cognitive resources, reduces performance and attentional control, and impacts negatively on information processing. It is unclear whether this rule applies to across different levels of worrying, from normal to pathological worry (as in Generalized Anxiety Disorder). Preliminary results of a newly conducted experiment show that there is a general stress reaction in anxiety patients and healthy controls as show in decreased cognitive performance, which may lead to problems when the patients return to work.

Aim

The present research extends these findings by examining how GAD patients and other clinical populations in a inpatient setting perform in worry-free compared to worry-laden situations in a working memory (WM) task.

Methods

94 patients with various mental disorders performed a numerical work memory task. The task consisted of two trials, with a worry induction between the trials. Worries, anxiety and repetitive negative thoughts were assessed during the test.

Results

Two data analytic approaches are pursued: First, accuracy and response time differences between before and after worry induction are compared. Second, the patients are divided into different groups depending on the disorder. It is examined whether there are differences in the accuracy and the reaction time between the groups.

Discussion and Conclusions

Previous research focused on pathological worries and their impact on cognitive performance, where the majority of studies used non-clinical subjects. This is one of the first studies to examine the impact of different worry intensities on WM performance before and after a worry induction in clinical inpatients. The implications of reduced cognitive capacities during worry on therapy- and workplace related tasks for which high cognitive resources are needed will be discussed.

References

-

Upper extremity rehabilitation game motivates persons with Parkinson's disease to achieve higher functionality

Cikajlo, I. (1), Zajc, D., Dolinšek, I., Peterlin-Potisk, K.

(1) University Rehabilitation Institute, Ljubljana

Background

Parkinson's disease is a progressive disease and is often managed by medication therapy and sometimes also deep brain stimulation. Physiotherapy can provide additional functional improvement of motor control of small and precise movements.

Aim

The study investigated the functional improvement of upper extremities in virtual pick and place tasks and the participants' motivation.

Methods

Virtual environment with 10 cubes developed in Unity3D was used in the study with 20 patients with Parkinson's disease. The participants accomplished 10 consecutive sessions (each lasting 30 min) in two weeks. Their hand function was evaluated by kinematic analysis and clinical tests Box&Blocks test and Unified Parkinson's disease scale (UPDRS) III. Additionally the participants filled an Intrinsic Motivation Inventory questionnaire after every session.

Results

We found significant drop of pressure/tension and increase of competence in participants, but less changes in interest or effort. All participants demonstrated positive outcomes at both clinical tests and less tremor at the end of the sessions.

Discussion and Conclusions

Our findings are in line with the published results and demonstrate that contemporary approach may influence on patient's pressure or stress and increase competences. Therefore we may suggest that the amount of tremor has temporary decreased due to the less pressure and tension.

References

- Park J, Wu Y-H, Lewis MM, Huang X, Latash ML. Changes in multifinger interaction and coordination in Parkinson's disease. *J Neurophysiol* [Internet]. 2012 Aug 1 [cited 2018 Aug 13];108(3):915–24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22552184>
- Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol* [Internet]. 2000 [cited 2018 Oct 1];55(1):68–78. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0003-066X.55.1.68>
- van den Noort JC, Kortier HG, van Beek N, Veeger DHEJ, Veltink PH. Measuring 3D Hand and Finger Kinematics-A Comparison between Inertial Sensing and an Opto-Electronic Marker System. *PLoS One* [Internet]. 2016 [cited 2018 Aug 13];11(11):e0164889. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27812139>

Using mental imagery in stroke rehabilitation in Saudi Arabia

Alhashil, N. (1), Kontou, E. (1), Radford, K.

(1) University of Nottingham

Background

Mental imagery (MI) is the experience of creating images of movements in the mind. It is a cost-effective method used in rehabilitation to promote post-stroke recovery. Findings from randomised clinical trials have suggested that the practice of MI improves functional stroke recovery.

Aim

To explore the use of MI in stroke rehabilitation in Saudi Arabia.

Methods

Interviews were conducted with 12 stroke survivors recruited from three healthcare services in Saudi Arabia. Data were thematically analysed, responses were coded by the researcher and themes agreed with team members. Findings were mapped to the Behaviour Change Wheel.

Results

Three key themes were identified 1) Capability for using MI (patient's knowledge, potential benefits and the importance of having therapists experienced in mental imagery); 2) Opportunity for MI use (biopsychosocial factors e.g. educational level) and environmental enablers e.g. video and 3) Motivation (professional's role in MI training, patient's belief in the treatment and its effects, personal goals and feedback, optimism that MI will benefit recovery). Findings suggest these factors should be considered when designing interventions involving MI in stroke rehabilitation.

Discussion and Conclusions

Stroke survivors were receptive to the use of MI in stroke rehabilitation. In addition to seeing the value for themselves, they considered it important that professionals using MI were

experienced in its use. They advocated the use of video and audio tapes to support skill acquisition. Appreciating the potential benefits of MI to their stroke recovery may motivate stroke survivors, providing an optimum environment for learning and MI implementation.

References

-

What is the effect of a community based exercise intervention for people with dementia?

Yang, J.-C. (1), Hsu, J.-C., Lai, Y.-L., Chein, Y.-C., Tsai, Y.-C., Hung, L.-Y., Tsai, H.-T.

(1) National Taiwan University Hospital Hsin-Chu Branch, Hsinchu

Background

Exercise intervention is effective to prevent or delay disability in people with dementia (Lin, 2017), however the effects of a community based exercise intervention for a city in Taiwan still needs to be investigated.

Aim

To investigate the effects of community based exercise intervention on physical fitness of people with mild or moderate dementia.

Methods

Adults living in the community with mild or moderate dementia ($CDR \leq 2$) were recruited and underwent two types of intervention, meeting 2 hours once a week for 12 weeks per intervention. They received high intensity exercise (playing ball, strengthening and mat exercises) for 12 weeks; then they underwent cognition training (drawing and playing cards) for another 12 weeks. All participants were evaluated with the physical fitness test, the Functional Reach Test, and the 6 minute walk test before (W0), at 12 weeks (W12) and 24 weeks (W24) of intervention. Independent t test was used to compare the differences before W0 and W12, W0 and W24.

Results

13 participants were included (age 84.3 ± 4.22 years old). There were significant differences in all outcomes between W0 and W12 ($p < 0.05$), except upper extremity strength. For W0 and W24, there were significant differences in the upper and lower extremity strength, lower limb flexibility, balance and endurance ($p < 0.05$).

Discussion and Conclusions

Community based exercises training has the same results as previous studies. According to our study, individuals with dementia can improve their physical fitness through 12 weeks of group exercise and can maintain an ideal fitness if they keep participating in community activities.

References

Lin PS. Protecting cognition by physical activity –how to prevent and delay dementia effectively by physical activity. *The Journal of Long-term Care*. 2017;21(3):211-23.

Autorenindex

A

Abu Khatir, M. 408
Affenzeller, A. 47, 514
Akbulut, N. 56
Aksakal, T. 56, 133
Akyuz, G. 550
Albani, C. 372
Albayrak, H. 484
Albrecht, H. 552
Alhashil, N. 555
Alpua, M. 549
Alt, P. 316
Ammelburg, N. 151
Andreeva, E. 293
Ang, K.K. 519
Angerer, P. 93
Anwar, F. 534
Anzelini, M. 154, 338
Apfelbacher, C. 58
Arienti, C. 72
Arling, V. 174, 199, 201, 241, 251
Atan, D. 445
Atan, T. 445

B

Bachem, R. 450
Bachmann, M. 438
Bachmeier, R. 412
Bae, J.H. 545
Bae, S. 538
Baron, S. 442
Barre, F. 35
Bartel, S. 473
Bartosch, U. 440
Bartsch, H.H. 140, 170
Bassler, M. 377, 403, 451, 452, 526
Batibay, S. 479
Bauer, J.F. 255, 257, 259
Baumann, F. 447
Baumann, R. 266
Baumbach, C. 333
Baumeister, H. 178, 179, 184, 465
Baumgarten, C. 182
Beck, L. 457
Becker, J. 182
Becker, S. 186
Bengel, J. 184
Bengesser, I. 410
Benoit, D. 397
Bergelt, C. 430
Bernert, S. 151, 415
Bernhard, D. 458, 473
Besstrashnova, Y. 515, 521
Bethge, M. 45, 86, 88, 93, 95, 97, 147, 149, 232, 286, 347, 486, 493, 494, 496, 497
Beutel, M.E. 182
Bick-Dresen, S. 412
Bickenbach, J. 540
Biedenweg, B. 163, 305

Bingel-Schmitz, D. 419
Bitzer, E.M. 124, 444
Blaas, R. 426
Blasczyk, S. 227
Blumenthal, M. 321
Bohro, J. 343
Boje, K. 116
Bökel, A. 321
Bollmann, K. 122
Bongarth, C. 326
Bönisch, A. 293
Booth, J. 470
Borchers, E. 525
Brailovskaia, J. 363
Bratuš Albreht, K. 541
Brecelj, V. 541
Breckenkaamp, J. 38
Brenner, L. 450
Breuer, E. 278
Briest, J. 205, 218
Brunner, S. 333
Brzoska, P. 56, 133
Bucher, J. 443
Buchert, U. 529
Buchholz, A. 50
Buchholz, M. 163, 305
Bühnen, I. 159
Burger, H. 461, 481, 513
Bürger, W. 51, 486
Burghardt, R.D. 81
Burkart, C. 62
Busch, D. 510
Buschmann-Steinhage, R. 130

C

Caldwell, K. 534
Carl, J. 353
Casado, P. 551
Chakraverty, V. 255
Chen, Y.-C. 532, 537, 556
Chen, H.-Y. 537
Cheng, Z.Y.N. 519
Cherkashina, I. 482
Chiu, E.-C. 527
Choi, K.H. 538, 544, 545
Choi, N.J. 523
Chorus, L. 400
Chou, C.-C. 532
Chuang, P.-W. 527
Cikajlo, I. 554
Clahn, K. 40
Claros-Salinas, D. 59
Condon, L. 471
Cornetz, K. 392
Cross, J. 530
Czirják, L. 480

D

Dalichau, S. 542, 552
Damjan, H. 548
Dannenmaier, J. 33, 216
das Nair, R. 462, 463

De Boer, W. 438
de Rijk, A. 509
de Wall, S. 35
Debeljak, M. 461
Deck, R. 133, 333
Delbrück, R. 207
Demir, A.N. 549
Demšar, A. 541
Denes, Z. 469
Detka, C. 234, 236, 246
Dettmers, C. 59
Dettmers, S. 83
Deuerling, D. 295
Dibbelt, S. 122, 302
Dittmann, R. 270
Dittmer, K. 408
Dolinšek, I. 554
Domma, J. 369
Donath, J. 535
Dorn, M. 293
Dragano, N. 76
Dräger, B. 297
Dragunowa, O. 198
Dresch, C. 140
Drüke, T. 161
du Prel, J.-B. 38, 135
Düwell, F.J. 106
Dyck, M. 38

E

Ebert, D.D. 178, 179
Echarti, N. 239, 249
Eggens, U. 207
Egner, U. 493, 501
Ehrmann, K. 66
Eichler, S. 288
Ellrott, T. 154, 338
Emmert, M. 350
Engel, D. 43
Ernstöfner, S. 66
Eren, N. 483
Evrin, K.S. 483

F

Fach, E.-M. 90
Fahrenkrog, S. 151
Falck, A. 446
Falinski, R. 336
Faller, H. 341, 355, 358
Farin, E. 142
Farin-Glattacker, E. 127
Farkas, N. 480
Farnsteiner, S. 176
Fassier, J.-B. 511
Fauser, D. 147, 347, 496
Fazekas, G. 469, 520, 535
Feicke, J. 444
Felicetti, E. 428
Feng, Y.-S. 163, 512
Fischer, K. 438
Fisher, R. 467
Flaig, S. 124

Flückiger, C. 553
Franke, G.H. 43, 116
Franke, W. 366
Frankenstein, A. 102
Frege, I. 369
Fröhlich, S. 144

G

Gehlen, M. 297, 311
Geidl, W. 353
Geigges, W. 465
Geisen, T. 508
Gellhaus, I. 433
Gerlich, C. 45, 286, 494
Geyer, S. 137, 345
Gholami, J. 356, 361, 477
Giesler, J.M. 314
Giessner, S.M. 213
Gimigliano, F. 72
Giray, E. 483, 489
Girela López, E. 551
Glattacker, M. 314, 424
Glatz, A. 261
Göhner, W. 284, 444
Golež, A. 491, 536
Golla, A. 282
Gombert, C. 207
Götz, S. 76
Greitemann, B. 122, 144, 302
Groleger Sršen, K. 464, 548
Groth, S. 257, 259
Grudzień-Ziarno, A. 546
Grupp, D. 372
Gstaltner, K. 189, 497
Guan, C. 519
Gur, H. 549
Gutenbrunner, C. 293, 321

H

Haake, T. 392
Haase, I. 65
Hagedorn, N. 426
Hakan, G. 483
Hamacher, D. 316
Hamelmann, E. 433
Hampel, P. 295, 426, 528
Häring, M. 43
Härkäpää, K. 529
Härtter, C. 364
Heide, M. 261
Heidt, V. 140
Heikkilä, H. 456
Heino, P. 518
Heinrichs, K. 356, 361, 477
Heiskanen, T. 439, 448
Hekler, J. 62
Held, J. 553
Helmy, A. 534
Hennemann, S. 95, 176
Henning, A. 392
Herczeg, E. 535
Herrmann, K. 366
Heß, V. 341
Hesse, B. 122, 207, 222
Hessel, A. 220, 290
Hietanen, M. 469
Hinz, C. 297, 311

Hirvonen, M. 456
Hlava, D. 102
Hoberg, E. 333
Hofheinz, C. 377
Höfner, A. 284
Höhler, J. 95
Höhn, C. 424
Hong, S.K. 523
Hopf, F. 350
Horbach, A. 539
Horneber, M. 170
Horváth, J. 480
Hoyer, J. 380, 453
Hsu, J.-C. 532, 537, 556
Hummel, S. 356, 361, 477
Hung, L.-Y. 556
Huovinen, A. 495
Hüppe, A. 79
Hütte, R. 114

I

Iking, A. 408
Imgart, H. 65
Inhestern, L. 430
Isokuortti, H. 495

J

Jablotschkin, M. 170
Jagla, M. 43, 116
Jakob, L. 255
Jakob, T. 465
Jämsä, U. 459
Jankowiak, S. 216, 278, 329
Järvikoski, A. 529
Jemec Stukelj, I. 548
Jiménez López, J. 551
Jirasek, U. 189, 500
Jöbges, M. 488
John, M. 288
Juergensen, R. 400

K

Kaden, B. 69
Kähnert, H. 156
Kaiser, U. 118
Kaleoğlu, Ö. 479
Kallinen, M. 529
Kaltenbach, C. 307
Kaluscha, R. 30, 33, 74, 118, 195,
230, 278, 298, 317, 329
Kamga Wambo, G.O. 458, 473
Kaminski, A. 377
Kapancıoğlu, S. 524
Karaca, G. 549
Karadag-Saygi, E. 489
Karbe, H. 405
Kardelen, G.-A. 483
Karhula, M. 439, 448
Kassner, D. 62
Kavelaars, B. 62
Kazim, M.A. 81
Kazis, L. 512
Keller, L. 441
Kenis Coskun, O. 531
Kesiktaş, F.N. 522

Kesiktaş, N. 484
Kessemeier, F. 451, 526
Kessler, L. 401
Kettlewell, J. 462, 463, 471
Kidd, L. 468, 470, 530
Kim, W. 523, 538, 544, 545
Kim, W.J. 523, 545
Kippola-Pääkkönen, A. 529
Kirkwood, K. 530
Kirsch, C. 35
Kistner, S. 410
Klaus, S. 209, 227, 244
Kleiber, T. 309
Klein, D.K. 338
Klein, N. 266
Klemmt, M. 167, 172
Klindworth, K. 314
Klose, K. 297
Knapp, S. 30, 278, 317, 329
Knispel, J. 201, 241
Knoglinger, E. 333
Knoll, A. 307
Knoll, V. 377
Knoop, T. 83
Knuhr, J. 43
Kobelt, A. 388, 403, 418, 451, 526
Köckerling, E. 222
Kockler, T. 383
Kocoň, S. 546
Kohl, M. 104
Kohlmann, T. 111, 163, 305, 512
Köhn, S. 86, 88
Kohte, W. 510
Kolf, T. 165
Kolias, A. 534
Kölle, T. 216, 230
Köllner, V. 207, 363, 364, 378,
380, 450, 453, 485, 553
Kong, H.H. 545
König, I. 325
Kontou, E. 471, 555
Köpnick, A. 295, 528
Körner, M. 24, 186
Körner, Mi. 122, 222
Korte, K. 161
Kostrzon, M. 546
Krauth, K.A. 430
Krebs, K. 230
Krischak, G. 30, 33, 74, 195, 216,
230, 278, 298, 307, 317, 329
Kriz, D. 118
Križnar, A. 461
Krüger, F. 147
Krüger, T. 415
Kuczyk, S. 234, 236, 246
Küffner, R. 284
Külçü, D.G. 479
Kulisch, K. 104, 159
Kulle, T. 522
Küllenberg, J. 186
Kuntz, L. 124
Kunz, R. 438, 443
Kurlemann, U. 140
Kurzinsky, K. 426
Kygäs, H. 446

L

Lai, Y.-L. 556

Lamprecht, J. 40, 316
Lang, S. 487
Langbrandtner, J. 133
Lange, B. 234, 236
Lange, L. 246
Langheim, E. 378
Langner, P. 378
Launiainen, H. 517
Lawrence, M. 470
Lazarescu, A.D. 311
Lederle, M. 124
Lee, H.-Y. 532
Lee, S. 538
Lee, S.-u. 538
Lehbert, N. 353, 355, 358
Lehr, D. 184
Leibbrand, B. 156
Leiendecker, J. 343
Levack, W. 72
Li, J. 356, 361, 477
Lid, N. 388
Liebsch, M. 276
Liefert, J. 323
Lill, C. 79
Lim, J.H. 519
Lin, J. 178
Linden, M. 198, 370, 441, 442,
451, 485, 526, 547
Lindner, J. 375
Lippel, K. 504
Lippke, S. 97, 220, 290
Lo, C.-F. 537
Loerbroks, A. 58, 93, 356, 361,
477
Lohss, R. 438, 443
Lorenz, S. 104
Lorer, V. 515
Lueger, T. 366
Lühr, T. 284
Lukaszczik, M. 66

M

MacEachen, E. 506
Macht, M. 366
Maiwald, P. 140
Majdič, N. 481
Mäki, K. 469
Mäkinen, J. 518
Malmivaara, A. 72
Margraf, J. 363
Marinkovic, I. 495
Markert, J. 90
Markett, S. 405
Markus, M. 45, 286, 494
Matjačić, Z. 461, 513
Mattila-Wiro, P. 456
Mattukat, K. 147
Mau, W. 147, 282
Mayer, F. 288
Mayer, P. 520
Mayordomo Riera, F.J. 551
Mee, H. 534
Mehrhoft, F. 460
Melicherova, U. 380, 453
Melkas, S. 469, 495
Meng, K. 167, 172, 341
Menzel, C. 59
Meschnig, A. 209, 227, 244

Mesci, N. 479
Mestel, R. 401
Metzner, G. 424
Meyer, T. 72, 83
Meyer-Steinkamp, R. 50
Michail, X. 540
Midi, I. 550
Missel, P. 412, 419
Mitschele, A. 124
Mittag, O. 465
Mohapatra, S. 467
Moldvai, J. 474
Möller, T. 542, 552
Monsbakken, J.A. 437
Montag, C. 405
Moser, N.-T. 458, 473
Müller, W.-D. 163
Muschalla, B. 114, 392, 441, 442,
488
Mustroph, D. 69

N

Nagy, H. 469
Nebe, A. 207, 314, 502
Nebe, K. 108
Nechwatal, R. 329
Negrini, S. 72
Neik, C. 111
Nemedy, A. 535
Németh, O. 474
Neuderth, S. 341
Neumann, K. 225
Nevala, N. 456
Niehaus, M. 255, 257, 259, 261
Nielsen, J. 405
Niemann, J. 156
Niemeier, A. 81
Niemeyer, R. 144
Nieuwenhuijsen, K. 486
Nivorozhkin, A. 225, 499
Noack, N. 441, 451, 485, 526
Noeres, D. 137, 345
Nöhring, C. 405
Nowak, D. 355, 358
Nübling, R. 51, 118, 452
Nybo, T. 469

O

Ohlbrecht, H. 234, 236, 246
Olbrich, D. 383, 392
Olenšek, A. 513
Orsós, M. 474
Ostern, A.R. 209
Ostholt-Corsten, M. 124, 457
Otto, F. 35
Otto, J. 547
Özel, S. 445, 524

P

Paganini, S. 178, 179
Panek, P. 520
Pankatz, M. 433
Park, S.R. 523
Park, S.W. 544
Partridge, M. 530

Patzelt, C. 350
Peikert, M. 430
Pérez-Bonilla, M. 551
Peterlin-Potisk, K. 554
Petermann, F. 388, 403, 418
Peters, K.M. 309
Peters, M. 375
Pfeifer, K. 353
Pfeifer, M. 311
Pfeiffer, W. 403
Pibernik, M. 548
Pieper, C. 159
Pilissy, T. 520
Polak, U. 111, 305
Polnau, U. 293
Ponomarenko, G. 482
Poppelreuter, M. 465

R

Rabe, S. 288
Rabe-Rosendahl, C. 274
Rademacher, W. 378
Radford, K. 462, 463, 555
Rafalzik, Y. 209
Ralf, L. 444
Ramadani, L. 553
Ramien, N. 388
Raspe, H. 79
Rathore, F. 72
Razum, O. 38, 56, 133
Reese, C. 127
Reichard, P. 419
Reims, N. 225
Reinecke, L. 95
Renzland, J. 118
Reusch, A. 154, 167, 172, 284
Reuss-Borst, M. 154, 338, 447
Richter, M. 90
Rinn, R. 290
Rinnenburger, L. 165
Röbbel, L. 137, 345
Roberts, N. 530
Röckelein, E. 66
Rolfes, U. 430
Rosenecker, J. 428
Rosenthal, R. 520
Rowat, A. 470
Rozhko, K. 515, 521
Rüddel, H. 400
Rüther, W. 81

S

Saari, A. 459
Safieddine, B. 345
Sägebarth, M. 33
Sagel, A. 412
Sailer, M. 40, 316
Saliger, J. 405
Salzwedel, A. 288, 326
Sander, L. 176, 178, 179, 184
Sander, U. 350
Schagg, D. 284
Schaidhammer-Placke, M. 122
Scharf, J. 93
Schattschneider, L. 418
Schega, L. 316
Schindl, M. 189, 497, 500, 533

Schlicker, S. 178, 179
Schlitt, A. 326
Schlumbohm, A. 86, 88
Schmädeke, S. 383
Schmid-Ott, G. 395, 454
Schmidt, J. 118, 452
Schmidt, N. 311
Schmidt, S. 62, 147
Schmitt, J. 447
Schmitt, N. 147
Schmitz, C. 378
Schnabel, S. 468
Scholl, S. 297
Schosser, A. 47, 514
Schott, E. 372
Schreitmüller, J. 58
Schröder, C.C. 135
Schröder, K. 326
Schröder, U.B. 192
Schröder, S. 159
Schubert, I. 142
Schubmann, R. 326
Schuler, M. 45, 286, 341, 355,
358, 493, 494
Schulte, S. 430
Schulte, T. 341
Schultz, K. 353, 355, 356, 358,
361, 477
Schulz, H. 375, 452
Schulz, I. 192
Schulz, S.E. 100
Schulz, W. 395, 454
Schütt, M. 325
Schüz, N. 220
Schwaab, B. 325
Schwarz, B. 263
Schwarz, M. 325
Schwarz-Eywill, M. 297, 311
Schwarzkopf, L. 355, 358
Sehle, A. 323
Seifart, U. 27
Senft, B. 47, 514
Seppänen-Järvelä, R. 448, 518
Sheikh, A. 58, 361, 477
Shoshmin, A. 515, 521
Sickert, A. 40, 316
Siepmann, M. 182
Siira, H. 446
Simon, S. 309
Sinner, K. 325
Skempes, D. 540
Składzień, J. 546
Slavchova, V. 174, 199, 251
Snedic, A. 464
Sobjak, A. 520
Spanhel, K. 179, 184
Spanier, K. 86, 88, 93, 95
Spiegelhalder, K. 184
Spies, M. 50
Spörhase, U. 444
Sprigg, N. 471
Spyra, K. 86, 88, 151, 336, 415
Stachelscheid, E. 426
Stachow, R. 422, 426
Stamm-Balderjahn, S. 336

Steegmüller, O. 290
Steffanowski, A. 401
Stegmann, R. 192, 263
Steiger, A. 380, 453
Stein, S. 293
Sternberg, A. 149, 232
Stevens, A. 390, 391
Stock Gissendanner, S. 395, 454
Stracke, R. 50
Strahl, A. 81
Sträßner, J. E. 284
Streibelt, M. 45, 51, 104, 159,
286, 486, 490, 493, 494, 501
Strobel, A. 380, 453
Strobel, An. 380, 453
Stucki, G. 540
Stürmer, J. 323
Szczotkowski, D. 111
Szentés, B. 358

T

Tabaj, A. 543
Tahmassebi, N. 410
Tarjanyi, S. 469
Theer, K. 372
Thiede, M. 124
Thomas, J. 440
Thomas, S. 471
Tiainen, R. 456
Tibubos, A. 182
Tietz, A. 272
Timofeev, I. 534
Tinsel, I. 142
Toellner, C. 167
Toepler, E. 118
Toth, A. 520
Töytäri, O. 475
Tsai, H.-T. 532, 537, 556
Tsai, Y.-C. 532, 537, 556
Tschache, A. 43
Turner, C. 534

U

Uhlig, J. 378
Unal-Ulutatar, C. 550

V

Valentini, J. 140
van Wijck, F. 468, 539
Varjú, C. 480
Verbel, A. 492
Vidmar, G. 481
Vipavec, B. 548
Visla, A. 553
Vogel, H. 66, 366
Vogt, R. 443
Völler, H. 288, 326
Vollmer, H.C. 369
von der Warth, R. 142
von Hörsten, N. 395
von Kardorff, E. 209, 227, 244

W

Wagner, B. 207, 364
Wagner, J. 343
Wagner, R. 358
Wagner, S. 43
Wagner, T. 497
Wahrendorf, M. 76
Waldeck, E. 424
Walker, M. 467, 471
Walter-Meyer, B. 438
Wassipaul, S. 189, 497, 500, 533
Watkins, C. 471
Wegewitz, U. 263
Weinbrenner, S. 457
Weis, J. 140, 170
Weissingen, V. 412
Weißmann, R. 440
Welge-Lüssen, A. 443
Welti, F. 102, 505
Wentrock, S. 447
Whittal, A. 290
Wick, M. 309
Wieczorek, A. 419
Wienert, J. 347, 426, 496
Wilde, T. 400
Wille, F. 290
Windmüller, M. 325
Winkeler, M. 65
Wirtz, G. 487
Wittmann, M. 353, 355, 358
Wittwer, M. 111
Wochatz, M. 288
Wolfer, C. 553
Wulfert, E. 302

X

Xiong, E. 459

Y

Yang, J.-C. 532, 537, 556
Yazici, G. 550
Yeow, C.H. 519
Yildiz Yardimci, M. 484
Yilmaz-Aslan, Y. 56, 133

Z

Zadavec, M. 513
Zajc, D. 554
Zander, R. 161
Zen Jurancic, M. 548
Ziarno, R. 546
Zielińska, J. 546
Zipko, H. 189, 533
Zoch-Lesniak, B. 326
Zollmann, P. 130
Zovko Stele, M. 541
Zschucke, E. 220
Zwerenz, R. 182

Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Kommunikation. Verantwortlich für den Gesamtinhalt: Hauptschriftleitung: Dr. Stephan Fasshauer; Schriftleitung: Dr. Dirk von der Heide, Telefon: 030 86589178, Telefax: 030 86527379.

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) inklusive Versandkosten, jährlich zu beziehen, das Einzelheft 5,50 Euro (Ausland 7,00 Euro) inklusive Versandkosten. Das Abonnement kann jährlich 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.

ISBN 978-3-947949-07-6