Sonderausgabe der DRV

DRV-Schriften Band 123

30. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium

Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung
Teilhabe und Arbeitswelt in besonderen Zeiten

Online-Kongress, März 2021

Herausgeber:
Deutsche
Rentenversicherung
Bund

DRV-Schriften Band 123 · 30. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium

Deutsche Rentenversicherung

30. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium DIGITAL

Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung

Deutsche Rentenversicherung Bund

in Zusammenarbeit mit

Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)

Wissenschaftliche Leitung

Dr. H.G. **Haaf**, Dr. M. **Streibelt**, Dr. S. **Weinbrenner**
Deutsche Rentenversicherung Bund

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

Programmkomitee

PD Dr. V. **Arling** (Aachen), Prof. Dr. M. **Bassler** (Clausthal-Zellerfeld), Prof. Dr. H. **Baumeister** (Ulm), Prof. Dr. Dr. J. **Bengel** (Freiburg), Prof. Dr. M. **Bethge** (Lübeck), Prof. Dr. E.M. **Bitzer** (Freiburg), Dr. S. **Brüggemann** (Berlin), Prof. Dr. H.J. **Glaser** (Bad Hersfeld), Prof. Dr. W. **Göhner** (Freiburg), Prof. Dr. G. **Grande** (Leipzig), Prof. Dr. B. **Greitemann** (Bad Rothenfelde), Prof. Dr. C. **Gutenbrunner** (Hannover), Prof. Dr. P. **Hampel** (Flensburg), Dr. D. **Herbold** (Bad Gandersheim), Dr. H.-J. **Hesselschwerdt** (Bad Krozingen), PD Dr. A. **Kobelt-Pönicke** (Laatzen), Prof. Dr. V. **Köllner** (Teltow), Prof. Dr. T. **Kohlmann** (Greifswald), Prof. Dr. G. **Krischak** (Bad Buchau), Prof. Dr. A. **Mehnert-Theuerkauf** (Leipzig), Prof. Dr. A. **Menzel-Begemann** (Münster), Prof. Dr. T. **Meyer** (Hannover), Prof. Dr. M. **Morfeld** (Stendal), Prof. Dr. K. **Nebe** (Halle-Wittenberg), Prof. Dr. M. **Niehaus** (Köln), Prof. Dr. K. **Pfeifer** (Erlangen), Prof. Dr. M. **Sailer** (Magdeburg), Prof. Dr. M. **Schuler** (Bochum), Dr. K. **Schultz** (Bad Reichenhall), Dr. W. **Schupp** (Herzogenaurach), Prof. Dr. B. **Schwaab** (Timmendorfer Strand), PD Dr. U. **Seifart** (Marburg), Dr. R. **Stachow** (Sylt), Prof. Dr. H. **Völler** (Rüdersdorf), Dr. W. **Wagener** (Düsseldorf), Prof. Dr. U. **Walter** (Hannover), Prof. Dr. P. **Warschburger** (Potsdam), Prof. Dr. J. **Wasem** (Essen), Prof. Dr. K. **Wegscheider** (Hamburg), Prof. Dr. F. **Welti** (Kassel), Prof. Dr. M.A. **Wirtz** (Freiburg)

Kongresskomitee

Tim **Spiegel** (Organisation)
Katrin **Parthier** (Wissenschaft)
Deutsche Rentenversicherung Bund

Tagungsband

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

zum 30. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium begrüßen wir Sie herzlich.

Das Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium ist als Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung das wichtigste Forum für den Austausch über praxisrelevante Ergebnisse zur Weiterentwicklung der medizinischen und beruflichen Rehabilitation. Jährlich nehmen über 1.600 Expertinnen und Experten aus Forschung, Praxis, Politik und Verwaltung teil. Das 30. Reha-Kolloquium 2021 wird veranstaltet durch die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW).

Seit nunmehr über einem Jahr fordert die COVID-19-Pandemie das System der Rehabilitation in mehrfacher Hinsicht heraus: Einerseits muss die rehabilitative Versorgung von Menschen mit (drohenden) chronischen Erkrankungen unter erschwerten Bedingungen aufrechterhalten und trotz pandemiebedingter Einschränkungen gleichberechtigte Teilhabe sichergestellt werden. Andererseits müssen zunehmend Menschen mit dem sogenannten Long-Covid-Syndrom durch individuell angepasste multidisziplinäre Reha-Angebote bei der Bewältigung der komplexen Spätfolgen einer Corona-Infektion unterstützt werden. Die an der Rehabilitation und den Rehabilitationswissenschaften beteiligten Akteure haben auf diese noch nie dagewesenen Anforderungen mit einem hohen Maß an Anpassungsvermögen und Kreativität reagiert. Durch dieses entschiedene Handeln beim gemeinsamen Krisenmanagement wurde der Stellenwert der Rehabilitation akzentuiert. Die mittel- und langfristigen Folgen für das Reha-System mit möglichen Auswirkungen auf die Teilhabechancen von vulnerablen Personengruppen sind zum jetzigen Zeitpunkt (März 2021) jedoch noch nicht vollständig absehbar.

Bezogen auf die Arbeitswelt hat die Pandemie den aktuellen tiefgreifenden Wandel deutlich verstärkt. Im Zuge der Krisenbewältigung wurden in vielen Branchen quasi über Nacht digitalisierte und flexibilisierte Arbeitsformen geschaffen. Diese Entwicklung kann sehr unterschiedliche Auswirkungen auf den Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit haben.

Angesichts der skizzierten Herausforderungen muss es nun vermehrt darum gehen, die Erfahrungen der zurückliegenden Monate gemeinsam zu reflektieren und die Auswirkungen der Pandemie bzw. der ergriffenen Maßnahmen zu ihrer Eindämmung systematisch und interdisziplinär zu bewerten. Positive Entwicklungen sollten gestärkt und negative Folgen vermieden oder zumindest reduziert werden.

Beim diesjährigen Kongress werden die Auswirkungen der Pandemie nicht nur Gegenstand des wissenschaftlichen Programms sein, sondern sich auch im Kongressformat widerspiegeln: Die 30. Ausgabe des Reha-Kolloquiums findet unter Pandemiebedingungen erstmals als Online-Kongress statt. Damit erfährt das Reha-Kolloquium ein rundes Jubiläum und eine Premiere zugleich.

Dr. Hans-Günter Haaf
Prof. Dr. Wilfried Mau
Dr. Marco Streibelt
Dr. Susanne Weinbrenner

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

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

Die Erstautorinnen und -autoren der präsentierten Vorträge und Poster wurden nach möglichen Interessenkonflikten und Fördermitteln gefragt. Sofern Interessenkonflikte und/oder Fördermittel angegeben wurden, werden diese am Ende der jeweiligen Kurzbeiträge aufgeführt.

Inhaltsverzeichnis

Beiträge in Vortragssessions (alphabetisch nach Session- und Beitragstitel)

Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation 13

Implementierungsgrad der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation in den federgeführten Einrichtungen der Deutschen Rentenversicherung Nord
Katja Spanier; Matthias Bethge 13

Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) und Ergebnisqualität aus Sicht der Rehabilitanden – Ergebnisse aus der Reha-QM-Outcome-Studie II (Requamo II)
Rüdiger Nübling; Jessica Henn; Udo Kaiser; Rainer Kaluscha; Jürgen Schmidt; Edwin Toepler..... 15

Veränderung der selbsteingeschätzten Leistungsfähigkeit von Traumapatienten anhand des Spinal Function Sort (SFS)-Fragebogens während eines medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitationsprogrammes (R:A:T – Rehabilitatives arbeitsorientiertes Training)
Martin Schindl; Sylvia Wassipaul; Karl Höcker; Maurizio Trippolini..... 18

Ergebnisqualität und Patient-reported Outcome Measures (PROMs) 22

Outcome medizinischer Rehabilitation – Ergebnisse einer multizentrischen, indikations- und Bundesländer übergreifenden Verbundstudie
Rüdiger Nübling; Udo Kaiser; Rainer Kaluscha; Jürgen Schmidt; Edwin Toepler..... 22

Prädiktoren für non-response beim PROM MacNew Heart. Ergebnisse aus der Schweizer Qualitätssicherung Rehabilitation
Anna Schlumbohm; Stefanie Köhn; Luise Menzi; Manuela Marquardt; Karla Spyra 25

Prä-Post-Veränderungen in Gesundheitsbezogener Lebensqualität bei orthopädischer, kardiologischer und onkologischer Rehabilitation – Ergebnisse einer Meta-Analyse
Michael Schuler; Katharina Gabriel; Kathrin Murauer; Stephanie Stangl; Anna Grau; Peter Heuschmann; Hermann Faller 27

Inklusion & Berufliche Teilhabe in besonderen Zeiten 31

„Und dann kam Corona…“ - Zur Weiterentwicklung beruflicher Teilhabeinstrumente in besonderen Zeiten aus Sicht rehabedürftiger Leistungsempfänger*innen
Sebastian Ixmeier; Gero Scheiermann; Ann-Katrin Peters 31

Arbeitsbedingungen von Menschen mit Behinderungen – Einflussfaktoren auf die subjektive Bewertung der betrieblichen Integration
Mareike Decker; Christiane Flüter-Hoffmann..... 33

Die Corona-Pandemie und die Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit Behinderungen – Ergebnisse einer Online-Befragung der DVfR
Rolf Buschmann-Steinhage 35

Erfahrungen von körperlich behinderten und psychisch erkrankten Menschen mit Stigmatisierung und Inklusion im beruflichen Kontext
Veneta Slavchova; Beate Blümel; Viktoria Arling 37

Innovationswerkstatt 41

Das Potential von digitalen Anwendungen für die Teilhabe von Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen
Ina Schiering; Tom Lorenz; Michael Pleger; Alexander Gabel; Merle Leopold; Funda Ertas; Sandra Verena Müller 41

Digital unterstützte Versorgungskonzepte in der Reha und Reha-Nachsorge: Konzeptentwicklung und Pilotergebnisse
Karolin Neubauer; Lukas Lange-Drenth; Ralf Wiederer; Matthias Köhler; Holger Schulz 43

(Ganzkörper-) Elektromyostimulation in der stationären Rehabilitation
Marc Teschler; Melina Heimer; Boris Schmitz; Frank Mooren 45

Implementierung und Evaluation einer multimodalen Informationskampagne zur medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund: Das MiMi Reha-Kids Projekt
Hannes Banaschak; Lisa Ohmes; Ramazan Salman; Matthias Bethge 46

Internetbasierte Nachsorge der Rehabilitation (InterNa-Reha) – Ein Modellprojekt zur Stärkung gegenseitiger Unterstützung von Rehabilitanden. Ergebnisse der Konzeptphase
Sophia Wenk; Ernst von Kardorff; Alexander Meschnig; Sebastian Klaus 50

MBOR-Check-up: ein modulares Instrumentarium zur Analyse und Weiterentwicklung von Konzepten zur Medizinisch-beruflichen Orientierung (MBOR) in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung
Udo Kaiser; Rüdiger Nübling; Jürgen Schmidt; Wolfgang Bürger 52

Modulkonzeption einer interprofessionellen Lehrveranstaltung für die rehabilitationsbezogene Ausbildung der Medizin, Pflege und Physiotherapie
Laura Retznik; Wilfried Mau 56

Rehabilitation in Zeiten von Corona: Telemedizinisch unterstützte Rehabilitation für Patient*innen mit Atemwegserkrankungen
Lara Maier; Frank Merten; Luisa Schumann 58

Interdisziplinäres Reha-Team 61

Entwicklung von Praxisempfehlungen für die Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation
Matthias Lukasczik; Nina Luisa Zerban; Hans-Dieter Wolf; Silke Neuderth; Lisa Puhlemann; Elisabeth Röckelein; Heiner Vogel 61

Methodische Ansätze zur Einbeziehung pädagogischer Fachkräfte in den Ausbau der digitalen und beruflichen Teilhabe
Lena Sube 63

Kardiologische Rehabilitation 66

Förderfaktoren und Barrieren der Medikamentenadhärenz in der kardiologischen Rehabilitation – eine qualitative Befragung
Katharina Quaschning; Mirjam Körner 66

Implementierung einer Verhaltensmedizinisch Orientierten Rehabilitation (VOR) in der Kardiologie
Dieter Benninghoven; Elisabeth Menke; Claudia China; Friedrich Schroeder; Matthias Bethge 68

Patientenbedarf an psychologischer Unterstützung und ihre subjektive Erwerbsprognose bei herzbezogenen Ängsten in der kardiologischen Anschlussrehabilitation
Anna-Lisa Eilerts; Sarah Schröer; Sarah Wissen; Wolfgang Mayer-Berger; Claudia Pieper 70

Unterstützung einer Lebensstiländerung durch Angehörige: Relevanz und Bedarfe von kardiologischen und orthopädischen Rehabilitanden und deren Lebenspartner
Karin Meng; Franziska Epe; Robert Altstidl; Rainer Tischendorf; Stefan Lueger 72

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 75

Ambulantes Monitoring und Coaching zur Nachbetreuung beruflicher Rehabilitanden/innen: Niedrigschwellig, unauffällig und praktikabel bedarfsorientierte Hilfe vermitteln
Joachim Thomas; Elisabeth Riedl; Wolfgang Dings; Anna Moraß; Regina Schmid 75

Berufliche Teilhabe und Interessenvertretungen: Die veränderte Rechtsstellung der Schwerbehindertenvertretung durch das Bundesteilhabegesetz
Marie Heide; Mathilde Niehaus 77

Erprobung und Evaluation des erwerbsbiografischen Interviewleitfadens Reha-EBL mit psychisch erkrankten Teilnehmern einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme
Jens Knispel; Katharina Finke; Viktoria Arling 79

Leistungssequenzen nach einer bewilligten Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben durch die Deutschen Rentenversicherung Bund
Annika Sternberg; Matthias Bethge 82

Rehabilitationsbarrieren von Frauen mit Schizophrenie in RPK- und BTZ-Institutionen
Judith Ommert *84*

Methodik & Assessment **86**

Computerlinguistische Ermittlung von Funktionsstörungen in der onkologischen Rehabilitation: Erste Ergebnisse
Rainer Kaluscha; Christian Duncker; Marina Jost; Lena Tepohl *86*

Effekte medizinischer Rehabilitation bei Personen mit Rückenschmerzen: Wie können wir Kohortenstudien dafür nutzen?
David Peter Fauser; Nadine Schmitt; André Golla; Julia-Marie Zimmer; Wilfried Mau; Matthias Bethge ... *88*

Modellierung des Return to Work (RTW) anhand von Routinedaten der Rentenversicherung in der Requamo-II-Studie: Methodische Überlegungen
Rainer Kaluscha; Tivadar Buzasi; Rüdiger Nübling; Udo Kaiser; Jürgen Schmidt; Edwin Toepler *91*

Outcome medizinischer Rehabilitation im Spiegel multipler Ergebniskriterien - Konzept und Gütekriterien
Jürgen Schmidt; Rüdiger Nübling; Udo Kaiser; Rainer Kaluscha; Edwin Toepler *93*

Neurologische Rehabilitation **96**

FIDA - ein neues Instrument zur Messung der funktionellen Selbständigkeit bei Alltagsaktivitäten
Klaus Freidel; Markus Leisse; Bernd Röhrig; Beate Feeser; Sigrid Linck-Eleftheriadis *96*

Hat die Entscheidungskompetenz von Patienten mit Multipler Sklerose Einfluss auf die Auswahl der Immunmodulation?
Anna Hedwig; Christian Dettmers; Janina Hoffmann; Michael Jöbges *98*

Rehappy: Evaluation einer Schlaganfall-App durch Betroffene
Viktoria Arling; Sorina von der Heiden; Veneta Slavchova *101*

Vergleich des MusiQol und des SF-36 zur Erfassung der Verbesserung der Lebensqualität von Patienten mit MS während der Rehabilitation
Juliane Leible; Christian Dettmers; Michael Jöbges *104*

Onkologische Rehabilitation **106**

Beweggründe und Barrieren der Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen nach einer Brustkrebserkrankung – Quantitative und qualitative Ergebnisse der B-CARE Studie
Paula Heidkamp; Kati Hiltrop; Christoph Kowalski; Clara Breidenbach; Anna Enders; Holger Pfaff; Nicole Ernstmann *106*

Effektivität der stufenweisen Wiedereingliederung für die Rückkehr ins Erwerbsleben bei onkologischen Patienten
Oliver Rick *108*

Früh- und Spättoxizitäten sowie sozialmedizinisch-relevante Folgestörungen bei Brustkrebs-Patientinnen als Basis zur Planung multimodaler Rehabilitationskonzepte
Holger Hass; Marianne Seywald; Blerta Muco; Miro Tanriverdi; Matthias W. Beckmann; Volker Kunzmann; Achim Wöckel *111*

Inanspruchnahme stationärer Rehabilitation bei Darmkrebs und deren prognostische Bedeutung
Sophie Scherer-Trame; Michael Hoffmeister; Lina Jansen; Jenny Chang-Claude; Hermann Brenner ... *113*

Vorhersage der Inanspruchnahme onkologischer Rehabilitation anhand von Routinedaten
Silke Jankowiak; Rainer Kaluscha; Thomas Widmann; Tivadar Buzasi; Lena Tepohl; Gert Krischak *115*

Orthopädische/Rheumatologische Rehabilitation **118**

Kosteneffizienz der RFA-Sprechstunde bezüglich Präsentismus und medikamentöser Therapie bei Patienten mit rheumatoider Arthritis
Juliana Rachel Hoeper; Jan Zeidler; Sara Eileen Meyer; Dirk Meyer-Olson; Torsten Witte; Kirsten Hoeper *118*

Rehabilitation nach Becken- und Acetabulumfrakturen
Lena Tepohl; Christina Kaltenbach; Fabian Stuby; Gert Krischak *120*

Patientenorientierung, Patientenschulung **122**
Effekte des Kletterns auf die Beschäftigungsfähigkeit und (berufliche) Selbstwirksamkeit von kognitiv beeinträchtigten Mitarbeiter*innen der WfbM
Vera Tillmann; Ruud Vreuls; Jonas Mockenhaupt; Volker Anneken *122*

Prädiktoren des Reha-Outcomes bei Rehabilitand*innen mit Metabolischem Syndrom
Manuela Glattacker; Ute Dederichs-Masius; Jürgen M. Giesler *124*

Pneumologische Rehabilitation **127**
Berufliche Teilhabe nach einer medizinischen Rehabilitation aufgrund pneumologischer Erkrankungen. Repräsentative Analysen auf Basis der DRV-Routinedaten
Marco Streibelt; Pia Zollmann *127*

Der Effekt pneumologischer Rehabilitation auf die versorgungsbezogenen Bedürfnisse von Rehabilitand*innen mit Asthma: Eine quasi-experimentelle Studie
Julia Salandi; Andrea Icks; Stefan Hummel; Konrad Schultz; Christian Apfelbacher; Aziz Sheikh; Adrian Loerbroks *130*

Die Zunahme der körperlichen Aktivität 6 Wochen nach einer stationären pneumologischen Rehabilitation bei COPD-Patienten korreliert mit einer Verbesserung der Lebensqualität
Konrad Schultz; Matthias Limbach; Michael Schuler; Johannes Carl; Klaus Pfeifer; Wolfgang Geidl *132*

Psychosomatische Rehabilitation **135**
Depressionsbehandlung in der psychosomatischen Rehabilitation: Erfolgsraten in Abhängigkeit von Symptomschwere und Patientenerwartungen
Tobias Schott; Julia Henke; Jürgen Hoyer; Ursula Melicherova; Volker Köllner *135*

Gesundheitliche Ungleichheit in der Psychosomatischen Rehabilitation: Analyse von Symptombelastung und Behandlungsergebnissen anhand des sozialen Milieus
Henrika Kleineberg-Massuthe; Lilia Papst; Markus Bassler; Wolfgang Pfeiffer; Volker Köllner *136*

Offene oder geschlossen Gruppenpsychotherapie: Welches Format ist besser?
Ursula Melicherova; Tobias Schott; Jürgen Hoyer; Volker Köllner *139*

Welchen Einfluss haben Schmerzstörungen auf den Reha-Erfolg in der psychosomatischen Rehabilitation?
Franziska Kessemeier; Isabella Bablok; Markus Bassler; Rüdiger Nübling; Axel Kobelt-Pönicke *143*

Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement **146**
Adjustierung des sozialmedizinischen Verlaufs nach medizinischer Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung (SMV)
Rainer Kaluscha; Sarah Leinberger; Christian Hetzel; Anke Mitschele; Angela Kranzmann; Nadine Schmidt; Tivadar Buzasi *146*

Benchmarking und Voneinander-Lernen
Edwin Toepler; Udo Kaiser; Rüdiger Nübling; Rainer Kaluscha; Hannah Nock; Jürgen Schmidt *149*

Der Strukturierte Qualitätsdialog (SQD) aus Sicht der Reha-Einrichtungen – eine qualitative Studie
Simone Flaig; Lea Kuntz; Anke Mitschele; Markus Thiede; Eva Maria Bitzer *151*

Reha bei Abhängigkeitserkrankungen **154**
Erreichung von Krankenhauspatient*innen durch Alkoholscreening und Wirksamkeit von persönlicher und computerbasierter Kurzintervention
Jennis Freyer-Adam; Sophie Baumann; Gallus Bischof; Christian Meyer; Hans-Jürgen Rumpf; Beate Gaertner; Ulrich John *154*

Lohnt sich Adaption? Eine Routinedatenanalyse zur beruflichen Eingliederung mit den Daten der Deutschen Rentenversicherung
Anja Bestmann; Alexander Rusche; Barbara Müller-Simon *156*

Rehabilitation unter Pandemiebedingungen **159**
Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie auf Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation
Manfred Rundel; Sandra Adami; Eike Fittig; Nicole Röttele; Mirjam Körner *159*

Nachhaltigkeit der Reha unter dem Einfluss der Corona-Pandemie: Trotz Ausgangssperre und Kontaktbeschränkung kann das gesteigerte Aktivitätsniveau gehalten werden
Johannes Boschmann; Monika Reuss-Borst *161*

Teilhabe und subjektives Erleben von Infektionsschutzmaßnahmen durch Rehabilitanden in der Post-Akuten Neurorehabilitation
Maja Wiest; Mareike Schrader; Annette Sterr; Stephan Bamborschke *164*

Testen, Testen, Testen? Ergebnisse der PCR-Testung auf SARS-CoV2 bei asymptomatischen Rehabilitanden
Monika Reuss-Borst; Volker König; Doreen Sallmann; Oliver Rick *166*

Veränderung somatischer und psychologischer Parameter während stationärer pneumologischer Rehabilitation nach COVID-19
Markus Hayden; Matthias Limbach; Steffen Merkl; Gabriele Schwarzl; Karsten Botosch; Dennis Nowak; Konrad Schultz *169*

Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen **172**
Ambulante Lebenswelt orientierte Rehabilitation (AMLOR) für Kinder und Jugendliche. Ergebnisse der Machbarkeitsstudie und erste Erfahrungen
Miriam Jackels; Eckhard Schönau; Astrid Schirmer-Petri *172*

Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung des subjektiven rehabilitationsbezogenen Behandlungskonzepts von Kindern und Jugendlichen
Gloria Metzner; Cindy Höhn; Matthias Sehlbrede; Edith Waldeck; Manuela Glattacker *173*

Geschwister als Spender – Wie können Geschwisterkinder unterstützt werden?
Melanie Jagla-Franke; Charlotte Sievert; Gabriele Helga Franke *176*

Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Essverhalten von Jugendlichen mit Adipositas in der stationären Rehabilitation
Petra Hampel; Rainer Stachow *178*

Rehabilitationspsychologie **180**
Social problems and their treatment in psychodynamic and behavior therapy
Beate Muschalla; Michael Linden *180*

Subjektive Krankheits- und Behandlungskonzepte als Prädiktoren des Early Response in der psychosomatischen Rehabilitation
Rieka von der Warth; Anne Nau; Matthias Rudolph; Jürgen Bengel; Manuela Glattacker *184*

Vergleich der Prävalenzraten für eine posttraumatische Belastungsstörung nach DSM-5 und ICD-11 und ihr Zusammenhang mit Angst und Depression
Stefan Lueger; Tanja Lueger; Peter Deeg *187*

Reha-Nachsorge **191**
Begleitete Nachsorge bei Rehabilitanden mit einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung
Ralf J. Jochheim; Michael Badke; Ruth Deck *191*

Gesundheitsökonomische Evaluation einer internetbasierten Intervention zur Depressionsprävention für Personen mit chronischen Rückenschmerzen in der orthopädischen Reha-Nachsorge
Sarah Paganini; Yannik Terhorst; Lasse Sander; Claudia Buntrock; David Daniel Ebert; Harald Baumeister *193*

Psychosomatische Nachsorge: Curriculum Hannover online vs. Curriculum Hannover und vs. Care as Usual
Alina Dahmen; Lingling Gao; Franziska M. Keller; Dirk Lehr; Petra Becker; Sonia Lippke *195*

Reha-Zugang **198**
Diskrepanzen zwischen subjektivem Rehabilitationsbedürfnis und potentiellem Rehabilitationsbedarf in einer Versichertenkohorte der Deutschen Rentenversicherung
André Golla; David Peter Fauser; Julia-Marie Zimmer; Nadine Schmitt; Matthias Bethge; Wilfried Mau . *198*

Mögliche Barrieren der Reha-Antragstellung – Clusteranalytische Befunde aus einer Versichertenbefragung
Anne-Kathrin Mayer; Marco Streibelt *200*

Regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation - Entwicklung und Einflussfaktoren
Marco Streibelt; Pia Zollmann *203*

Subjektive Informiertheit zur medizinischen Rehabilitation – Ergebnisse einer bevölkerungsbasierten Online-Befragung
André Golla; Susanne Saal; Gabriele Meyer; Rafael Mikolajczyk; Wilfried Mau *207*

Stay at Work & Return to Work: Der Betrieb als Partner **210**
Betriebsärztliche Perspektiven auf Faktoren der Inanspruchnahme eines randomisiert-kontrollierten Interventionsprogramms für Muskel-Skelett-Erkrankungen – eine qualitative Studie
Kristina Schubin; Lara Schlomann; Lara Lindert; Holger Pfaff; Kyung-Eun (Anna) Choi *210*

Herausforderungen der Mitarbeiterführung während betrieblicher Return-to-Work-Prozesse
Jannis Hergesell; Nina Baur; Vanessa Uloth; Peter Fauth *212*

Modellprojekt „Gesundheitscheck für Pflegekräfte im Stadt- und Landkreis Karlsruhe“ – Zufriedenheit und Veränderungspotentiale
Marina Jost; Silke Jankowiak; Rainer Kaluscha; Gert Krischak *214*

Partizipative Maßnahmenentwicklung als Schlüssel für eine nachhaltige und effektive Bewegungsförderung in der beruflichen Bildung?
Eva Grüne; Johanna Popp; Johannes Carl; Jana Semrau; Klaus Pfeifer *217*

Regionale Determinanten beeinflussen die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben nach medizinischer Rehabilitation: Ergebnisse einer Kohortenstudie
Katja Spanier; Matthias Bethge *219*

Beiträge in Postersessions (alphabetisch nach Beitragstitel)

Poster **222**
Akzeptanz elektronischer Kommunikationshilfen im öffentlichen Umgang bei durch progrediente Erkrankungen in der Sprechmotorik eingeschränkten Erwachsenen
Marvin Breitling *222*

Aspekte der beruflichen Teilhabe bei Patienten mit seropositiver rheumatoider Arthritis unter leitliniengerechter medikamentöser Therapieintervention
Sara Eileen Meyer; Juliana Rachel Hoeper; Torsten Witte; Kirsten Hoeper; Dirk Meyer-Olson *224*

Auswirkungen des ersten Corona bedingten Teil-Lockdowns auf die Langzeiteffekte einer Mutter-Kind-Maßnahme
Claudia Kirsch; Deborah Leddin *227*

Beeinflussende Faktoren für die Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit Rückenmarksverletzungen
Christian Sturm; Andrea Bökel; Christoph Gutenbrunner; Christoph Egen *229*

Beeinflusst die pneumologische Rehabilitation dysfunktionale Atemmuster bei Asthmatikern?
Franziska Ebert; Michael Schuler; Dennis Nowak; Larissa Schwarzkopf; Markus Hayden; Konrad Schultz *230*

Berufliche Veränderungen und deren Unfreiwilligkeit bei Überlebenden von Brustkrebs 5-6 Jahre nach Diagnose
Kati Hiltrop; Paula Heidkamp; Clara Breidenbach; Christoph Kowalski; Anna Enders; Holger Pfaff; Nicole Ernstmann *232*

Berufsbezogener Gesundheitscheck der Rentenversicherung: Ein-Jahres-Follow-Up bei teilnehmenden Pflegekräften
Marina Jost; Theresa Kölle; Rainer Kaluscha; Gert Krischak *234*

Das soziale Netzwerk als Ausgangspunkt für Präventionsmaßnahmen zum Erhalt der psychischen Gesundheit von Studierenden
Jens Knispel; Veneta Slavchova; Viktoria Arling *237*

Depression als Komorbidität bei Einschränkungen der beruflichen Teilhabe unter leitliniengerechter Therapie der rheumatoiden Arthritis
Sara Eileen Meyer; Juliana Rachel Hoeper; Torsten Witte; Kirsten Hoeper; Dirk Meyer-Olson *240*

Depressive Erkrankungen in der Psychokardiologie: Vergleich der Diskriminationsleistung dreier Screening-Fragebögen
Sebastian Bock; Christoph Schmitz; Eike Langheim; Volker Köllner *242*

Eine verbesserte Falldefinition der SCL-90(r)-S bei Rehabilitationspatient*innen der Psychosomatik-Psychotherapie
Gabriele Helga Franke; Melanie Jagla-Franke; Robert Mestel *244*

Einschätzungen zur Realisierbarkeit von Unterstützungswünschen wieder einzugliedernder Mitarbeiterinnen nach Brustkrebs
Katrin Hirsch; Siegfried Geyer; Dorothee Noeres *245*

Entwicklung und erste psychometrische Überprüfung eines Fragebogens zum subjektiven Behandlungskonzept in der psychosomatischen Rehabilitation
Anne Nau; Rieka von der Warth; Matthias Sehlbrede; Matthias Rudolph; Jürgen Bengel; Manuela Glattacker *248*

Essverhalten und Merkmale psychosozialer Gesundheit 3 Monate nach Abschluss eines Programms zur Rehabilitation bei Metabolischem Syndrom: Ergebnisse einer Evaluation des META-Programms
Jürgen M. Giesler; Ute Dederichs-Masius; Manuela Glattacker *250*

Evaluation des PAULI-Konzepts „Psychosomatik – auffangen, unterstützen, leiten und integrieren“
Ellen Gaus; Theresa Kölle; Tivadar Buzasi; Rainer Kaluscha; Ulrich Vieregge; Gert Krischak *253*

Explorative Analyse von Infrarotaufnahmen bei Patienten nach Knie-Totalendoprothese im Verlauf der stationären Rehabilitation
Sebastian Knapp; Belinda Hoffmann; Gert Krischak *255*

First Impression Formation als Thema in der psychosomatischen Rehabilitation: Man kann Menschen ansehen, ob sie Arbeitsprobleme haben
Michael Linden *258*

Gesundheit- digital und inklusiv. Eine Lernsoftware barrierearm gestalten
Inga Klose; Jessica Bröhl; Lisa Kadatz; Lena Sube *260*

Handlungs- und Forschungsbedarf in der Rehabilitation aus Sicht von Betroffenen und in der Versorgung Tätigen
Lisa Ann Baumann; Anja Gieseler; Aike Hessel; Natalie Schüz; Anna Levke Brütt *262*

Herausforderungen, Kompetenzen und wahrgenommene Unterstützung bezüglich krankheitsrelevanter Informationen bei Rehabilitandinnen mit Brustkrebs und gynäkologischen Tumoren
Natascha Fahmer; Hermann Faller; Dirk Engehausen; Holger Hass; Monika Reuss-Borst; Peter Heuschmann; Karin Meng; A. Wöckel *264*

Kardiologische Rehabilitation bei einem 42-Jährigen nach peripherer Lungenarterienembolie im Rahmen einer SARS-CoV-Infektion
Malte Ossenberg; Dietrich Stoevesandt; Stefan Schwarz; Axel Schlitt *267*

Klinik-Weiterempfehlung bei Reha-Erfolg: Erfahrungsberichte von Rehabilitanden auf einer Klinik-Bewertungsplattform
Uwe Sander; Irina Biedermann; Anna-Lena Hofmann; Felix Hopf; Susann Kiss; Anja Schindler; Christiane Patzelt *269*

Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation in der Psychosomatik – Studienprotokoll einer randomisierten kontrollierten Multicenterstudie
Miriam Markus; Nina Gabriel; Markus Bassler; Matthias Bethge *270*

ML-basierte Prädiktionsmodelle in der psychosomatischen Rehabilitation
Lilia Papst; Volker Köllner *272*

Prevention of chronic work ability problems: Needs analysis for interventions to promote mental health in a state organization
Lilly Werk; Beate Muschalla *274*

Psychoonkologisches Zusatzangebot in der Psychosomatischen Rehabilitation
Rayshat Liyanov; Michael Kroll; Claudia Böttcher *276*

REHAgieren – Evaluation eines innovativen onlinebasierten Trainings- und Coachingskonzepts zum Einstieg in die berufliche Rehabilitation
Svenja Gimbel; Esther Duschl; Alexander Seiler; Andrés Steffanowski; Nadia Sosnowsky-Waschek *279*

Strategien und Empfehlungen zur Bewältigung der Herausforderungen der COVID-19-Pandemie in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation - Ergebnisse eines Scoping Reviews
Diana Wahidie; Kübra Altinok; Yüce Yilmaz-Aslan; Patrick Brzoska *283*

Unterstützungsbedürfnisse onkologischer Patienten während und nach Abschluss einer Rehabilitation
Heike Kähnert; Harald Fischer; Eva-Maria Kalusche-Bontemps; Birgit Leibbrand *285*

Who is at risk für das Stress-Folge-Syndrom der ICD-11 Anpassungsstörung?
- die Typ-D Persönlichkeit als Risikofaktor
Alexa Kupferschmitt; Eike Langheim; Wilma Rademacher; Christoph Schmitz; Volker Köllner *287*

Who is at risk? – Typ-D Persönlichkeit bei Patienten in der psychosomatischen Reha als Risikofaktor für sozialmedizinische Problemstellungen
Alexa Kupferschmitt; Eike Langheim; Wilma Rademacher; Christoph Schmitz; Volker Köllner *290*

Wie erleben Patienten in der Psychosomatischen Rehabilitation die COVID-19-Pandemie?
Lorena Brenner; Ursula Melicherova; Jürgen Hoyer; Daniela Füsti-Molnar; Volker Köllner *293*

Wie sichtbar ist die Reha-Forschung? Die Verbreitung der Publikationen zu Verlaufseffekten der medizinischen Rehabilitation (VEMA)
Katharina M. A. Gabriel; Peter U. Heuschmann; Hermann Faller; Michael Schuler *294*

Wie sind Rehabilitationseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen mit COVID-19 umgegangen?
Simone Schönfeld; Anne Exner; Oliver Razum *297*

(Wie) unterscheiden sich geschlossene Gruppen und offene Gruppen in ihrer therapeutischen Wirkung in der medizinischen Rehabilitation? Literaturreview und Forschungsfragen
Beate Muschalla; Kai Lorenz; Scott Stock Gissendanner *301*

Work Anxiety and Capacity Impairments in a National Representative Sample
Beate Muschalla *303*

Zusammenhang von Arbeitsbelastungen und sozialmedizinischem Verlauf 24 Monate nach Rehabilitation. Eine Routinedatenanalyse
Martin Brünger; Sebastian Bernert; Antonia Graf; Karla Spyra *306*

Autorenindex.....**311**

Implementierungsgrad der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation in den federgeführten Einrichtungen der Deutschen Rentenversicherung Nord

Katja Spanier; Matthias Bethge
Universität zu Lübeck

Hintergrund und Zielstellung

Die Implementierung medizinisch-beruflich orientierter Rehabilitationsprogramme stellt für Rehabilitationszentren eine erhebliche Herausforderung dar. Eine 2016 veröffentlichte Studie untersuchte die Implementierung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) für Personen mit Muskel-Skelett-Erkrankungen in drei von der Deutschen Rentenversicherung Nord federgeführten Einrichtungen und zeigte, dass die Empfehlungen des Anforderungsprofils zur Durchführung der MBOR weitgehend erfüllt wurden (Bethge et al., 2016). Andere bundesweite Studien legen nahe, dass die Varianz der umgesetzten berufsorientierten diagnostischen und therapeutischen Dosis weiterhin erheblich ist und Abweichungen von der empfohlenen Behandlungsdosis zu einer Reduktion der Effekte führen (Bethge et al., 2018; Bethge et al., 2019). Inzwischen bietet die Deutsche Rentenversicherung die MBOR auch für psychische Erkrankungen an. Eine aktuelle Analyse des Implementierungsgrades der MBOR in den von der Deutschen Rentenversicherung Nord belegten orthopädischen und psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen fehlte bislang.

Unsere Studie prüfte, ob und in welchem Umfang die Empfehlungen des Anforderungsprofils (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2015) zur Durchführung der MBOR in der rehabilitativen Versorgung von Menschen mit Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychischen Erkrankungen in den vergangenen Jahren umgesetzt wurden.

Methoden

Für die Analysen wurden administrative Daten von Teilnehmenden einer MBOR und Teilnehmenden einer herkömmlichen MR verwendet. Diese wurden durch die Deutsche Rentenversicherung Nord zur Verfügung gestellt. Eingeschlossen wurden Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Nord, die im Zeitraum von 01. Januar 2016 bis 31. Dezember 2018 entweder eine MBOR oder eine MR erhalten hatten und regulär entlassen wurden. Eingeschlossen wurden Personen, die zu Beginn ihrer Rehabilitation zwischen 18 und 65 Jahre alt waren und deren Rehabilitation aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen oder psychischen Erkrankungen bewilligt wurde. Primäres Zielkriterium war die Gesamtdosis berufsorientierter diagnostischer und therapeutischer Leistungen gemäß Anforderungsprofil. Diese Information wurde aus den Entlassungsberichten extrahiert. Sekundäre Zielkriterien waren der Umfang der einzelnen Kernmaßnahmen, die Rehabilitationsdauer und die Therapieintensität (Stunden/Tag). Die Analysen erfolgten getrennt nach Muskel-Skelett-

Erkrankungen und psychischen Erkrankungen. Neben deskriptiven Analysen wurden allgemeine lineare Modelle und Intraklassenkorrelationen berechnet.

Ergebnisse

Für unsere Analysen verwendeten wir Daten von 11.752 Personen aus 15 orthopädischen Abteilungen und 3919 Personen aus sechs psychosomatischen Abteilungen. Sowohl in den orthopädischen als auch den psychosomatischen Abteilungen waren Teilnehmende einer MBOR deutlich stärker beeinträchtigt als Teilnehmende einer herkömmlichen MR.

In den orthopädischen Abteilungen erhielten Teilnehmende einer MBOR im Durchschnitt knapp eine Stunde berufsbezogene Diagnostik, knapp eineinhalb Stunden psychosoziale Arbeit, rund drei Stunden berufsbezogene Gruppen und fast sieben Stunden Arbeitsplatztraining. Insgesamt war die berufsorientierte Gesamtdosis in der MBOR neun Stunden höher als in der MR. Neun von 15 orthopädischen Abteilungen erreichten die im Anforderungsprofil empfohlene Mindestdosis von elf Stunden.

In den psychosomatischen Abteilungen erhielten Teilnehmende einer MBOR im Durchschnitt etwa eine Viertelstunde berufsbezogene Diagnostik, rund eine Stunde psychosoziale Arbeit, knapp sechs Stunden berufsbezogene Gruppen und etwas mehr als drei Stunden Arbeitsplatztraining. Insgesamt war die berufsorientierte Gesamtdosis in der MBOR knapp sechs Stunden höher als in der MR. Keine der sechs psychosomatischen Abteilungen erreichte die berufsorientierte Behandlungsdosis von 17 Stunden, die sich für eine fünfwöchige Rehabilitation aus dem Anforderungsprofil ergibt.

Zwischen den Rehabilitationseinrichtungen variierte die Umsetzung der berufsorientierten Leistungen deutlich, am stärksten im Modul der berufsorientierten Diagnostik (Orthopädie: ICC = 0,84; 95 % KI: 0,72 bis 0,92; Psychosomatik: ICC = 0,68; 95 % KI: 0,40 bis 0,87).

Diskussion und Fazit

Die in den orthopädischen Abteilungen implementierten medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitationsprogramme bilden die Empfehlungen des Anforderungsprofils weitgehend ab. In den psychosomatischen Abteilungen ist der Implementierungsgrad der MBOR deutlich geringer. Herausfordernd ist dort v. a. die Umsetzung der berufsorientierten Diagnostik und des Arbeitsplatztrainings. Eine Mehr-Komponenten-Strategie, die u. a. auf Kompetenzaufbau, Monitoring der umgesetzten Behandlungsdosis und gegenseitigen Austausch setzt, könnte die Implementierung der MBOR in den psychosomatischen Abteilungen vorantreiben (Prior et al., 2008). In den orthopädischen Abteilungen könnte eine derartige Strategie dazu beitragen, die beobachtete Heterogenität zwischen den Rehabilitationseinrichtungen zu reduzieren und den in vielen Abteilungen erreichten guten Umsetzungsstand langfristig zu sichern.

Literatur

Bethge, M., Markus, M., Streibelt, M., Gerlich, C., Schuler, M. (2019): Effects of nationwide implementation of work-related medical rehabilitation in Germany: propensity score matched analysis. Occup Environ Med, 76. 913-919.

Bethge, M., Markus, M., Streibelt, M., Gerlich, C., Schuler, M. (2018): Implementing the German model of work-related medical rehabilitation: did the delivered dose of work-related treatment components increase? Arch Phys Med Rehabil, 99. 2465-2471.

Bethge, M., Vogel, M., Specht, T., Bodman, J., Glaser-Möller, N. (2018): Implementierung medizinisch-beruflich orientierter Rehabilitation: Ein Propensity Score gematchter Vergleich zweier Kohorten aus 2012 und 2014. Rehabilitation, 55. 48-53.

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

Prior, M., Guerin, M., Grimmer-Somers, K. (2008): The effectiveness of clinical guideline implementation strategies--a synthesis of systematic review findings. J Eval Clin Pract 2008, 14. 888-897.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Nord

Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) und Ergebnisqualität aus Sicht der Rehabilitanden – Ergebnisse aus der Reha-QM-Outcome-Studie II (Requamo II)

Rüdiger Nübling[1]; Jessica Henn[1]; Udo Kaiser[1]; Rainer Kaluscha[2]; Jürgen Schmidt[1]; Edwin Toepler[3]

[1] Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen

[2] IFR Ulm; Federseeklinik Bad Buchau; [3] Hochschule Bonn Rhein Sieg

Hintergrund und Zielstellung

Übergeordnetes Ziel der Rehabilitation der Gesetzlichen Rentenversicherung ist die berufliche Teilhabe: Versicherte sollen trotz gesundheitlicher Beeinträchtigungen möglichst lange im Erwerbsleben verbleiben. Wesentliche konzeptionelle Grundlage hierfür ist der Ansatz der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR), der als „verstärkte Ausrichtung des Rehabilitationsprozesses auf gesundheitsrelevante Faktoren des Arbeitslebens“ definiert werden kann (Röckelein & Streibelt, 2020). In Stufe A des MBOR-Stufenmodelle wird eine grundlegende Ausrichtung der Reha auf den Erwerbsbezug gefordert (Deutsche Rentenversicherung). Die Frage, wie und ob diese Ausrichtung auch bei den Rehabilitanden ankommt, ist Gegenstand aktueller Studien (Bürger et al., 2020).

Methoden

Die Datenerhebung erfolgte auf drei Ebenen: (1) Katamnestische Befragung 12 Monate nach Reha, (2) QM-Kennzahlen der beteiligten Kliniken und (3) Routine-Daten der Reha-Statistik Datenbasis (RSD). Einbezogen wurden indikationsübergreifend (Ausnahme Suchterkrankungen) knapp 16000 Versicherte von drei regionalen, die im ersten Halbjahr 2017 eine stationäre Reha absolvierten. Insgesamt n=7870 Patienten nahmen an der Befragung teil (Rücklaufquote 52%). In der Rehabilitandenbefragung wurde u.a. eine Nachbildung des SIMBO, die ZUF8-Skala zur allgemeinen Zufriedenheit, die Outcome-Skala BESS (direkte Veränderungsmessung) sowie u.a. die der Patient Health Questionnaire (PHQ4), die Work Ability Scale (WAS), der EQ5D als quasi-indirekte Veränderungsmessung (zum Assessment vgl. Nübling et al., 2021; Nübling et al., 2021). MBOR-spezifisch wurde die

MBOR-R-Skala „Berufliche Schwerpunktsetzung der Reha“ sowie die Outcomeskala „Nutzen der Reha für Arbeit und Beruf“ (Bürger et al., 2020) eingesetzt.

Ergebnisse

Stichprobe: 61% sind männlich, das Durchschnittsalter beträgt 54 Jahre (sd=8). Jeweils ca. 55% sind verheiratet und haben Hauptschulabschluss, 64% eine Lehre weitere 11% keinen Berufsabschluss. Die Reha-Dauer beträgt im Schnitt 3,6 Wochen. Hauptindikationsgruppen: 39% Orthopädie, 16% Kardiologie, 14% Onkologie, 10% Psychosomatik. Etwa 45% der Rehabilitanden weisen keine besondere berufliche Problemlage (BBPL, sozialmedizinische Auffälligkeit nach SIMBO < 30) auf, wohingegen bei 34% Hinweise auf eine leichte sowie bei 21% auf eine schwere BBPL bestehen.

Ergebnisse: Die Return-to-Work-Quote liegt für die Gesamtgruppe je nach Berechnungsverfahren zwischen 79% (Zeitpunktquote) und 85% (kumulative Zeitverlaufsquote). Die mittlere Patientenzufriedenheit (ZUF8) beträgt M=25,1 (sd=4,9), ca. 87% waren mit der Qualität der Behandlung zufrieden, 83% würden die jeweilige Klinik weiterempfehlen. Die Prä-Post-Effektstärken der Skalen liegen zwischen ES=.39 und ES=.72. Differentielle Analysen weisen auf Unterschiede zwischen Kliniken, u.a. bzgl. Zufriedenheit und Reha-Erfolg, hin. Der von den Rehabilitanden eingeschätzte Nutzen der Reha für Arbeit und Beruf liegt zwischen ca. 50 und 75%, der Mittelwert der Skala liegt bei M=54,0 (sd=24,0) Qualitätspunkten (QP; Range 0-100).

Tabelle 1 zeigt die Vorhersagemodelle für vier Outcomekriterien. Einbezogen wurden für die Aufnahme u.a. der SIMBO sowie die Skalen zu Gesundheit, Beschwerden, Risikofaktoren, Teilhabebeeinträchtigung, Work Ability (WAS). Als „Prozessvariablen“ wurden neben der Inanspruchnahme einer MBOR-Maßnahme und der Rehadauer die Skala Berufliche Schwerpunktsetzung der Reha aus Sicht der Rehabilitanden einbezogen. Auf der Basis dieses Regressionsmodells können alle vier Kriterien zu einem substanziellen und signifikanten Varianzanteil vorhergesagt werden. Die Aufklärung der Varianz der Outcomekriterien liegt zwischen 19 und 39%, die Effektstärken sind hoch bis sehr hoch. Die schrittweise Regressionsanalyse weist für alle Modelle auf die Bedeutung der von den Versicherten eingeschätzten beruflichen Schwerpunktsetzung der Reha hin. Sie wird unabhängig davon wahrgenommen, ob eine BBPL vorliegt und/oder ob MBOR-Maßnahme durchgeführt wurde. Erste Ergebnisse weisen darauf hin, dass dies mit größeren Unterschieden zwischen den Kliniken zusammenhängen könnte (ausführlicher dazu vgl. Nübling et al., 2021).

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Wahrnehmung einer beruflichen Schwerpunktsetzung der Rehamaßnahme neben dem Ausmaß einer besonderen beruflichen Problemlage (BBPL) ein entscheidender Prädiktor sowohl für die die Rehabilitandenzufriedenheit als auch für den Rehabilitationserfolg darstellt. Dies unabhängig davon, ob eine konkrete MBOR-Maßnahme durchgeführt wurde. Dies könnte bedeuten, dass die Realisierung der MBOR-Stufe A durch Kliniken eine herausragende und von Kliniken beeinflussbare Bedeutung für die rehabilitandenseitig wahrgenommene Qualität der Reha hat. Dieser Befund kann Kliniken helfen, auch in der externen Qualitätssicherung im Vergleich

zu anderen (Benchmark) gut zu bestehen bzw. die MBOR-bezogene Qualität der Maßnahmen gezielt weiterzuentwickeln.

Tab.1: Vorhersagbarkeit der Outcome-Parameter Reha-Erfolg (BESS8), Rehabilitandenzufriedenheit (ZUF-8), Beurteilung des Nutzens der Reha für Arbeit und Beruf (MBOR-R) sowie Return to Work (RTW, Zeitpunktquote)

Kriterien	Rehaerfolg BESS8			Rehazufriedenheit ZUF-8			Nutzen für Arbeit und Beruf			RTW Zeitpunktquote		
Prädiktoren	**beta**	***p***	**S**	**beta**	***p***	**S**	**beta**	***p***	**S**	**beta**	***p***	**S**
Aufnahme (retrospektiv)												
Geschlecht (1=weiblich, 2=männlich)	**.031**	**.016**	**13**	.014	.965	--	.001	.938	--	**.081**	**<.001**	**4**
Alter bei Rehabeginn	**-.088**	**<.001**	**5**	**-.074**	**<.001**	**4**	-.007	.962	--	**-.194**	**<.001**	**2**
Psychosomatik (0=nein, 1=ja)	**.049**	**.001**	**12**	.020	.814	--	**-.034**	**.008**	**7**	.008	.827	--
AHB (0=nein, 1=ja)	**.156**	**<.001**	**3**	**.050**	**<.001**	**5**	**.106**	**<.001**	**4**	**.050**	**<.001**	**5**
SIMBO (Skala)[2]	**-.235**	**<.001**	**2**	**-.220**	**<.001**	**2**	**-.124**	**<.001**	**3**	**-.438**	**<.001**	**1**
BESC Gesundheitl. Beschwerden[2]	**-.149**	**<.001**	**6**	**-.075**	**<.001**	**3**	**-.042**	**.006**	**9**	-.008	.489	--
GB10 Gesundheitliches Befinden[1]	-.020	.398	--	.020	.423	--	.016	.460	--	.002	.485	--
IMET Beeinträchtigung Teilhabe[2]	.024	.447	--	-.018	.552	--	-.008	.574	--	-.004	.542	--
Index Risikofaktoren[2]	-.022	.895	--	-.015	.929	--	**.038**	**.001**	**8**	-.016	.938	--
PHQ4 Depressivität/Angst[2]	**.154**	**<.001**	**8**	.014	.510	--	.002	.159	--	**-.088**	**.002**	**9**
UKS Psychosoziales Screening[1]	**-.120**	**<.001**	**10**	-.017	.470	--	**-.051**	**.001**	**5**	**.121**	**.470**	**8**
EQ5D Lebensqualität[1]	**-.059**	**.001**	**11**	-.017	.569	--	-.013	.596	--	-.015	.504	--
EQ5D VAS Gesundheit vor Reha[1]	**-.099**	**<.001**	**4**	**-.038**	**.006**	**8**	-.012	.764	--	**-.043**	**.003**	**7**
WAS Arbeitsfähigkeit[1]	**-.069**	**<.001**	**7**	**-.056**	**.006**	**7**	-.005	.603	--	**-.094**	**<.001**	**6**
Prozess		**<.001**										
MBOR-Maßnahme (1=ja, 0=nein)	**-.052**	**<.001**	**9**	**-.039**	**.001**	**6**	**-.086**	**<.001**	**2**	.005	.902	--
Dauer der Reha (Wochen)	**-.028**	**.046**	**14**	-.005	.920	--	**.074**	**<.001**	**6**	-.010	.909	--
MBOR-R Berufliche Schwerpunktsetzung[1]	**.308**	**.000**	**1**	**.490**	**<.001**	**1**	**.566**	**<.001**	**1**	**.109**	**<.001**	**3**
Modellzusammenfassung[3]												
R			**.44**			**.62**			**.57**			**.52**
R^2_{adj}			**.19**			**.39**			**.33**			**.27**
f^2			**.24**			**.63**			**.49**			**.37**
F			83.79			376.40			329.18			222.,52
p			<.001			<.001			<.001			<.001
n			5256			5377			5377			5377

Legende: [1]Polung: hohe Werte = positive Ausprägung/Bewertung ¸[2]Polung: hohe Werte = negative Ausprägung/Bewertung; beta: standardisiertes Regressionsgewicht, p: Irrtumswahrscheinlichkeit, S: Step/Rangfolge des Eingangs in die schrittweise Regression (SPSS STEPWISE), [3] Modell der schrittweisen Regression, R: multiple Korrelation, R^2_{adj}: Adjustierte quadrierte multiple Korrelation; Effektstärke $f^2 = R^2/(1 - R^2)$, wobei $f^2 \geq 0.02$ kleine, $f^2 \geq 0.15$ mittel, $r \geq 0.35$ groß (Cohen, 1992); F = F-Wert Gesamtmodell

Für die Requamo-II-Forschungsgruppe: PD Dr. Axel Konbelt (DRV Braunschweig-Hannover), Heike Martin, Kristin Repert-Ristow (DRV Baden-Württemberg), Katharina Roth, Melanie Müller (DRV Nordbayern), Olaf Werner, Walter Hummler (Qualitätsverbund Gesundheit BW), Norbert Hemken (Verbund Norddeutscher Rehakliniken VNR), Edwin Toepler (Hochschule Bonn-Rhein-Sieg), Hannah Nock (Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie Baden-Württemberg SAMA), Rainer Kaluscha, Gert Krischak, Tivadar Buzasi (IFR Ulm), Rüdiger Nübling, Udo Kaiser, Jürgen Schmidt, Jessica Henn (GfQG Karlsruhe).

Literatur

Bürger, W., Nübling, R., Henn, J. (2020) „MBOR-R“ - Medizinisch-Berufliche Orientierung der Rehabilitation aus Rehabilitandensicht. Entwicklung, Erprobung und Validierung eines standardisierten Fragebogens zur Bewertung der Erwerbsorientierung der Medizinischen Rehabilitation. Prax Klin Verhaltensmed Rehab 2020 (in Druck); 33 (112).

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

Nübling, R., Henn, J., Kaiser, U. (2020) Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) und Ergebnisqualität aus Sicht der Rehabilitanden – Ergebnisse aus der Reha-QM-Outcome-Studie II (Requamo II). Prax Klin Verhaltensmed Rehab 2020; 33 (in Druck).

Nübling, R., Kaiser, U., Kaluscha, R. (2021) Outcome Medizinischer Rehabilitation – Methodik und allgemeine Ergebnisse der Reha-QM-Outcome-Studie II (Requamo II). Prävention und Rehabilitation 2021 (under review); 33.

Röckelein, E., Streibelt, M. (2020) Konzeptionelle Entwicklung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR). In: Deutsche Rentenversicherung Bund, Hrsg. Die Weiterentwicklung der Rehabilitation im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. Band 121. DRV-Schriften. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund; 2020: 46–55.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg; Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover und Deutsche Rentenversicherung Nordbayern

Veränderung der selbsteingeschätzten Leistungsfähigkeit von Traumapatienten anhand des Spinal Function Sort (SFS)-Fragebogens während eines medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitationsprogrammes (R:A:T – Rehabilitatives arbeitsorientiertes Training)

Martin Schindl[1]; Sylvia Wassipaul[1]; Karl Höcker[1]; Maurizio Trippolini[2]

[1] RZ Weißer Hof, AUVA; [2] Bern University of Applied Sciences, Department Gesundheit; Inselspital, Universitätsspital Bern

Hintergrund und Zielstellung

Die selbsteingeschätzte körperliche Leistungsfähigkeit stellt einen wichtigen Prädiktor für die berufliche Wiedereingliederung dar. Die Absolvierung eines medizinischen Rehabilitationsprogrammes führt bei Traumapatienten zu einer Zunahme der selbsteingeschätzten Leistungsfähigkeit (Schindl et al., 2018).

Die Wirkung eines medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitationsprogrammes auf die selbsteingeschätzte Leistungsfähigkeit von Traumapatienten mit besonderer beruflich/psychosozialen Problemlage ist bisher unbekannt.

Ziel dieser Studie ist es, die Veränderung der selbsteingeschätzten Leistungsfähigkeit von Traumapatienten im Verlauf eines solchen Programmes (R:A:T - Rehabilitatives Arbeitsorientiertes Training) zu untersuchen .

Methoden

Beobachtungsstudie von konsekutiv eingeschlossenen Traumapatienten mit besonderer beruflicher und psychosozialer Problemlage. Diese wird durch eine lange unfallbedingte Abwesenheit vom Arbeitsplatz, eine unklare berufliche Perspektive, das Auftreten von medizinischen und/oder sozialen und psychischen Komplikationen/Komorbiditäten, wie

Kündigung während des Krankenstandes, Depression, Anpassungsstörung, posttraumatische Belastungsreaktion definiert.

Intervention:

Das 4-wöchige R:A:T Programm der Allgemeinen Unfallversicherung (AUVA) beinhaltet in Anlehnung an entsprechende Programme der Deutschen Rentenversicherung und der IG Ergonomie der Schweizer Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 20 Stunden arbeitsplatzspezifisches Kraftausdauertraining, 4 Stunden Schulung und 20 Stunden Ausdauertraining, 12 Stunden Aquafit und 10 Stunden Streching. Dazu kommen 8-10 Stunden Einzelcoaching (Erarbeitung von Copingstrategien), sowie im Bedarfsfall psychologische Einzelsitzungen, psychiatrische Diagnostik und medikamentöse Therapie. Einen wesentlichen Bestandteil stellt die funktionsorientierte Zielarbeit mit dem Patienten im Ausmaß von 1,5 Stunden innerhalb von 4 Wochen dar. Ein sozialarbeiterisches Erstgespräch und ein Endkontakt zur Erstellung eines beruflichen Rehabilitationsplanes am Ende des Programmes sind obligatorisch.

Die funktionelle Leistungsfähigkeit wird zu Beginn und am Ende des Programmes mittels EFL- Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (Isernhagen, 1992) überprüft.

Zur Messung der selbsteingeschätzten Leistungsfähigkeit wird der Spinal Function Sort (SFS) (Matheson & Matheson, 1989) eingesetzt. Der SFS enthält 50 Fragen mit einfachen schriftlichen Beschreibungen und Abbildungen von körperlichen Alltagsaktivitäten wie zum Beispiel Heben, Tragen, Stehen usw. Jede Aufgabe wird auf einer 5-Punkte-Likert-Skala bewertet, die von "fähig" (4 Punkte) bis zu "eingeschränkt" (3, 2 oder 1 Punkte) oder "unfähig" (0 Punkte) reicht. Die Gesamtpunktzahl umfasst 0 bis max. 200. Ein Wert von < 100 Punkten gilt als negativer Prädiktor für die berufliche Wiedereingliederung (Oesch et al., 2010).

Der SFS wurde am Tag nach Einschluss in das R:A:T Programm im Zuge eines EFL-Basistests (t1), und 4 Wochen danach, vor (t2) und unmittelbar nach Durchführung eines abschließenden EFL-Tests (t3) ausgefüllt.

Zur Beurteilung der Veränderung der Wahrscheinlichkeit zur Rückkehr an den Arbeitsplatz (Return to Work, RTW) wurde die Anzahl der Patienten mit negativer RTW Wahrscheinlichkeit (SFS < 100 Punkte) zu Beginn und am Ende des R:A:T Programms erhoben. Die Unterschiede zu den verschiedenen Messzeitpunkten wurden mittels Wilcoxon-Test für gepaarte, nichtparametrische Daten berechnet.

Ergebnisse

Von Mai 2019 bis September 2020 wurden 79 konsekutive Patienten eingeschlossen, bei 68 Patienten liegen komplette Datensätze vor.

Das mittlere Alter der Patienten (47 Männer, 21 Frauen) betrug 48.0 (SD 8,4) Jahre. Die Dauer von Unfall bis zur Aufnahme in das R:A:T Programm betrug 16,9 Monate (SD 40,1).

Der Mittelwert des SFS lag zum Aufnahmezeitpunkt (t1) bei 106,3 Punkten (SD 39,6). Vor dem abschließenden EFL (t2) lag der Mittelwert bei 117,4 (SD 44,0) und nach Absolvierung des EFL-Tests bei 131,9 (SD 43,7) Punkten (Abbildung 1).

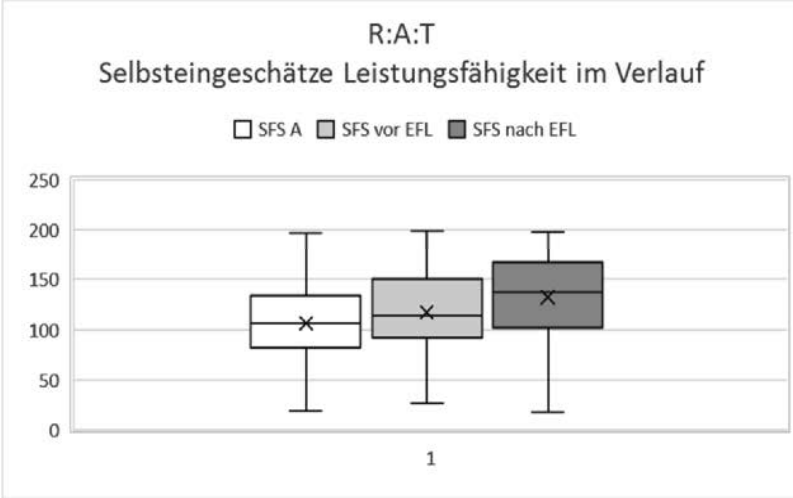


Abb. 1: Verlauf der selbsteingeschätzten Leistungsfähigkeit (SFS)

Der Unterschied des SFS zwischen (t1) und (t2) war nicht signifikant ($p = 0{,}0052$), der Unterschied zwischen (t1) und (t3) und zwischen (t2) und (t3) war signifikant ($p < 0{,}001$ bzw. $p < 0{,}001$).

Die Anzahl der Patienten mit negativer RTW Wahrscheinlichkeit (SFS < 100 Punkte) lag zu Beginn (t1) bei 31/68 Patienten und konnte am Ende des R:A:T Programmes (t3) auf 15/68 Patienten mehr als halbiert werden (Abbildung 2).

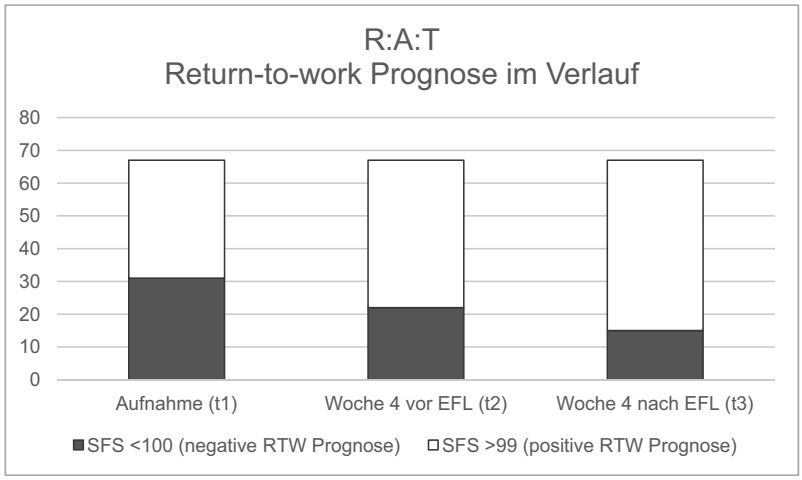


Abb. 2: Verlauf der Return-to-work Prognose (Anzahl der Patienten mit SFS<100 Punkte)

Diskussion und Fazit

Im Verlauf eines 4-wöchigen rehabilitativen, arbeitsorientierten Trainings (R:A:T) verändert sich bei Traumapatienten mit besonderer beruflicher und psychosozialer Problemlage die selbsteingeschätzte körperliche Leistungsfähigkeit signifikant. Zudem halbiert sich der Anteil von Patienten, die gemäß selbsteingeschätzter körperlichen Leistungsfähigkeit in einer Risikogruppe für eine Nicht-RTW sind. Die Gründe für diese Veränderungen sollen in weiteren Studien näher untersucht werden.

Literatur

Isernhagen, S.J. (1992): Functional capacity evaluation: rationale, procedure, utility of the kinesiophysical approach. J Occup Rehabil. 1992;2(3):157-68.

Matheson, L.N., Matheson, M.L. (1989): Spinal Function Sort: Rating of Perceived Capacity. Text Booklet and Examiner's Manual. Trabuco Canyon, Performance Assessment and Capacity Testing.

Oesch, P., Hilfiker, R., Kool, J., Bachmann, S., Hagen, K. (2010): Perceived functional ability assessed with the spinal function sort: is it valid for European rehabilitation settings in patients with non-specific non-acute low back pain? Eur Spine J 19:1527-1533.

Schindl, M., Wassipaul, S., Jirasek, U., Gstaltner, K. (2018): Einfluss stationärer Rehabilitationsmaßnahmen auf die selbsteingeschätzte funktionelle Leistungsfähigkeit von Traumapatienten. Phys Med Rehab Kurortmedizin 28:311-2.

Outcome medizinischer Rehabilitation – Ergebnisse einer multizentrischen, indikations- und Bundesländer übergreifenden Verbundstudie

Rüdiger Nübling[1]; Udo Kaiser[1]; Rainer Kaluscha[2]; Jürgen Schmidt[1]; Edwin Toepler[3]

[1] Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen

[2] IFR Ulm; Federseeklinik Bad Buchau; [3] Hochschule Bonn Rhein Sieg

Hintergrund und Zielstellung

Eine wichtige Grundlage für die Weiterentwicklung der Rehabilitation ist die kontinuierliche Erfassung und Bewertung des Outcomes u.a. auch für eine qualitätsorientierte Belegungssteuerung. Die Outcomes können dabei sowohl auf der Basis von Routine-Daten der Rentenversicherung (RSD) als auch von Patientenangaben im Sinne von Patient Reported Outcomes (PRO) erfasst werden. Letztere haben in der Rehabilitationsforschung eine lange Tradition (Nübling et al., 2018), die Verbindung zwischen den Datenebenen wurde u.a. in der „Reha-QM-Outcome-Studie“ (Requamo I (Nübling et al., 2015)) realisiert. Die Nachfolgestudie Requamo II erweitert dieses Thema v.a. auch in Hinblick möglicher regionaler Unterschiede.

Methoden

Die Datenerhebung erfolgte auf drei Ebenen: (1) Katamnestische Befragung 12 Monate nach Reha, (2) QM-Kennzahlen der beteiligten Kliniken und (3) Routine-Daten der Reha-Statistik Datenbasis (RSD). Einbezogen wurden indikationsübergreifend (Ausnahme Suchterkrankungen) knapp 16000 Versicherte der DRVen Baden-Württemberg, Braunschweig-Hannover und Nordbayern, die im ersten Halbjahr 2017 eine stationäre Reha absolvierten. Insgesamt n=7870 Patienten nahmen an der Befragung teil (Rücklaufquote 52%), für die mit RSD-Daten verbundene Stichprobe stehen 7515 Datensätze zur Verfügung. In der Rehabilitandenbefragung wurde u.a. die ZUF8-Skala zur allgemeinen Zufriedenheit, die MBOR-R-Skala „Nutzen der Reha für Arbeit und Beruf“ (Bürger et al., 2020), die Outcome-Skala BESS (direkte Veränderungsmessung) sowie u.a. die der Patient Health Questionnaire (PHQ4), die Work Ability Scale (WAS), der EQ5D als quasi-indirekte Veränderungsmessung mit retrospektiven Prä-Tests erhoben (zum Assessment vgl. z.B. Nübling et al.,2020). Für die RSD-Daten wurden wurde auf der Basis der Sozialversicherungsbeitragszahlungen ein Beitragsindex in Monaten pro Jahr für die drei Jahre vor und ein Jahr nach der Reha berechnet.

Ergebnisse

Stichprobe: 61% männlich, Durchschnittsalter 54 Jahre (sd=8), je ca. 55% sind verheiratet und haben Hauptschulabschluss, 64% Lehre, 11% keinen Berufsabschluss. Die Reha-Dauer beträgt im Schnitt 3,6 Wochen. Hauptindikationsgruppen: 39% Orthopädie, 16% Kardiologie, 14% Onkologie, 10% Psychosomatik.

Ergebnisse: Die mittlere Patientenzufriedenheit (ZUF8) beträgt M=25,1 (sd=4,9). Die Prä-Post-Effektstärken der Skalen liegen zwischen ES=.39 und ES=.72. Der von den Rehabilitanden eingeschätzte Nutzen der Reha für Arbeit und Beruf liegt zwischen ca. 50 und 75% (vgl. Abb. 1), der Mittelwert der Skala liegt bei M=54,0 (sd=24,0) Qualitätspunkten (QP; Range 0-100). Die direkten Veränderungseinschätzungen (Skala BESS) liegen zwischen 55 und 68% Besserung, der Mittelwert in QP beträgt M = 67,4 (sd = 23,0). Die Korrelation zwischen diesen beiden Skalen beträgt r = 0,64. In einem zweiten Schritt wurden sie in Form eines Extremgruppenvergleichs den SV-Beitragszahlungen in Monaten gegenübergestellt (Abb. 2). Hier zeigte sich eine hohe Korrespondenz zwischen den subjektiven Einschätzungen der Rehabilitanden und objektiven Beiträgen, was sich in den Unterschieden im Jahr nach der Reha spiegelt.

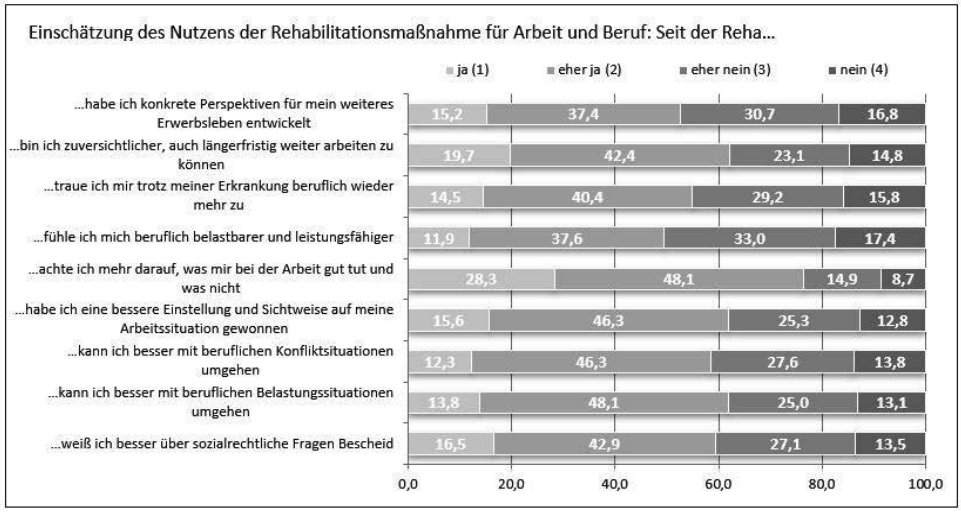


Abb.1: Nutzen der Rehamaßnahme für Arbeit und Beruf aus Sicht der Rehabilitanden (in Prozent); Requamo-II-Studie, nmax =6191

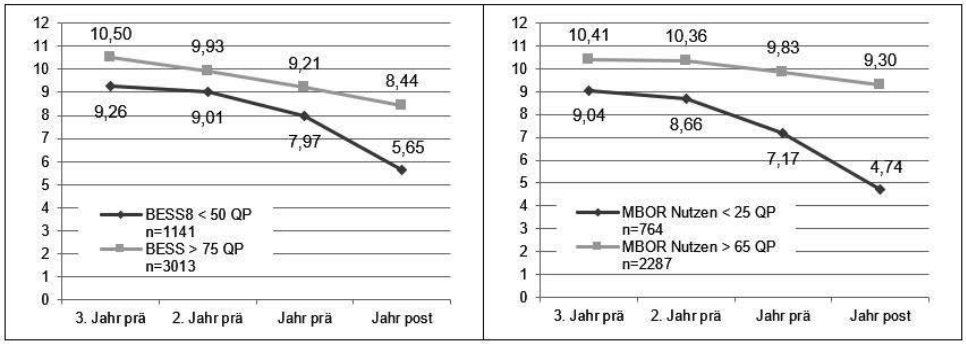


Abb.2: Beitragsentwicklungen in den drei Jahren vor und einem Jahr nach der Reha, gewichtete Beitragsmonate, Vergleich Extremgruppen BESS8 und MBOR-R Nutzenbeurteilung, Teilstichprobe n=4154 bzw. 3051

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung Requamo-II-Studie sind insgesamt positiv. Es wurden insgesamt 41 Kliniken von zwei großen Klinikverbünden bzw. von drei regionalen

Rentenversicherungen anhand einer großen Patientenstichprobe untersucht. Wie auch in der Requamo-I-Studie (Nübling et al., 2017) zeichnet sich eine hohe Korrespondenz zwischen die subjektiven Patienteneinschätzungen und „objektiveren“ Parametern wie Beitragszahlungen ab. Dies wird aktuell noch datenanalytisch vertieft. Allerdings ist absehbar, dass zum einen die Nutzenbeurteilung der Reha für Arbeit und Beruf sehr hoch mit allgemeinen Veränderungseinschätzungen korrespondiert und beide wiederum in substantiell mit den eingegangenen Sozialversicherungsbeitragen nach der Reha.

Beitrag der Requamo-II-Forschungsgruppe: PD Dr. Axel Kobelt (DRV Braunschweig-Hannover), Heike Martin, Kristin Repert-Ristow (DRV Baden-Württemberg), Katharina Roth, Melanie Müller (DRV Nordbayern), Olaf Werner, Walter Hummler (Qualitätsverbund Gesundheit BW), Norbert Hemken (Verbund Norddeutscher Rehakliniken VNR), Edwin Toepler (Hochschule Bonn-Rhein-Sieg), Hannah Nock (Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie Baden-Württemberg SAMA), Rainer Kaluscha, Gert Krischak, Tivadar Buzasi (IFR Ulm), Rüdiger Nübling, Udo Kaiser, Jürgen Schmidt, Jessica Henn (GfQG Karlsruhe).

Literatur

Bürger, W., Nübling, R., Henn, J. (2020): „MBOR-R“ - Medizinisch-Berufliche Orientierung der Rehabilitation aus Rehabilitandensicht. Entwicklung, Erprobung und Validierung eines standardisierten Fragebogens zur Bewertung der Erwerbsorientierung der Medizinischen Rehabilitation. Prax Klin Verhaltensmed Rehab 2020 (in Druck); 33 (112).

Nübling, R., Henn, J., Kaiser, U. (2020): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) und Ergebnisqualität aus Sicht der Rehabilitanden – Ergebnisse aus der Reha-QM-Outcome-Studie II (Requamo II). Prax Klin Verhaltensmed Rehab 2020; 33 (in Druck).

Nübling, R., Kaiser, U., Kriz, D. (2018): Bedeutung von Patient Reported Outcomes (PROs) für Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement in der medizinischen Rehabilitation - Fortlaufendes Qualitätsmonitoring durch kontinuierliche Rehabilitandenbefragungen. Prax Klin Verhaltensmed Rehab 2018; 31 (103): 182–195.

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

Nübling, R., Kaluscha, R., Krischak, G. (2017): Ergebnisqualität medizinischer Rehabilitation. Zum Zusammenhang zwischen „Patient Reported Outcomes“ (PROs) und geleisteten Sozialversicherungsbeiträgen. Rehabilitation 2017; 56 (01): 22–30; DOI: 10.1055/s-0042-118580.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover und Deutsche Rentenversicherung Nordbayern

Prädiktoren für non-response beim PROM MacNew Heart. Ergebnisse aus der Schweizer Qualitätssicherung Rehabilitation

Anna Schlumbohm[1]; Stefanie Köhn[1]; Luise Menzi[2]; Manuela Marquardt[1]; Karla Spyra[1]

[1] Charité - Universitätsmedizin Berlin;

[2] ANQ Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken

Hintergrund und Zielstellung

Patient reported outcome measures (PROM) gewannen als „patientenrelevanter Ergebnisparameter“ in den vergangenen Jahren an Bedeutung, um die Patientenperspektive in die praktische medizinische Versorgung einzubinden (Hostettler et al., 2018). Sie werden in der Interventionsforschung ebenso wie in Qualitätssicherungsprogrammen der rehabilitativen Versorgung eingesetzt und werden zunehmend auch für die Beurteilung der Behandlungsqualität der akut-medizinischen sowie ambulanten Gesundheitsversorgung relevant (OECD, 2019). Als Selbstbeurteilungsinstrumente unterliegen PROMs jedoch dem in der Umfrageforschung bekannten Problem der non-response (Koch & Blohm, 2015). Im Reha-Qualitätssicherungsprogramm der Schweiz werden in sämtlichen stationären Rehabilitationseinrichtungen trägerübergreifend Messungen der Ergebnisqualität vorgenommen (Menzi, 2015). In der Kardiologie kommt hier der MacNew Heart-Fragebogen (Höfer et al., 2004) als ein PROM zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zum Einsatz. Die Qualitätsmessungen sind als Vollerhebung konzipiert, um ein möglichst valides Ergebnis zur Behandlungsqualität im Klinikvergleich erreichen zu können. Neben dem Drop-Out, der durch nicht beeinflussbare Gründe entsteht (frühzeitige Verlegung, plötzliche Entlassung, Versterben von Patient*innen), begründet der Drop-Out aufgrund von non-response den weitaus höheren Anteil unvollständiger Messdaten. Es wird den Fragen nachgegangen, welche Prädiktoren eine non-response begünstigen und welche non-response bias beim Einsatz vom PROMs entsteht.

Methoden

Die vorliegende Analyse basiert auf Daten des Schweizer Qualitätssicherungsprogramms des Jahres 2019 aus 15 kardiologischen Rehabilitationskliniken. Alle stationären kardiologischen Patient*innen, deren Rehaende zwischen 01.01.2019 und 31.12.2019 lag, wurden bei Rehabeginn und -ende gebeten, den MacNew Heart-Fragebogen auszufüllen. Zudem wurden patientenbezogene Basisdaten der medizinischen Statistik (MB) sowie Daten der Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) als Maß für die Komorbidität zu Rehabeginn erhoben. Eingeschlossen wurden n=6259 Fälle, für die vollständige MB- und CIRS-Daten vorlagen.

Die Analyse vergleicht die MacNew Heart non-response-Stichprobe (NR, n=2330) mit der response-Stichprobe (R, n=3929) hinsichtlich soziodemographischer und sozialmedizinischer Daten. Zur Bestimmung von Prädiktoren für non-response wurden bivariate Gruppenvergleiche anhand von T- und Chi²-Tests sowie multivariate Modelle in Form von logistischen Regressionen durchgeführt. In Modell 1 der logistischen Regression dienten die Patientenmerkmale inklusive des CIRS-Scores als Prädiktoren. Modell 2 erweitert das erste Modell um eine Dummy-kodierte Variable, welche die Klinikzugehörigkeit abbildet.

Ergebnisse

Die Stichproben unterscheiden sich hinsichtlich wichtiger Merkmale signifikant voneinander. Personen, die den Fragebogen zu Rehabeginn und/oder Rehaende nicht ausfüllten (non-responders), waren im Mittel älter, hatten häufiger keine Schweizer Staatsangehörigkeit und im Mittel einen etwas längeren Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik. Sie haben seltener kostenpflichtige Zusatzleistungen (z.B. Einzelzimmer) vereinbart, und weisen eine etwas höhere Komorbidität auf. Non-responders waren vor Rehabeginn etwas seltener in einem Akut-Krankenhaus und wurden seltener in die eigene Häuslichkeit entlassen. Lediglich das Geschlecht weist zwischen den beiden Stichproben keinen statistisch signifikanten Unterschied auf.

In beiden logistischen Modellen sind die Kategorie „Andere Nationalität“ (Referenz: Schweizer; Modell 1: OR 2,33 KI 1,98-2,75; Modell 2: OR 3,03 KI 2,53-3,62) und die Kategorien des Aufenthaltsorts nach Austritt (Referenz: Zuhause) „Krankenheim, Pflegeheim, Altersheim“ (Modell 1: OR 3,72 KI 2,02-6,83; Modell 2: OR 4,04 KI 2,14-7,66) sowie „Akutspital, psychiatrische Klinik“ (Modell 1: OR 3,95 KI 2,48-6,28; Modell 2: OR 3,72 KI 2,27-6,06) wichtige Prädiktoren. Auch die Kategorie „keine kostenpflichtige Zusatzleistung vereinbart“ (Referenz: kostenpflichtige Zusatzleistung vereinbart) war ein signifikanter Prädiktor (Modell 1: OR 1,88 KI 1,54-2,30; Modell 2: OR 1,41 KI 1,14-1,78) für die non-response. In Modell 2 zeigt sich, dass auch die Rehaklinik, in der ein*e Patient*in behandelt wird, einen signifikanten Einfluss auf das Antwortverhalten hat. Die Odds Ratios der einzelnen Kliniken variieren stark. Die Modellgüte verbessert sich von einem Pseudo R^2 von 0,09 (Modell 1) auf 0,22 (Modell 2).

Diskussion und Fazit

Die Analysen zeigen, dass Patient*innen die älter sind, eine nicht-Schweizer Nationalität besitzen, eine höhere Komorbidität aufweisen, keine kostenpflichtige Zusatzleistung gewählt und nach der Rehabilitation nicht nach Hause entlassen werden, den MacNew Heart weniger häufig beantworten. Damit sind sie in der Stichprobe, welche für die Schweizer Qualitätssicherung der kardiologischen Rehabilitation verwendet wird, bis zu einem gewissen Grad unterrepräsentiert (non-response bias). Dies sollte bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden. Gleichzeitig sind PROMs trotz non-response bias ein unverzichtbares Werkzeug, um die Patientenperspektive in der Qualitätssicherung abzubilden. Bemerkenswert ist, dass die Klinik einen großen Einfluss auf das Ausfüllverhalten der Patienten hat. Unterschiede zwischen den Kliniken waren auch unter Kontrolle der Patientenmerkmale groß und statistisch signifikant. Die Art und Weise wie die Kliniken den Einsatz von Patientenfragebögen organisieren und die Patient*innen zum Ausfüllen motivieren stellt damit eine wichtige Stellschraube für die valide Abbildung der Patientenperspektive in der Qualitätssicherung dar.

Literatur

Höfer, S., Lim, L., Guyatt, G., Oldridge, N. (2004): The MacNew Heart Disease health-related quality of life instrument: a summary. Health and quality of life outcomes, 2(1). 3.

Hostettler, S., Kraft, E., Bosshard, C. (2018): Patient-reported outcome measures: Die Patientensicht zählt. Schweiz Ärzteztg, 99(40). 1348-52.

Koch, A., Blohm, M. (2015): Nonresponse bias. Mannheim, GESIS–Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (GESIS Survey Guidelines).
Menzi, L. (2015): Praxisnahe Qualitätskontrolle. Schweizerische Ärztezeitung, 96(41). 1476-1477.
OECD (2019). Measuring what matters for people-centred health systems. Health at a Glance 2019: OECD Indicators. OECD. Paris, OECD Publishing.

Prä-Post-Veränderungen in Gesundheitsbezogener Lebensqualität bei orthopädischer, kardiologischer und onkologischer Rehabilitation – Ergebnisse einer Meta-Analyse

Michael Schuler; Katharina Gabriel; Kathrin Murauer; Stephanie Stangl; Anna Grau; Peter Heuschmann; Hermann Faller
Universität Würzburg

Hintergrund und Zielstellung

Die kurz-, mittel- und langfristige Verbesserung der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität (GLQ) ist ein zentrales Ziel medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen (MR). Randomisierte Kontrollgruppenstudien zur Prüfung, ob dieses Ziel erreicht wird, sind zwar mit bestimmten Einschränkungen möglich (Hüppe et al., 2020; Schultz et al.), bislang jedoch in Deutschland selten durchgeführt worden. Allerdings liegen aus vielen Studien Daten zu Prä-Post-Veränderungen bei medizinischen Rehamaßnahmen vor, die in verschiedenen Arbeiten bereits metaanalytisch zusammengefasst wurden (Mittag et al, 2011; Hüppe et al., 2005). Im vorliegenden Projekt VEMA (Verlaufseffekte in der medizinischen Rehabilitation – Meta-Analyse) werden diese Arbeiten aktualisiert und auf weitere Indikationen und Zielkriterien erweitert. Die Meta-Analyse wird nach PRISMA-P Guidelines durchgeführt und ist in PROSPERO registriert (Nummer CRD42018080316). Das Studienprotokoll wurde veröffentlicht (Schuler et al., 2019).

Zentrale Ziele von VEMA sind die Bestimmung von mittleren Prä-Post-Verlaufseffekten medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen in Deutschland sowie die Quantifizierung der Streuung der berichteten Effekte aus Primärstudien. Im Folgenden werden Ergebnisse zu kurz- (Ende Reha), mittel- (6 Monate nach Reha) und langfristigen (12 Monate nach Reha) Veränderungen in allgemeiner, körperlicher und psychischer Lebensqualität orthopädischer, kardiologischer und onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen berichtet.

Methoden

Literaturrecherche: Einschlusskriterien für das Gesamtprojekt VEMA sind Rekrutierungsbeginn nach 1997, Medizinische Rehabilitation in den Indikationen Orthopädie, Rheumatologie, Kardiologie, Pneumologie, Onkologie, Stoffwechselerkrankungen, Magen-Darm-Erkrankungen oder Psychosomatik sowie Prä-Post Daten in Lebensqualität und weiteren zentralen Outcomes (Schuler et al., 2019). Die Literaturrecherche in einschlägigen Datenbanken, erbrachte 10.680 Treffer und wurde durch Screening der Webseiten von Projektförderern (z.B. DRV Bund, BMBF) und Förderschwerpunkten (z.B. „Chronischer

Krankheiten und Patientenorientierung“) und dem Register für Klinische Studien ergänzt. Insgesamt konnten 498 Veröffentlichungen 323 Forschungsprojekten zugeordnet werden.

Statistische Analyse: Als Zielparameter wurde der Standardized Effect Size (SES) definiert, bei dem die Differenz aus den mittleren Prä- und Post-Werten durch die Standardabweichung der Prä-Werte geteilt wird. Die SES wurden entweder direkt aus den Studien extrahiert oder auf Basis anderer Angaben (Mittelwerte, Standardabweichungen) berechnet. Fehlende Standardabweichungen zum Prä-Messzeitpunkt wurden aus ähnlichen Studien geschätzt. Die Korrelation zwischen Prä- und Postwerten wurde auf r=0,5 geschätzt. Bei Studien mit mehreren Untersuchungsgruppen (z.B. verschiedene Interventions- oder Diagnosegruppen) wurden meist Effektstärken der einzelnen Gruppen in die meta-analytischen Vergleiche eingebzogen. Es wurden Random-Effects-Modelle für jeden Outcome in jede Indikation zu jedem der Messzeitpunkte berechnet. Neben dem mittleren Gesamteffekt Effekt werden 95%-Konfidenzintervalle (die eine Aussage über die Variationsbreite des Gesamteffekts erlauben) sowie 95%-Prädiktionsintervalle (die den Bereich erwarteter Effekte in zukünftigen Studien angeben) berechnet.

Ergebnisse

Ausführliche Ergebnisse können Tabelle 1 entnommen werden. Die Anzahl der Effektstärken aus den Primärstudien, die für die metanalytischen Zusammenfassung herangezogen werden konnten, schwankten zwischen k=43 (Orthopädie, körperliche Lebensqualität, Ende Reha) und k=4 (Onkologie, körperliche Lebensqualität, Ende Reha).

Die meisten metanalytisch zusammenfassten Prä-Post-Veränderungen lagen am Ende der Reha im mittelhohen Bereich, zwischen SES=0,34 (Onkologie, körperliche Lebensqualität) und SES=0,61 (Onkologie, allgemeine Lebensqualität). In der körperlichen Lebensqualität liegen die Effekte auch nach 6 und 12 Monaten in allen Indikationen im mittleren Bereich, während sie in der psychischen und allgemeinen Lebensqualität deutlich geringer ausfallen. Die Prädiktionsintervalle sind bei allen Outcomes zu allen Zeitpunkten sehr breit und zeigen damit eine hohe Heterogenität der Effektstärken aus den Primärstudien an.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen Prä-Post-Veränderungen mittlerer Größe in allen betrachteten Outcomes zum Ende der Reha, die in der körperlichen Lebensqualität zeitlich stabil bleiben. In der psychischen und allgemeinen Lebensqualität liegen dagegen nach 6 und 12 Monaten nur noch kleine Effekt vor. Die Ergebnisse unterscheiden sich zwischen den Indikationen nur unwesentlich.

Von einem homogenen erwartbaren Reha-Prä-Post-Verlauf über die Zeit kann auf Basis dieser Analysen nicht ausgegangen werden. Vielmehr zeigen sich innerhalb der einzelnen Analysen große Variationen in den von den Primärtudien berichteten Effektstärken, die sich statistisch in sehr breiten Prädiktionsintervallen niederschlagen. Daraus folgt, dass auf Basis bisheriger Analysen die erwarteten Effekte zukünftiger Studien, die Prä-Post-Veränderungen berichten, nur schwer abgeschätzt werden können. Im weiteren Projektverlauf sollen mögliche Prädiktoren mittels Meta-Regressionen zur Aufklärung dieser Unterschiede zwischen den Studien geprüft werden.

Inwiefern die Verlaufseffekte kausal durch die Reha verursacht wurden, ist schwierig zu bestimmen. Einige Autoren argumentieren, dass Prä-Post-Veränderungen deutscher Rehabilitationsmaßnahmen denen unbehandelter Kontrollgruppen in internationalen Studien entsprechen (Hüppe et al., 2005). Demgegenüber konnte eine Randomisierte Kontrollgruppenstudie (Schultz et al.) bei Asthmarehabilitanden in Deutschland zeigen, dass ca. 2/3 der Prä-Post-Veränderungen in der Interventionsgruppe auf den Effekt der Reha im Vergleich zu einer Wartekontrollgruppe zurückgeführt werden können. Inwiefern dieses Verhältnis jedoch auf die hier berichteten Ergebnisse verallgemeinert werden kann, bedarf weiterer Forschung, insbesondere in Form randomisierter Kontrollgruppenstudien.

Tab. 1.:

Outcome	**Indikation**	**T1** **SES** **[95%-KI]** **[95%-PI]** **k**	**T3** **SES** **[95%-KI]** **[95%-PI]** **K**	**T4** **SES** **[95%-KI]** **[95%-PI]** **k**
GLQ körperlich	OR	0,55 [0,47; 0,63] [0,05; 1,05] k=43	0,48 [0,33; 0,64] [-0,33; 1,30] k=26	0,42 [0,32; 0,52] [-0,05; 0.89] k=23
	KA	0,52 [0,38; 0,64] [-0,04; 1,06] k=17	0,42 [0,14; 0,69] [-0,55; 1,39] k=11	0,56 [0,21; 0,91] [-0,53; 1,65] k=8
	ON	0,34 [0,23; 0,46] [-0,03; 0,72] k=10	0,30 [0,14; 0,46] [-0,14; 0,74] k=5	0,51 [-0,09; 1,12] [-1,30; 2,34] k=4
GLQ psychisch	OR	0,52 [0,43; 0,62] [-0,06; 1,11] k=38	0,27 [0,17; 0,36] [-0,24; 0,78] k=28	0,14 [0,06; 0,22] [-0,23; 0,51] k=21
	KA	0,53 [0,44; 0.61] [0,14; 0,92] k=18	0,44 [0,06; 0,82] [-0,87; 1,75] K=11	0,15 [-0,10; 0,40] [-0,66; 0.95] K=9
	ON	0,61 [0,46; 0,76] [0,07; 1,41] k=11	0,38 [0,26; 0,50] [0,05; 0,72] k=5	0,31 [-0,09; 0,71] [-0,82; 1,44] k=5

Outcome	Indikation	T1 SES [95%-KI] [95%-PI] k	T3 SES [95%-KI] [95%-PI] K	T4 SES [95%-KI] [95%-PI] k
GLQ allgemein	OR	0,55 [0,41; 0,68] [-0,11; 1,20] k=23	0,34 [0,16: 0,52] [-0,34; 1,03] k=13	0,26 [0,06; 0,46] [-0,50; 1,02] k=13
	KA	0,45 [0,30; 0,61] [-0,19; 1,10] k=17	0,38 [0,13; 0,63] [-0,47; 1,22] k=10	0,39 [0,13; 0,66] [-0,50; 1,29] k=10
	ON	0,61 [0,47; 0,75] [-0,01; 1,22] k=20	0,47 [0,23; 0,72] [-0,41; 1,37] k=12	0,29 [0,10; 0,47] [-0,33; 0,90] k=9

Anm.: SES: Standardized Effect Size; 95%-KI: 95%-Konfidenzintervall; 95%-PI: 95%-Prädiktionsinter-vall; k: Anzahl einbezogener Effektstärken aus Primärstudien; OR: Orthopädie; KA: Kardiologie; ON: Onkologie; GLQ: Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Literatur

Hüppe, A., Langbrandter, J., Cassandra L., Raspe, H. (2020): Wirksamkeit und Nutzen einer aktiv induzierten medizinischen Rehabilitation bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Studie (MERCED). Dtsch Arztebl Int; 117: 89-96; DOI: 10.3238/arztebl.2020.0089.

Hüppe, A., Raspe, H. (2005): Efficacy of inpatient rehabilitation for chronic back pain in Germany: update of a systematic review. Rehabilitation 2005;44(1):24-33. doi: 10.1055/s-2004-834602.

Mittag, O., Schramm, S., Bohmen, S. (2011): Medium-term effects of cardiac rehabilitation in Germany: systematic review and meta-analysis of results from national and international trials. European journal of cardiovascular prevention and rehabilitation 2011;18(4):587-93. doi: 10.1177/1741826710389530.

Schuler, M., Murauer, K., Stangl, S., Grau, A., Gabriel, K.M.A., Podger, L, Heuschmann, P.U., Faller, H. (2019): Pre-post changes in main outcomes of medical rehabilitation in Germany – protocol of a systematic review and meta-analysis of individual participant and aggregated data. BMJ Open, 9:e023826. doi:10.1136/ bmjopen-2018-02382.

Schultz, K., Wittmann, M., Wagner, R., Lehbert, N., Schwarzkopf, L., Szentes, B., Nowak, D., Faller, H., Schuler, M. (in press): Stationäre Rehabilitation zur Verbesserung der Asthmakontrolle. Dtsch Arztebl.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

„Und dann kam Corona…“ - Zur Weiterentwicklung beruflicher Teilhabeinstrumente in besonderen Zeiten aus Sicht rehabedürftiger Leistungsempfänger*innen

Sebastian Ixmeier; Gero Scheiermann; Ann-Katrin Peters
Universität Duisburg-Essen

Hintergrund und Zielstellung

Die berufliche Teilhabe von (langzeitarbeitslosen) Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen ist nicht erst seit der Verabschiedung des Bundesteilhabegesetzes durch den Deutschen Bundestag zentrales Ziel sozialpolitischer Anstrengungen. Fernab des normativen Erfordernisses, durch eine bessere Integration der betroffenen Klientel in den Arbeitsmarkt auch deren gesellschaftliche Teilhabe zu fördern, verspricht man sich dadurch auch, den Wohlfahrtsstaat in Zeiten des demographischen Wandels zu entlasten sowie dem vorherrschenden Fachkräftemangel entgegenzuwirken (vgl. exempl. Arling & Spijkers, 2019).

Als ein wichtiger Schlüssel zur beruflichen Teilhabe in Deutschland kann eine erfolgreiche berufliche Qualifizierung angesehen werden. Der Forschungsstand deutet jedoch darauf hin, dass die Chancen hierauf, so wie auf einen anschließenden Übergang in den Arbeitsmarkt häufig gerade für gesundheitlich eingeschränkte Langzeitarbeitslose gering sind (BA, 2019; Renn, 2019). Auch staatliche Förderprogramme zur Beseitigung dieser strukturellen Benachteiligung können die Zielgruppe bislang nicht flächendeckend erreichen (Reims et al., 2017).

Um eine Verbesserung dieses sozialpolitischen Spannungsfeldes herbeizuführen, hat das BMAS mit dem Bundesprogramm „rehapro" eine neue Förderinitiative auf den Weg gebracht. Ziel ist es, durch die Erprobung von innovativen Leistungen und organisatorischen Maßnahmen Erkenntnisse zu gewinnen, wie die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit Rehabilitationsbedarf noch besser erhalten bzw. wiederhergestellt und so die berufliche und gesellschaftliche Teilhabe gesichert werden kann.

In diesem Kontext wurde Anfang 2020 das Modellprojekt „Essen.Pro.Teilhabe“ (EPT) ins Leben gerufen. In ihm arbeiten verschiedene private und gemeinnützige Träger (u.a. Ärzt*innen, Psycholog*innen, Sozialarbeiter*innen) unter der Leitung des JobCenters Essen interdisziplinär zusammen, um eine bestmögliche, ganzheitliche Betreuung der arbeitsmarktfernen Zielgruppe mit (drohendem) Rehabilitationsbedarf zu ermöglichen. Die Zusammenarbeit verschiedener professioneller Disziplinen kann dabei durchaus als Chance mit Blick auf ein gesteigertes Expert*innenwissen und der Ermöglichung einer vertrauensvollen sowie individuellen Begleitung angesehen werden (Arling & Spijkers, 2019: 707). Zudem liefern die große Maßnahmenvielfalt sowie eine durchschnittliche Teilnahmedauer von 20 Monaten im Rahmen eines sanktionsfreien, ganzheitlichen Settings neuartige Möglichkeitsspielräume für einen erfolgreichen Teilhabeverlauf im Projekt. Die

andauernde Corona-Pandemie wirkt sich jedoch projektintern negativ auf die Betreuungsmöglichkeiten aus. Gleichzeitig bedroht die damit einhergehende, konjunkturelle Schieflage sowohl die berufliche Qualifizierung der Zielgruppe wie auch eine weiterführende Integration in den Arbeitsmarkt. Der Beitrag (Poster oder Vortrag) reflektiert die im Rahmen dieser Entwicklung entstehende Verunsicherung unter den Projektteilnehmer*innen. Dabei werden deren subjektiv wahrgenommene Bedrohungslagen nachgezeichnet und individuelle Bewältigungsstrategien in Wechselwirkung mit dem Modellprojekt aufgezeigt. Darüber hinaus wird in diesem Kontext ein Fokus auf die berufliche Orientierung der Zielgruppe sowie deren generelle Teilhabeaspirationen geworfen.

Methoden

Die empirische Datengrundlage entstammt der gestaltungsorientierten wissenschaftlichen Begleitforschung (Design Based Research) des rehapro-Modellprojektes „Essen.Pro.Teilhabe“ durch die Universität Duisburg-Essen. Dabei werden theoriegeleitet die Veränderungen und damit einhergehenden Prozesse im Projekt wissenschaftlich begründet, entwickelt, reflektiert und in ihrer praktischen Erprobung ausgewertet. In diesem Kontext kommen im Rahmen eines Mixed-Methods-Designs sowohl quantitative wie auch qualitative Methoden zum Einsatz. Die Datenbasis für den Beitrag bilden sowohl eine Online-Befragung von Projektteilnehmenden aus dem Zeitraum August - November 2020 (n=55) ergänzt durch Projektverlaufsdaten. Die Auswertung erfolgt mit deskriptiven und inferenzstatistischen Methoden. Darüber hinaus wurden mit 21 Personen der Zielgruppe halboffene, leitfadengestützte Interviews geführt, die mit Hilfe von inhaltsanalytischen und rekonstruktiven Verfahren ausgewertet werden.

Ergebnisse

Es zeichnen sich verschiedene Wahrnehmungsmuster und Bewältigungsstrategien mit Blick auf die subjektive Teilhabesituation im Kontext der Projektteilnahme ab. Diese werden durch die pandemische Situation nochmals besonders herausgefordert. Sie reichen von einer optimistischen Grundhaltung über fatalistische Motive bis hin zur inneren Kündigung. Jede Typik steht in einer komplexen Wechselwirkung mit den subjektiven Teilhabeaspirationen und dem individuellen Programmverlauf.

Diskussion und Fazit

Der Beitrag reflektiert die aktuelle Situation rehabedürftiger Leistungsempfänger*innen innerhalb des Modellprojekts aus deren subjektiver Perspektive. Durch eine Nachzeichnung deren Wahrnehmungs- und Verhaltensmuster werden Möglichkeitsspielräume für die Weiterentwicklung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben generell wie unter Pandemiebedingungen ermöglicht.

Literatur

Arling, V., Spijkers, W. (2019): Berufliche Rehabilitation in Deutschland. In: Kauffeld, S., Spurk, D. (Hrsg.): Handbuch Karriere und Laufbahnmanagement. Aachen: Springer. 687 - 710.

BA (2019): Situation schwerbehinderter Menschen. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt, 04/2019, Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit.

Reims, N., Nivorozhkin, A., Tophoven, S. (2017): Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen: Berufliche Rehabilitation zielt auf Prävention und passgenaue Förderung. IAB-Kurzbericht 25/2017, Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung.

Renn, S. (2019): Übergänge aus Arbeitslosengeld-II-Bezug in berufliche Ausbildung. WISTA - das Wissenschaftsmagazin, 2019, 3. 97-107.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Arbeitsbedingungen von Menschen mit Behinderungen – Einflussfaktoren auf die subjektive Bewertung der betrieblichen Integration

Mareike Decker; Christiane Flüter-Hoffmann

Institut der deutschen Wirtschaft Köln

Hintergrund und Zielstellung

In Deutschland leben knapp 13 Millionen Menschen mit Beeinträchtigungen (BMAS, 2016). Etwa die Hälfte davon sind im erwerbsfähigen Alter zwischen 15 und 64 Jahren. Der Anteil der Erwerbstätigen ist in dieser Gruppe mit 49 Prozent deutlich niedriger als bei Menschen ohne Beeinträchtigungen (80 Prozent). Durch einstellungs- oder umweltbedingte Barrieren können Beeinträchtigungen zu Behinderungen und damit auch zu Teilhabeeinschränkungen führen. Damit Menschen mit Behinderungen ihr Recht auf gleichberechtigte Teilhabe umsetzen können, sieht die deutsche Sozialgesetzgebung unterschiedliche Leistungen vor (BMAS, 2016). Gemäß UN-Behindertenrechtskonvention haben Menschen mit Behinderungen das Recht auf gerechte, sichere und gesunde Arbeitsbedingungen (DIMR, 2019).

Eine Betrachtung der konkreten Umsetzung beruflicher Teilhabe in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes ist von Interesse. Die Relevanz von Maßnahmen zur behinderungsgerechten Arbeitsgestaltung für die berufliche Teilhabe ist hinreichend beschrieben (Vooijs et al., 2015). Beschäftigte an behinderungsgerechten Arbeitsplätzen bewerten ihre Arbeitsbedingungen zudem besser als Arbeitnehmende, die trotz Behinderung an nicht behinderungsgerecht ausgestatteten Arbeitsplätzen arbeiten (ver.di, 2014). Darüber hinaus gibt es jedoch in Deutschland kaum Untersuchungen zur subjektiven Bewertung der Arbeitsbedingungen durch Menschen mit Behinderungen.

Das Projekt REHADAT hat im Rahmen einer explorativen Studie Erwerbstätige mit unterschiedlichen Behinderungen zur Einschätzung ihrer Arbeitsbedingungen befragt. Ziel war es, zu ermitteln, wie sich die Beschäftigten mit Behinderungen insgesamt im Job integriert fühlen und welche Faktoren dabei eine Rolle spielen.

Methoden

In den Jahren 2018 bis 2020 wurden insgesamt drei Querschnittstudien durchgeführt, in denen jeweils deutschlandweit erwerbstätige Menschen mit Behinderungen befragt wurden. Die Daten wurden mittels anonymer Online-Befragungen erhoben. Die teilstandardisierten Fragebögen wurden auf Grundlage von Literaturrecherchen und in enger Abstimmung mit Selbsthilfeorganisationen entwickelt. Neben Items zu soziodemographischen Daten und behinderungsspezifischen Angaben umfasste die Befragung Items zur Arbeitssituation (Betriebszugehörigkeit, Arbeitsumfang, Unternehmensgröße, Arbeitsort, durchgeführte Maßnahmen zur behinderungsspezifischen Arbeitsanpassung) sowie zur subjektiven Bewertung des Betriebsklimas, zum Gefühl der eigenen Arbeitsintegration und zur Informiertheit in Bezug auf die eigene Erkrankung/Behinderung im Zusammenhang mit dem Beruf.

Daten aus den Online-Befragungen von Personen mit Sehbehinderung (Juni bis August 2018, n=125), Hörbehinderung (April bis Juli 2019, n=739) und Rheuma (Juni bis August 2020, n=419) wurden behinderungsübergreifend als Gesamtstichprobe (n=1283) analysiert. Es erfolgten deskriptiv- sowie inferenzstatistische Auswertungen der Stichprobendaten mittels IBM SPSS.

Ergebnisse

Aus den Ergebnissen lassen sich relevante Einflussfaktoren für die Bewertung der Arbeitssituation durch die befragten Menschen mit Behinderungen ableiten. So gehen ein unterstützendes Betriebsklima und ein guter Informationsstand mit dem Gefühl einher, gut im Job integriert zu sein. Beschäftigte, die teilweise oder ausschließlich außerhalb des Betriebs wie beispielsweise im Homeoffice arbeiten, fühlen sich zudem besser im Job integriert als Personen, die ausschließlich an einem festen betrieblichen Arbeitsplatz arbeiten. Organisatorische Arbeitsanpassungen tragen ebenfalls zu einer besseren Bewertung der beruflichen Integration bei. Das Erleben eines unterstützenden Klimas im Betrieb korreliert außerdem signifikant positiv mit dem Gefühl, im Job integriert zu sein. Das Betriebsklimas korreliert wiederum positiv mit anderen Faktoren – wenn bereits technische und/oder organisatorische Anpassungsmaßnahmen bei den Beschäftigten durchgeführt wurden, wird das Betriebsklima eher unterstützend wahrgenommen. Befragte, die sich besser zu ihrer Erkrankung oder Behinderung im Zusammenhang mit dem Beruf informiert fühlen, fühlen sich auch besser integriert.

Diskussion und Fazit

Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen zu ihren Arbeitsbedingungen wurden befragt. Anhand der Ergebnisse lassen sich relevante Faktoren für die Bewertung des Integrationserlebens der Befragten ableiten. Anpassungen der Arbeit an individuelle Bedarfe, das Betriebsklima und die Informiertheit können als Einflussfaktoren für die positive Wahrnehmung der Integriertheit im Job durch die Beschäftigten mit Behinderungen angesehen werden. Die angewandte Methodik eignete sich für eine erste Exploration des Untersuchungsthemas. Der Fragebogen wurde bereits mehrfach eingesetzt und mit Betroffenen-Organisationen abgestimmt. Eine weitergehende Validierung des Instruments sowie anschließende Untersuchungen anhand der gewonnenen Informationen sind notwendig, um relevante Faktoren für die Bewertung der beruflichen Teilhabe durch

Menschen mit Behinderungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt klarer bestimmen zu können. Die aus den ersten Ergebnissen zur Thematik abgeleiteten Handlungsempfehlungen fließen in REHADAT-Veröffentlichungen für betriebliche Akteure, Beratende und Beschäftigte mit Behinderungen ein. Damit wird dem Informationsbedarf im Themenfeld der beruflichen Teilhabe Rechnung getragen.

Literatur

BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.)(2016): Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen: TEILHABE – BEEINTRÄCHTIGUNG – BEHINDERUNG. Bonn: Publikationsversand der Bundesregierung. URL: http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a125-16-teilhabebericht.pdf?__blob=publicationFile&v=9, Abruf: 10.11.2020.

DIMR – Deutsches Institut für Menschenrechte (Hrsg.)(2019): Wer Inklusion will, sucht Wege. Zehn Jahre UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland. Berlin. URL: https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/ANALYSE/Wer_Inklusion_will_sucht_Wege_Zehn_Jahre_UN_BRK_in_Deutschland.pdf, Abruf: 24.11.2020.

ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (Hrsg.)(2014): Arbeitsbedingungen von Menschen mit Behinderung: So beurteilen sie selbst die Lage. Ergebnisse einer Sonderauswertung der Repräsentativumfrage zum DGB-Index Gute Arbeit. Berlin. URL: https://innovation-gute-arbeit.verdi.de/++file++53eb50faaa698e05fc00055d/download/Arbeitsberichterstattung%20Nr.%209.pdf, Abruf: 10.11.2020.

Vooijs, M., Leensen, M. C. J., Hoving, J. L., Wind, H. & Frings-Dresen, M. H. W. (2015): Interventions to enhance work participation of workers with a chronic disease: a systematic review of reviews. Occupational and environmental medicine, 72(11). 820–826.

Die Corona-Pandemie und die Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit Behinderungen – Ergebnisse einer Online-Befragung der DVfR

Rolf Buschmann-Steinhage

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V.

Hintergrund und Zielstellung

Welche Auswirkungen hat die Corona-Pandemie auf die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen, chronischen Erkrankungen und/oder Pflegebedarf? Wie müssen Reha-Angebote angepasst und verändert werden, um Teilhabe sicherzustellen? Der Corona-Konsultationsprozess der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) untersucht diese Fragen mit Unterstützung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS). Die Ergebnisse aus der Konsultation sollen dazu beitragen, das weitere politische Handeln der Bundesregierung und aller anderen Akteure zu unterstützen.

Ziel der dazugehörigen Online-Befragung ist, die erlebten Auswirkungen der Corona-Pandemie auf Menschen mit Behinderungen aus verschiedenen Perspektiven zu untersuchen: Im Zentrum steht das Erleben von Menschen mit Behinderungen, chronischen

Erkrankungen oder Pflegebedarf selbst. Daneben kommen aber auch deren Angehörige, Leistungserbringer und –träger sowie Vertreter der Zivilgesellschaft zu Wort.

Methoden

Die Online-Befragung fand im Dezember 2020 statt und wurde mit Unterstützung des Zentrums für Sozialforschung Halle (ZSH) durchgeführt. Die Adressaten wurden über die Mitglieder der DVfR und über viele Kooperationspartner auf die Befragung aufmerksam gemacht. Der Online-Fragebogen für die Betroffenen umfasste insgesamt 164 offene und geschlossene Fragen und wurde mit einer differenzierten Filterführung dargeboten.

Ergebnisse

Es liegen auswertbare Fragebögen zu 3.684 Menschen mit Behinderungen, chronischen Krankheiten und/oder Pflegebedürftigkeit vor. 33,9% der Bögen stammen von Männern, 65,2% von Frauen. 50,0 % der Befragten entschieden sich, Fragen zu Arbeit und Beruf, einschließlich beruflicher Rehabilitation, zu beantworten.

Von diesen Befragten arbeiten 43,7% in Vollzeit, 29,2% in Teilzeit und 10,2% sind nicht erwerbstätig. Arbeitslos sind 4,8% und 5,8% sind in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) beschäftigt.

Fast alle der Befragten, die Angaben zum Erwerbsleben machen, nämlich 93,3%, beschreiben sich als chronisch krank, 71,7% haben eine anerkannte Schwerbehinderung. 22,4% empfinden sich als „chronisch krank, aber nicht behindert“.

Berufstätige und Nutzer von Integrationsfachdienst (IFD) oder Arbeitsassistenz wurden nach Veränderungen ihrer beruflichen Tätigkeit infolge der Corona-Pandemie gefragt: 36,5% berichteten über vermehrtes Homeoffice, 28,5% über vollständiges Homeoffice, wobei Mehrfachantworten möglich waren. Bei 60,5% dieser Befragten hat sich die Berufstätigkeit im Zuge von Corona stärker digitalisiert. Als Nachteil der stärkeren Digitalisierung wurde vor allem weniger Kommunikation mit Kollegen erlebt (75,9%); in Freitexten ging es insbesondere um unzureichende Technik (auch Barrierefreiheit), fehlende Ergonomie, höhere Arbeitsbelastung, weniger soziale Kontakte, weniger Bewegung, anstrengendere (Bildschirm-)Arbeit.

Ungefähr die Hälfte der Befragten mit Antworten zum Erwerbsleben (50,5%) sieht – etwas unerwartet – keine langfristigen Folgen der Corona-Pandemie für die berufliche Tätigkeit und die Karriere. Knapp ein Viertel sieht ein erhöhtes Arbeitsplatzrisiko. 45,1% machen sich infolge der Corona-Pandemie vermehrt Sorgen um die berufliche Zukunft.

53,7% der Berufstätigen fühlt sich als Mensch mit Behinderung oder chronischer Erkrankung durch die Corona-Pandemie ausgegrenzt und/oder in der sozialen Teilhabe beeinträchtigt, und zwar sowohl in Arbeit und Beruf als auch in der Freizeit.

23,2% der Befragten nannten „Arbeit und Beruf“ als einen Bereich, wo sie sich während der Corona-Pandemie entlastet fühlten oder fühlen. In den Freitexten wurden dazu folgende Dinge angesprochen: Entlastung durch die vermehrte Möglichkeit im Homeoffice arbeiten zu können (vor allem Reduktion von Fahrzeiten), generelle Entschleunigung, da Freizeitaktivitäten und Kontakte reduziert wurden, weniger Terminstress. Bezogen auf das Arbeitsleben oder die berufliche Rehabilitation wurden in 581 Freitexten positive

Entwicklungen im Zuge der Corona-Pandemie genannt: vor allem: Homeoffice, außerdem: mehr und verbesserte Digitalisierung, Abstandsregeln, mehr Zusammenhalt.

Zu einer abschließenden Frage zu Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Teilhabe am Arbeitsleben, nach denen vorher noch nicht gefragt wurde, ergaben sich aus 419 Freitexten folgende Probleme: Homeoffice verweigert, Probleme mit Homeoffice (Isolierung, Ausstattung), Weg zur Arbeit, Arbeitgeber nimmt zu wenig Rücksicht, schlechtere Aussichten auf dem Arbeitsmarkt (gerade für Menschen mit Behinderungen), kaum Praktika, keine Berücksichtigung von Minijobbern, Lehrer(innen) besonders gefährdet, finanzielle Probleme von Selbstständigen, psychische Belastung gestiegen, verzögerte Bearbeitung von Anträgen.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse geben wichtige Einblicke in die Folgen der Corona-Pandemie für die Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit Behinderungen. Limitierend ist, dass die Befragten keine Zufallsstichprobe darstellen und Generalisierungen daher trotz der großen Stichprobe problematisch sind.

Erfahrungen von körperlich behinderten und psychisch erkrankten Menschen mit Stigmatisierung und Inklusion im beruflichen Kontext

Veneta Slavchova[1]; Beate Blümel; Viktoria Arling[1]

[1] RWTH Aachen

Hintergrund und Zielstellung

Die von der UN-Behindertenrechtskonvention geforderte gesellschaftliche Inklusion von Menschen mit Behinderung wurde mit dem Bundesteilhabegesetz und der Neugestaltung des SGB IX (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2017) gesetzlich verankert. Empirische Studien zeigen hinsichtlich der Haltung gesunder Menschen ein anderes Bild: beispielsweise wurde ein querschnittgelähmter Bewerber in einem fiktiven Personalauswahlszenario insbesondere bei besserer Qualifikation einem gesunden Mitbewerber vorgezogen. Demgegenüber wurde ein depressiver Bewerber trotz besserer Qualifikation seltener als ein gesunder Bewerber ausgewählt (Slavchova et al., 2016). Weiterhin konnte in einer anderen Studie gezeigt werden, dass psychisch erkrankte Menschen in Bezug auf ihre mutmaßlichen Eigenschaften ungünstiger beurteilt werden als körperlich behinderte Personen (Slavchova et al., 2017). Da die oben genannten Ergebnisse aus der Perspektive gesunder Beurteiler zustande gekommen sind, gilt es nun, die Betroffenensicht im Sinne der partizipativen Teilhabeforschung ebenfalls mit zu berücksichtigen.

Als zentrale Fragestellung der vorliegenden Studie wird überprüft, welche Erfahrungen körperlich behinderte und psychisch erkrankte Menschen in Bezug auf Stigmatisierungserfahrungen und die Inklusion im beruflichen Kontext gesammelt haben. Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden beide Gruppen einander gegenübergestellt.

Methoden

Im Rahmen einer Online-Studie wurden Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen mit einem bestehenden Arbeitsverhältnis über soziale Netzwerke bzw. Foren kontaktiert und gebeten, ihre Erfahrungen hinsichtlich beruflicher Inklusion mitzuteilen.

In diesem Rahmen wurden die Stigmatisierungserfahrungen der Betroffenen (Stigma-Erfahrungs-Skala von Schulze et al., 2009) und die Offenbarungs- bzw. Kommunikationsbereitschaft hinsichtlich gesundheitlicher Einschränkungen erfasst (auf den beruflichen Kontext adaptiert nach dem Inventar Subjektiver Stigmaerfahrungen, Schulze et al., 2009). Darüber hinaus wurden die Studienteilnehmer im Freitext gebeten, ihre Wünsche bzgl. ihrer beruflichen Inklusion zu äußern.

Insgesamt nahmen 159 Personen an der Studie teil (78 körperliche behinderte Menschen, 81 psychisch erkrankte Personen). In der Gruppe psychisch erkrankter Menschen waren anteilig mehr weibliche Personen vertreten (81,5%) als in der Gruppe körperlich behinderter Menschen (53,8%). Die Altersstruktur fiel in beiden Gruppen weitgehend analog aus (körperlich: AM = 40,40 Jahre, SD = 11,76 Jahre; psychisch: AM = 37,52 Jahre, SD = 12,51 Jahre). Die genannten gesundheitlichen Einschränkungen fielen äußerst heterogen aus.

Ergebnisse

In Tabelle 1 sind die deskriptiven Statistiken und statistischen Kennwerte im Detail dargestellt. Übergeordnet ist anzumerken, dass die Standardabweichung der Abfragen darauf hinweisen, dass die Befragten sehr unterschiedliche Erfahrungen berichteten. Die Effektstärken (Cohens d) weisen auf große Effekte zwischen den beiden Gruppen hin.

Körperlich behinderte Arbeitnehmer berichteten von signifikant weniger Stigmatisierungserfahrungen als psychisch erkrankte Personen (d = 0,84), zeigten eine größere Offenbarungs- bzw. Kommunikationsbereitschaft im beruflichen Kontext hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Einschränkungen (d = 1,33). Psychisch erkrankte Arbeitnehmer machten sich mehr Sorgen über die Folgen einer solchen Offenbarung (d = 1,00).

Tab.1: Mittelwertunterschiede zwischen körperlich behinderten (N = 78) und psychisch erkrankten (N = 81) Studienteilnehmern in Bezug auf ihre beruflichen Erfahrungen

Berufliche Erfahrungen	**Körperliche Behinderung**		**Psychische Erkrankung**		**Unabhängiger t-Test**	**Effektstärke**
	AM	**SD**	**AM**	**SD**		
Stigmatisierungserfahrungen[1]	2,45	0,76	3,08	0,75	$t(157) = 5.27$, $p < .001$	0,84
Offenbarungs- bzw. Kommunikationsbereitschaft über gesundheitliche Einschränkung[2]	4,29	1,43	2,48	1,29	$t(156) = 8.34$, $p < .001$	1,33
Sorgen über die Folgen einer Offenbarung der gesundheitlichen Einschränkung[3]	2,83	1,55	4,26	1,31	$t(155) = 6.23$, $p < .001$	1,00

Anm.: 1 Stigma-Erfahrungs-Skala von Schulze et al., 2009, fünfstufige Abfrage von nie (1) bis immer (5);
2 + 3 adaptiertes Inventar Subjektiver Stigmaerfahrungen von Schulze et al., 2009, 2 fünfstufige Abfrage von nie (1) bis immer (5); 3 sechsstufige Abfrage von sehr unbesorgt (1) bis sehr besorgt (6)

Die offen abgefragten Wünsche in Bezug auf die berufliche Inklusion stimmten mit diesem Bild überein (siehe Abbildung 1). Bspw. wünschten sich doppelt so viele psychisch erkrankte wie körperlich behinderte Arbeitnehmer, dass ihnen im Berufsleben mehr Akzeptanz, Toleranz und Verständnis entgegengebracht wird und sie weniger Vorurteilen ausgesetzt sind. Personen aus beiden Gruppen wünschten sich mehr Unterstützung bzw. Rückhalt durch den Arbeitgeber.

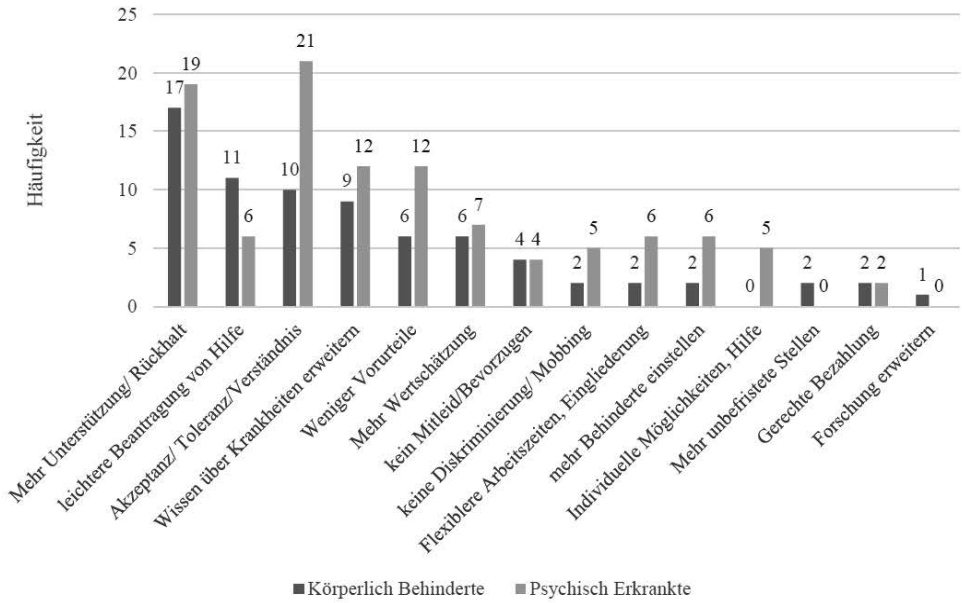


Abb. 1: Wünsche bezüglich der beruflichen Inklusion (offene Abfrage, Mehrfachnennung möglich)

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie spiegeln die Eindrücke von Befragungen gesunder Menschen aus Betroffenensicht wider: psychisch erkrankte Menschen berichten von mehr Schwierigkeiten hinsichtlich ihrer beruflichen Inklusion als körperlich behinderte Menschen. Dies schließt sowohl konkrete Stigmatisierungserfahrungen als auch die Offenbarungs- bzw. Kommunikationsbereitschaft über die individuelle gesundheitliche Einschränkung ein. Dabei ist zu beachten, dass körperliche Behinderungen mitunter nicht zu übersehen sind, wohingegen psychische Erkrankungen in der Regel nicht sichtbar sind. Allein aus diesem Grund ist die Hemmschwelle der Offenbarung für psychisch erkrankte Menschen größer.

Auf Basis der Untersuchung lässt sich keine Aussage darüber treffen, inwieweit diese Eindrücke durch ein diskriminierendes Verhalten von Kollegen und Vorgesetzten oder durch ungünstige Bewertungs- und Anpassungsmuster der Befragten zustande kommen. Insbesondere die offenen Wünsche der Betroffenen geben Hinweis darauf, dass die berufliche Inklusion noch nicht umfänglich realisiert ist. Es gilt insbesondere bei psychischen Erkrankungen gezielt auf die Akzeptanz und Informiertheit gesunder Kollegen und Vorgesetzter hinzuwirken.

Literatur

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: 24.11.2020.

Schulze, B., Stuart, H., Riedel-Heller, S. G. (2009): Das Inventar Subjektiver Stigmaerfahrungen (ISE): Ein neues Instrument zur quantitativen Erfassung subjektiven Stigmas. Psychiatrische Praxis, 36(8). 19-27. doi:10.1055/s-0029-1223337.

Slavchova, V., Spijkers, W., Arling, V. (2016): Vorurteile gegenüber behinderten Bewerbern im Personalauswahlprozess. 50. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) in Leipzig, Bd 50. 796.

Slavchova, V., Spijkers, W., Arling, V. (2017): Zuschreibungen in Bezug auf die Personaleinstellung von behinderten Bewerbern – körperliche und psychische Erkrankungen im Vergleich. DRV-Schriften, 111. 147 - 149.

Das Potential von digitalen Anwendungen für die Teilhabe von Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen

Ina Schiering; Tom Lorenz; Michael Pleger; Alexander Gabel; Merle Leopold; Funda Ertas; Sandra Verena Müller

Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften

Hintergrund und Zielstellung

Die Digitalisierung und damit digitale Kompetenzen gewinnen in der Gesellschaft zunehmend an Bedeutung. Gemäß dem „D21-Digitalindex 2019/2020“ (BMWI, 2020) sind bereits 86% der Bevölkerung „online“, was laut der Umfrage besonders auf die Nutzung mobiler Endgeräte zurückzuführen ist. Es wird allerdings auch eine Gruppe „Digital Abseitsstehender“ identifiziert, die insbesondere durch eine niedrige Bildung gekennzeichnet ist. Außerdem wird die zunehmende Bedeutung von Digitalisierung in der Arbeitswelt hervorgehoben. Um Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen perspektivisch Teilhabe in der Gesellschaft und insbesondere am Arbeitsleben zu ermöglichen, sind also digitale Kompetenzen auch für sie von großer Bedeutung. Das hat sich in besonderem Maße bereits während des Lockdowns der COVID-19 Pandemie gezeigt, weil auch Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen im Home-Office arbeiten mussten.

Basierend darauf stellt sich die Frage, welche digitalen Kompetenzen Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen besitzen und inwieweit sich diese Kompetenzen nutzen lassen um durch den Einsatz von mobilen Anwendungen Teilhabe zu fördern. Dazu wurden ergänzend zu einer Studie, die motivationale Einflussfaktoren bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung im Vergleich von analogen und digitalen Arbeitsanweisungen untersucht hat (Leopold et al., 2021 under review), die erfassten Daten untersucht, um Hinweise auf die Nutzung digitaler Technologien und digitale Kompetenzen der Teilnehmer*innen zu erhalten.

Methoden

Basierend auf der Methode der Cultural Probes (Gisler & Parpan, 2014) wurden in einer Pilotstudie mit 8 Teilnehmer*innen mit intellektuellen Beeinträchtigungen zwischen 20 und 22 Jahren jeweils eine Woche lang Aufgaben basierend auf Papieranleitungen und eine Woche basierend auf digitalen Anleitungen in Form einer mobilen Anwendung, der RehaGoal App (Müller et al., 2019) bearbeitet. Die Teilnehmer*innen nahmen an einem Programm zur beruflichen Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt teil und waren während der Studie aufgrund der COVID-19 Pandemie im Home-Office. Die Cultural Probes wurden durch Kommunikation über verschiedene Kanäle begleitet. Diese Kommunikation bestehend aus einem täglichen Telefonat, Text- und Sprachnachrichten der Teilnehmer*innen über einen Messenger und nach Ablauf jeder Woche einem Feedbackgespräch wurden protokolliert beziehungsweise transkribiert. Diese Datenquellen wurden zusammengeführt und mittels Grounded Theory (Strauss & Corbin, 1996) analysiert. Aufbauend auf diesen Datenquellen

und den Ergebnissen der Analyse wurden Hinweise auf die Nutzung digitaler Technologien und digitaler Kompetenzen in Form einer Meta-Analyse untersucht.

Ergebnisse

Zunächst kann festgestellt werden, das alle Teilnehmer*innen ein privates Smartphone nutzen. Außerdem haben sie zu Beginn des Programms zur beruflichen Eingliederung die Arbeit mit der RehaGoal App kennen gelernt, die auch im Rahmen der Studie genutzt wurde. Während der Zeit im Home-Office wurde zusätzlich zu Telefongesprächen innerhalb dieses Programms ein Messenger für Text- und Sprachnachrichten verwendet. Innerhalb der Studie haben die Teilnehmer*innen ergänzend ein Smartphone erhalten, auf dem die RehaGoal App mit den entsprechend benötigten Workflows installiert war.

Zusätzlich zu diesen digitalen Kompetenzen, die alle Teilnehmer*innen mitbringen, wurden innerhalb der Studie die folgenden Aussagen zu digitalen Technologien und digitalen Kompetenzen in den Protokollen identifiziert. Zunächst wird, wie in der Altersgruppe zu erwarten, von der Nutzung von Spielekonsolen und Streaming-Diensten berichtet. Außerdem berichten mehrere Teilnehmer*innen, das Sie mit dem Smartphone gerne spielen.

Neben dieser Nutzung von digitalen Anwendungen zur Unterhaltung berichten einzelne Teilnehmer*innen über Fähigkeiten, auf die sie selber stolz waren: Ein unbekannter Begriff wird über eine Suchmaschine gesucht und die Frage konnte selbstständig geklärt werden. Eine Person demonstriert dem Jobcoach, wie man die Sprachfunktion des Smartphones aktiviert und es wird vorgeschlagen, den Messenger auch auf dem Studien-Smartphone zu installieren. Digitale Technologien werden von allen bis auf eine Person als positiv bewertet: Es ist die Rede von „der lieben App“, auch in der Woche mit den Papieranleitungen fragen viele nach der App. Da die meisten Teilnehmer*innen zwar lesen können, es aber als anstrengend empfunden wird, beschreiben sie die Sprachausgabe der App als hilfreich um „schwierigere Sachen alleine zu schaffen“.

Diskussion und Fazit

Junge Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen wachsen in einer digitalisierten Welt auf, haben damit bereits digitale Basiskompetenzen und bewerten wie andere junge Menschen auch traditionelles Arbeiten statt digitalisiertem Arbeiten oft als „altmodisch“. Technik ist kein Allheilmittel, beim Kochen sollte je nach Kompetenz der Teilnehmer*innen z.B. kontrolliert werden, ob es anbrennt, der Herd oder der Backofen anschließend ausgeschaltet wird. Teilhabe kann durch digitale assistive Technologien gezielt gefördert werden. Dabei sind digitale Lösungen kein Ersatz für persönliche Interaktion, sondern eine Unterstützung zur Selbstständigkeit. Ein wichtiger Erfolgsfaktor ist die Usability digitaler Technologien und damit der Fokus auf die Bedürfnisse und Wahrnehmungen der Anwender*innen. Hier fehlen für Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen Erfahrungen und Methoden zur Evaluation.

Literatur

Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWI) et al. (2020): D21 –Digital-Index 2019 / 2020. https://initiatived21.de/publikationen/d21-digital-index-2019-2020/ (abgerufen am 27.11.2020).

Gisler, P., Parpan, F. (2014): Kreativitätstechniken als Wissenstechniken – Sozialwissenschaftliche Methoden in der künstlerich.gestalterischen Forschung. Hochschule der Künste, FSP Kommunikationsdesign/FSP Intermedialität, Bern.

Leopold, M., Peters, L., Ertas, F., Schmidt, R., Lorenz, T., Schiering, I., Müller, S. V., (under review): Motivationale Einflussfaktoren bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung im Vergleich von analogen und digitalen Arbeitsanweisungen. Tagungsband 30. Reha-Wissenschaftliches Kolloquium - Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung.

Müller, S. V., Ertas, F., Aust, J., Gabel, A., Schiering, I. (2019): Kann eine mobile Anwendung helfen abzuwaschen? Zeitschrift für Neuropsychologie, 30(2), 123-131. https://doi.org/10.1024/1016-264X/a000256.

Strauss, A., Corbin, J. (1996): Grounded Theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz.

Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung, Europäischer Sozialfonds

Digital unterstützte Versorgungskonzepte in der Reha und Reha-Nachsorge: Konzeptentwicklung und Pilotergebnisse

Karolin Neubauer[1,2]; Lukas Lange-Drenth[3]; Ralf Wiederer[2,1]; Matthias Köhler[1]; Holger Schulz[3]

[1] VAMED Gesundheit Holding Deutschland GmbH; [2] Curalie GmbH
[3] Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Hintergrund und Zielstellung

Die in der medizinischen Rehabilitation oft erfolgreich eingeleiteten Verhaltens- und Lebensstiländerungen langfristig beizubehalten, stellt eine große Herausforderung für Rehabilitanden dar. An dieser Stelle setzen Nachsorgeangebote an, um das Erreichte dauerhaft zu erhalten und weiter auszubauen (Deutsche Rentenversicherung, 2019). Die Ergebnisse solcher Nachsorge-Angebote sind vielversprechend (z.B Briest & Bethge, 2016; Deck, 2020; Fittig et al., 2016), sie werden bisher jedoch vergleichsweise selten genutzt. Häufige Gründe sind weite Entfernungen zur nächsten (ambulanten) Rehaeinrichtung und die zeitliche Unflexiblität vieler Angebote. Vor diesem Hintergrund haben digitale Angebote sowie Kombinationen aus digitalen Interventionen und therapeutischem Kontakt (sog. blended care Interventionen) im Bereich der Reha- und Reha-Nachsorge ein hohes Potential, welches durch die Corona-Pandemie weiter verstärkt wird. Ziel ist es, auf Grundlage des Tele-Reha-Nachsorge Rahmenkonzeptes (Deutsche Rentenversicherung, 2018), medizinische Konzepte für die Tele-Reha-Nachsorge, Hybrid-Nachsorge sowie Hybrid-Reha für orthopädische und kardiologische Patienten zu entwickeln, diese in digitale Therapieprogramme umzusetzen und in Modellprojekten zu evaluieren.

Methoden

In Zusammenarbeit zwischen den VAMED Rehakliniken und –zentren Deutschland und der Curalie GmbH wurden auf Basis von Leitlinien und wissenschaftlicher Evidenz verschiedene

digitale Reha- und Rehanachsorge-Programme entwickelt, die Patienten während und nach der Rehabilitation angeboten werden. In verschiedenen Studien wird die Akzeptanz, Machbarkeit und vorläufige Wirksamkeit der Interventionen für orthopädische und kardiologische Patienten auf Basis von symptomspezifischen und generischen Patient Reported Outcome Measures (PROMs) in Kooperation mit dem Institut und der Poliklinik für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf evaluiert.

Ergebnisse

Die entwickelten digitalen und hybriden Versorgungskonzepte werden vorgestellt und erste Ergebnisse aus der orthopädischen digitalen Reha-Nachsorge zur Akzeptanz auf Patienten- und Behandlerseite, Machbarkeit und Ergebnisqualität gezeigt. Gleichzeitig werden Herausforderungen in der Umsetzung diskutiert.

Diskussion und Fazit

Insgesamt stimmen die Erfahrungen und Pilot-Ergebnisse aus der Tele-Reha-Nachsorge bezüglich Machbarkeit, Akzeptanz und Ergebnisqualität zuversichtlich, dass durch die Verwendung digitaler Interventionen in der Reha und Reha-Nachsorge die Teilhabe orthopädischer und kardiologischer Rehabilitanden nachhaltig und effizient unterstützt werden kann. Gleichzeitig bringen diese Angebote das Potential für Kostenoptimierungen mit sich, die in weiteren Studien erfasst werden soll. Digitale Therapien für chronisch Erkrankte können flexibel in den beruflichen und privaten Alltag integriert und so die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der Betroffenen nachhaltig sichergestellt werden.

Literatur

Briest, J., Bethge, M. (2016): Intensivierte medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitationsnachsorge: Langfristige Ergebnisse der randomisiert-kontrollierten Multicenter-Studie [Intensified Work-Related Rehabilitation Aftercare: Long-term Results of a Randomized Controlled Multicenter Trial]. Rehabilitation, 55, 108-114. doi: 10.1055/s-0042-102998.

Deck, R. (2020): Rehab Aftercare 'New Credo' in the Cardiac Follow-Up Rehabilitation. Rehabilitation, 59, 17-25.

Deutsche Rentenversicherung (2019): Rahmenkonzept zur Nachsoreg. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte/rahmenkonzept_reha_nachsorge.html [Letzter Zugriff: 27.11.2020, 12.15 Uhr].

Deutsche Rentenversicherung (2018): Anforderungen an Tele-Reha-Nachsorge. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/nachsorge/nachsorge_tele_reha.html [Letzter Zugriff: 27.11.2020, 12.05 Uhr].

Fittig, E., Hickmann, M., Kunze, J. (2016): Damit die Wirkung nicht verblasst – IRENA-Nachsorge nach psychosomatischer Rehabilitation. DRV-Schriften, 109, 131-132.

Interessenkonflikt: Zwei Autoren (Karolin Neubauer, Ralf Wiederer) sind bei der Curalie GmbH tätig, die digitale Therapieprogramme entwickelt.

(Ganzkörper-) Elektromyostimulation in der stationären Rehabilitation

Marc Teschler; Melina Heimer; Boris Schmitz; Frank Mooren
Klinik Königsfeld Deutsche Rentenversicherung Westfalen, Universität Witten/Herdecke

Hintergrund und Zielstellung

Sarkopenie definiert sich als (altersassoziierter) Verlust von Muskelmasse, -qualität und -funktion. Neben Auswirkungen auf den Metabolismus, speziell den Glukose- und Fettstoffwechsel, haben funktionelle Einschränkungen Einfluss auf die Verrichtung alltäglicher Aufgaben, die gesellschaftliche Teilhabe und gehen mit einer erhöhten Mortalität einher (Churilov et al., 2018; Cruz-Jentoft et al., 2019). Im Rahmen der stationären Rehabilitation sind sarkopenische Patienten aufgrund muskulärer Einschränkungen häufig nicht in der Lage, notwendige Trainingsintensitäten zu erreichen, um physiologische Adaptationen auszulösen (Cruz-Jentoft et al., 2019; Chodzko-Zajko et al., 2009). Untersuchungen zum therapeutischen Einsatz der Elektromyostimulation (EMS) zeigten bereits Verbesserung der Muskelmasse und -funktionalität bei z. B. neurologischen Krankheitsbildern, bei älteren, sarkopenischen Studienteilnehmern (> 70 Jahre) sowie der Rehabilitation im Leistungssport.

Ziel der aktuellen Untersuchung war es, erstmalig die Effekte unterschiedlicher EMS-Varianten im engen Zeitrahmen eines 4-wöchigen stationären Rehabilitationsaufenthaltes bei sarkopenischen Patienten mit kardiologischer und/oder orthopädischer Indikation zu evaluieren. Als Endpunkte wurden Muskelfunktion und -kraft definiert.

Methoden

Als wesentliches Einschlusskriterium galt eine „reduzierte Muskelmasse“ gemäß der Definition der FNIH. Diese beschreibt Grenzwerte des skelettalen Muskelindex (SMI; Berechnung: appendikuläre Skelettmuskelmasse/BMI) von < 0,789 für Männer und < 0,512 für Frauen. Via Bioimpedanzanalyse (BIA) wurden 134 Patienten (55.7 ± 7.9 Jahre) diagnostiziert und randomisiert einer von 3 Gruppen zugewiesen: 1) Whole-Body(WB)-EMS, gleichzeitige Stimulation von 8 großen Muskelgruppen (Arme, Brust, Bauch, Rücken, Gesäß, Oberschenkel); 2) Teilkörper-EMS (PB-EMS), beschränkt auf Gesäß- und Beinmuskulatur; 3) Kontrollgruppe (KG). Die Teilnehmer aller 3 Gruppen erhielten begleitend zum herkömmlichen Rehabilitationsangebot 6 zusätzliche Trainingseinheiten à 20 min in einem engen Betreuungsschlüssel von 2:1 (2 Teilnehmer, 1 Übungsleiter). Alle Teilnehmer trainierten, standardisiert und synchronisiert durch ein animiertes Trainingsvideo, je Trainingseinheit 2 Sätze à 8 dynamische Kräftigungsübungen im Stand (u.a. Kniebeugen, Ausfallschritte, Bizeps Curls) entweder mit EMS (WB, PB) oder ohne EMS (KG). Als Endpunkte wurde neben der Muskelfunktion (erhoben durch Chair-Rise-Test und Six-Minute-Walking-Test [6MWT]) auch isometrische Kraftparameter (Arm-, Bein-, und Rumpfkraft), die Körperzusammensetzung (BIA), metabolische Parameter und Lebensqualität (Fragebögen) erhoben.

Ergebnisse

Sowohl für Muskelfunktion als auch Kraftparameter zeigten sich signifikante Interaktionseffekte (Zeit×Gruppe) (Chair-Rise-Test: $p < 0.001$; Kniestreckung: $p=0.014$). In der WB-EMS-Gruppe verbesserte sich der Chair-Rise-Test von 5,5 ± 1,8 auf 6,8 ± 2,0, in der

PB-EMS-Gruppe von 5,4 ± 1,5 auf 6,9 ± 1,5 und in der KG von 5,5 ± 1,8 auf 6,3 ± 1,8 Wiederholungen. Die Kniestreckung verbesserte sich nach WB-EMS von 692,3 ± 248,6 auf 831,7 ± 298,7 N, nach PB-EMS von 682,8 ± 257,8 auf 790,2 ± 270,2 N und in der KG von 638,5 ± 236,9 auf 703,2 ± 218,6 N. Die Verbesserung der durchschnittlichen Gesamtkraft überstieg nach WB-EMS signifikant (28,7 ± 19,2%) die Werte nach PB-EMS (17,9 ± 18,8%) und die der KG (18,4 ± 14,5%; $p < 0.035$). Nach Kombination beider EMS Gruppen (WB+PB) zeigt sich verglichen zur KG zudem ein signifikanter Interaktionseffekt hinsichtlich einer Verbesserungen im 6MWT ($p=0.029$).

Diskussion und Fazit

EMS stellt eine vielversprechende, sichere und effektive Trainingsoption für die Rehabilitation sarkopenischer Patienten mit kardiologischer und/oder orthopädischer Indikation dar. Die unterschiedlichen Applikationsformen (WB-EMS, PB-EMS) ermöglichen eine individuelle, den unterschiedlichen Krankheitsbildern angepasste Therapie zur Verbesserung der Muskelfunktion und -kraft.

Literatur

Chodzko-Zajko, W.J., Proctor, D.N., Fiatarone Singh, M.A. (2009): American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. Med Sci Sports Exerc. 2009;41(7):1510-30.

Churilov, I., Churilov, L., MacIsaac, R.J., Ekinci, E.I. (2018): Systematic review and meta-analysis of prevalence of sarcopenia in post acute inpatient rehabilitation. Osteoporos Int. 2018;29(4):805-12.

Cruz-Jentoft, A.J., Bahat, G., Bauer, J. (2019): Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. Age Ageing. 2019;48(4):601.

Förderung: Institut für Rehailitationsforschung im VFR e.V., Norderney

Implementierung und Evaluation einer multimodalen Informationskampagne zur medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund: Das MiMi Reha-Kids Projekt

Hannes Banaschak[1]; Lisa Ohmes[2]; Ramazan Salman[2]; Matthias Bethge[1]

[1] Universität zu Lübeck; [2] Ethno-Medizinisches Zentrum e. V.

Hintergrund und Zielstellung

Nach Ergebnissen des Mikrozensus 2019 leben in Deutschland 4,4 Millionen unter 15-jährige Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. Das entspricht in dieser Altersgruppe einem Anteil von 39,6 % (Statistisches Bundesamt, 2019). Epidemiologische Studien zur Häufigkeit chronischer Erkrankungen weisen für Kinder und Jugendliche mit Migrationsbiografie einen ähnlich hohen Gesamtbedarf an rehabilitativer Versorgung aus wie für Kinder und Jugendliche ohne Migrationsbiografie (Santos-Hövener et al., 2019; Krause et al., 2019). Dennoch nehmen Kinder und Jugendliche mit Migrationsbiografie nach Ansicht von

Expert*innen das Angebot der medizinischen Rehabilitation seltener in Anspruch. Verlässliche Daten liegen hierzu nicht vor. Untersuchungen zur rehabilitativen Versorgung von Erwachsenen mit Migrationsbiografie stützen jedoch diese Annahme (Brzoska & Razum, 2015).

Vor diesem Hintergrund implementiert das Ethno-Medizinische Zentrum e. V. (EMZ) gemeinsam mit der Universität zu Lübeck auf Basis des EMZ-Konzepts „MiMi-mit Migranten für Migranten“ (Salman & Menkhaus, 2007) in den Stadtstaaten Berlin und Hamburg von 2020 bis 2022 eine multimodale Informationskampagne. Ziel ist es, Familien mit Migrationsbiografie durch ein niedrigschwelliges Informationsangebot über die Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation zu informieren und so die Inanspruchnahme zu fördern.

Methoden

Die Umsetzung der Kampagne wird von der Universität zu Lübeck mit einer Prozessevaluation und einer Trendstudie zur Schätzung der Kampagneneffekte begleitet. Ziel der Prozessevaluation ist es, die Umsetzung der einzelnen Module der Kampagne zu beschreiben, mögliche Probleme aufzudecken und die Ergebnisse der Trendstudie unter Berücksichtigung der Vollständigkeit der Umsetzung interpretieren zu können. Für die Trendstudie werden alle in Berlin und Hamburg lebenden Versicherten, deren Kind zwischen 2019 und 2022 eine medizinische Rehabilitation bei der Deutschen Rentenversicherung in Anspruch genommen hat, einmalig im Folgejahr befragt. Das primäre Zielkriterium ist der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund nach Schenk et al. (Schenk et al., 2006). Die Trendstudie prüft, ob der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Migrationsbiografie im Verlauf der Kampagnenumsetzung gestiegen ist.

Ergebnisse

Die Informationskampagne setzt sich aus vier Modulen zusammen (Tab. 1).

Tab. 1: Kampagnenmodule im Projekt „MiMi-Reha-Kids“

Modul	Mediator*innen-schulungen	Informations-veran-staltungen	Antrags-unter-stützung	Transkulturelles Training
Umsetzung	Referent*innen mit themenspezifischer Erfahrung im Bereich medizinische Rehabilitation, z. B. Pädiater*innen, Reha-Berater*innen	Geschulte Mediator*innen	Geschulte Mediator*innen	Referent*innen mit themenspezifischer Erfahrung
Zielgruppe	Mehrsprachige Personen mit Migrationsbiografie, Zugang zu migrantischen Communities und Interesse an der Vermittlung von gesundheitsspezifischen Themen, insbesondere der medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche	Chronisch erkrankte Jugendliche mit Migrationsbiografie, Eltern und Angehörige chronisch erkrankter Kinder und Jugendlicher mit Migrationsbiografie	Eltern mit Migrationsbiografie und chronisch erkrankten Kindern	Fachpersonal aus dem Bereich der medizinischen und rehabilitativen Versorgung (z. B. Pädiater*innen, Reha-Berater*innen)

Modul 1: Mediator*innenschulungen

In neun Einzelterminen werden interessierte Personen aus migrantischen Communities durch Referent*innen aus dem Bereich der rehabilitativen und transkulturellen Gesundheitsversorgung zu Gesundheitsmediator*innen ausgebildet. Die Schulung vermittelt neben didaktischen und methodischen Kompetenzen Wissen über die allgemeine und gesundheitsbezogene Lebenssituation von Menschen mit Migrationsbiografie, über das Gesundheitssystem und die medizinische Rehabilitation. Die Schulung befähigt die Mediator*innen, dieses Wissen in selbständig organisierten Informationsveranstaltungen an andere Personen in ihrer jeweiligen Herkunftssprache weiterzugeben. Zu diesem Zweck erhalten sie unterstützende Materialien, z. B. einen gedruckten Wegweiser und eine digitale Präsentation mit den wichtigsten Schulungsinhalten. Diese Materialien sind in 10 verschiedenen Sprachen verfügbar. Innerhalb von drei Jahren ist die Schulung von 120 Mediator*innen geplant.

Modul 2: Informationsveranstaltungen

In einem zweiten Schritt nutzen die Mediator*innen ihr erworbenes Wissen und ihren Zugang zu den Migrant*innengemeinschaften, um herkunftssprachliche Informationsveranstaltungen durchzuführen. Zielgruppe sind Eltern, Jugendliche und allgemein Interessierte. Die Informationsveranstaltungen können in kleinen Gruppen an öffentlichen Orten, z. B. in Schulen, migrantischen Vereinen oder medizinischen Zentren, stattfinden. Aktuell werden diese Veranstaltungen als Online-Veranstaltungen durchgeführt. Am Ende der Informationsveranstaltungen werden die mehrsprachigen Wegweiser zur medizinischen Rehabilitation an die Teilnehmenden ausgehändigt. Im Verlauf des Projekts werden die Mediator*innen in Berlin und Hamburg 2400 Personen über die medizinische Rehabilitation für Kinder und Jugendliche informieren.

Modul 3: Sprechstunden zur Antragsunterstützung

Zusätzlich bieten Mediator*innen in Sprechstunden niedrigschwellige Beratungsgespräche zur Antragstellung für Familien mit chronisch kranken Kindern an. Neben der Unterstützung bei sprachlichen Barrieren beraten die Mediator*innen z. B., wie im Fall einer Ablehnung des Antrags auf medizinische Rehabilitation vorzugehen ist. Die Sprechstunden finden z. B. in kulturellen Gemeindezentren oder Arztpraxen statt.

Modul 4: Transkulturelles Training

Das vierte Modul der Kampagne ist ein transkulturelles Training für Gesundheitsexpert*innen. Dieses Modul zielt darauf ab, die Kommunikation zwischen Patient*innen und Gesundheitsexpert*innen mit unterschiedlichem kulturellem Hintergrund zu verbessern.

Diskussion und Fazit

Die vorgestellte multimodale Kampagne reagiert mit einem niedrigschwelligen Angebot auf den gesundheitlichen Versorgungsbedarf von chronisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit Migrationsbiografie. Mit Hilfe gut integrierter Mediator*innen aus unterschiedlichen migrantischen Communities werden sprachliche und kulturelle Barrieren beim Informations- und Versorgungszugang überwunden und eine häufig nur schwer erreichbare Zielgruppe für die medizinische Rehabilitation sensibilisiert. Die begleitende Evaluation erlaubt eine Bewertung der Implementierung und Effektivität der Kampagne.

Literatur

Brzoska, P., Razum, O. (2015): Erreichbarkeit und Ergebnisqualität rehabilitativer Versorgung bei Menschen mit Migrationshintergrund. Bundesgesundheitsbl 2015; 58: 553–559. doi:10.1007/s00103-015-2144-3.

Krause, L., Sarganas, G., Thamm, R. (2019): Kopf-, Bauch- und Rückenschmerzen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 2019; 62: 1184–1194. doi:10.1007/s00103-019-03007-8.

Salman, R., Menkhaus, B. (2007): Mit Migranten für Migranten – Das MiMi-Projekt des Ethno-Medizinischen Zentrums als Beitrag zur interkulturellen Gesundheitsförderung und Integration in Deutschland. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, Hrsg. Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis. 2., Aufl. Berlin: 2007.

Santos-Hövener, C., Kuntz, B., Frank, L. (2019): Zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 2019; 62: 1253–1262. doi:10.1007/s00103-019-03012-x.

Schenk, L., Bau, A.-M., Borde, T. (2006): Mindestindikatorensatz zur Erfassung des Migrationsstatus. Bundesgesundheitsbl 2006; 49: 853–860. doi:10.1007/s00103-006-0018-4.

Statistisches Bundesamt (2019): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2019. Berlin; 2020.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Nord, Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg

Internetbasierte Nachsorge der Rehabilitation (InterNa-Reha) – Ein Modellprojekt zur Stärkung gegenseitiger Unterstützung von Rehabilitanden. Ergebnisse der Konzeptphase.

Sophia Wenk; Ernst von Kardorff; Alexander Meschnig; Sebastian Klaus
Humboldt-Universität zu Berlin

Hintergrund und Zielstellung

Das im Feld der Reha-Nachsorge (Boes, 2016) angelegte Projekt zielt auf die Förderung der Selbstmanagementkompetenzen zur Verstetigung des Rehabilitationserfolgs im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation oder eine Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben. In der Konzeptphase wurde eine Onlineplattform partizipativ entworfen, auf der Rehabilitanden nach der Reha miteinander in Kontakt treten und sich themenspezifisch austauschen sowie zusätzliche Informationen über Angebote verschiedener Träger entsprechend ihrer Bedarfe einholen können. Darüber hinaus bietet das Online-Portal die Möglichkeit, das in der Reha Gelernte durch gegenseitige Ermutigung und Unterstützung in Alltag und Beruf zu übertragen. Ergänzend zu bereits existierenden individuellen Onlinekontakten (Facebook, WhatsApp) soll mit der geplanten Onlineplattform den ehemaligen Rehabilitanden ermöglicht werden, neue Kontakte im Nachgang der Reha - und damit in einer Situation womöglich verstärkten Bedarfs an Peer-Support (Utaschowski, 2013) - zu knüpfen und verloren gegangene Kontakte zu reaktivieren.

Als fachlich begleitetes, unabhängiges, für die Rehabilitanden kostenfreies und zeitlich unbegrenztes Angebot fügt sich die Onlineplattform in die erweiterte Nachsorge ein und ergänzt das bestehende Angebot mit der Möglichkeit zu selbstgesteuerter Eigenaktivität (Information, Kommunikation), das in der Reha angestoßene Lerneffekte aufgreift bzw. neue anstößt. Eine zusätzliche professionelle Begleitung und Moderation soll die Rehabilitanden bei Bedarf unterstützen und ggf. erforderliche Kontakte zu fachärztlicher/-psychologischer Information und Beratung vermitteln.

Vor diesem Hintergrund standen in der Konzeptphase drei zentrale Aspekte im Mittelpunkt:

1. die Ermittlung des Bedarfs und der Akzeptanz bei den Rehabilitanden,
2. die Frage der technischen Realisierung und Umsetzung und schließlich
3. die Frage einer verstetigten und verlässlichen Finanzierung.

Methoden

In der Konzeptphase konnten 879 Fragebögen von Rehabilitanden der onkologischen, kardiologischen, orthopädischen, psychosomatischen und beruflichen Rehabilitation erhoben und ausgewertet werden (Rücklauf: 17,6%). Weiter wurden nach den Prinzipien des Theoretical Samplings sechs Online-Fokusgruppen mit oben genannten indikationsgruppen durchgeführt. Die Analyse der Transkripte erfolgte nach der Qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2015). Schließlich wurden 32 Interviews mit Experten aus Wissenschaft und Praxis geführt und themenbezogen ausgewertet (Meuser & Nagel, 2005).

Ergebnisse

40% der Befragten aus der Fragebogenerhebung gaben an, dass sie die Onlineplattform für ehemalige Rehabilitanden nutzen würden, 40 % sind sich noch unschlüssig und 20 % sehen für sich keinen Bedarf. Die Antworten gleichen sich mit geringen prozentualen Abweichungen über alle Indikationen hinweg. Besonders interessieren sich die Rehabilitanden für Informationen über weitere Rehabilitationsmöglichkeiten (68,7%) und den Austausch über den Umgang mit Alltags- und Lebensproblemen (66,2%). Bei den Teilnehmern an LTA-Leistungen steht der Austausch über das Thema Arbeiten mit eingeschränkter Gesundheit im Vordergrund. Die Experten befürworten i.d.R. eine Erprobungsphase, weil aus ihrer Sicht der Austausch der Rehabilitanden als wichtiger Faktor für die Krankheitsbewältigung und die Rückkehr in Arbeit wahrgenommen wird und die Onlineplattform eine wichtige Ergänzung zu den vorhandenen Nachsorge-Apps (z.B. Trainingsapps) darstellt. Als herausfordernd werden von den Experten der Datenschutz, die Einbettung in die Praxis und eine nachhaltige Finanzierung angesehen. Eine Mitwirkungsbereitschaft bei der Zugangssteuerung und der Begleitung ist bei den Experten der Rehabilitationsnachsorge grundsätzlich vorhanden.

Von verschiedenen Anbietern wurde eine technische Umsetzbarkeit des Projekts auf Basis des IT-Lastenhefts bestätigt und die Kosten grob kalkuliert. Zur Präzisierung wird in der Erprobungsphase ein Workshop zur Priorisierung der Inhalte und ihrer Ausgestaltung empfohlen.

Zur Frage der Finanzierung signalisierten einzelne Rentenversicherungsträger, Krankenkassen, Unfallkassen, Rehabilitationskliniken und Stiftungen bereits Interesse und Bereitschaft.

Diskussion und Fazit

Aus den bisherigen Ergebnissen lässt sich ableiten, dass eine Erprobungsphase von den Experten und Rehabilitanden begrüßt wird. Die Umsetzung als Webapplikation, auf allen Endgeräten nutzbar und partizipativ angelegt, ist technisch im Rahmen einer Modellphase möglich.

Aus Kostengründen empfiehlt sich zunächst die Bereitstellung von Kommunikationswegen und gebündelter Informationen über Rehabilitationsangebote. Erst im Nachgang erfolgt eine schrittweise Erweiterung der Plattform. Die in fast allen Experteninterviews mit Reha-Trägern angesprochene konkrete Kostenkalkulation für einen Regelbetrieb über die Erprobungsphase hinaus, kann erst im Modellbetrieb erfolgen. Gleiches gilt für das Nutzungsverhalten sowie den Personalaufwand, da diese Daten erst während des Betriebs aufgrund praktischer Erfahrungen konkretisiert werden können. Eine Mischkalkulation durch verschiedene Träger erscheint am wahrscheinlichsten und muss im Rahmen einer Modellphase über entsprechende Expertenrunden eruiert werden. Eventuell kommt eine Erprobung im Rahmen von Reha-Pro in Frage.

Entsprechend den Erkenntnissen unserer Studie empfiehlt sich die Durchführung einer Modellphase als Machbarkeitsstudie, in der die offenen Fragen geklärt werden können. Als mögliche Kooperationspartner würden dafür zunächst zwei Rehabilitationskliniken mit psychosomatischen und einem weiteren Schwerpunkt sowie eine Einrichtung der beruflichen Rehabilitation in Frage kommen, wobei die Moderation vorerst durch das wissenschaftliche Begleitteam übernommen wird.

Literatur

Boes, N. (2016): Nachsorge im Bereich der psychosomatischen Rehabilitation nach dem neuen Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung. In: Die Rehabilitation. Jg. 55, S: 369-373.

Mayring, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim, Basel: Beltz.

Meuser, M., Nagel, U. (2005): Experteninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner, A., Littig, B. & Menz, W. (Hg.): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Opladen: Leske+Budrich, S. 71-94.

Utschakowski, J. (2013): Peer-Support: Gründe, Wirkungen, Ambitionen. In: Utschakowski, J, Gyöngyvér S. & Bock, T. (Hg.): Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern. 5. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verl., S. 14–21.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

MBOR-Check-up: ein modulares Instrumentarium zur Analyse und Weiterentwicklung von Konzepten zur Medizinisch-beruflichen Orientierung (MBOR) in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung

Udo Kaiser[1]; Rüdiger Nübling[1]; Jürgen Schmidt[1]; Wolfgang Bürger[2]

[1] Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen

[2] fbg - forschung und beratung im gesundheitswesen

Hintergrund und Zielstellung

Studien belegen, dass MBOR-Konzepte für die orthopädische, mit Einschränkungen auch die psychosomatische und kardiologische Rehabilitation mit einer verbesserten Wiedereingliederungsrate erfolgreich umgesetzt werden konnten. Erfolgsfaktoren für „eine gute MBOR“ betreffen dabei insbesondere die frühzeitige und valide Identifikation der Zielgruppe, die durchgängige erwerbsbezogene Orientierung, die Sicherstellung der individuell notwendigen „MBOR-Dosis“ sowie der Wahrnehmung der beruf-lichen Schwerpunktsetzung durch die Rehabilitanden als entscheidender Moderator für den Erfolg ar-beitsbezogener Strategien (Streibelt & Puhlemann, 2020; Bethge et al., 2020). Der MBOR-Umsetzungsgrad wurde zunehmend in die externe Qualitätssicherung der DRV integriert, was die Klini-ken vor die Aufgabe stellt, ihr MBOR-Konzept kontinuierlich zu überprüfen und weiterzuentwickeln. Die hierzu notwendige Nutzerperspektive für die Bewertung des Umsetzungs- und Entwicklungsstands von MBOR-Konzepten wird in aktuellen Studien untersucht (Bürger & Nübling, 2018).

Methoden

In dem noch laufenden „MBOR-R-Projekt“ (Bürger & Nübling, 2018) wurde ein Selbstbeurteilungs-instrument zur Erfassung der MBOR-Ausrichtung aus Rehabilitandensicht

entwickelt, welches MBOR-Stärken-/Schwächenanalysen der unterschiedlichen Aspekte des MBOR-Angebotes beinhaltet, die als Ausgangspunkt für Weiterentwicklungsmöglichkeiten genutzt werden können. Die Skalen „Berufliche Schwerpunktsetzung“ und „MBOR-Nutzenbeurteilung“ (Bürger & Nübling, 2018; Bürger et al., 2020) wurden auch in der „Reha-QM-Outcome-Studie-II“ (ReQuamo II-Studie), einer multizentrischen Studie mit 41 Kliniken und n=7.870 Versicherten (Kaiser et al., 2020; Nübling et al., 2020) berücksichtigt.

Ergebnisse

Die Ergebnisse des „MBOR-R-Projektes“ (Bürger & Nübling, 2018; Bürger, et al., 2020) zeigen, dass die MBOR-Ausrichtung in den Kliniken aus Rehabilitandensicht eher moderat ausfällt, die Kliniken deutliche Unterschiede aufweisen und die Klinikleitungen den MBOR-Umsetzungsgrad deutlich höher einschätzen als die Rehabilitanden. Ähnliche Tendenzen zeigen sich in der „ReQuamo II-Studie“ (Nübling et al., 2020; Kaiser et al., 2020). Die Skala „Berufsbezogene Ausrichtung der Reha“ (6 Items, $\alpha = 0.90$) weist im Mittel 58.3 (SD = 25.6) Qualitätspunkte auf. Die Skala „MBOR-Nutzenbeurteilung“ (9 Items, $\alpha = 0.93$) weist im Mittel M = 54.0 (SD = 24.0) Qualitätspunkte auf. Auch hier weisen alle MBOR-Skalen deutliche Klinikunterschiede auf.

Diskussion und Fazit

Die gesamten Ergebnisse legen nahe, dass Kliniken ihr MBOR-Konzept einer Stärken-/Schwächenanalyse (MBOR-Checkup) unterziehen sollten. Der modulare MBOR-Check-up ist ein indikationsübergreifendes und verfahrensunabhängiges Angebot für Kliniken, die MBOR-Angebote neu in das Konzept aufnehmen bzw. sich neu in Richtung einer MBOR-Anerkennung entwickeln wollen als auch von Einrichtungen, die bereits Angebote auf MBOR-Stufe B/C vorhalten. Die Module des sich an den Kernprozessen einer Reha-Maßnahme orientierenden und aufeinander abgestimmten MBOR-Check-up-Instrumentariums sind Abbildung 1 zu entnehmen.

Das Instrumentarium, in das erprobte Verfahren aus der MBOR-R-Studie (Bürger & Nübling, 2018) integriert wurden, liefert eine individuelle, passgenaue und zeitnahe Analyse der MBOR-Angebote (MBOR-Reifegrad) aus dem Blickwinkel unterschiedlicher Interessensgruppen. Die in Berichtsform erstellte Rückmeldung mit einem Abgleich von Anforderungen und Umsetzungsgrad sowie konkreten Handlungsempfehlungen beinhaltet die in Abbildung 2 genannten Zielbereiche.

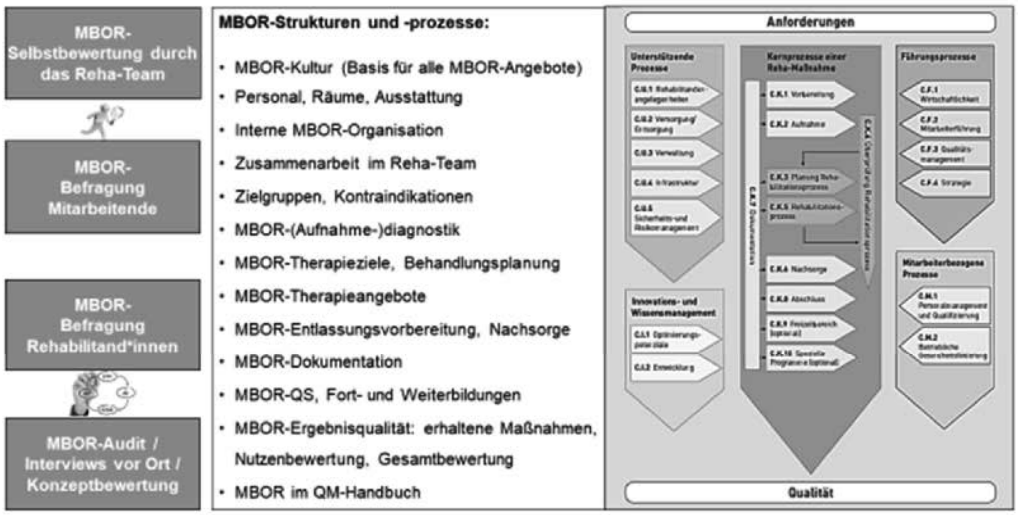


Abb.1: Modularer MBOR-Check-up

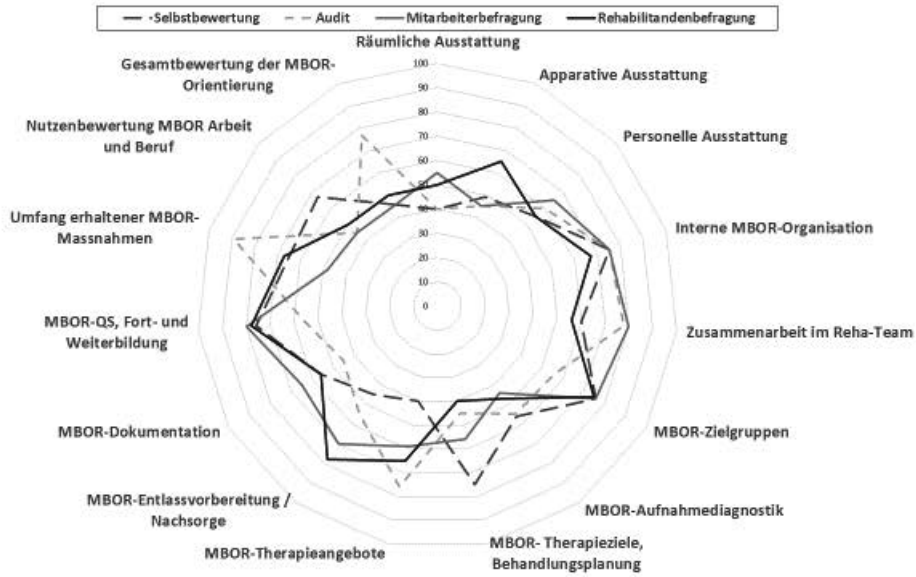


Abb. 2: Beispielrückmeldung Skalen MBOR-Check-up

Die hierauf basierende Weiterentwicklung der Angebote kann mit den Instrumenten des internen Qualitätsmanagements (Rehabilitandenbefragung, Projekte, Qualitätszirkel, Audits, Managementreview) erfolgen. Daneben ermöglicht der MBOR-Check-up die Klinikvergleiche und klinikübergreifende Lernprozesse („Lernen von den Besten“). Der Hauptnutzen für die Kliniken liegt in:

- der Stärkung des MBOR-Konzeptes („MBOR-Qualität“)

- der Vermeidung von isolierten erwerbsbezogenen Therapiebausteinen ergänzend zur „Standard-Reha“, die häufig am Bedarf vorbeigehen und gleichfalls hohe Investitionen verursachen
- dem Nachweis zur Erfüllung der externen Anforderungen aus dem MBOR-Anforderungsprofil (DRV Bund, 2019; Streibelt & Puhlemann, 2020) sowie
- der positiven Beeinflussung der Ergebnisse der externen QS der Rentenversicherung

Ausblick

Im Rahmen der Entwicklungsphase wurde das Verfahren bisher in vier Kliniken mit unterschiedlichen Indikationsgebieten erprobt. Die Erfahrungen zeigen, dass das Angebot auf eine hohe Akzeptanz stößt und sich der Aufwand bis zur Berichterstellung mit ca. 6-8 Personentagen pro Klinik in vertretbarem Rahmen hält. Weiterhin zeigen sich positive Entwicklungen in relevanten Bereichen der internen Rehabilitandenbefragung. Im nächsten Schritt ist eine Pilotphase mit wissenschaftlicher Begleitung mit ausgewählten Kliniken geplant. Diese dient der Weiterentwicklung und des Ansatzes unter Einbeziehung von Experten aus Praxis und Forschung (Projektbeirat). Danach soll eine schrittweise Umsetzung des Konzeptes als freiwilliges Angebot für Rehabilitationskliniken erfolgen.

Literatur

Bethge, M., Markus, M., Fauser, D.P. (2020): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation - ein Update. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation (im Druck).

Bürger, W., Nübling, R. (2018): MBOR-R. Medizinische Rehabilitation aus Rehabilitandensicht. Entwicklung, Erprobung und Validierung eines standardisierten Rehabilitandenfragebogens zur Bewertung der Er-werbsorientierung der Medizinischen Rehabilitation aus Rehabilitandensicht. Unveröffentlichter Ab-schlussbericht, Karlsruhe: fbg und GfQG. URL: https://gfqg.de/downloads/Publikationen/2018/B%C3%BCrger_N%C3%BCbling_MBOR-R_Abschlussbericht%20310818_final.pdf, Abruf: 26.11.2020.

Bürger, W., Nübling, R., Henn, J., Streibelt, M. (2020): „MBOR-R“ - Medizinisch-Berufliche Orientierung der Rehabilitation aus Rehabilitandensicht. Entwicklung, Erprobung und Validierung eines standardisierten Fragebogens zur Bewertung der Erwerbsorientierung der Medizinischen Rehabilitation. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation (im Druck).

Kaiser, U., Nübling, R., Schmidt, J., Bürger, W. (2020): MBOR-Check-up: modulare Bewertungsmethoden zur Standortbestimmung und Weiterentwicklung von MBOR-Konzepten in Reha-Kliniken. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation (im Druck).

Nübling, R., Henn, J., Kaiser, U., Kaluscha, R., Schmidt, J., Toepler, E. (2020): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) und Ergebnisqualität aus Sicht der Rehabilitanden - Ergebnisse aus der Reha-QM-Outcome-Studie II (ReQuamo II). Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation (im Druck).

Streibelt, M., Puhlemann, L. (2020): Das Anforderungsprofil MBOR in der Version 2019. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation (im Druck).

Modulkonzeption einer interprofessionellen Lehrveranstaltung für die rehabilitationsbezogene Ausbildung der Medizin, Pflege und Physiotherapie

Laura Retznik; Wilfried Mau
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund und Zielstellung

Die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen disziplinübergreifenden Akteuren stellt eine wichtige gemeinsame Kernkompetenz im Gesundheitswesen dar, die als zentrales Erfolgselement einer ergebnis- und patientenorientierten Gesundheitsversorgung gilt (Lehmann et al., 2016) und wesentlich die rehabilitative Versorgungskette prägt (Mau et al., 2017). Handelt jede Profession allein, können sich aus resultierenden Schnittstellenproblemen gravierende Komplikationen für den Behandlungsverlauf der Patienten (Kälble, 2004) und potentiellen Rehabilitanden sowie eine unzureichende Sicherung des Rehabilitationserfolgs ergeben. Aus diesem Grund ist es so bedeutsam, alle beteiligten Berufsgruppen frühzeitig für diese Probleme zu sensibilisieren (Klapper et al, 2000) und Lösungen zu entwickeln. Deshalb müssen die am Rehabilitationsprozess beteiligten Akteure bereits im Rahmen der Ausbildung bzw. des Studiums (Anderson et al., 2008) an ihre zukünftigen unterschiedlichen sowie gemeinsamen rehabilitationsbezogenen Aufgaben herangeführt werden, um ihre vielfältigen Handlungsmöglichkeiten im Rahmen des deutschen Rehabilitationssystems verstehen und nutzen zu können. Ein gegenseitiges Verständnis für die berufsspezifischen Kompetenzen und Rollen im Rehabilitationsprozess ist relevant für das gemeinsame zielorientierte Arbeiten. Bisher spielen interprofessionelle Kompetenzen in den Ausbildungs- und Studienkontexten noch keine herausgehobene praktische Rolle. Das soll sich entsprechend dem Masterplan Medizinstudium 2020 (Wissenschaftsrat, 2020) grundlegend ändern. Für verschiedene Themenbereiche der Medizin gibt es bereits einzelne interprofessionelle Lehrkonzepte, die allerdings noch Erprobungscharakter aufweisen (Robert Bosch Stiftung, 2020). Für den Bereich der medizinischen Rehabilitation fehlen bislang geeignete Lehrmaterialien für die curriculare Ausbildung, die die rehabilitative Versorgungskette aus interprofessioneller Perspektive darstellen und dabei helfen, das eigene Handeln sowie das Handeln der anderen Berufsgruppen als Team zu fördern.

Methoden

In Vorbereitung der Konzeption einer rehabilitationsbezogenen interprofessionellen Lehrveranstaltung wurden aktuellste Entwicklungen und Empfehlungen im Bereich der Medizin, Pflege und Physiotherapie recherchiert, um neben den generellen Ansätzen zu interprofessionellen Lehrkonzepten auch deren praktische Barrieren zu identifizieren. In diesem Zusammenhang fand ein methodenorientierter Erfahrungsaustausch mit Experten interprofessioneller Lehrkonzepte statt. Die entwickelten Modulinhalte werden durch Einbezug der Adressatengruppe zum Projektende pilotiert und wissenschaftlich evaluiert werden nach den Kriterien Lehrgestaltung, Kompetenzerwerb und Wirksamkeit.

Ergebnisse

Das entwickelte Modul „Rehabilitations- und Entlassmanagement“ verarbeitet anhand eines Fallbeispiels die spezifischen Rollen und interprofessionellen Anforderungen von den in der rehabilitativen Versorgungskette tätigen Ärzt*innen, Physiotherapeut*innen und Pflegefachkräften als praxisbezogene Lehrinhalte. Im Fokus der interprofessionellen Lehreinheit steht das Rehabilitations- und Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. Die Seminarkonzeption folgt dem standardisierten Modulaufbau für interprofessionelle Lehre des Skillslab der medizinischen Fakultät der MLU Halle-Wittenberg. Das Seminar ist zweiteilig aufgebaut: Am ersten Seminartag werden grundsätzliche Aspekte des interprofessionellen Lernens und Arbeiten und fachwissenschaftliche Inhalte vermittelt sowie gemeinsam mit den Lernenden diskutiert. Im Anschluss werden interprofessionelle Kleingruppen gebildet, die konkret Lösungsstrategien zum Fallbeispiel und der vorgegebenen Aufgabenstellung im kooperativen Lernen bearbeiten.

Am zweiten Seminartag wenden die Studierenden und Auszubildenden ihr erworbenes Wissen in einer praktischen Übung an. In einer Simulation haben die Lernenden die Gelegenheit, das Patientengespräch mit einer Schauspielpatientin praktisch zu erproben. Durch ein anschließendes strukturiertes Videofeedback bekommen sie eine Rückmeldung zu ihrer klinischen Zusammenarbeit von der Lernbegleitung, den Mitlernenden und der Schauspielerin.

Diskussion und Fazit

Bislang gibt es keine den Autor*innen bekannte rehabilitationsbezogene interprofessionelle Lehrveranstaltung, die das Rehabilitations- und Entlassmanagement und die daran beteiligten Berufsgruppen adressiert. Mit diesem von der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland geförderten Projekt werden deshalb wichtige Impulse für die Weiterentwicklung des berufsübergreifenden Austauschs, der Vermittlung rehabilitationsbezogener Kompetenzen sowie für die Beseitigung rehabilitationsbezogener Schnittstellenprobleme gesetzt. Über die anschließende Implementierung in das Reha-Wiki, einer für Lehrpersonal zugänglichen und kostenfreien Datenbank, können die Materialien einem breiten multiprofessionellem Nutzerkreis kostenfrei zur Verfügung gestellt werden.

Literatur

Anderson, E.S., Thorpe, L.N. (2008): Early interprofessional interactions: does student age matter? J Interprof Care. 2008; 22: 263–82. doi:10.1080/13561820802054689.

Kälble, K. (2004): Berufsgruppen- und fachübergreifende Zusammenarbeit – Terminologische Klärungen. In: Kälble K, Kaba-Schönstein L, editors. Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen.: Eine Herausforderung für die Ausbildung in der Medizin, der Sozialen Arbeit und der Pflege (Ergebnisse des Forschungsprojektes MESOP). Frankfurt Main: Mabuse; 2004. p. 29–41.

Klapper, B., Lecher, S., Schaeffer, D., Koch, U. (2000): Interprofessionelle Kommunikation: Zusammenarbeit im Krankenhaus. Deutsches Ärzteblatt. 2000; 97:A3482-A3486.

Lehmann, Y., Ayerle, G., Beutner, K., Karge, K., Behrens, J., Landenberger, M. (2016): Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen

Vergleich (GesinE) - zentrale Ergebnisse und Schlussfolgerungen. Das Gesundheitswesen. 2016; 78: 407–13. doi:10.1055/s-0035-1549994.
Mau, W., Bengel, J., Pfeifer, K. (2017): Rehabilitation in der Aus-, Fort- und Weiterbildung beteiligter Berufsgruppen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2017; 60: 402–9. doi:10.1007/s00103-017-2515-z.
Robert Bosch Stiftung (2020): Gemeinsam besser werden für Patienten: Interprofessionelle Lehrkonzepte aus der Förderung der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart; 2018. Online: https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/documents/2018-04/037_18-04-05_OP-Team_Lehrkonzepte_WEB_DS.pdf - Zugriff 9. Oktober 2020.
Wissenschaftsrat (2020): Neustrukturierung des Medizinstudiums und Änderung der Approbationsordnung für Ärzte: Empfehlungen der Expertenkommission zum Masterplan Medizinstudium 2020; 2018 Drs. 7271-18; Online: https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/7271-18.pdf - Zugriff 16. Oktober 2020.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland

Rehabilitation in Zeiten von Corona: Telemedizinisch unterstützte Rehabilitation für Patient*innen mit Atemwegserkrankungen

Lara Maier; Frank Merten; Luisa Schumann
Caspar Health

Hintergrund und Zielstellung

Eine moderne pneumologische Rehabilitation umfaßt ein individuell angepasstes, multidisziplinäres Programm mit Elementen der Atemphysiotherapie, Förderung der körperlichen Aktivität, Ernährungslehre und Entspannungsinhalten (Zwick, 2013).

Dadurch kann gerade der Therapieerfolg obstruktiver Atemwegserkrankungen nachweislich gesteigert werden, um die bestmögliche Lungenfunktion und Lebensqualität von Patient*innen zu erreichen (Zeng et al., 2018). Aktuelle Studien zeigen diesen Effekt auch nach einer SARS-CoV-2-Pneumonie (Liu et al., 2020).

Zielstellung dieses Pilotprojektes ist es, eine telemedizinisch unterstützte Rehabilitation bei obstruktiven Atemwegserkrankungen mit einer Teletherapieplattform zu ermöglichen. Mit diesem Behandlungsansatz soll der Rehabilitationserfolg gesteigert, sowie eine zeitlich und örtlich flexible Nachsorge geboten werden. Darüber hinaus werden Patient*innen und therapeutisches Personal durch die kontaktfreie Therapie vor infektiösen Aerosolen geschützt.

Auch wenn Covid-19 als treibende Kraft für dieses Projekt gelten kann, so ist der Einsatz von Teletherapie explizit nicht nur auf diese Erkrankung beschränkt. Der Einsatz einer Teletherapie im Bereich der Atemwegserkrankungen ist auch im Bereich von COPD oder Rehabilitation nach Lungenerkrankung zu sehen.

Methoden

Zielgruppe der digitalen Intervention sind Patient*innen obstruktiver Atemwegserkrankungen. Ausschlusskriterien sind eine fehlende Internetverbindung oder ein fehlendes Endgerät, sowie fehlende digitale Kompetenzen. Schwerwiegende Komorbiditäten stellen ebenfalls ein Ausschlusskriterium dar.

Mit Hilfe von zwei standardisierten Therapieplanvorlagen werden die Patient*innen über einen Zeitraum von sechs Wochen teletherapeutisch betreut. Die Therapieplanvorlagen sind multimodal aufgebaut und beinhalten atemtherapeutische Übungen, Bewegungstherapie, Gesundheitsbildung, sowie Entspannungs- und Ernährungsinhalte.

Die beiden Therapieplanvorlagen unterscheiden sich in der Belastbarkeit der zu therapierenden Patient*innen: 1. Ein Plan für gut belastbare Patient*innen (TP1) und 2. ein Plan für weniger belastbare Patient*innen (TP2). Die Vorlagen können vom medizinisch-therapeutischen Personal vor Studienbeginn auf die jeweiligen Erfordernisse angepasst werden.

Die Belastbarkeit der Teilnehmer*innen wird vor Studienbeginn anhand des “Sit-to-Stand-Test” für eine Minute (STST-1m) evaluiert. Zur Durchführung des STST-1m wird die Anzahl des alternierenden Sitzens und Aufstehens von einem Stuhl innerhalb einer Minute gezählt. Weniger als oder gleich 11 Wiederholungen gilt als “gering belastbar”, 11-15 Wiederholungen als “belastbar” (Puhan et al., 2013). Ebenfalls vor Interventionsbeginn wird die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Teilnehmer*innen mit Hilfe des Fragebogens EQ-5D-5L (Nolan et al., 2016) erhoben.

Die vor Studienbeginn erhobenen Faktoren werden nach Abschluss der sechswöchigen Therapiephase erneut erhoben. In der statistischen Auswertung werden anschließend eventuelle Zusammenhänge erörtert.

Ergebnisse

Wir erwarten eine Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit und der subjektiven gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Diese Besserungen sollen durch die im Folgenden beschriebenen Faktoren erreicht werden.

3.1 Mobilitätsförderung

In der teletherapeutischen Atemtherapie wird die Mobilitätsförderung durch Inhalte wie Dehnübungen, eine tiefe Zwerchfellatmung und Atemlenkung in die Brustkorbdehnung erzielt und trägt zu einer tieferen und ruhigeren Atmung bei.

3.2 Wahrnehmungsschulung

Die Wahrnehmungsschulung wird in den Therapieplänen durch Übungen zur Atemlenkung repräsentiert. Dies fördert die Achtsamkeit der Patient*innen und schafft ein Bewusstsein für die Atmung in unterschiedlichen Situationen

3.3 Bewegungsförderung

Eine Verbesserung der kardiovaskulären Fitness verbessert die Lungenfunktion und steigert die Lebensqualität von Patient*innen. Gefördert wird die Mehrbewegung durch bewegungstherapeutische Inhalte sowie eine integrierte Schrittzählerfunktion.

3.4 Wissensvermittlung

Edukative Seminarinhalte werden mit Lernerfolgskontrolle über die Plattform realisiert. Vermittelt wird Hintergrundwissen über die Entstehung und Vorbeugung von Atemwegserkrankungen, Bewältigungsstrategien und einen gesunden Lebensstil.

3.5 Entwicklung krankheitsbezogener Bewältigungsstrategien

Als Bewältigungsstrategien gelten beispielsweise atemerleichternde Stellungen, Entspannungstechniken oder die Lippenbremse. Diese werden Patient*innen mit Hilfe verschiedener Schulungsvideos nahegebracht.

Diskussion und Fazit

Die teletherapeutische Betreuung von Rehabilitations-Patient*innen ist immer dann geboten, wenn sie über eine räumlich schlechte Erreichbarkeit der Rehabilitationsinstitution verfügen, zeitlich eingeschränkt sind oder wenn ein hohes Infektionsrisiko besteht. Hervorheben möchten wir auch die persönliche telemedizinische Patient*innenbindung, den langfristigen Präventionscharakter des vorgestellten Modells sowie den Einsatz zur Rehabilitation nach einer Lungenentzündung, bei Post Covid-19-Syndrom oder bei chronisch erkrankten COPD-Patient*innen.

Die Teletherapie bietet ein in der Einrichtung einfach implementierbares und skalierbares Therapieprogramm an. Durch den verbesserten Einsatz von Personalressourcen, die Fortführung der Gruppentherapien im digitalen Setting und Einhaltung der derzeit geltenden Hygienevorschriften ergeben sich für die medizinischen Einrichtungen weitreichende Optimierungen.

Literatur

Liu, K.; Zhang, W.; Yang, Y.; Zhang, J.; Li, Y.; Chen, Y. (2020): Respiratory rehabilitation in elderly patients with COVID-19: A randomized controlled study. Complementary Therapies in Clinical Practice,39. 101166.

Nolan, C.; Longworth, L.; Lord, J.; Canavan, J.; Jones, S.; Kon, S.; Man, W. (2016): The EQ-5D-5L health status questionnaire in COPD: validity, responsiveness and minimum important difference. Thorax, 71. 493-500.

Puhan, M.; Siebeling, L.; Zoller, M., Muggensturm, P., Riet,G.(2013) Simple functional performance tests and mortality in COPD, ERJ Express.

Zeng, Y.; Jiang, F.; Chen, Y.; Cai, S. (2018): Exercise assessments and trainings of pulmonary rehabilitation in COPD: a literature review. International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Diseases, 13. 2013-2023.

Zwick, R. (2013): Pneumologische Rehabilitation - Warum? Wer? Wann? Wie? Wo?. Journal für Pneumologie 1 (1). 35-39.

Entwicklung von Praxisempfehlungen für die Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation

Matthias Lukasczik[1]; Nina Luisa Zerban[1]; Hans-Dieter Wolf[1]; Silke Neuderth[2]; Lisa Puhlemann[3]; Elisabeth Röckelein[3]; Heiner Vogel[1]

[1] Universitätsklinikum Würzburg; [2] Hochschule für angewandte Wissenschaften Würzburg-Schweinfurt; [3] Deutsche Rentenversicherung Bund

Hintergrund und Zielstellung

Leistungen der Sozialen Arbeit sind ein wesentlicher Bestandteil des Behandlungsspektrums in der medizinischen Rehabilitation (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2016). Neue Anforderungen an Konzepte und Leistungen der Sozialen Arbeit ergeben sich u.a. aus der verstärkten beruflichen Orientierung der Rehabilitation, erhöhten Ansprüchen an die Nachhaltigkeit von Rehabilitationsmaßnahmen und der zunehmenden Bedeutung interprofessioneller Teamarbeit in der Rehabilitation. In der praktischen Umsetzung sozialdienstlicher Behandlungsansätze gibt es aktuell zudem erhebliche Variationen und somit einen Bedarf an einheitlichen Versorgungsstandards guter klinischer Praxis für dieses Tätigkeitsfeld. Daher wurden im vorgestellten Projekt Praxisempfehlungen (PE) für die Soziale Arbeit in Rehabilitationseinrichtungen entwickelt. Diese wurden in einem systematischen, mehrstufigen Verfahren unter Einbezug von Expert*innen aus der Praxis der Sozialen Arbeit erarbeitet und konsentiert.

Methoden

Die Arbeitsschritte bei der Erstellung der PE umfassten zum einen eine systematische nationale und internationale Literaturrecherche zum aktuellen Evidenzstand hinsichtlich Leistungen/Interventionen der Sozialen Arbeit und ihrer Rolle im Kontext der medizinischen Rehabilitation. Die Recherche bezog im Sinne eines Scoping Reviews (Munn et al., 2018) sowohl wissenschaftliche Datenbanken (u.a. PubMed, PsycLit, Psyndex) als auch „graue Literatur“ ein, um ein breites Spektrum sozialarbeiterischer Tätigkeit in der Rehabilitation abbilden zu können.

Zum anderen wurde eine Bestandsaufnahme zu Vorgehensweisen der Sozialen Arbeit in Form einer schriftlichen, online-basierten Befragung der Sozialdienste in DRV-eigenen sowie federführend von der DRV belegten Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt (N=1.230; alle somatischen und psychosomatischen Indikationen exkl. Abhängigkeitserkrankungen; stationäre und ambulante Reha-Einrichtungen; Rücklauf Nmax=381; Lukasczik et al., 2019). Erfragt wurden hierbei auch die Erwartungen an die PE.

Ergebnisse

Die Endfassung der PE umfasst nutzerorientiert aufbereitete Informationen zu Rahmenbedingungen der Tätigkeit Sozialer Arbeit in der Rehabilitation (strukturelle Voraussetzungen, Zugangswege). Außerdem gibt sie Erläuterungen zur Sozialen Diagnostik

mit Hinweisen zu relevanten Verfahren und Assessments, z.B. im Bereich der Sozialanamnese.

Im Hauptteil der PE werden wesentliche/häufige Bedarfslagen von Rehabilitand*innen dargestellt. Hierzu zählen die folgenden: (a) berufliche Bedarfslagen (längere Abwesenheit vom Arbeitsplatz, Konflikte oder psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz, unklare berufliche Perspektive, notwendige berufliche Veränderungen, sozialmedizinische Leistungsbeurteilung); (b) soziale und wirtschaftliche Bedarfslagen (soziale Problemstellungen; wirtschaftliche und sozialrechtliche Schwierigkeiten; Teilhabe von Menschen mit Behinderung); (c) Bedarf an nachgehenden Leistungen (Nachsorge); (d) Bedarfslagen von Rehabilitand*innen im Bereich der Kommunikation.

Aufgeführt sind in den Kapiteln jeweils Informationen zur Feststellung der Bedarfslage, zu Inhalt und Umfang von Leistungen und Interventionen sowie Verweise auf weiterführende Materialien, Links und Informationen.

Die Schwerpunktsetzung spiegelt damit auch die in der ersten Einrichtungsbefragung geäußerten Erwartungen an die PE wider; dort betrafen die häufigsten Angaben Informationen zur Durchführung einzelner Maßnahmen (N=131), zur Erfassung von bzw. dem Umgang mit spezifischen Bedarfs- bzw. Problemlagen (N=131) und zur Sozialen Diagnostik (N=129).

Diskussion und Fazit

Die abschließende, konsentierte Fassung der PE wurde in den Gremien der Deutschen Rentenversicherung beraten und ihre Praxisrelevanz betont. Die PE werden als Broschüre der Deutschen Rentenversicherung veröffentlicht und den Sozialdiensten sowie den Behandler*innen in Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung gestellt. Im Sinne einer breit konsentierten Praxishilfe, die sowohl auf den praktischen Erfahrungen aus Rehabilitationseinrichtungen als auch auf vorhandener wissenschaftlicher Evidenz beruht, sollen sie neuen wie erfahrenen Mitarbeiter*innen der Sozialen Arbeit, aber auch anderen Berufsgruppen in der Rehabilitation Informationen zu Maßnahmen und Leistungen der Sozialen Arbeit und deren Umsetzung bieten.

Literatur

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2016). Gemeinsame Empfehlung Sozialdienste. Frankfurt: BAR. https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_publikationen/reha_vereinbarungen/pdfs/SozialdiensteGemeinsameEmpfehlung.web.pdf.

Lukasczik, M., Zerban, N.L., Wolf, H.D., Ehrmann, K., Neuderth, S., Köhler, M., Röckelein, E., Vogel, H. (2019): Ausgestaltung Sozialer Arbeit in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen: Eine Bestandserhebung als Baustein der Entwicklung von Praxisempfehlungen für die Erbringung sozialer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 32(2). 113-123.

Munn, Z., Peters, M.D.J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., Aromataris, E. (2018): Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. BMC Medical Research Methodology, 18. 143.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Methodische Ansätze zur Einbeziehung pädagogischer Fachkräfte in den Ausbau der digitalen und beruflichen Teilhabe

Lena Sube
Technische Uniersität Dortmund

Hintergrund und Zielstellung

Durch die Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie und den anhaltenden digitalen Wandel müssen sich viele Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation konzeptionell neu ausrichten. Das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte miTAS-Verbundprojekt („multimediales, individuelles Trainings- und Arbeitsassistenzsystem“) setzt an dieser Stelle an. Es bietet Lernenden mit Lernschwierigkeiten und Autismus-Spektrum mithilfe der miTAS-App die Möglichkeit, ihre Arbeitsschritte multimedial, bedarfsgerecht und individualisiert abzubilden und anhand von Checklisten selbstständiger auszuführen. Auf diese Weise können neue berufliche Perspektiven eröffnet werden.

Um solche Hilfsmittel in der beruflichen Rehabilitation zu etablieren, braucht es neben technischer Infrastruktur die Einbeziehung pädagogischer Fachkräfte als Bezugspersonen, die durch ihre Erfahrungen und Haltung zu digitalen Medien die Ausgestaltung der digitalen Teilhabechancen der Klient*innen maßgeblich beeinflussen (Bosse et al., 2018; Heitplatz et al., 2019).

Die vorliegende qualitative Forschung hatte zum Ziel, in Kooperation mit dem miTAS-Projekt mögliche Ressourcen und Bedarfe pädagogischer Fachkräfte im Kontext digitaler Medien abzubilden sowie darauf basierend methodische Ansätze zu entwickeln, um Fachkräfte in den Ausbau der digitalen Teilhabe involvieren zu können.

Methoden

In einer ersten Evaluationsphase des miTAS-Projektes Ende 2019 wurden 18 pädagogische Fachkräfte mitunter aus dem Berufsbildungsbereich und dem Jobcoaching anhand eines halbstandardisierten Leitfadens befragt. Die Fachkräfte schätzten im Zuge dessen ihre eigene Medienkompetenz auf einer Schulnoten-Skala ein, beschrieben ihre Lernbereitschaft bezüglich digitaler Anwendungen sowie ihre Haltung zur digitalen Teilhabe. Um diese unterschiedlichen Haltungen abzubilden, wurden auf Basis der Ergebnisse fünf exemplarische Personas entwickelt. Die Personas dienten im Folgenden als Diskussionsgrundlage für sechs halb standardisierte, leitfadengestützte Expert*inneninterviews, welche im Juli und August 2020 durchgeführt wurden. In diesem Rahmen wurden die Passgenauigkeit der Personas evaluiert. Außerdem wurden in Anlehnung an die Personas mögliche Ressourcen und Bedarfe seitens der Fachkräfte sowie personenspezifische und allgemeine methodische Ansätze diskutiert. Die Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und nach Mayring & Fenzl (2019) anhand eines Kategoriensystems analysiert.

Ergebnisse

Es konnten methodische Empfehlungen für die Themenfelder “Empfehlungen für Einführungsveranstaltungen”, “Empfehlungen für Einladungsgestaltung und Erstinformation” sowie “Allgemeine Methodenempfehlung” und “Anforderungen an die Organisation/Leitung”

abgeleitet werden. Für die Erstinformation über den Ausbau der digitalen Teilhabe ist insbesondere der Einsatz von einrichtungsinternen Multiplikator*innen sowie deren Auftreten in Informationsvideos anstelle von traditionellen Flyern und Rundbriefen ratsam. Für Einführungsveranstaltungen sind gewohnte Endgeräte sowie mehrteilige Veranstaltungsformate mit Ausprobierphasen empfehlenswert.

Außerdem zeigte sich die Bedeutsamkeit eines klar erkennbaren Mehrwerts, um die Fachkräfte für den Ausbau der digitalen Teilhabe zu motivieren. Eine klare Kommunikation von Zuständigkeiten und die transparente Darstellung einer Vision seitens der Verantwortlichen der Einrichtungen, die mit dem Einsatz der digitalen Technologien verwirklicht werden soll, können außerdem dazu beitragen, die Fachkräfte bedarfs- und ressourcenorientiert zu involvieren. Generell sollte der Planungs- und Veränderungsprozess mit allen Betroffenen gestaltet werden. Außerdem sollte mit den Fachkräften evaluiert werden, welche Rolle sie im Rahmen der digitalen Teilhabe einnehmen und welchen Stellenwert die digitalen Medien dabei innehaben. Dies sollte handlungsleitend definiert werden.

Diskussion und Fazit

Anhand der qualitativen Forschung konnten mögliche Ressourcen und Bedarfe pädagogischer Fachkräfte beschrieben werden, die eine Orientierung und eine Reflexionsgrundlage im Veränderungsprozess bieten können. Anhand der Inhaltsanalyse zeigte sich eine gute Passgenauigkeit der Personas, womit eine wesentliche Bedingung für den Einsatz dieser Methode gegeben war (Petrovic et al., 2010). Die Vielseitigkeit der Ressourcen und Bedarfe pädagogischer Fachkräfte sowie die Empfehlung klarer Zuständigkeiten und Ansprechpartner*innen bestätigen die Forschungsergebnisse von Bosse et al. (2018).

Des Weiteren konnten auf Basis der Erhebung konkrete Methodenempfehlungen abgeleitet werden. Die Beschreibung der Bedeutsamkeit eines nachvollziehbaren Mehrwerts findet sich auch bei den Ansätzen des Veränderungsmanagements (Kuster et al., 2011). Die hier vorgestellte methodische Empfehlung zum Einsatz von Multiplikator*innen stellt in diesem Kontext eine methodische Ergänzung dar.

Hinsichtlich der dynamischen Pandemielage sowie des anhaltenden digitalen Wandels ist es von Bedeutung, die digitalen Teilhabemöglichkeiten auszubauen und in diesem Sinne die beschriebenen Methoden in der Praxis zu erproben und zu evaluieren sowie Kenntnisse über die Ressourcen und Bedarfe von Fachkräften zu erlangen. Auf diese Weise können die Fachkräfte für eine Befähigung der Klient*innen vorbereitet und motiviert werden, mit dem Ziel, den Klient*innen den Erwerb von digitalen Kompetenzen zu ermöglichen und sie somit in ihrer beruflichen sowie gesellschaftlichen Teilhabe zu stärken.

Literatur

Bosse, I., Zaynel, N. & Lampert, C. (2018): MeKoBe. Medienkompetenz in der Behindertenhilfe in Bremen. Bedarfserfassung und Handlungsempfehlung für die Gestaltung von Fortbildungen zur Medienkompetenzförderung. URL: https://www.bremische-landesmedienanstalt.de/uploads/Texte/Meko/Forschung/MekoBe_Endbericht.pdf, Abruf: 18.11.2020.

Heitplatz V. N.; Bühler, C. & Hastall M.R. (2019): Caregivers' influence on smartphone usage of people with cognitive disabilities: An explorative case study in Germany. In: M. Antona & C. Stephanidis (Ed.): Universal access in human-computer interaction. Multimodality and assistive environments. HCII 2019. Lecture notes in computer science. Cham: Springer. Vol. 11573, 98-115.

Kuster, J., Huber, E., Lippmann, R., Schmid, A., Schneider, E., Witschi, U. & Wüst, R. (2011): Veränderungsmanagement und Umgang mit Widerstand. In: Kuster, J., Huber, E., Lippmann, R., Schmid, A., Schneider, E., Witschi, U. & Wüst (Hrsg.): Handbuch Projektmanagement. Berlin, Heidelberg: Springer. 268-281.

Mayring, P. & Fenzl, T. (2019): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Baur, N. & Blasius, J. (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer. 633-648.

Petrovic, K., Göring, K. & Kowallik, P. (2010): Personas für Business Software. In: H. Brau, S. Diefenbach, K. Göring, K., M. Peissner, & K. Petrovic (Hrsg.): Tagungsband UP10. Stuttgart: Fraunhofer Verlag. S.59-64.

Interessenkonflikt: Die Autorin ist als wissenschaftliche Mitarbeiterin seitens der TU Dortmund im miTAS-Verbundprojekt angestellt.

Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung, Europäischer Sozialfonds

Förderfaktoren und Barrieren der Medikamentenadhärenz in der kardiologischen Rehabilitation – eine qualitative Befragung

Katharina Quaschning; Mirjam Körner
Albert-Ludwig-Universität Freiburg

Hintergrund und Zielstellung

Es wird angenommen, dass bis zu 50 Prozent aller Menschen mit chronischen Erkrankungen ihre ärztlich verordnete Medikation nicht oder nur unregelmäßig einnehmen (Laufs et al., 2011). In Abgrenzung zum Begriff Compliance (paternalistischer Ansatz) wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) unter Adhärenz „the extent to which a person´s behaviour – taking medication, following a diet, and/or executing lifestyle changes, corresponds with agreed recommendations from a health provider (WHO, 2003)“ verstanden und bezieht die Verantwortung des Arztes für den Aufbau einer guten Arzt-Patient-Beziehung sowie die Beteiligung der Patienten an der therapeutischen Entscheidungsfindung ausdrücklich mit ein (partizipativer Ansatz). Es liegt insgesamt wenig Wissen darüber vor, inwiefern eine mangelnde Medikamentenadhärenz für den Kontext der medizinischen Rehabilitation von Bedeutung ist. Die vorliegende Studie untersuchte Förderfaktoren und Barrieren bezüglich der Umsetzung von ärztlich verordneter Medikation bei Rehabilitanden mit kardiologischen Erkrankungen in der medizinischen Rehabilitation.

Methoden

Es wurden 22 Rehabilitanden mit kardiologischen Erkrankungen in der medizinischen Rehabilitation mit Hilfe eines leitfadengestützten Interviews befragt. Alle Interviews wurden digital aufgezeichnet und wörtlich transkribiert. Die Analyse der Interviews erfolgte softwaregestützt (MAXQDA 12) nach dem zusammenfassenden inhaltsanalytischen Ansatz von Mayring (Mayring, 2015). Die Hauptkategorien (Barrieren/ Förderfaktoren) wurden deduktiv, die Subkategorien induktiv entwickelt.

Ergebnisse

Es wurden insgesamt 698 Textstellen in 22 Dokumenten codiert, im Durchschnitt 32 pro Interview (SD=13.2; Range 12-65) (Quaschning & Körner, 2020). Die in der Hauptkategorie Barrieren vergebenen 370 Nennungen verteilen sich auf 13 Subkategorien, die in der Hauptkategorie Förderfaktoren vergebenen 328 Aussagen auf 14 Subkategorien. Eine tabellarische Übersicht zu den einzelnen Subkategorien mit ausgewählten Beispielen finden sich in den Tabellen 1 und 2.

Tab. 1: Verteilung der Codes (n_{gesamt}=370) auf die Subkategorien der Hauptkategorie Barrieren mit ausgewählten Ankerbeispielen

Subkategorien	Anzahl Codes	Ankerbeispiele
Sorglosigkeit	50	*(…) wenn ich die mal nicht nehme, da sterbe ich ja auch nicht von.*
Mangelnde Informiertheit	46	*(…) was die Wirkungen sind, das weiß ich nicht.*
Vorbehalte	44	*(…) ich möchte also mehr ja, pflanzliche oder Globuli oder so Zeugs halt dann.*
Belastungen	34	*Zuerst Erkrankung, boah, zack, fällt in ein Loch.*
Vergesslichkeit	30	*Ich denke da nicht dran.*
Therapiebedingte Barrieren	30	*Es ist halt aufwändig.*
Mangelnde Kommunikation	27	*Die (Anm.: Ärzte) haben ja keine Zeit mehr für den Patienten.*
Routineabweichung	27	*(…) kommt später heim, dann vergisst man es einfach (…).*
Selbstständige Einnahmeentscheidung	26	*(…) habe (Anm.: Medikamente) selber abgesetzt.*
Mangelndes Vertrauen	26	*(…) das Gefühl war, die Mensch dritte, vierte, zehnte Klasse. Das war unangenehm.*
Medikamentenbezogene Barrieren	22	*Die gehen so schlecht raus. Die kleben da drin. Furchtbar.*
Systembedingte Barrieren	6	*(…) zu lange warten muss die nächste Termin.*
Soziale Barrieren	2	*(…) wenn man so alt geworden ist, dann nehmen sie (Anm.: Ärzte) es nicht mehr so genau.*

Tab. 2: Verteilung der Codes (n_{gesamt}=328) auf die Subkategorien der Hauptkategorie Förderfaktoren mit ausgewählten Ankerbeispielen

Subkategorien	Anzahl Codes	Ankerbeispiele
Individuelle Strategien	84	*(…) lege sie immer an den gleichen Platz.*
Informiertheit	42	*Ich weiß sie alle.*
Hilfsmittel	38	*(…) habe einen Plan.*
Behandlungseinsicht	37	*(…) mache das schon regelmäßig, weil, ja, es gibt halt Folgen.*
Kommunikation	23	*(…) meine Ärztin hat mir das damals richtig gut erklärt.*
Soziale Unterstützung	21	*Partnerhilfe ist halt sehr wichtig, ganz, ganz wichtig.*
Vertrauen	20	*(…) vertraue auch darauf, dass der Arzt das richtig beurteilen kann.*
Zufriedenheit inkl. Therapieerfolg	18	***(…) bin** wunderbar zufrieden, ich habe gute Werte.*
Personale Ressourcen	18	***(…)** zweite Meinung eingeholt.*
Symptome bei Nicht-Einnahme	11	*Das spürt man dann schon.*
Regelmäßigkeit	7	*(…) alles was geregelt ist, ist positiv dann.*
Partizipation	6	*(…) habe ich begonnen mit meinem Hausarzt andere Mittel zu suchen.*
Akzeptanz	2	*Ich akzeptiere es einfach.*
Finanzielle Ressourcen	1	*(…) blieb deutlicher Batzen noch hängen, aber das ist es mir wert und ich komme da gerne her.*

Diskussion und Fazit

Die Befunde legen nahe, dass eine mangelnde Medikamentenadhärenz vor allem durch ein individualisiertes Barrierenmanagement, das auf mehreren Ebenen ansetzen muss,

verbessert werden kann. Im Rahmen der Ergebnisvorstellung werden Lösungsansätze zur Verbesserung der Medikamentenadhärenz vorgestellt.

Literatur

Laufs, U., Böhm, M., Kroemer, H.K. (2011): Strategien zur Verbesserung der Einnahmetreue von Medikamenten. Deutsche Medizinische Wochenschrift. 136 (31-32): 1616-1621. doi:10.1055/s-0031-1281566.

Mayring, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12. Aufl. Weinheim: Beltz.

Quaschning, K., Körner, M. (2020): Förderfaktoren und Barrieren zur Medikamentenadhärenz von Rehabilitanden mit kardiologischen Erkrankungen – eine qualitative Analyse. Die Rehabilitation.59: 1–8. doi 10.1055/a-1242-9562.

World Health Organization. Adherence to long-term therapies. Evidence for action (2003): Geneva: World Health Organization.

Implementierung einer Verhaltensmedizinisch Orientierten Rehabilitation (VOR) in der Kardiologie

Dieter Benninghoven[1]; Elisabeth Menke[1]; Claudia China[1]; Friedrich Schroeder[1]; Matthias Bethge[2]

[1] Mühlenbergklinik - Holsteinische Schweiz; [2] Universität zu Lübeck

Hintergrund und Zielstellung

Wir prüften die Implementierung eines auf der Akzeptanz- und Commtment Therapie (ACT; Hayes et al., 2011) basierenden Gruppentherapiekonzeptes für Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Setting der kardiologischen Rehabilitation. Das Rehabilitationsformat entspricht der Vorgaben der Deutschen Rentenversicherung Bund für die verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (VOR; Worringen, 2014) Dazu wurde die patientenberichtete verhaltensmedizinische Behandlungsdosis sowie die Genauigkeit der Umsetzung des therapeutischen Konzeptes erfasst. Ferner wurde überprüft, ob die nach dem Konzept der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation in der Kardiologie (VOR-Kardio) erbrachten therapeutischen Leistungen mit einer deutlicheren Reduktion der Herzangst und mit einer verbesserten psychischen und körperlichen Befindlichkeit der Rehabilitanden einhergingen.

Methoden

Die Teilnehmer unserer Prozessevaluationsstudie wurden in der neu implementierten verhaltensmedizinischen Kardiologie (VOR-Kardio; n = 149) oder einer regulären kardiologischen Heilbehandlung (KHB; n = 100) behandelt. Wir prüften die Genauigkeit der Konzeptumsetzung in der VOR-Kardio sowie in beiden Behandlungsgruppen die patientenberichtete verhaltensmedizinische Behandlungsdosis und die Veränderungen vom Rehabilitationsbeginn bis zur Entlassung aus der Rehabilitation bezüglich der psychischen Befindlichkeit und der körperlichen Leistungsfähigkeit.

Ergebnisse

Die durchgeführten Adhärenzratings zeigten eine weitgehend konzeptgetreue Umsetzung des Ansatzes. Die in der VOR-Kardio behandelten Rehabilitanden bestätigten mehr verhaltensmedizinische Inhalte eine höhere Konsistenz der verhaltensmedizinischen Strategie und einen stärkeren Kompetenzgewinn. In beiden Behandlungsgruppen verbesserten sich sowohl die psychische als auch die körperliche Befindlichkeit der Teilnehmer. Die in der VOR-Kardio erreichten Effektstärken waren denen in der KHB erreichten überlegen. Große oder annähernd große Effekte wurden in der VOR-Kardio für das Vermeidungsverhalten bei Herzangst ($d = 0{,}78$), für Somatisierung ($d = 0{,}82$), Depressivität ($d = 0{,}76$) und Ängstlichkeit ($d = 0{,}72$) sowie für die Ergometerleistung ($d = 0{,}86$) erzielt. Der Vergleich der in beiden Behandlungsgruppen berechneten prä-post-Differenzen ergab für die Herzangst ($t = 2{,}500$; $p < .05$) und für die erwartete Selbstwirksamkeit für die Teilnahme an Sportaktivitäten nach der Rehabilitation ($t = 1{,}974$; $p = .05$) statistische Signifikanz. Bei der Herzangst war die Reduktion des Vermeidungsverhaltens in der VMK stärker ausgeprägt als in der KHB ($t = 2{,}205$; $p < .05$).

Diskussion und Fazit

Alle aus der ACT-Perspektive als wichtig erachteten Aspekte fanden in den psychologischen Gruppengesprächen Berücksichtigung. Die meiste Berücksichtigung fand die inhaltliche Bearbeitung der Werteorientierung, die wiederum die Voraussetzung für die Ableitung individuell sinnvoller Verhaltensänderungen bildete. Achtsamkeitsübungen wurden ebenfalls immer begleitend durchgeführt. Dem ACT-Konzept entsprechend wurde auch die Akzeptanz negativer Gedanken, Gefühle und Körperempfindungen fast durchgehend in den Gruppensitzungen adressiert.

Von den in der VOR-Kardio behandelten Patienten wurden die intendierten Inhalte tatsächlich in größerem Ausmaß wahrgenommen als von den in der KHB behandelten Patienten. Vor allem die biopsychosozialen Zusammenhänge lassen sich in der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation offensichtlich besser vermitteln. Jene Inhalte, von denen theoretisch angenommen wird, dass sie bei der Verarbeitung einer kardialen Erkrankung hilfreich sind, erreichten die Patienten somit in der VMK besser als in der regulären KHB.

Die herzbezogenen Ängste reduzierten sich während der Rehabilitation in beiden Gruppen auf das Niveau gesunder Vergleichsgruppen, wobei in der VOR-Kardio größere Effekte erzielt wurden als in der KHB. Die verhaltensmedizinische Behandlung scheint somit die auf die Herzängste bezogene Gesundung gut zu unterstützen. Effekte, wie sie in einer herkömmlichen kardiologischen Heilbehandlung erzielt werden, sind mindestens auch im Rahmen einer verhaltensmedizinisch orientierten kardiologische Rehabilitation zu erwarten. Die explizite Verhaltensorientierung des ACT-Ansatzes könnte dazu beigetragen haben, dass das herzangstbezogene Vermeidungsverhalten in der VMK besonders deutlich reduziert werden konnte und parallel Selbstwirksamkeitserwartungen für sportliche Aktivitäten aufgebaut werden konnten.

Den Ergebnissen unserer Studie zufolge ist ein verhaltensmedizinisch orientiertes Konzept auf der Grundlage der Akzeptanz- und Commitment-Therapie im Kontext der kardiologischen Rehabilitation umsetzbar. Ein nächster Schritt wäre eine empirische Überprüfung der Wirksamkeit dieses Ansatzes bei einer entsprechenden Risikopopulation idealer Weise in

Form einer multizentrischen und randomisierten kontrollierten Studien mit einer ausreichenden Zahl an eingeschlossenen Rehabilitand*innen und einem Nachbeobachtungszeitraum von einem Jahr.

Literatur

Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G. (2011): Akzeptanz- und Commitment-Therapie. München: CIP-Medien.

Worringen, U. (2014): Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung für die verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (VOR). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

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

Patientenbedarf an psychologischer Unterstützung und ihre subjektive Erwerbsprognose bei herzbezogenen Ängsten in der kardiologischen Anschlussrehabilitation

Anna-Lisa Eilerts[1]; Sarah Schröer[1]; Sarah Wissen[2]; Wolfgang Mayer-Berger[2]; Claudia Pieper[1]

[1] Universitätsklinikum Essen; [2] Klinik Roderbirken

Hintergrund und Zielstellung

Unbehandelte Ängste und unerkannte psychologische Bedarfe können den Verlauf und den Krankheitsbewältigungsprozess kardiovaskulärer Erkrankungen negativ beeinflussen (Piepoli et al., 2016; Fuchs-Strizek & Berger, 2018; Herrmann-Lingen, 2019). Deshalb wird ein Screening auf Angst- und Depressionssymptome als sekundärpräventive Maßnahme in der Rehabilitation empfohlen (Piepoli et al., 2016). Dennoch werden psychologische Bedarfe oftmals nicht adäquat adressiert (Csef, 1996; Herrmann-Lingen, 2019). Insbesondere vor dem Aspekt der Aufrechterhaltung und Wiederherstellung der gesellschaftlichen Teilhabe sollten diese Bedarfe in der kardiologischen Rehabilitation erfasst und behandelt werden.

Gegenstand dieser Untersuchung war die Frage, ob Patienten, die in der stationären kardiologischen Rehabilitation einen Bedarf an psychologischer Unterstützung melden, eine messbar höhere Herzangst aufweisen. Der Einsatz eines Fragebogen-Sets diente einer Erprobung der Erweiterung bisheriger Ansätze in der Rehabilitation, die auf die Bedarfsäußerung durch die Patienten begrenzt sind. Ziel der Studie war die Verbesserung der Identifikation und Versorgung von Patienten mit Herzangst. Dadurch sollte einer möglichen Fehlversorgung entgegengewirkt werden, die sich in der Rehabilitation letztlich auch auf die Erwerbsprognose als wichtiges Outcome auswirkt.

Methoden

Die Ergebnisse basieren auf einer unizentrischen Querschnittsstudie in der Rehabilitationsklinik Roderbirken. Eingeschlossen wurden Patienten mit koronarer

Herzerkrankung im Alter von 18 bis 63 Jahren, die noch nicht berentet waren. Während des stationären Rehabilitationsaufenthaltes erfolgte eine einmalige Befragung mittels eines Fragebogen-Sets bestehend aus dem Herzangstfragbogen (HAF), dem Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) sowie einem Teilscore des Screening-Instruments Beruf und Arbeit in der Rehabilitation (SIBAR). Ergänzt wurden diese Angaben um anamnestische Diagnosen und soziodemographischen Daten sowie um die Angabe nach dem geäußerten psychologischen Unterstützungsbedarf, welcher routinemäßig im ärztlichen Aufnahmegespräch erhoben wird.

Ergebnisse

Insgesamt konnten 507 Patienten in die Befragung eingeschlossen werden (Response 63,5%; 82,6% Männer, mittleres Alter 54,4 ± 7,1 Jahre). Von diesen meldeten 40% einen Bedarf an psychologischer Unterstützung an. Bei 16% aller Patienten lag eine klinisch relevante Herzangst nach dem HAF vor, von denen wiederum 59% einen Bedarf an psychologischer Unterstützung anmeldeten.

Es zeigte sich, dass insbesondere Patienten mit diagnostizierten F-Diagnosen Unterstützungsbedarf äußern. Darüber hinaus gibt es Hinweise, dass die subjektive Erwerbsprognose im Zusammenhang mit der Herzangst, der Depressionssymptomatik sowie der Bildung und der beruflichen Situation, jedoch nicht mit den somatischen Aufnahmediagnosen steht.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse belegen psychologische Unterstützungsbedarfe in der kardiologischen Rehabilitation. Ein erhöhter Bedarf aufgrund von Herzangst konnte nicht aufgezeigt werden.

Es zeigte sich zudem, dass Patienten, die einen Bedarf an psychologischer Unterstützung äußern, höhere Angstwerte nach HAF und HADS aufwiesen.

Ziel der Rehabilitationsmaßnahme ist die Wiederherstellung bzw. der Erhalt der Arbeitsfähigkeit der Patienten. Die daher betrachtete subjektive Erwerbsprognose scheint mit der Herzangst, aber mehr noch mit der Depressionssymptomatik assoziiert zu sein. Beobachtet werden konnte auch ein Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen und Faktoren. Entsprechend stieg das Frühberentungsrisiko mit dem Schweregrad der Depressionssymptome an. Unterschiede zeigten sich auch für die schulische und berufliche Ausbildung sowie die berufliche Situation bzw. Arbeitslosigkeit. Ein Zusammenhang mit somatischen Indikationen konnte in dieser Stichprobe nicht gefunden werden. Ein Grund dafür ist möglicherweise die Homogenität der Stichprobe bezüglich der Diagnosen bei Aufnahme und der Komorbiditäten.

In weiteren Projekten sollte der Einfluss der psychologischen Unterstützung auf die nachhaltige Besserung der Angst- bzw. Depressionsproblematik und damit auf die mittel- und langfristige Erwerbsprognose untersucht werden.

Literatur

Csef, H. (1996): Psychosomatik und Psychotherapie der Herzangst-Syndrom. Deutsche Medizinische Wochenschrift,121. 771-776.

Fuchs-Strizek, R., Berger, T. (2018): Psychokardiologie in der stationären Rehabilitation. Wiener Medi-zinische Wochenschrift, 168. 31-38.

Herrmann-Lingen, C. (2019): Psychokardiologie – aktuelle Leitlinien und klinische Realität. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 69. 237-252.

Piepoli, M. F., Hoes, A. W., Agewall, S. (2016): 2016 European guidelines on cardiovascular dis-ease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by repre-sentatives of 10 societies and by invited experts). Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). European Heart Journal, 37. 2315 – 2381.

Förderung: refonet - Das Rehabilitations-Forschungsnetzwerk der Deutschen Rentenversicherung Rheinland

Unterstützung einer Lebensstiländerung durch Angehörige: Relevanz und Bedarfe von kardiologischen und orthopädischen Rehabilitanden und deren Lebenspartner

Karin Meng[1]; Franziska Epe[1]; Robert Altstidl[2]; Rainer Tischendorf[3]; Stefan Lueger[4]

[1] Julius-Maximilians-Universität Würzburg; [2] Reha-Zentrum Bayerisch Gmain - Klinik Hochstaufen; [3] Frankenland Klinik; [4] Deegenbergklinik

Hintergrund und Zielstellung

Eine Lebensstiländerung ist ein wichtiger Ansatz in der Rehabilitation von vielen chronischen Erkrankungen. Dies betrifft beispielsweise den Abbau von Risikoverhaltensweisen bei kardialen Rehabilitanden oder den Aufbau eines aktiven Lebensstils bei Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen. Für Selbstmanagement-Interventionen (wie Patientenschulungen) wird häufig ein Einbezug der Angehörigen empfohlen, da diese einen Einfluss auf eine nachhaltige Verhaltensänderung haben können (Deutsche Rentenversicherung, o.a.; Kleinecke et al., 2016). Familienangehörige, insbesondere der Lebenspartner, sind die häufigste Quelle sozialer Unterstützung (Lüscher & Scholz, 2018). Für die medizinische Rehabilitation in Deutschland liegen nur wenige Studien zu sozialer Unterstützung bzw. zur Relevanz der Angehörigen in Bezug auf die Lebensstiländerung vor (Rennert et al., 2013; Romppel et al., 2013). Die Rolle von Angehörigen ist noch wenig untersucht. Auch sind keine spezifischen Interventionen verfügbar.

In einer Studie wurden daher die subjektive Relevanz des Einbezugs von Angehörigen und der Bedarf an spezifischen Interventionen unter Beteiligung von Angehörigen aus der Sicht von Rehabilitanden und deren Lebenspartnern explorativ untersucht. Die folgenden Hauptfragestellungen wurden geprüft:

F1: Wie hoch ist der Anteil an Rehabilitanden die einen Unterstützungsbedarf durch den Lebenspartner bei einer Lebensstiländerung haben? Welcher Unterstützungsbedarf besteht aus Sicht der Rehabilitanden und der Lebenspartner?

F2: Wie hoch ist der angehörigenbezogene Interventionsbedarf? Welcher Bedarf an angehörigenbezogenen Interventionen liegt aus Sicht der Rehabilitanden und deren Lebenspartner vor?

Methoden

In einer Bedarfsanalyse wurden Rehabilitanden mit chronischen Rückenschmerzen oder mit koronarer Herzerkrankung am Ende der stationären medizinischen Rehabilitation sowie deren Lebenspartner nach Abschluss der Rehabilitation mittels Fragebogen befragt. Der Einschluss erfolgte konsekutiv in 3 Rehabilitationskliniken.

Es wurden Fragebögen für die Rehabilitanden und deren Lebenspartner entwickelt. Der Rehabilitanden-Fragebogen beinhaltet 13 Items zur Veränderungsmotivation hinsichtlich körperlicher Aktivität, Ernährung und Rauchstatus und 10 Items zum subjektiven Unterstützungsbedürfnis durch den Lebenspartner (F1). Der angehörigenbezogene Interventionsbedarf wird mit 2 Items zum Einbezug des Partners in die Reha und 21 Items zu Interventionsinteressen erfragt. Der Angehörigen-Fragebogen ist äquivalent aufgebaut und beinhaltet zusätzlich 2 Items zum Informations-/Kenntnisstand (F2). Einflussparameter wurden mit validierten Instrumenten erfasst: soziale Unterstützung, Gesundheitsverhalten, psychische Belastung, subjektiver Gesundheitszustand.

Zur Auswertung der Fragestellungen erfolgten deskriptive und inferenzstatistische Analysen in SPSS.

Die Stichprobe umfasst 228 Rehabilitanden (61% Orthopädie, 39% Kardiologie). Der Männeranteil war 61%, das Durchschnittsalter 56 Jahre (SD=6.6). Ein Drittel hatte einen Volks-/Hauptschulabschluss, 27% eine Fachhochschulreife bzw. Abitur/Hochschulreife. 87% waren erwerbstätig, 6% bereits berentet. Als letzte berufliche Stellung gaben drei Viertel Angestellte/r an. Ein medizinisches Heilverfahren erhielten 68%. Die Erkrankungsdauer war bei 69% über 1 Jahr. Es bestehen indikationsspezifische Unterschiede (Orthopädie: höherer Frauenanteil, geringeres Alter, längere Erkrankungsdauer, höherer Anteil an Heilverfahren).

Bei den 120 Lebenspartnern (56% Orthopädie, 44% Kardiologie) lag der Männeranteil entsprechend bei 39%, das Durchschnittsalter war 55 Jahre (SD=8.0). Etwa drei Viertel sind erwerbstätig.

Ergebnisse

F1: Subjektiver Unterstützungsbedarf: 92% der Rehabilitanden bewerten es als wichtig für ihr Gesundheitsverhalten nach der Reha, dass der Partner sie dabei aktiv unterstützt. 14% geben an, dass sie der Partner aktuell nicht ausreichend unterstützt. Auch 90% der Lebenspartner schätzen ihre aktive Unterstützung als wichtig für das Gesundheitsverhalten des Rehabilitanden ein. 8% sind der Ansicht, dass sie diesen aktuell nicht ausreichend unterstützen. Von beiden Zielgruppen werden emotionale, motivationale und instrumentelle Unterstützungsformen als hilfreich bewertet. Insbesondere, dass der Partner sich am Gesundheitsverhalten beteiligt und eine gemeinsame Umsetzung erfolgt.

F2: Angehörigenbezogener Interventionsbedarf: 73% der Rehabilitanden finden es für ihr späteres Gesundheitsverhalten wichtig, dass der Partner in die Rehabilitation einbezogen wird. Hingegen meinen 71%, dass der Lebenspartner nicht ausreichend in ihre Reha einbezogen wurde. Auch 75% der Lebenspartner geben an, dass sie nicht ausreichend

einbezogen wurden. Im Gegensatz dazu fühlen sich aber 83% der Partner zufriedenstellend bis sehr gut über die Erkrankung des Rehabilitanden informiert.

Hinsichtlich möglicher angehörigenbezogener Interventionen besteht sowohl bei zumindest der Hälfte der Rehabilitanden als auch der Lebenspartner ein Interesse an themenbezogenem Informationsmaterial und schriftlichen Anleitungen sowie Informationsveranstaltungen oder gemeinsamen Gesprächen mit einem Therapeuten in der Klinik. Das höchste Interesse besteht jeweils an Informationen zu Gesundheitsangeboten am Wohnort für sich und den Lebenspartner (Rehabilitanden: 77%, Lebenspartner: 83%).

Diskussion und Fazit

Insgesamt zeigt die Bedarfsanalyse, dass sowohl bei den Rehabilitanden als auch bei deren Lebenspartnern eine hohe subjektive Relevanz der Unterstützung des Lebenspartners bei einer Lebensstiländerung vorliegt. Auch wird die subjektive Relevanz des Einbezugs des Partners in die Rehabilitation ersichtlich. Ein Interesse an verschiedenen angehörigenbezogenen Interventionen ist gegeben. Diese Ergebnisse können als Ansatzpunkte zur Entwicklung spezifischer Intervention genutzt werden.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) (ohne Angabe): Die Rolle der Angehörigen in der medizinischen Rehabilitation. Berlin: Hrsg. URL: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/gesundheitsbildung/download_angehoerige_reha.html, Abruf: 1.10.2019.

Kleineke, V.E., Menzel-Begemann, A., Wild, B., Meyer, T. (2016): Umweltfaktoren und Teilhabeförderung. Die Perspektive der medizinischen Rehabilitation. Bundesgesundheitsblatt, 59. 1139–1146.

Lüscher, J., Scholz, U. (2018): Soziale Unterstützung. In: Kohlmann, C.-W., Salewski, C., Wirtz, M.A. (Hrsg.): Psychologie in der Gesundheitsförderung. Bern: Hogrefe. 213-225.

Rennert, D., Mau, W., Lamprecht, J. (2013). Die nahestehende Person als Koproduzent des Rehabilitationserfolgs am Beispiel der Sportaktivität. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin, 23. 292-300.

Romppel, M., Gunold, H., Schubmann, R., Richter, C., Grande, G. (2013): Nachhaltige Lebensstilmodifikation bei Koronarer Herzkrankheit aus Patientensicht. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin, 23. 276-282.

Förderung: Netzwerk Rehabilitationsforschung in Bayern e.V (NRFB)

Ambulantes Monitoring und Coaching zur Nachbetreuung beruflicher Rehabilitanden/innen: Niedrigschwellig, unauffällig und praktikabel bedarfsorientierte Hilfe vermitteln

Joachim Thomas[1]; Elisabeth Riedl[1]; Wolfgang Dings[2]; Anna Moraß[1]; Regina Schmid[1]

[1] Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt; [2] Berufsförderungswerk Bad Wildbad

Hintergrund und Zielstellung

Ziel der finanziell aufwändigen stationären Bildungsmaßnahmen in Berufsförderungswerken ist die nachhaltige Integration der Leistungsempfänger/innen in den ersten Arbeitsmarkt. Während der Maßnahme erhalten die Rehabilitanden/innen umfangreiche besondere Hilfen unterschiedlicher Art. Mit dem Abschluss der Maßnahme fällt dieses Unterstützungssystem abrupt weg und der/die Rehabilitand/in ist auf sich alleine gestellt. Aus dem Flexirentengesetz (2016, § 17) ergibt sich jedoch eine Verpflichtung der Träger der Rentenversicherung zur Nachsorge. Gerade die Zeit nach der Maßnahme ist mit großen Veränderungen, Herausforderungen und Unsicherheiten verbunden. Diejenigen, die unmittelbar nach der Maßnahme eine Arbeitsstelle antreten, werden mit unbekannten Personen, neuen Aufgaben und einem neuen Umfeld konfrontiert, in dem sie sich bewähren müssen.

Die Mehrheit der BFW-Absolventen/innen befindet sich nach Maßnahme-Ende zunächst auf Stellensuche (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2018). Meta-Analysen belegen, dass Arbeitslosigkeit eine psychisch äußerst belastende Situation darstellt (McKee-Ryan et al., 2005; Paul & Moser, 2009), deren Bewältigung von kognitiven Situationsbewertungen, Coping-Strategien und -Ressourcen wie sozialer Unterstützung abhängt (McKee-Ryan et al., 2005). Slesina et al. (2010) identifizieren in ihrem Prognosemodell zur Eingliederung von Rehabilitanden/innen in das Erwerbsleben nach Umschulung in Berufsförderungswerken sechs Faktoren, welche 77 % der Integration nach 12 Monaten vorhersagen, darunter die individuelle Kontrollüberzeugung und die wahrgenommene soziale Unterstützung. Auf eine prognostische Bedeutung von Aspekten der Selbstwirksamkeitserwartung und der sozialen Unterstützung deuten auch die Befunde von Hagemeyer et al. (2013) hin.

Ausgehend von dieser Ausgangslage ist es das Ziel dieses von der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg geförderten Pilotprojektes, durch ein ambulantes Monitoring und Coaching den BFW-Absolventen/innen niedrigschwellig, unauffällig und praktikabel Sicherheit und bedarfsorientierte Hilfe zu vermitteln und dabei individuelle Ressourcen sowie die internale Kontrollüberzeugung bzw. Selbstwirksamkeitserwartung zu fördern.

Methoden

Mit dem Projekt WORKCOACH wird für einen Zeitraum von 6 Monaten eine Nachbetreuung ehemaliger beruflicher Rehabilitanden/innen erprobt, bei der Coaching-Gespräche mit einem begleitenden, smartphone-gestützten Monitoring kombiniert werden.

Die Coaching-Gespräche finden in den ersten 2 Monaten nach Maßnahme-Ende regulär alle zwei Wochen via Telefon statt und werden durch Rehaintegrationsmanager/innen oder Psychologen/innen geführt, welche dem/der Teilnehmer/in fest zugeordnet sind. Danach erhalten die Teilnehmenden ein monatliches Coaching-Gespräch. Grundlage der Coaching-Gespräche ist eine Smartphone-Kurzbefragung, bei der täglich zwischen 18 und 23 Uhr die aktuelle Situation und das aktuelle Befinden der Teilnehmenden erfasst werden. Vor jedem Gespräch erhält der Coach von der Projektarbeitsgruppe der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt eine Auswertung für den/die Teilnehmer/in, aus der individuelle Erlebens- und Situationsmuster deutlich werden. Im Fokus der Coaching-Gespräche steht, die individuellen Ressourcen der BFW-Absolventen/innen zu stärken und sie im Falle von Schwierigkeiten zeitnah und lösungsorientiert zu unterstützen.

Darüber hinaus werden die täglichen Angaben der Teilnehmenden zweimal pro Woche auf akuten Handlungsbedarf hin überprüft. In diesem Fall nimmt der Coach zeitnah Kontakt zu dem/der Teilnehmer/in auf.

Ergebnisse

An drei Erhebungswellen von Februar 2019 bis Juli 2020 nahmen 30 Absolventen/innen des Berufsförderungswerkes Bad Wildbad teil. 28 Personen beendeten die Nachbetreuung. Von diesen Personen liegen 2961 tägliche Messzeitpunkte vor. Die beiden Abbrüche sind in Erkrankungen mit stationärer Aufnahme begründet, wobei WORKCOACH hier die zeitnahe Inanspruchnahme externer Dienstleister unterstützte. Mehrebenen-Längsschnittanalysen zeigen bei den Personen auf Arbeitssuche im Verlauf des Coachings einen kurvilinearen Anstieg des psychischen Wohlbefindens (im Sinne niedrigerer Werte bei den Variablen Depression, Stress und Unzufriedenheit). Bei Teilnehmern/innen, welche direkt eine Arbeitsstelle antraten, lässt sich dagegen ein Anstieg bzgl. Stresserleben, Unzufriedenheit und Depression über die ersten Arbeitsmonate hinweg beobachten. Im Verlauf des Coachings verbesserten sich die Werte der arbeitenden Teilnehmer/innen jedoch wieder, was sich als insgesamt erfolgreicher beruflicher Anpassungsprozess interpretieren lässt. Einzelfallanalysen demonstrieren den Wert der zeitnahen Intervention durch WORKCOACH im Falle von Schwierigkeiten.

Der Nutzen von WORKCOACH wird auch durch qualitative Angaben der Coaches und der Teilnehmenden gestützt: „Die Befragung gibt einen [sic] das Gefühl von Sicherheit im Hintergrund“.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse aus dem Pilotprojekt WORKCOACH stützen die Annahme, dass die Kombination aus einem ambulanten Monitoring und Coaching eine effektive Form der Nachbetreuung beruflicher Rehabilitanden/innen darstellt.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (2018). Rehabericht 2018. Verfügbar unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht_2018.html.

Hagemeyer, A., Arling, V., Frost, M., Kleon, S., Schellmann, C., Spijkers, W. (2013): Subjektive Prognose der Reintegration bei Rehabilitanden. In Deutsche

Rentenversicherung Bund (Hrsg.), Teilhabe 2.0 - Reha neu denken? (S. 293–294). Tagungsband zum 22. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium vom 4. bis 6. März 2013 in Mainz. Berlin: DRV Schriften.

McKee-Ryan, F., Song, Z., Wanberg, C. R., Kinicki, A. J. (2005): Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. Journal of Applied Psychology, 90, 53–76. doi:10.1037/0021-9010.90.1.53.

Paul, K. I., Moser, K. (2009): Unemployment impairs mental health: meta-analyses. Journal of Vocational Behavior, 74, 264–82. doi:10.1016/j.jvb.2009.01.001.

Slesina, W., Rennert, D., Patzelt, C. (2010): Prognosemodelle zur beruflichen Wiedereingliederung von Rehabilitanden nach beruflichen Bildungsmaßnahmen. Rehabilitation, 49, 237–247. doi:10.1055/s-0030-12619.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Berufliche Teilhabe und Interessenvertretungen: Die veränderte Rechtsstellung der Schwerbehindertenvertretung durch das Bundesteilhabegesetz

Marie Heide; Mathilde Niehaus

Universität zu Köln

Hintergrund und Zielstellung

Eine wichtige Rahmung für die berufliche Teilhabe stellen Arbeitnehmerrechte dar, die das Recht auf Teilhabe am Arbeitsleben, auf Vermeidung der Ausgrenzung von Menschen im betrieblichen Geschehen, auf Chancengleichheit und auf negative Diskriminierung sichern sollen (ILO, 2014). Für schwerbehinderte und ihnen gleichgestellten Menschen sind diese Rechte im Schwerbehinderten-recht in Teil 3 des Sozialgesetzbuches (SGB) IX verankert und werden durch die Schwerbehindertenvertretung (SBV) in ihrer Funktion als betriebliche Interessenvertretung vertreten. Die SBV übernimmt in dieser Funktion eine Schlüsselrolle bei der Verwirklichung behinderungsgerechter und inklusiver Arbeitsbedingungen und agiert als eine wichtige Vermittlerin zwischen den Beschäftigten, dem Arbeitgeber, dem Inklusionsbeauftragten des Arbeitgebers, dem Betriebs-/Personalrat und außerbetrieblichen Stellen wie dem Integrations-/Inklusionsamt (Heide & Niehaus, 2019). Durch die Einführung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) wurde dem Rechnung getragen und die Rechte der SBV im SGB IX wurden ausgebaut. Die Änderungen im SGB IX werden kontrovers diskutiert (Paul, 2018; Kohte & Liebsch, 2019) und Fragen nach der Implementation und der Wirkung im betrieblichen Alltag der SBVen sind noch unbeantwortet.

Ziel ist es daher, die veränderte Rechtsstellung aus Perspektive der SBV zu beleuchten und Herausforderungen in der praktischen Anwendung der gesetzlichen Neuerungen sowie unbeachtete Bedarfe aufzudecken, um so eine Lücke zwischen der rechtlichen Implementation und der praktischen Anwendung zu schließen.

Methoden

Deutschlandweit wurden 1552 SBVen schriftlich mittels Online-Survey befragt. Für die vorliegende Analyse wurden die Antworten zu Herausforderungen im Amt der SBV mit Hilfe der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) ausgewertet und anhand eines deduktiv und induktiv entwickelten Kategoriensystems zu der Einführung des BTHG analysiert.

Ergebnisse

Auf Grundlage der qualitativen Inhaltsanalyse konnten drei Hauptkategorien (Stärkung der SBV; Ausgestaltung des BTHG; Umsetzung/Anwendung des BTHG) mit übergeordnetem Bezug zum BTHG entwickelt werden.

Die Befragten benennen die Stärkung der eigenen Position und der Rechte als SBV als herausfordernden bzw. bisher unzureichend gelösten Aspekt. Sie geben an, dass sie sich „mehr Rechte als Vertrauensperson“ und die „Umsetzung besserer Gesetze für die SBV“ wünschen. Sie brauchen – wie es in den frei formulierten Antworten heißt – „Rechte, die auch greifen, da sie sonst zahnlose Tiger sind“ und „mehr Muss-Vorschriften seitens des Arbeitgebers, wie die Betriebsräte [sie haben]“. Eine Vertrauensperson beschreibt, dass „die meisten Richtlinien immer noch zu weichgespült sind [und man] als SBV gegen Betonklötze kämpft“. Auf die Frage nach Herausforderungen im Amt nehmen die befragten SBVen konkreten Bezug auf die Einführung des BTHG und die resultierenden Änderungen im SGB IX. Einige Vertrauenspersonen kritisieren die Ausgestaltung des BTHG und wünschen sich „Nachbesserungen im Bundesteilhabegesetz“ sowie „rechtliche Durchsetzbarkeit im BTHG“, ein „schärferes SGB IX“ und die „tatsächliche Umsetzung [der] UN-BRK“. Darüber hinaus äußert sich ein Teil der Befragten zu der Umsetzung und Anwendung des BTHG. Hier wird vorrangig die Umsetzung der Gesetze in der betrieblichen Praxis als schwierig angesehen, zum einen weil „mehr Informationen über Veränderungen im SGB IX“ gebraucht würden und zum anderen weil die „Umsetzung in der Praxis“ nicht einfach sei.

Diskussion und Fazit

Von politischer Seite wurde bei der Einführung des BTHG und der Formulierung von Änderungen im Schwerbehindertenrecht des SGB IX berücksichtigt, dass es für die Umsetzung beruflicher Teilhabe eine effektiv agierende Interessenvertretung braucht, die mit ausreichenden Handlungsmöglichkeiten ausgestattet ist. Die Befragungsdaten zeigen jedoch, dass aus Sicht der SBVen gleichwohl Herausforderungen im Arbeitsalltag entstehen und dass auch das Ziel, die SBV zu stärken, möglicherweise nur eingeschränkt erreicht wird. Den Aussagen der Befragten lässt sich zum einen entnehmen, dass sie die gesetzlichen Änderungen als nicht umfassend genug ansehen, um die Rechtsstellung der SBV wirklich stärken zu können, zum anderen, dass es aus ihrer Sicht in der praktischen Umsetzung weiterhin an Rechtsverbindlichkeit fehlt, wodurch die SBVen an der effektiven Ausübung ihres Amtes teilweise gehindert werden.

Literatur

Heide, M., Niehaus, M. (2019): Der Stellenwert der Schwerbehindertenvertretung in der betrieblichen Inklusion. WSI-Mitteilungen, 72 (5). 358-364.

International Labour Organization (ILO) (Eds.) (2014): Achieving Equal Employment Opportunities for People with Disabilities through Legislation: Guideline. Geneva: ILO.
Kohte, W., Liebsch, M. (2019): Neuregelungen im Schwerbehindertenrecht – Stärkung der Schwerbehindertenvertretungen als Organ der Betriebsverfassung. Arbeit und Recht. 4-10.
Kuckartz, U. (2018): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung (4. Aufl.). Weinheim: Beltz.
Paul, C. (2018): Die Schwerbehindertenvertretung als ein Organ der Betriebsverfassung. Berlin: Logos Verlag.

Förderung: Hans-Böckler-Stiftung

Erprobung und Evaluation des erwerbsbiografischen Interviewleitfadens Reha-EBL mit psychisch erkrankten Teilnehmern einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme

Jens Knispel[1]; Katharina Finke; Viktoria Arling[1]
[1] RWTH Aachen

Hintergrund und Zielstellung

Personen, die auf Grund einer gesundheitlichen Einschränkung nicht mehr ihren ursprünglichen Beruf ausüben können, haben die Möglichkeit, sich im Rahmen einer zweijährigen Umschulungsmaßnahme in einem Berufsförderungswerk (BFW) für den Arbeitsmarkt neu auszurichten. Tatsächlich stellt eine berufliche Umorientierung für die Betroffenen eine maßgebliche Zäsur in der Erwerbsbiografie und autobiografischen Lebensgeschichte dar (Habermas & Bluck, 2000). Für eine systematische Biografiearbeit mit Teilnehmern der beruflichen Rehabilitation stehen den entsprechenden Anwendern jedoch aktuell keine standardisierten Instrumente zur Verfügung.

Mit dem erwerbsbiografischen (Interview-)Leitfaden wurde von Knispel (2019) nun ein solches Verfahren auf Basis von fünf Studien speziell für die berufliche Rehabilitation (Reha-EBL) entwickelt. Dieser Leitfaden dient der Unterstützung von Teilnehmer und Anwender bzgl. einer systematischen Verarbeitung und Bewältigung bzw. Aufarbeitung beruflicher Vergangenheit. Als konkretes Ergebnis können individuelle Ressourcen und Potenziale zugunsten eines Rehabilitations- und Reintegrationsprozesses identifiziert werden.

Ziel des vorliegenden Beitrages ist es, den Reha-EBL als Gesprächsleitfaden für die Biografiearbeit mit psychisch erkrankten Teilnehmern einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme zu erproben und zu evaluieren.

Methoden

Vorab werden im Reha-EBL konkrete Zielsetzungen für das Gespräch mit dem Teilnehmer vereinbart (z.B. Unterstützung des Bewältigungsprozesses, Identifikation von vorhandenen Ressourcen, Identifikation von Förderbedarfen, Zugang zur Selbstbewertung). Diese

Zielsetzungen richten sich nach dem Bedarf des Befragten. Der Reha-EBL umfasst verschiedene erwerbsbiografische Themenbereiche (schulischer Werdegang, möglicherweise abgebrochene Ausbildungen, Ausbildungszeit, Etappen und Erleben der bisherigen Berufstätigkeit, berufliche Erfahrungen, Krankheitsgeschichte und die Beziehung von Ursprungs- und Umschulungsberuf). Mit Gesprächsabschluss werden Ergebnisse und Ziele im Reha-EBL in Abstimmung mit dem Teilnehmer erarbeitet. Im Rahmen der Studie waren die Teilnehmer nach Abarbeitung des Reha-EBL angehalten, einen Evaluationsbogen bzgl. Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit des Interviews, Passgenauigkeit zur eigenen Situation, wahrgenommener Nutzen etc. Alle Gespräche wurden schriftlich im Leitfaden dokumentiert (Mischform geschlossenes und offenes Format).

Insgesamt waren 29 Teilnehmer aus dem im Berufsförderungswerk Koblenz bereit ein Gespräch über ihre Erwerbsbiografie mit einer Psychologin zu führen (18 Männer, 11 Frauen; Alter: AM = 34,17 Jahre, SD = 7,91 Jahre, Spanne: 23-51 Jahre). 16 Teilnehmer besuchten aktuell einen Rehavorbereitungslehrgang für psychisch erkrankte Teilnehmer, zwölf Personen waren in einer Umschulungsmaßnahme, eine Person durchlief derzeit ein erweitertes Assessment für psychisch Erkrankte.

Ergebnisse

Im Schnitt dauerten die erwerbsbiografischen Gespräche eine Stunde und 24 Minuten (SD = 11,06 Minuten).

Die Auswertung der Gespräche ergaben, dass die Biografiearbeit mit Hilfe des Reha-EBL adäquat möglich war. Die schriftliche Dokumentation im Leitfaden zeigte, dass die Themengebiete und -schwerpunkte einen transparenten Einblick in die bisherige Erwerbsbiografie der Teilnehmer vor Inanspruchnahme der beruflichen Rehabilitation ermöglichte.

Die Evaluation durch die Teilnehmer bestätigte den positiven Eindruck (vgl. Tabelle 1 für die deskriptiven Statistiken): den Teilnehmern war der Nutzen des Gesprächs klar. Sie waren der Auffassung, dass das Gespräch alle relevanten Informationen zum beruflichen Werdegang berücksichtigte. Das Interview unterstützte die Teilnehmer (eher) bei der Aufarbeitung ihrer beruflichen Vergangenheit und half (eher) dabei, berufliche Ressourcen und Schwachstellen bzw. persönliche Hindernisse zu identifizieren. Die positiven Reaktionen spiegelten sich auch in der Gesamtbeurteilung wider: das mit Reha-EBL strukturierte Gespräch erhielt im Mittel eine (sehr) gute Schulnote.

Tab. 1: Deskriptive Statistiken zur Evaluation des erwerbsbiografischen Gespräches mit Reha-EBL.

Bewertung von Reha-EBL[1]	AM	SD	Spanne
Mir ist klar, wozu das heutige Gespräch gut war.	3,79	0,41	3 – 4
Das Gespräch erfasste alle relevanten Informationen zu meinem beruflichen Werdegang.	3,86	0,35	3 – 4
Das Interview konnte mich bei der Aufarbeitung meiner beruflichen Vergangenheit unterstützen.	3,09	1,08	1 – 4
Das Gespräch ließ mich vorhandene Ressourcen (berufliche Kompetenzen, Fähigkeiten, Fertigkeiten) erkennen.	3,09	0,90	1 – 4
Das Gespräch hat mir geholfen, Schwachstellen und persönliche Hindernisse zu identifizieren.	2,96	1,02	1 – 4
Gesamtbeurteilung[2]			
Ich gebe dem Interview die Gesamtnote…	1,52	0,51	1 – 2

Anmerkungen: [1] Skala von ‚1': *trifft nicht* zu bis ‚4': *trifft zu*

[2] Schulnoten von ‚1': *sehr gut* bis ‚6': *ungenügend*.

Diskussion und Fazit

Die Erprobung des Reha-EBL anhand einer Stichprobe psychisch erkrankter Teilnehmer einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme war erfolgreich. Hierfür spricht, dass der Reha-EBL auf geeignete Weise in der Lage ist, die verschiedenen erwerbsbiografischen Verläufe und Erfahrungen der Teilnehmer abzubilden. Die Evaluation durch die Befragten fällt positiv aus, der Reha-EBL stößt auf eine hohe Akzeptanz und wird als inhaltlich relevant empfunden.

Auf Basis der vorliegenden Ergebnisse wird die Empfehlung ausgesprochen, dass Anwender den Reha-EBL als Instrument zur systematischen Biografiearbeit mit dem Teilnehmer einsetzen sollen. Der Reha-EBL zeichnet sich in diesem Zusammenhang durch ein hohes Maß an Konkretheit aus (z.B. Anstoß von Selbstreflexionsprozessen, Identifikation von rehabilitationsrelevanten Ressourcen).

Im Sinne eines Ausblicks gilt die Frage zu klären, inwieweit die reha-begleitende Biografiearbeit mit Hilfe des Reha-EBLs über die Umschulung hinaus den Rehabilitations- und Reintegrationserfolg tatsächlich positiv beeinflussen kann.

Literatur

Habermas, T., Bluck, S. (2000): Getting a life: The emergence of the life story in adolescence. Psychological Bulletin, 126(5). 748–769.

Knispel, J. (2019): Die Vergangenheit im Kopf, die Zukunft im Blick – Die Relevanz der Erwerbsbiografie für die berufliche Rehabilitation (Dissertationsschrift, RWTH Aachen). doi: 10.18154/RWTH-2019-10080.

Leistungssequenzen nach einer bewilligten Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben durch die Deutschen Rentenversicherung Bund

Annika Sternberg; Matthias Bethge
Universität zu Lübeck

Hintergrund und Zielstellung

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) haben das Ziel Erwerbsfähigkeit bei Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen zu erhalten bzw. wiederherzustellen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2018). LTA umfassen eine Vielzahl unterschiedlicher Leistungen. Sie können bei der Ausübung einer noch vorhandenen Tätigkeit oder der Erlangung einer neuen Tätigkeit unterstützen, auf weitere Maßnahmen vorbereiten, qualifizieren oder den Arbeitgeber durch Übernahme von Lohnkosten entlasten (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2018). Leistungsbeginn, Leistungsdauer, Leistungsart und die Kombination von Leistungen sind individuell unterschiedlich und ergeben einen für den Einzelfall charakteristischen Verlauf beruflicher Teilhabeleistungen. Erkenntnisse zu individuellen Leistungsverläufen liegen bisher kaum vor. Die Untersuchungen von Verlaufsdaten mit sequenzanalytischen Verfahren zeigen, dass die Berücksichtigung des zeitlichen Verlaufs von Zuständen der komplexen Realität eher gerecht wird und dass Sequenzanalysen in Ergänzung zu bestehenden statistischen Methoden einen zusätzlichen Erkenntnisgewinn liefern können (McLeod et al., 2018; Lindholdt et al., 2017). Ziel unserer Analysen war es, individuelle Verläufe nach der Bewilligung einer LTA abzubilden und Gruppen typischer Verläufe zu identifizieren und zu beschreiben.

Methoden

Eingeschlossen wurden Personen, deren Antrag auf LTA im ersten Halbjahr 2016 von der Deutschen Rentenversicherung Bund (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2018) 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. Administrative Daten zu LTA (Leistungsart, Leistungsbeginn und Leistungsende) wurden nach Zustimmung der Teilnehmenden für die Jahre 2016 bis 2020 von der DRV Bund aus den Versichertenkonten zur Verfügung gestellt. Die Leistungen wurden in sechs Leistungskategorien (Arbeitserprobung/Berufsvorbereitung, Vollqualifizierung, Teilqualifizierung, Integrationsmaßnahme, Leistungen an den Arbeitgeber und andere Leistungen) gruppiert. Eine zusätzliche Kategorie beschrieb den Zustand ohne Leistung. Für den Zeitraum 1. Januar 2016 bis 30. April 2020 wurde jedem Fall monatsweise einer dieser sieben Zustände zugeordnet. Ausgeschlossen wurden Personen, die über den gesamten Zeitraum keine Leistung erhalten hatten. Mittels Fragebogen wurden nach der Bewilligung im ersten Halbjahr 2016 soziodemografische sowie gesundheits- und erwerbsbezogene Daten erhoben. Es wurden Sequenzanalysen zur Darstellung der individuellen Verläufe durchgeführt (Halpin, 2017). In Clusteranalysen wurden typische Leistungsverläufe identifiziert und die entsprechenden Personengruppen anhand der erhobenen Daten beschrieben.

Ergebnisse

Für 1645 Rehabilitanden lagen die entsprechenden Daten vor. Insgesamt wurden im betrachteten Zeitraum 3001 Leistungen durchgeführt. 68,3 % der Rehabilitanden waren weiblich. Die Teilnehmenden waren im Durchschnitt 45,7 Jahre alt (SD = 9,3). Arbeitserprobungen und Berufsfindungen (28,3 %) und Integrationsleistungen (27,4 %) zählten zu den häufigsten Leistungen. Etwa bei der Hälfte der Stichprobe (47,5 %) fand nach der Bewilligung eine Leistung statt, bei knapp einem Viertel (22,4 %) drei oder mehr Leistungen. Unter den Teilnehmenden mit nur einer Leistung nahmen die meisten Personen an einer Integrationsmaßnahme teil (47,4 %). 15,2 % der Personen mit einer Einzelleistung nahmen eine vorbereitende Leistung in Anspruch. Es ließen sich sechs Verlaufsmuster voneinander unterscheiden: Integrationsleistungen ohne nachgelagerte Leistungen (Cluster 1; n = 458), kürzere Leistungen mit nachgelagerten Leistungen (Cluster 2; n = 449), Integrationsleistungen mit Leistungen an den Arbeitgeber (Cluster 3; n = 214), kürzere Vollqualifizierungen (Cluster 4; n = 255), andere Leistungen (Cluster 5; n = 43) und längere Vollqualifizierungen (Cluster 6; n = 226). Personen aus den Clustern 1, 2 und 3 (Integrationsleistungen und kürzere Leistungen) berichteten unmittelbar nach der Bewilligung über eine etwas schlechtere allgemeine Gesundheit und häufiger über eine ungünstige Erwerbsprognose und waren im Durchschnitt etwas älter als Personen in den Clustern 4, 5 und 6 (Voll- und Teilqualifizierungen und andere Leistungen).

Diskussion und Fazit

Die Analysen beschreiben Verläufe von LTA über einen Zeitraum von bis zu vier Jahren nach der Bewilligung. Pro Person wurden im Durchschnitt 1,8 Leistungen innerhalb des berücksichtigten Zeitraumes in Anspruch genommen. Die häufig mit einer LTA assoziierten Leistungsketten zeigen sich nur bei etwa der Hälfte der Teilnehmenden. Integrationsmaßnahmen zählten zu den häufigsten Leistungen. Die Ergebnisse stimmen mit der berichteten Zunahme von Integrationsleistungen in den letzten Jahren überein (Radoschewski, 2014). Die typischen Verlaufsmuster spiegeln trotz der Vielfalt möglicher LTA ein relativ schematisches Leistungsgeschehen wider, das sich im Wesentlichen zwischen Integrationsleistungen, Qualifizierungen und kurzen, möglicherweise abgebrochenen Leistungen bewegt. Das größte Cluster in der betrachteten Stichprobe bilden Personen mit kürzeren Leistungen und vergleichsweise schlechtem gesundheitlichen Zustand bei der Bewilligung. Bei Personen mit vorbereitenden Leistungen als Einzelleistung stellt sich die Frage, ob und ggf. warum hier eine Unterbrechung der Versorgung vorliegt. Es deuten sich soziodemografische und gesundheitsbezogene Determinanten für den Zugang in die unterschiedlichen Verlaufscluster an.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund. (2018): Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA). Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung. Berlin.

Halpin, B. (2017): SADI: Sequence analysis tools for Stata. The Stata Journal. 17(3).546-572.

Lindholdt, L., Labriola, M., Nielsen, C.V., Allerslev Horsbøl, T., Lund, T. (2017): Sequence analysis to assess labour market participation following vocational rehabilitation: an observational study among patients sick-listed with low back pain from a randomised clinical trial in Denmark. BMJ Open, 7(7):e015661.

McLeod, C. B., Reiff, E., Maas, E., Bültmann, U. (2018). Identifying return-to-work trajectories using sequence analysis in a cohort of workers with work-related musculoskeletal disorders. Scand J Work Environ Health, 44(2).147-155.

Radoschewski, F.M. (2014). Leistungsketten und Leistungsallokation in der Rehabilitation der Rentenversicherung. Charité – Universitätsmedizin Berlin. Berlin.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Rehabilitationsbarrieren von Frauen mit Schizophrenie in RPK- und BTZ-Institutionen

Judith Ommert

IUBH Internationale Hochschule

Hintergrund und Zielstellung

Seit einigen Jahren weisen die Statistiken der Gesetzlichen Krankenversicherung einen enormen Anstieg von Arbeitsunfähigkeitstagen durch psychische Störungen auf. Die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) benennt psychische Störungen mit 43% als häufigste Bewilligungsdiagnose der Erwerbsminderungsrente. Trotz gesetzlicher Verankerungen, wie z.B. §27 UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) und dem Recht von Menschen mit Behinderung auf bezahlte Arbeit, der besonderen Berücksichtigung von Bedürfnissen vom Menschen mit seelischen Behinderungen am Leben in der Gesellschaft (zu dem auch der Teilhabebereich Arbeit und Beschäftigung zählt) im SGB IX und der Vorgabe zur Schaffung eines inklusiven Arbeitsmarktes, bleibt der allgemeine Arbeitsmarkt Menschen mit psychischen Störungen häufig verschlossen. Dies gilt besonders für Frauen mit psychischen Störungen, die Aufgrund ihres Geschlechts, gepaart mit ihrer psychischen Störung häufig Diskriminierung erfahren. An dieser Stelle kommt der beruflichen Rehabilitation eine große Bedeutung zu. Frauen sind hier jedoch deutlich unterrepräsentiert. So stellt sich die Frage, welche Kontextfaktoren und deren Wechselwirkungen für Frauen mit psychischen Störungen in der beruflichen Rehabilitation von zentraler Bedeutung sind und sich auf die Teilhabe auswirken.

Methoden

Der geplante Vortrag beschäftigt sich mit den zentralen Ergebnissen der unten aufgeführten Dissertation, die sich mit bedeutenden Kontextfaktoren (ICF) und deren Wechselwirkungen für Frauen mit Schizophrenie im Teilhabebereich Arbeit und Beschäftigung auseinandersetzte. Ein Anliegen dabei war es, Empfehlungen für das Rehabilitationssystem und die Soziale Arbeit abzuleiten. Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde ein komplexes Mixed-Methods-Design gewählt:

1. Identifizierung eines Personenkreises, dem häufig Leistungen zur Teilhabe an Arbeitsleben verschlossen bleiben auf Basis von Routinedaten der DRV (FDZ-RV-SUFRSDQJ14B) => Frauen mit Schizophrenie

2. 15 Problemzentrierte Interviews mit Frauen mit Schizophrenie in hessischen RPK-und BTZ-Institutionen
3. Fragebogenerhebung zum subjektiven Sinnverstehen der eigenen Psychose (n=13)
4. 5 Gruppendiskussionen mit Praxisexpert*innen aus hessischen RPK- und BTZ-Institutionen

Ergebnisse

Folgende Kontextfaktoren wurden identifiziert; berufliche Vorgeschichte, soziale Nahräume, Störungsspezifische Einstellungen und Erfahrungen, Rehabilitationssystem und Perspektiven. Innerhalb dieser Kontextfaktoren existieren sowohl förderliche Aspekte (Förderfaktoren) als auch hinderliche Aspekte (Barrieren). Auf Basis dieser Analyse ließen sich drei zentrale Bereiche von Kontextfaktoren ableiten, die im Kontext der Rehabilitation zur Förderung der Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für Frauen mit Schizophrenie wirken: Individuelle Kontextfaktoren, interaktionale Kontextfaktoren und strukturelle Kontextfaktoren. Individuelle Kontextfaktoren beziehen sich unmittelbar auf die Adressatinnen. Fachliche Bearbeitung/ Unterstützung muss sich folglich als individuelle Interventionen umsetzen. Durch ge-zielte fachliche Interventionen von multiprofessionellen Teams sind personbezogene, individuelle Fähigkeiten im Teilhabebereich Arbeit und Beschäftigung gezielt zu unterstützen. Interaktionale Kontextfaktoren beziehen sich auf Strukturen, die durch Interaktionen mit anderen Menschen – auch im Kontext der Institutionen zur Förderung der Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung – entstehen. Die Bearbeitung und Förderung von unterstützenden Kontextfaktoren bedarf der Anpassung der jeweiligen professionellen Strategien und Maßnahmen, wie sie z.B. in Empfehlungsvereinbarungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (2011) benannt sind. Hinzu kommt der Einfluss struktureller Rahmenbedingungen und Gesetzesnormen von Leistungsträgern und Leistungserbringern, die im Rahmen der Rehabilitationsmaßnahme zur Förderung der Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung nicht bearbeitet bzw. verändert werden können.

Diskussion und Fazit

All die aufgezeigten Barrieren haben in ihren Wechselwirkungen negative Auswirkung auf die Teilhabe an Arbeit der befragten Frauen. Um Barrieren zu reduzieren, benötigt es ein wirklich individuelles, auf die jeweilige Person ausgerichtetes Vorgehen. Strategien der Unterstützung müssen unabhängig von (Rehabilitations-)Einrichtungen, deren (ökonomischen) Zielsetzungen und den gesellschaftlich-sozialrechtlichen Rahmenbedingungen partizipativ geplant werden können. Es bedarf individueller, per-sonbezogener und manchmal auch situativer Interventionen direkt im Sozialraum der betroffenen Frauen, die sich auf Basis der jeweiligen Rehabilitations- bzw. Teilhabeziele ableiten und nicht auf ausschließlich einen Lebensbereich sowie einen bestimmten Zeitraum beziehen.

Literatur

Ommert, J. (2020): Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung. Bedeutende Kontextfaktoren und deren Wechselwirkungen für Frauen mit Schizophrenie. Springer VS, Wiesbaden.

Computerlinguistische Ermittlung von Funktionsstörungen in der onkologischen Rehabilitation: Erste Ergebnisse

Rainer Kaluscha[1]; Christian Duncker[2]; Marina Jost[1]; Lena Tepohl[1]
[1] IFR Ulm; [2] Parksanatorium Aulendorf

Hintergrund und Zielstellung

Die Diagnose Krebs greift zumeist abrupt und nachhaltig in die Lebenswelt der Betroffenen ein. So erleiden onkologische Patienten sowohl durch die Erkrankung als auch infolge der Therapie oftmals Funktions- und Folgestörungen, die sie in ihrer weiteren Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, insbesondere auch im Beruf, einschränken und die durch die Rehabilitation so weit wie möglich beseitigt oder gebessert werden sollten (Bartsch, 2002).

Die Art und Schwere der Funktionsstörungen hängen einerseits von der Art der Erkrankung (z.B. Brustkrebs, Prostatakrebs) und andererseits von der gewählten Therapie (z.B. Operation, Bestrahlung, Chemotherapie) ab. So sind Prostatakrebspatienten bspw. häufiger nach einer Operation von Inkontinenz betroffen, als es nach einer Bestrahlung oder Hormontherapie der Fall ist. Inwieweit sich die vorliegenden Funktionsstörungen auf die Teilhabe am Berufsleben auswirken, hängt auch von der individuellen beruflichen Situation ab. So ist etwa davon auszugehen, dass Inkontinenz einem Berufskraftfahrer größere Schwierigkeiten bereitet als es bei einem Büroangestellten der Fall ist, der jederzeit eine Toilette aufsuchen kann.

Daher soll im Rahmen einer Studie die wesentlichen Funktions- und Folgestörungen von onkologischen Patienten in der Rehabilitation für die zahlenmäßig bedeutsamsten Krebserkrankungen (u.a. Mammakarzinome, Prostatakarzinome, kolorektale Karzinome) identifiziert werden. Zudem soll festgestellt werden, ob diese eher krankheits- oder aber therapiebedingt entstehen und welche Behandlungsstrategien bzw. Therapieformen in der Akutonkologie welche Funktionsstörungen begünstigen. Ferner sollen Zusammenhänge zwischen den wesentlichen Funktionseinschränkungen und der Teilhabe am Berufsleben onkologischer Rehabilitanden analysiert werden, um schließlich Empfehlungen zur Auswahl individuell geeigneter Therapieformen und zum Umgang mit Funktionseinschränkungen geben zu können.

Methoden

Grundlage dafür sind neben den Routinedaten aus der Rehabilitationsstatistikdatenbasis (RSD) der Rentenversicherung auch die Freitexte aus den Entlassungsberichten onkologischer Rehabilitationseinrichtungen, die im Rahmen des §301-Verfahrens elektronisch an die Rentenversicherung Baden-Württemberg übermittelt wurden. Denn insbesondere im Blatt 2 finden sich auch Angaben zur Vorbehandlung der Tumore im Akutbereich sowie zu Funktionsstörungen und daraus resultierenden Einschränkungen der (beruflichen) Teilhabe.

Voraussetzung für die Nutzung der Texte war ihre datenschutzgerechte Anonymisierung. Dazu entwickelten die DRV Baden-Württemberg und das IFR ein Verfahren, bei dem nicht nur personenidentifizierende Angaben wie z.B. der Patientennamen entfernt, sondern auch weitere potentiell sensitive Informationen wie z.B. Ortsnamen oder Angaben zu Arbeitgebern oder Behandlern durch Platzhalter ersetzt werden. So wird dann z.B. aus dem Originaltext „Hausarzt: Dr. Mustermann, 12345 Weinstadt“ in der bereinigten Version „Hausarzt: < Person >, < PLZ > < Ort >“.

Im nächsten Schritt wurden indikationsspezifische Funktions- und Folgestörungen anhand einer systematischen Literaturrecherche sowie basierend auf dem Wissen von Fachexperten (d.h. Onkologen der ATO AG06) identifiziert. Anschließend wurden üblicherweise verwendete Begriffe und Formulierungen gesammelt, die bezüglich dieser Funktionsstörungen in den Entlassungsberichten verwendet werden. Anhand solcher sprachlicher Muster können dann mittels computerlinguistischer Verfahren aus den Texten strukturierte Daten zu Funktionseinschränkungen gewonnen werden (Motto: „Aus Texten werden Daten“). Zu guter Letzt wird basierend auf den so gewonnenen Daten zu den Funktionsstörungen und den Routinedaten der DRV Baden-Württemberg eine Analyse der Zusammenhänge zwischen den vorliegenden Funktionseinschränkungen und der Teilhabe am Erwerbsleben erfolgen (Reuss-Borst et al., 2015).

Das Vorgehen soll an folgendem Beispiel verdeutlicht werden: ein häufiges Problem bei onkologischen Rehabilitanden ist die rasche Ermüdbarkeit (Fatigue). In den Texten finden sich dann häufig Formulierungen mit Varianten der Begriffe „Fatigue“, „Erschöpfung(ssymptomatik)“, „Ermüdbarkeit“. Diese lassen sich in einer kompakten Datenbankabfrage (Oracle Text: $fatig%=$erschöpf%=$ermüd%) abbilden, die mittels Jokerzeichen und Lemmatisierung (d.h. Rückführung auf den Wortstamm) flexibel die verschiedenen Formulierungsvarianten erkennt. Anschließend wird in einer Stichprobe geprüft, ob „Falsch Positive“ oder „Falsch Negative“ auftreten und die computerlinguistische Abfrage ggfs. nachgeschärft. Auf dieser Basis kann im Datensatz ein neues binäres Merkmal „Hinweise auf Fatigue ja/nein“ erzeugt werden, dass z.B. in Prognosemodelle für den Erwerbsstatus nach Rehabilitation einfließen kann.

Ergebnisse

Nach der datenschutzrechtlichen Freigabe des Anonymisierungsverfahrens stand der Freitext aus 19.335 Entlassungsberichten onkologischer Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung. Die größte Gruppe bildete mit N1=4.899 Fällen der Brustkrebs, gefolgt von Prostatakrebs (N2=3.716) und Darmkrebs (N3=1.193).

Die o.a. Abfrage zu Fatigue lieferte 10.107 Treffer unter den 19.335 Fällen. Bei der Validierung der Ergebnisse zeigten sich aber einige Falsch Positive (z.B. „Ermüdungsfraktur“ oder „Testabbruch aufgrund muskulärer Ermüdung“). Die verbesserte Abfrage schließt daher solche Begriffe im gleichen Satz aus (Oracle Text: $fatig%=$erschöpf%=$ermüd% not $muskul%=$ermüdungsfraktur% within sentence) und lieferte immer noch 9.907 Treffer (51,2%).

Weitere computerlinguistische Abfragen erfolgten hinsichtlich Polyneuropathien (PNP), die häufig als Folge der Chemotherapie entstehen, sowie hinsichtlich Inkontinenz, die nach

Darmkrebs oder als Folge der Therapie bei Prostatakrebs auftreten kann. Hier ergaben sich für PNP 4.282 Treffer (22,1%) bzw. für Inkontinenz 2.802 Treffer (14,5%).

Diskussion und Fazit

Das Projekt hat zum einen gezeigt, dass durch vorgelagerte Anonymisierung eine datenschutzgerechte Analyse der Freitexte möglich wird. Zum anderen bestätigte sich, dass computerlinguistische Verfahren (Kaluscha, 2005) geeignet sind, um die hier benötigten Informationen aus den Freitexten zu extrahieren. Dieser Ansatz dürfte der Rehabilitationsforschung auch in anderen Bereichen zahlreiche neue Möglichkeiten erschließen.

Literatur

Bartsch, H.H. (2002): Was kann die Rehabilitation onkologischer Patienten nach kurativer und palliativer Therapie leisten? Onkologie 2002, 25(suppl 1), S. 54-59.

Kaluscha, R. (2005): Informationsgewinnung aus Freitexten in der Rehabilitationsmedizin. Dissertation, Medizinische Fakultät, Universität Ulm. URL: http://vts.uni-ulm.de/doc.asp?id=5265, Abruf: 18.11.2020.

Reuss-Borst, M., Nübling, R., Kaiser, U., Kaluscha, R., Krischak, G., Kriz, D., Müller, G., Martin, H., Renzland, J., Schmidt, J., Toepler, E. (2015): Return to Work in der Onkologie aus Patientensicht nach einem Jahr. DRV-Schriften Band 107 (Tagungsband des 24. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquiums), S. 89-91.

Förderung: Die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg fördert die Studie und stellte dankenswerterweise die anonymisierten Entlassungsberichte zur Verfügung. Die Mitglieder der AG 06 „Rehabilitation“ der Arbeitsgemeinschaft der Tumorzentren, Onkologischen Schwerpunkte und Arbeitskreise in Baden-Württemberg (ATO) unterstützen die Studie mit ihrer klinisch-fachlichen Expertise.

Effekte medizinischer Rehabilitation bei Personen mit Rückenschmerzen: Wie können wir Kohortenstudien dafür nutzen?

David Peter Fauser[1]; Nadine Schmitt[2]; André Golla[2]; Julia-Marie Zimmer[2]; Wilfried Mau[2]; Matthias Bethge[1]

[1] Universität zu Lübeck; [2] Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund und Zielstellung

Rückenschmerzen sind eine der Hauptursachen für Arbeitsunfähigkeit und mit Krankheit oder Behinderung gelebte Lebensjahre (2017 weltweit etwa 65 Millionen Jahre) (GBD, 2018). Um das vorzeitige gesundheitsbedingte Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu vermeiden, kann bei der Deutschen Rentenversicherung (DRV) eine medizinische Rehabilitation beantragt werden. Ziel dieser Leistungen ist die Wiederherstellung oder Verbesserung der Erwerbsfähigkeit. Die wenigen randomisierten kontrollierten Studien zur Wirksamkeit medizinischer Rehabilitation bei Rückenschmerzen in Deutschland erbrachten bisher

widersprüchliche Befunde (SVR Gesundheitswesen, 2014). Randomisierte kontrollierte Studien zur Überprüfung der Wirksamkeit medizinischer Rehabilitation sind möglich (Hüppe et al., 2006), haben aber auch ihre Grenzen hinsichtlich der Abbildung langfristiger Effekte. Zudem entsprechen die in diesen Studien eingeschlossenen Personen nur eingeschränkt den in der realen Versorgung tatsächlich erreichten Personen. Die vorliegende Kohortenstudie analysierte die Effekte medizinischer Rehabilitation bei in der realen Versorgung erreichten Personen mit Rückenschmerzen anhand eines Propensity Score Matchings.

Methoden

In dieser prospektiven Beobachtungsstudie (Deutsches Register Klinischer Studien: DRKS00011554; Bethge et al., 2017) 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 Personen (45-59 Jahre alt), die in den vorangegangenen vier Jahren keine Rehabilitation beantragt oder in Anspruch genommen und bisher keinen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt hatten. Nach der Erstbefragung im Jahr 2017 wurden Personen, die Rückenschmerzen berichteten, im Jahr 2019 nachbefragt. Die Fragebogendaten wurden mit administrativen Daten zu Rehabilitation und Erwerbsminderungsrenten verknüpft. Die Effekte medizinischer Rehabilitation wurden über den Vergleich einer Stichprobe von Personen mit und einer Stichprobe von Personen ohne Rehabilitation, die mittel Propensity Score Matching geriert wurde, ermittelt (Austin, 2011). Primäres Zielkriterium war die Schmerzbeeinträchtigung der letzten drei Monate (0-100 Punkte). Weitere sekundäre Zielkriterien waren Schmerzintensität, Schmerzbeeinträchtigungstage, Arbeitsunfähigkeitstage, Gesundheitszustand, Depressivität, subjektive Arbeitsfähigkeit, subjektive Erwerbsprognose sowie aus den Versichertenkonten extrahierte Daten zu Erwerbsminderungsrenten. Die Behandlungseffekte wurden für imputierte Datensätze (Intention to treat-Analyse) und für vollständige Daten (Complete Case-Analyse) geschätzt.

Ergebnisse

Für die Analyse konnten Daten von 6.610 Personen (M = 52,9 Jahre alt (SD = 4,1); 62,8 % weiblich) berücksichtigt werden. Davon nahmen 200 Personen eine medizinische Rehabilitation aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen in Anspruch. Der Zeitraum zwischen der Erstbefragung und dem Beginn des Rehabilitationsprogramms war mit durchschnittlich über 340 Tagen (M = 343 Tagen; SD = 177,3) sehr lang. Mittels Propensity Score Matching konnten Stichproben mit vergleichbaren Stichprobenmerkmalen generiert werden. Für die vergleichende Analyse wurden den 200 Personen mit medizinischer Rehabilitation (Interventionsgruppe, IG), 200 vergleichbare Personen ohne medizinische Rehabilitation (Kontrollgruppe, KG) gegenübergestellt. Die Schmerzbeeinträchtigung wurde in der KG im Vergleich zur IG um vier Punkte günstiger bewertet (Differenz = 4,2; 95 % KI: -0,8 bis 9,2; p = 0,099; n = 400). In der Complete-Case-Analyse zeigte sich ein Unterschied von 6 Punkten zugunsten der KG (Differenz = 6,1; 95 % KI: 0,9 bis 11,2; p = 0,020; n = 326) im primären Zielkriterium. Darüber hinaus berichteten Personen in der KG weniger Schmerzbeeinträchtigungstage, weniger Arbeitsunfähigkeitstage, eine höhere subjektive Arbeitsfähigkeit, eine günstigere subjektive Erwerbsprognose und beantragten seltener eine Erwerbsminderungsrente.

Diskussion und Fazit

Auf den ersten Blick deuten die Ergebnisse unserer Kohortenstudie darauf hin, dass die medizinische Rehabilitation bei Erwerbstätigen mit Rückenschmerzen keinen Vorteil zeigt. Allerdings war der Zeitraum von durchschnittlich mehr als 340 Tagen zwischen der Ersterhebung und dem Beginn des Rehabilitationsprogramms sehr lang. In der Zwischenzeit erfuhren Personen mit einer Rehabilitation wahrscheinlich eine gesundheitliche Verschlechterung, die in Folge zu einer Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation führte. Anhand unserer Daten bleibt unklar, wann diese Verschlechterung stattfand. Wir gehen nicht davon aus, dass die bei der Ersterhebung erfassten Stichprobenmerkmale die Merkmale der behandelten Personen zu Beginn ihres Rehabilitationsprogramms widerspiegeln. Im Verlauf des Projekts wurde deutlich, dass der von uns gewählte Zeitpunkt der Erstbefragung für die Analyse der Effekte der medizinischen Rehabilitation ungeeignet ist. In einem modifizierten kostengünstigeren Design wäre es erforderlich, dass die Ersterhebung kurz vor Beginn der Rehabilitation durchgeführt wird. Sowohl Teilnehmende einer medizinischen Rehabilitation als auch Kontrollen ohne Rehabilitation könnten über Versichertenkonten der Rentenversicherungsträger rekrutiert werden. Mittels Propensity Score Matching könnte anschließend auf Basis der Daten der Ersthebung eine vergleichbare Kontrollgruppe zu den Personen mit medizinischer Rehabilitation generiert werden. Fälle und Kontrollen könnten dann ein und zwei Jahre später erneut angeschrieben und befragt werden.

Literatur

Austin, P. C. (2011): An introduction to propensity score methods for reducing the effects of confounding in observational studies. Multivariate Behavioral Research, 46. 399-424.

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.

GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators (2018): Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet, 392. 1789-1858.

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.

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

Förderung: Deutsche Forschungsgemeinschaft

Modellierung des Return to Work (RTW) anhand von Routinedaten der Rentenversicherung in der Requamo-II-Studie: Methodische Überlegungen

Rainer Kaluscha[1]; Tivadar Buzasi[1]; Rüdiger Nübling[2]; Udo Kaiser[2]; Jürgen Schmidt[2]; Edwin Toepler[3]

[1] IFR Ulm; [2] Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen; [3] Hochschule Bonn-Rhein-Sieg

Hintergrund und Zielstellung

Ein wichtiges Ziel in der Rehabilitation der Rentenversicherung ist die (Wieder-)Eingliederung in das Erwerbsleben. Bei dieser Zielgröße sind unterschiedliche Operationalisierungen möglich. Durch Zusammenarbeit von Rentenversicherungsträgern und Rehabilitationsforschung wurde dafür auch die Nutzung von (anonymisierten) Routinedaten der Rentenversicherung möglich. Dieser Ansatz bietet im Gegensatz etwa zu Fragebogenerhebungen den Vorteil, dass für sehr große Fallzahlen und lange Zeiträume der Erwerbsstatus sehr zuverlässig ermittelt werden kann. Ein guter Indikator ist die Anzahl Tage mit sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung, da dieser den Erwerbsstatus unabhängig von individueller Wochenarbeitszeit und Vergütung widerspiegelt. Allerdings stellen der auf das Intervall [0,365] eingeschränkte Wertebereich, die U-förmige Verteilung (d.h. viele Beobachtungen an den Rändern des Wertebereiches mit 0 bzw. 365 Tagen) sowie mögliche Einflüsse vorbestehender Merkmale der Rehabilitanden und des regionalen Arbeitsmarktes auf die Zielgröße besondere Anforderungen an die Auswertemethodik.

Methoden

Für eine Teilstichprobe der Requamo-II-Studie (15.404 Rehabilitanden aus 82 orthopädischen Fachabteilungen) wurden Prognosemodelle zur Vorhersage der Beschäftigungstage im ersten Kalenderjahr nach Rehabilitation gerechnet. Dabei wurden aus folgenden Modellfamilien jeweils Ein- und Mehrebenenmodelle (mit der Fachabteilung als zweite Ebene) betrachtet:

- generalisierte lineare Modelle (Wang et al., 2011)
- fraktionale Modelle (Papke & Wooldrige, 1996)
- Quasi-Poisson-Modelle
- (Zero-One-Inflated Beta-Modelle)

Als potentielle Confounder wurden einheitlich die Beschäftigungstage im ersten Kalenderjahr vor Rehabilitation, das Lebensalter in Fünfjahresschritten, das Geschlecht, die dichotomisierte Staatsangehörigkeit (deutsch/andere) sowie die binären Merkmale „Anschlussheilbehandlung“ und „Aufforderung zur Reha durch die Krankenkasse nach §51 SGB V“ einbezogen, die sich in früheren Studien als prognostisch relevant erwiesen hatten (Kaluscha et al., 2014). Zusätzlich wurde die Fachabteilung als weiterer Parameter einbezogen, um zu prüfen, ob einzelne Fachabteilungen unter Berücksichtigung der Rehabilitandenmerkmale auffällige Ergebnisse zeitigen.

Bestimmt wurde die Modellgüte in Form von Devianz und (Pseudo-)Varianzaufklärung (R2), da diese Maße für alle Modellfamilien bestimmbar waren.

Ergebnisse

Obwohl die Zero-One-Inflated Modelle von der Theorie her am besten für die U-förmige Verteilung geeignet sein müssten, zeigte sich recht schnell, dass die Modellgüte deutlich schlechter war als bei den anderen drei Modellfamilien, so dass dieser Ansatz nicht weiterverfolgt wurde.

Bei den anderen Modellfamilien ergaben sich sehr ähnliche Ergebnisse. Die adjustierte Bestimmtheitsmaß (R-Quadrat) war bei allen Modellen zwischen 0,40 und 0,41, der Prozentsatz der maximal erklärbaren Devianz zwischen 34,4% und 41,1%. Die Verteilung der Residuen war sehr ähnlich. Die Einführung einer zweiten Ebene für die Fachabteilungen brachte keine nennenswerten Vorteile, die Bestimmtheitsmaße der Mehrebenenmodelle waren bei jedem Modell auf zwei Dezimalen gleich und die erklärbare Devianz war auch nicht besser als beim Einebenenmodell.

Alle betrachteten potentiellen Confounder wurden in allen Modellen signifikant.

Diskussion und Fazit

Die Modellierung und die Interpretation der Ergebnisse bedarf insbesondere bei Einrichtungsvergleichen besonderer Sorgfalt. In dieser Studie zeigte sich, dass die Unterschiede zwischen einzelnen Modellen nicht so groß sind, wie es die Theorie eigentlich erwarten ließe. Wenngleich die Sensitivität gegenüber kleineren Effekten der Fachabteilung unterschiedlich war, so wurden doch stets dieselben Fachabteilungen als „sehr auffällig“ identifiziert.

Angesichts der schwächeren Verteilungsannahmen und der Auslegung für einen auf ein Intervall begrenzten Wertebereich empfiehlt sich in diesem Anwendungsfall die Nutzung eines fraktionalen Einebenenmodells.

Literatur

Kaluscha, R., Nübling, R., Toepler, E., Kaiser, U., Müller, G., Martin, H., Renzland, J., Reuss-Borst, M., Kriz, D., Schmidt, J., Krischak, G. (2014): Zusammenhänge zwischen Patientenselbsteinschätzung und Sozialversicherungsbeiträgen ein Jahr nach Rehabilitation: Ergebnisse aus der "Reha-QM-Outcome-Studie" des Qualitätsverbundes Gesundheit und der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg. DRV-Schriften Band 103 (Tagungsband 23. Rehabilitations-wissenschaftliches Kolloquium), S. 191 – 194.

Papke, L.E., Wooldridge, J.M., 1996. Econometric methods for fractional response variables with an application to 401(k) plan participation rates. Journal of Applied Econometrics 11, 619–632.

Wang, L., Liu, X., Liang, H., Carroll, R. J. (2011). Estimation and variable selection for generalized additive partial linear models. Ann. Statist. 39: 1827 – 1851.

Förderung: Die Deutsche Rentenversicherungen Baden-Württemberg, Braunschweig-Hannover und Nordbayern förderten die Studie mit Forschungsmitteln, übernahmen aus Datenschutzgründen dankenswerterweise den Versand der Fragebögen und stellten anonymisierte Routinedaten zur Verfügung.

Outcome medizinischer Rehabilitation im Spiegel multipler Ergebniskriterien - Konzept und Gütekriterien

Jürgen Schmidt[1]; Rüdiger Nübling[1]; Udo Kaiser[1]; Rainer Kaluscha[2]; Edwin Toepler[3]

[1] Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen; [2] IFR Ulm; [3] Hochschule Bonn-Rhein-Sieg

Hintergrund und Zielstellung

Die adäquate Darstellung des Outcome medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen stellt nach wie vor eine zentrale Herausforderung der evaluativen Rehabilitationsforschung dar. Zur Ergebnismessung gibt es verschiedene Ansätze, die alle mit Vor- und Nachteilen verbunden sind. Im Regelfall geht die Vielfalt der möglichen singulären Ergebniskriterien zumeist mit vielen Messungen unterschiedlicher Zielkriterien einher. Hierbei läuft man leicht Gefahr, den Wald vor lauter Bäumen aus den Augen zu verlieren. Ein abseits des Mainstreams liegender Ansatz der Ergebnismessung stellt das von Schmidt, Wittmann und Nübling in den 1980er Jahren vorgestellte Konzept der multiplen Ergebniskriterien dar (Schmidt et al., 1987; Schmidt et al., 2003). Hierbei werden singuläre Kriterien zu einem multiplen Kriterium (MOC = multiple outcome criterion) aggregiert. Dieses soll den Outcome in seiner Gesamtheit abbilden.

Methoden

In der multizentrischen Requamo-II-Studie (41 Rehakliniken) werden drei Datenebenen und deren Zusammenhänge untersucht (Toepler et al., 2018): 1. Selbstangaben der Rehabilitanden (PRO-Daten), 2. RSD-Daten und 3. Daten aus dem QS-Programm der DRV. Im Rahmen der Ergebnismessung wurde auch geprüft, welches Gesamtbild des Reha-Outcome sich aufgrund der Selbstberichte 1 Jahr nach der Reha zeigt. Hierzu wurden bei einer Stichprobe von N = 7589 Rehabilitanden 27 singuläre Ergebniskriterien (SEKs; z. B. Erwerbstätigkeit, berufliche Leistungsfähigkeit, gesundheits-bezogene Lebensqualität, Einschränkungen der Teilhabe, Nachhaltigkeit der Rehaeffekte, Behandlungszufriedenheit) nach dem Prinzip „Messen und Bewerten“ zu einem multiplen Ergebniskriterium (MOC) aggregiert, wobei unterschiedliche MOC-Varianten miteinander verglichen werden konnten. Während bei Variante 1 (= MOC_27D) alle SEKS dichotomisiert (1 = positives Ergebnis vs. 0 = neutrales bzw. unerwünschtes Ergebnis) und aggregiert wurden, wurden dieselben SEKs bei Variante 2 (MOC_27) mit 0 – 1 – 2 – 3 differenzierter bewertet und aufsummiert. Alle SEKs wurden konservativ Missing-data korrigiert, wobei für fehlende Werte jeweils eine 0 eingesetzt wurde. Hierdurch ergaben sich bei Variante 1 theoretisch MOC-Skalenwerte zwischen 0 und 27, für Variante 2 Werte zwischen 0 und 81. Zur Datenreduktion wurde weiterhin eine gekürzte Version mit 15 SEKs gebildet (MOC_15RD; Range: 0 – 15). Überprüft wurde bei den drei MOC-Skalen Verteilungsform, interne Konsistenz, faktorielle Struktur, Validität, Vorhersagbarkeit und die Korrelation mit den Beitragszahlungen vor und nach der Reha, welche aus der Reha-Statistik-Datenbank zugeordnet werden konnten.

Ergebnisse

Die drei MOCs korrelierten im Bereich 0,92 bis 0,99 sehr hoch miteinander. In Abhängigkeit vom Verrechnungsprinzip der SEKs zeigten sich unterschiedliche Verteilungsformen, was sich insbesondere an unterschiedlichen Schiefe-Werten manifestierte (bei MOC_27 positiv, d.h. tendenziell eher rechtschiefe Verteilung, bei MOC_27D und MOC_15RD negativ, d.h.

tendenziell linksschiefe Verteilung). Die interne Konsistenz der drei Skalen lag im Bereich α = 0,85 bis α = 0,88. Hauptkomponenten- und Faktorenanalysen der 27 SEKs ergaben 3 – 6 Faktoren, die maximal 58 % der Gesamtvarianz erklären konnten. Durch Elimination von Einzelrestfaktoren und von Items mit Mehrfachladungen konnte ein auf 15 SEKs reduziertes MOC gebildet werden, dem drei gut interpretierbare Faktoren bzw. Komponenten zugrunde lagen (1: berufsbezogener Faktor, 2: gesundheitsbezogener Faktor, 3: Bewertungs-Faktor). Eine konfirmatorische Faktorenanalyse zeigte einen zufriedenstellenden Model Fit (CFI = 0,945, SRMR = 0,045, RMSEA = 0,055). Regressionsanalytisch zeigte sich weiterhin, dass die überprüften MOCs am besten durch Veränderungsmerkmale (bis zu 78% erklärte Varianz), etwas weniger gut durch Merkmale, die den Post-Zustand betrafen (bis zu 51 %) und am wenigsten durch Merkmale des Prä-Zustands (bis zu 17 %) vorhersagbar waren. Die Korrelationen der drei MOCs mit den SV-Beitragszahlungen der Rehabilitanden im Jahr nach der Reha lagen im Bereich r = 0,33 bis r = 0,41. Hierbei korrelierten die Sub-Faktoren unterschiedlich hoch mit diesem Außenkriterium. Während der berufsbezogene Faktor Korrelationen bis zu r = 0,61 zeigte, waren die Zusammenhänge mit den beiden anderen Faktoren deutlich geringer.

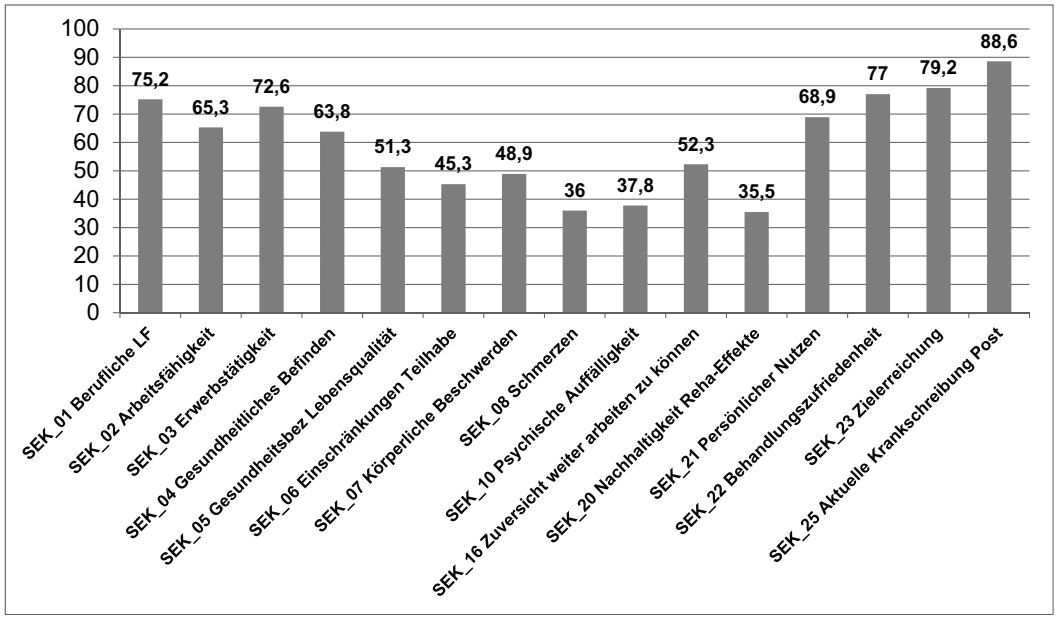


Abb 1: Singuläre Kriterien von MOC_15RD mit dichotomer Bewertung (N = 7589). Dargestellt sind die Anteile der Rehabilitanden in Prozent, welche im jeweiligen singulären Kriterium 1 Jahr nach der Reha eine positive Ausprägung zeigen (z.B. Besserung)

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass auf der Basis von PRO-Daten aussagekräftige multiple Ergebniskriterien konstruiert werden können. Zwischen unterschiedlich gebildeten MOCs zeigen sich hohe Interkorrelationen. Die Reliabilität derartiger Ergebnis-Kennwerte ist zufriedenstellend, die überprüften MOCs korrelieren auch mit Außenkriterien (z.B. RSD-Daten). Für vergleichende Analysen (z. B. Klinikvergleiche) können risikoadjustierte MOCs eine wichtige Grundlage sein.

Literatur

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

Schmidt, J.,Nübling, R., Wittmann, W.W. (1995): Praktikable Möglichkeiten der Erfassung von Ergebnisqualität im Rahmen der internen Qualitätssicherung: Erfahrungen mit multiplen Ergebniskriterien im Bereich der Psychosomatischen Rehabilitation. In: VDR (Hrsg.), DRV-Schriften, Band 5, S.71-73.

Schmidt, J. (1991): Evaluation einer psychosomatischen Klinik. Frankfurt: VAS.

Schmidt, J., Bernhard, P., Wittmann, W.W., Lamprecht, F. (1987): Die Unterscheidung zwischen singulären und multiplen Ergebniskriterien. Ein Beitrag zur Kriterienproblematik in der Rehabilitation. In: Lamprecht, F. (Hrsg.), Spezialisierung und Integration in der Psychosomatik, S.293 – 299. Berlin: Springer.

Toepler, E., Nübling, R., Kaluscha, R., Kaiser, U., Krischak, G., Schmidt, J. für den Forschungsverbund Reha-QM-Outcome-Studie (2018): Reha-QM-Outcome Studie II. Entwicklung eines Reha-Outcome-Index als Element der Belegungssteuerung und Instrument eines qualitätsorientierten Benchmarkings für die stationäre Rehabilitation. Studienprotokoll. Im Internet: http://bit.ly/36j8olu.

Wittmann, W.W., Nübling, R. Schmidt, J: (2002): Evaluationsforschung und Programmevaluation im Gesund-heitswesen. Zeitschrift für Evaluation, 1, 39-60.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, Nordbayern, Braunschweig-Hannover

FIDA - ein neues Instrument zur Messung der funktionellen Selbständigkeit bei Alltagsaktivitäten

Klaus Freidel[1]; Markus Leisse[2]; Bernd Röhrig[1]; Beate Feeser[1]; Sigrid Linck-Eleftheriadis[1]
[1] MDK Rheinland-Pfalz; [2] MEDIAN Reha-Zentrum Bernkastel-Kues Klinik Burg Landshut

Hintergrund und Zielstellung

Der FIDA (Functional Independence in daily Activities) ist ein Instrument zur Messung der funktionellen Selbständigkeit bei Aktivitäten des täglichen Lebens. Der FIDA wurde als Fremdeinschätzungsinstrument entwickelt. Die Items und die Art der Anwendung stehen in der Tradition von etablierten Assessments wie Barthel-Index (Mahoney & Barthel, 1965), Functional Independence Measurement (FIM) (Granger et al., 1986) und SINGER (Funke et al., 2009). Ziel war es, ein Messinstrument zur Erfassung der funktionellen Selbständigkeit bei Alltagsaktivitäten zu entwickeln, das bezüglich der Anwenderfreundlichkeit möglichst nah an den Barthel-Index herankommt und dessen Messgenauigkeit an die des SINGER und des FIM heranreicht. Der FIDA lehnt sich an den Pflegebegriff des seit 1.1.2017 gültigen 2. Pflegestärkungsgesetz an. Danach ist eine Beeinträchtigung der Selbständigkeit begrifflich an die Notwendigkeit der Inanspruchnahme personeller Hilfe bei Aktivitäten gekoppelt. Der FIDA wurde mit dem Ziel entwickelt, die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit abzubilden, wie sie beispielsweise nach einem Akutereignis wie Sturz oder Schlaganfall und in der Folge bestehendem Rehabilitationsbedarf häufig festzustellen sind. Hauptanwendungsfelder sind:

- Klassifikation der Schwere der Beeinträchtigung bzw. des Unterstützungsbedarfs bei Aktivitäten des täglichen Lebens und
- Abbildung funktioneller Verbesserungen nach Intervention.

Für die Items wurde eine fünfstufige Skalierung gewählt, die zwischen der relativ groben Systematik des Barthel-Index und den sehr feinen Abstufungen von FIM oder SINGER liegt. Die fünf Antwortalternativen sind: (1) selbständig / Fähigkeit vorhanden - Tätigkeit kann auch ohne Hilfsperson verrichtet werden, ggf. mit Hilfsmittel die wenn zugänglich selbständig eingesetzt werden; (2) selbständig unter Beaufsichtigung / geringfügige Anregungen nötig - lediglich Beaufsichtigung oder verbale Hinweise / Anregung in geringem Umfang zur Unterstützung notwendig; (3) überwiegend selbständig - Selbständigkeit über 50 %, Hilfsperson übernimmt Teilhandlungen, Unterstützungsbedarf oder Aufsicht aber Hauptlast trägt Patient / Rehabilitand; (4) überwiegend unselbständig / Fähigkeit nur in geringem Maß vorhanden - Selbständigkeit unter 50 %, Übernahme von Teilhandlungen, ausgeprägter Unterstützungsbedarf, Hauptlast trägt Hilfsperson; (5) unselbständig / Fähigkeit nicht vorhanden - Tätigkeit / Verrichtung muss fast vollständig von Dritten übernommen werden, Mithilfe kaum möglich.

Die psychometrischen Eigenschaften wurden in der vorliegenden Studie geprüft.

Methoden

Zur psychometrischen Überprüfung wurde der FIDA in einer neurologischen Rehabilitationsklinik eingesetzt. Eingestuft wurden alle Rehabilitanden (N = 355; Alter 69,8±10,9 Jahre), die von Februar (Aufnahme) bis Juni 2020 (Entlassung) in Trägerschaft der gesetzlichen Krankenversicherungen dort rehabilitiert wurden. Parallel zum FIDA wurde der Barthel-Index (BI) nach dem Hamburger Manual erhoben. Die Einstufung erfolgte durch getrennte Teams. Zur psychometrischen Überprüfung wurden Itemschwierigkeiten (Fisseni, 1997), Trennschärfe und interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) berechnet. Die Faktorenstruktur wurde über eine Faktorenanalyse (PCA mit Varimaxrotation) evaluiert. Die Überprüfung der konvergenten Validität erfolgte durch Korrelation (Pearson) der Summenwerte des FIDA und des BI. Die psychometrische Überprüfung erfolgte mit den Werten zu Rehabilitationsbeginn. Die Veränderungen wurden durch Differenzbildung der Werte zu Beginn und am Ende der Rehabilitation berechnet, um zu prüfen, ob die funktionellen Veränderungen während der Rehabilitation durch FIDA und Barthel-Index unterschiedlich abgebildet werden.

Ergebnisse

Die Itemschwierigkeiten (p) lagen bei allen 20 Items im mittleren Bereich zwischen $0{,}39 \leq p \leq 0{,}77$. Der Wert von 0,96 nach Kaiser, Meyer, Olkin (KMO) bestätigt die Eignung der Daten für eine Faktorenanalyse. Die Faktorenanalyse bestätigt die angenommene Zuordnung zu den beiden Skalen Motorik (16 Items) und Kognition (4 Items). Ungeachtet der zweifaktoriellen Struktur beträgt die interne Konsistenz des FIDA $\alpha=0{,}98$ mit Item-Skalenkorrelationen zwischen ($0{,}63 < rit < 0{,}93$), sodass die Bildung des Summenwertes möglich ist. Das Item mit der niedrigsten Korrelation zum Gesamtwert war "Verbaler Ausdruck", das Item mit der höchsten Korrelation "Waschen untere Extremität, Füße". Die motorische Skala erreicht eine interne Konsistenz von $\alpha=0{,}98$, die aus den kognitiven Items gebildete Skala $\alpha=0{,}93$. Zu Rehabilitationsbeginn betrug die Korrelation von FIDA und BI $r=0{,}94$, zum Zeitpunkt der Rehabilitationsentlassung $r=0{,}92$. Funktionelle Verbesserungen bildeten sowohl FIDA als auch BI ab. Nach Skalenangleichung des FIDA [0-100] lagen die im Verlauf der Rehabilitation abgebildeten Verbesserungen beim FIDA im Durchschnitt bei 9,2±10,6 Punkten, im BI betrugen die Verbesserungen 8,3±12,5.

Diskussion und Fazit

Der FIDA ist ein reliables, valides und veränderungssensitives Assessment-Instrument zur Beurteilung der funktionellen Selbständigkeit. Den beteiligten Rehabilitationsteams war es möglich, die Einstufung auf Basis der Itemoperationalisierungen ohne aufwändige Schulungsmaßnahmen durchzuführen. Die Psychometrie und die Analysen zur Validität zeigen sehr zufriedenstellende Ergebnisse. Perspektivisch ist die Prüfung der Eignung des FIDA zur Einstufung in Schweregradgruppen und neurologische Rehabilitationsphasen vorgesehen.

Literatur

Fisseni, H.-J. (1997): Lehrbuch der psychologischen Diagnostik. Göttingen: Hogrefe.

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

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

Mahoney, F.I., Barthel, D.W. (1965): Functional evaluation: The Barthel Index. Maryland State Medical Journal, 14. 61-65.

Hat die Entscheidungskompetenz von Patienten mit Multipler Sklerose Einfluss auf die Auswahl der Immunmodulation?

Anna Hedwig[1]; Christian Dettmers[2]; Janina Hoffmann[3]; Michael Jöbges[2]

[1] Universität Konstanz; [2] Kliniken Schmieder; [3] University of Bath

Hintergrund und Zielstellung

Partizipative Entscheidungsfindung oder shared decision making (SDM) ist ein attraktives und häufig propagiertes Ziel in der Betreuung von chronisch kranken Patienten. Shared decision making zielt darauf ab, die Verantwortung im Entscheidungsprozess gleichermaßen auf den behandelnden Arzt und den Patienten zu verteilen. Es beschreibt den Kommunikationsprozess zwischen behandelndem Arzt und Patienten, bei dem die beste Evidenz mit den persönlichen Präferenzen des Patienten kombiniert werden, um in Folge dessen zu möglichst guten gesundheitsbezogenen Entscheidungen zu gelangen (Cocco et al., 2017).

Bei der Multiplen Sklerose finden sich im Krankheitsverlauf gehäuft kognitive Defizite, unter anderem Störungen der Aufmerksamkeit und der Merkfähigkeit (DeLuca et al., 2020). Hoffmann et al. bestätigten, dass die Entscheidungskompetenz bei Patienten mit MS mit der Gedächtnisleistung zusammenhängt, und wiesen nach, dass die Entscheidungskompetenz bei MS Patienten eingeschränkt ist (Hoffmann et al., 2020). Vor allem fanden sich weniger Resistenz gegenüber Framing, eine Schwierigkeit in der Risikoeinschätzung und in der Fähigkeit, Entscheidungsregeln zu folgen (Hoffmann et al., 2020).

Patienten mit MS und einem schubförmigen Verlauf werden überwiegend mit einem immunmodulatorisch wirksamen Medikament behandelt. Die Wahl der Immunmodulation sollte in erster Linie von der Krankheitsaktivität und den Prioritäten des Patienten abhängen und nicht von der Entscheidungskompetenz des Patienten beeinflusst werden. Die Frage der vorliegenden Studie ist, ob sich die Entscheidungskompetenz des Patienten auf die Wahl der Immunmodulation auswirkt.

Methoden

Patientenrekrutierung: Aus der Studie von Hoffmann et al. (Hoffmann et al., 2020), deren Daten im Sommer 2017 an 137 MS Patienten in den Kliniken Schmieder Konstanz gesammelt wurden, wurden 85 Patienten mit schubförmigen Verlauf identifiziert. Die Immunmodulation wurde bei diesen 85 Patienten in 5 Gruppen eingeteilt: Gruppe 0 (keine Immunmodulation, n=23), Gruppe 1 (traditionelle „injectables“, Interferone und Glatirameracetat, n=18), Gruppe 2 (nicht so wirksame Tabletten mit geringem Nebenwirkungsprofil: Dimethylfumarat und Teriflunomid, n=20), Gruppe 3 (Fingolimod und Daclizumab, n=16) und Gruppe 4

(hochwirksame Medikamente mit entsprechendem Nebenwirkungsprofil: Alemtuzumab und Natalizumab, n=8).

Das Handicap der Patienten wurde mittels Expanded Disability Status Scale (EDSS) erhoben.

Entscheidungskompetenz: Aus der Studie von Hoffmann et al. (3) bzw. aus der Adult Decision Making Competence battery (A-DMC) wurden 2 der 5 Aufgaben zur Messung der Entscheidungskompetenz ausgewählt: Wie gut die Patienten Entscheidungsregeln anwenden können, Applying Decision Rules, und wie konsistent die Patienten Risiken einschätzen können, Risk Perception.

Ergebnisse

In den Gruppen 0 bis 3 nahm der EDSS mit zunehmender Wirksamkeit der Medikamente leicht zu.

Für die vier Medikamentengruppen fanden sich keine Unterschiede hinsichtlich der Einhaltung von Decision Rules (DR)(Abb.1) und hinsichtlich der Risikowahrnehmung (risk perception (RP)) (Abb.2). Dies galt auch für den Vergleich zwischen Patienten mit und ohne immunmodulatorische Medikation.

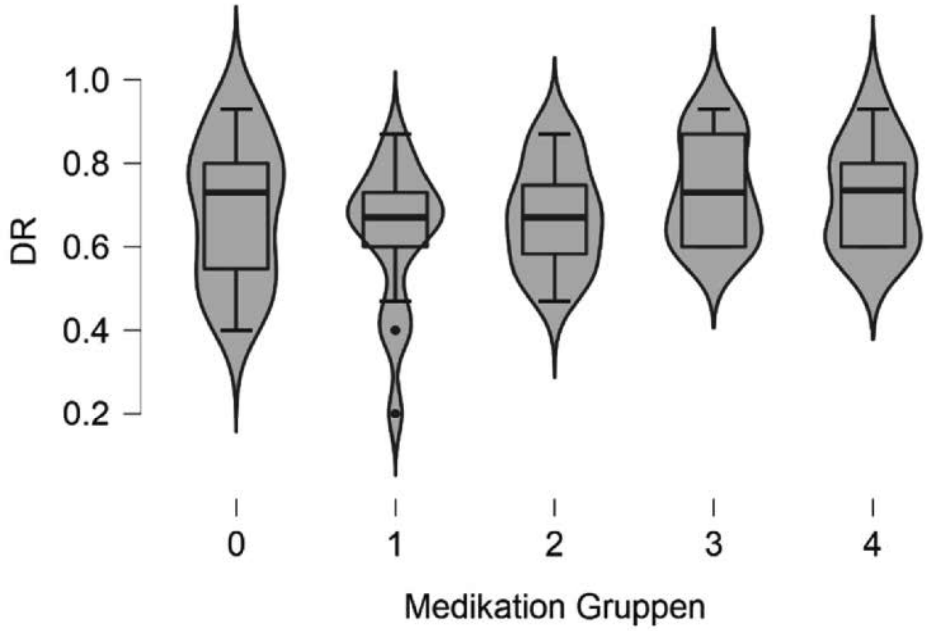


Abb. 1:Darstellung der Werte der Decision Rule für die 5 Gruppen der Immunmodulatoren (Gruppe Null ohne Medikation; Gruppe 1 bis 4 mit steigender Wirksamkeit und gleichzeitig steigendem Nebenwirkungsprofil/Risiko)

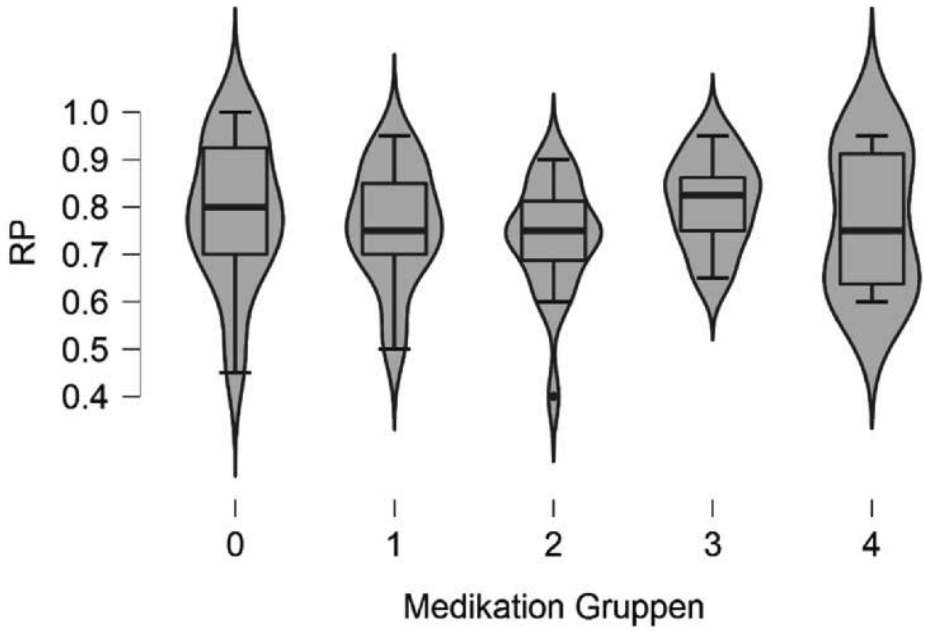


Abb. 2: Risk Perception für die 5 Gruppen der Immunmodulatoren

Diskussion und Fazit

Unsere Einteilung der Immunmodulatoren deckt sich mit der neuen Einteilung der Konsultationsfassung der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) mit der Ausnahme, dass wir die Wirksamkeitskategorie 1 der DGN in 2 Untergruppen unterteilt haben: Unsere Gruppe 1 sind die lange erprobten Immunmodulatoren, deren Wirkung und Nebenwirkung seit über 20 Jahren bekannt sind („injectables"). In unserer Einteilung wird Gruppe 2 von 2 Tabletten gebildet, die noch nicht so lange auf dem Markt sind wie die Gruppe 1 und daher vielleicht auch eine gewisse Entscheidungsbereitschaft auf Seiten des Patienten voraussetzen. Ferner war im Sommer 2017 Daclizumab noch im Einsatz. Ocrevus, Siponimod und Ozanimod waren noch nicht zugelassen.

Die Tatsache, dass der EDSS von Gruppe 0 zu Gruppe 3 zunimmt, entspricht vermutlich der Versorgungsrealität, dass höher wirksame Medikamente bei stärker betroffenen Patienten (als Hinweis auf höhere Entzündungsaktivität) häufiger eingesetzt werden.

Wir haben diesen Daten bisher keinen Hinweis entnehmen können, dass sich die Entscheidungskompetenz der Patienten auf die Wahl der Immunmodulation auswirkt. Dies liegt möglicherweise an der kleinen Stichprobe. Ein Einfluss der Entscheidungskompetenz der Patienten wäre durchaus problematisch, da die Auswahl des immunmodulierenden Medikaments vor allem von der Krankheitsaktivität und den Prioritäten des Patienten, aber nicht von seiner Entscheidungskompetenz abhängen sollte.

Aufgrund der Studie von Hoffmann et al. (Hoffmann et al., 2020) muss man bei der Betreuung und Beratung der Patienten berücksichtigen, dass aufgrund kognitiver Defizite die Entscheidungskompetenz beeinträchtigt sein kann. Das kann den Entscheidungsprozess

hinsichtlich der Auswahl einer angemessenen Medikation und die Berücksichtigung der Prioritäten des Patienten verkomplizieren.

Wir planen, die Fragestellung mittels internetbasierter Umfrage und einer deutlich größeren Stichprobe zu wiederholen.

Literatur

Cocco, E., Caoci, A., Lorefice, L., Marrosu, M.G. (2017): Perception of risk and shared decision making process in multiple sclerosis. Expert Rev Neurother. 2017;17(2):173-80.

DeLuca, J., Chiaravalloti, N.D., Sandroff, B.M. (2020): Treatment and management of cognitive dysfunction in patients with multiple sclerosis. Nat Rev Neurol 2020.

Hoffmann, J.A., Bareuther, L., Schmidt, R., Dettmers, C.. (2020): The relation between memory and decision-making in multiple sclerosis patients. Mult Scler Relat Disord. 2020;37:101433.

Interessenkonflikt: Vortragshonorare von Merck Serono und Novartis

Rehappy: Evaluation einer Schlaganfall-App durch Betroffene

Viktoria Arling[1]; Sorina von der Heiden; Veneta Slavchova[1]

[1] RWTH Aachen

Hintergrund und Zielstellung

Schlaganfälle sind weltweit die zweithäufigste Todesursache und ziehen bei Überlebenden oftmals schwere funktionelle Einschränkungen nach sich (Busch & Kuhnert, 2017). Zur Überwindung dieser gesundheitlichen Folgen gilt es, die Motivation der Patienten auch nach der medizinischen Rehabilitation langfristig aufrecht zu erhalten. Vor diesem Hintergrund hat der Einsatz von digitalen Anwendungen im Gesundheitsbereich, beispielsweise in Form von Smartphone-Applikationen (Apps), in den letzten Jahren stark zugenommen (Gigerenzer et al., 2016).

Das Unternehmen „Rehappy GmbH“ hat speziell zur Unterstützung von Schlaganfallpatienten die App „Rehappy“ entwickelt. Die App umfasst drei zentrale Bereiche:

(1) Energie: Rückmeldung über die Aktivitäten in Kombination mit einem Armband als Aktivitätentracker

(2) Wissen: (psycho-)edukative Vermittlung von Know-How über das Thema Schlaganfall

(3) Plan: individuelle Zielsetzung und Erfolgskontrolle eigener Ziele

Ziel der vorliegenden Studie war es, die App „Rehappy“ aus Betroffenensicht zu evaluieren. Geprüft werden sollte dabei insbesondere, inwieweit Schlaganfall-Patienten die App als unterstützend für ihre Krankheitsbewältigung empfinden.

Methoden

Die Evaluation erfolgte in Form eines Online-Fragebogens. Einschlusskriterium in die Studie war, dass die Betroffenen in der Vergangenheit mindestens einen Schlaganfall erlitten hatten. Um den Befragten eine adäquate Bewertung zu ermöglichen, wurden für die Bereiche und Funktionen der App kurze Einführungs-Videos gedreht. Ziel war es, die grundsätzlichen Funktionen und das Bedien-Interface der App vorzustellen. Im Anschluss an die Videos beantworteten die Betroffenen jeweils Fragen zur Evaluation (z.B. Verständlichkeit, Sinnhaftigkeit, Akzeptanz, Unterstützungspotenzial).

Die Nützlichkeit wurde mit Hilfe der System Usability Scale erfasst (deutsche Version von Rummel, 2015). Zur Kontrolle entsprechender Einschätzungen wurde die Technikaffinität der Betroffenen erfasst (Skala zur interaktionsbezogenen Technikaffinität von Franke et al., 2019).

Die Akquise erfolgte über Facebook-Gruppen für Schlaganfallpatienten und einen E-Mail-Verteiler von Rehappy GmbH. Als Anreiz wurden drei Rehappy-Lizenzen unter allen Teilnehmenden verlost. Die Stichprobe (N = 51) setzte sich aus 36 Frauen (70,6%) und 15 Männern (29,4%) zusammen (mittleres Alter: 48,63 Jahre, SD = 10,94, Spanne: 23 – 73 Jahre). 32 Betroffene hatten einen Schlaganfall erlitten, 19 Personen hatten zwischen zwei und mehr als vier Schlaganfälle überlebt. Als häufigste Beschwerdengruppen nannten die Betroffenen neurologische Störungen (51%), Sprach- und Verständnisstörungen (49%) und Depressionen bzw. andere psychische Folgen (45,1%).

36 Teilnehmern waren Gesundheits-Apps bekannt, hiervon hatten 23 Personen schon einmal eine solche App verwendet. Nur zwei Personen verwendeten bereits eine App speziell für Schlaganfall-Patienten.

Ergebnisse

Die deskriptiven Statistiken der Evaluation sind in Tabelle 1 dargestellt. Es folgt die Zusammenfassung zentraler Evaluationsergebnisse.

Tab. 1: Deskriptive Statistiken zur Evaluation der Schlaganfall-App „Rehappy

Beurteilungsdimension	**AM**	**SD**	**Spanne**
Potenzial der App zur Unterstützung gesundheitsförderlichen Verhaltens [1]	4,53	1,36	1 - 6
Nützlichkeit des Produktes [1]	4,86	1,13	2 - 6
Wahrscheinlichkeit der Nutzung des Produktes [1]	4,63	1,54	1 – 6
Weiterempfehlungsbereitschaft für andere Betroffene [1]	4,80	1,34	1 – 6
Nutzerfreundlichkeit [2] (System Usability Scale; Rummel, 2015)	4,08	0,79	2 - 5
Kontrollvariable			
Technikaffinität [3] (Franke et al., 2019)	4,15	0,67	1 - 6

Anmerkungen: N = 51 Rückmeldungen; [1]sechsstufige Abfrage von ‚1': *überhaupt nicht nützlich* bzw. *sehr unwahrscheinlich* bis ‚6' *sehr nützlich* bzw. *sehr wahrscheinlich*; [2] fünfstufige Abfrage von ‚1': *stimme überhaupt nicht* zu bis ‚5': *stimme völlig zu;* [3] sechsstufige Abfrage von ‚1': *stimmt gar nicht* bis ‚6': *stimmt völlig*

Die Schlaganfall-Patienten waren der Auffassung, dass die App „Rehappy“ sie dabei unterstützen würde, gesundheitsförderliches Verhalten umzusetzen. Die App wurde als nützlich bewertet und die Betroffenen gaben eine hohe Wahrscheinlichkeit an, die App auch tatsächlich verwenden zu wollen. Die verschiedenen Funktionen bzw. Bereiche der App wurden vergleichbar positiv beurteilt. Die App wurde als bedien- bzw. nutzerfreundlich eingeschätzt. Die Befragten würden Rehappy auch anderen Betroffenen empfehlen.

Es zeigte sich kein Zusammenhang (Nullkorrelation) zwischen der Nutzungsbereitschaft und der Technikaffinität. Hieraus lässt sich schließen, dass eine weniger ausgeprägte Technikaffinität kein Ausschlusskriterium zur Nutzung der App für die Betroffenen darstellte.

Diskussion und Fazit

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die App „Rehappy“ durch Betroffene wohlwollend bewertet wurde. Dies gilt sowohl für die einzelnen Bereiche bzw. Funktionen als auch für die App als solches. Somit erweist sich die App für Betroffene als attraktives Angebot. Positiv hervorzuheben ist auch, dass die App im Aufbau und in der Funktionalität hinreichend niedrigschwellig ansetzt, um bei vergleichsweise weniger stark ausgeprägten Technikkenntnissen ebenfalls auf Akzeptanz zu stoßen.

Zu beachten gilt jedoch, dass die Betroffenen die App ausschließlich in Form von Videos kennen lernen konnten – eine tatsächliche Nutzung im Sinne einer Erprobung im Alltag fand nicht statt. Insgesamt war die Technikaffinität bei der vorliegenden Stichprobe darüber hinaus in einem eher hohen Bereich einzuordnen. Bzgl. einer Verbesserung der tatsächlichen Umsetzung und Anwendung der App in der Praxis sollten hier weitere Evaluationsschritte ansetzen, wie z.B. die Berücksichtigung wahrgenommener Unterstützung bei „realer“ Nutzung der App (weiche Kriterien) bzw. die Berücksichtigung einer Steigerung bzw. Aufrechterhaltung eines bestimmten Aktivitätsniveaus (hartes Kriterium).

Literatur

Busch, M. A., Kuhnert, R. (2017): 12-Monats-Prävalenz von Schlaganfall oder chronischen Beschwerden infolge eines Schlaganfalls in Deutschland. Journal of Health Monitoring. 2. 70-76. doi.10.17886/RKI-GBE-2017-010.

Franke, T., Attig, C., Wessel, D. (2019): A Personal Resource for Technology Interaction: Development and Validation of the Affinity for Technology Interaction (ATI) Scale. International Journal of Human-Computer Interaction, 35(6). 456-467. doi.10.1080/10447318.2018.1456150.

Gigerenzer, G., Schlegel-Matthies, K., Wagner, G. G. (2016): Digitale Welt und Gesundheit: eHealth und mHealth - Chancen und Risiken der Digitalisierung im Gesundheitsbereich. Berlin: Sachverständigenrat für Verbraucherfragen.

Rummel, B. (2015): System Usability Scale - jetzt auch auf Deutsch. SAP – User Experience Community. URL: https://experience.sap.com/skillup/systemusability-scale-jetzt-auch-auf-deutsch/, Abruf: 25.11.2020.

Vergleich des MusiQol und des SF-36 zur Erfassung der Verbesserung der Lebensqualität von Patienten mit MS während der Rehabilitation

Juliane Leible; Christian Dettmers; Michael Jöbges
Kliniken Schmieder

Hintergrund und Zielstellung

Übergeordnetes Ziel für die Rehabilitation ist die Verbesserung oder Aufrechterhaltung der Partizipation (privat und beruflich) und eine möglichst hohe Lebensqualität trotz chronischer Beeinträchtigung. Zur Erfassung der Lebensqualität bieten sich generische Instrumente wie der SF-36 oder krankheitsspezifische wie für die Multiple Sklerose (MS) z.B. der Mutiple Sclerosis International Questionnaire of Quality of Life (MusiQol). Erstaunlicherweise haben wir keine Studien gefunden, die die Änderungssensitivität beider Fragebogen für die Rehabilitation miteinander vergleichen. Ziel dieser Studie war es, die Änderungssensitivität dieser beiden Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Patienten mit Multipler Sklerose (MS) zu vergleichen.

Methoden

Zwischen dem 1.9.2019 und dem 4.10.2019 wurden konsekutiv alle MS Patienten, die in den Kliniken Schmieder Konstanz aufgenommen wurden, gefragt, ob sie bereit sind, an dieser Erhebung mittels Fragebogen teilzunehmen. Von 90 Patienten wurden 12 ausgeschlossen, weil sie Phase C waren, 2 Akutpatienten und ein tagesklinischer Patient. Von den 75 Phase D Patienten waren 10 nicht bereit teilzunehmen, sieben mußten ausgeschlossen werden, weil sie nur den SF-36 ausgefüllt hatten (n=7) und zwei, weil sie nur den MusiQoL ausgefüllt hatten. Es blieben 56 Patienten übrig, die den SF-36 und den MusiQoL innerhalb der ersten drei Tage und kurz vor der Entlassung ausfüllten.

Der SF-36 besteht aus 8 Dimensionen (Bullinger, 1995): körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion, psychisches Wohlbefinden, Vitalität, emotionale Rollenfunktion, soziale Funktionsfähigkeit, körperliche Schmerzen und allgemeine Gesundheitswahrnehmung. Jede Frage wird auf einer Likert-Skala abgebildet und anschliessend in eine Skala von Null (schlechteste Lebensqualität) bis 100 (beste Lebensqualität) transformiert.

Der Multiple Sclerosis International Questionnaire of Quality of Life (MusiQol) wurde in Zusammenarbeit mit Betroffenen entwickelt und beinhaltet folgende Dimensionen (Flachenecker et al., 2011; Simeoni et al., 2008): Aktivitäten des alltäglichen Lebens, psychisches Wohlbefinden, Symptome, Beziehung zu Freunden, Beziehung zur Familie, Gefühls- und Sexualleben, Bewältigung, Abwehr und Beziehung zum Gesundheitssystem. Insgesamt 31 Fragen werden auf einer Likert-Skala von 1-6 beantwortet. Für beide Skalen wird jeweils der Gesamtindex berechnet und anschliessend die Effektstärke (nach Cohen) der Veränderung für jede einzelne Dimension und für den Gesamtindex.

Ergebnisse

Die Dimension „Gefühls- und Sexualleben“ aus dem MusiQol wurde bereits bei der Aufnahme von vielen nicht ausgefüllt, noch unvollständiger am Ende der Rehabilitation. Deshalb wird dieser aus der Auswertung weggelassen und der Gesamtindex des MusiQol ohne diese

Dimension berechnet. Die Effektstärke für die Veränderung des SF36 liegt bei d=0,44, für den MusiQol bei d=0,71. Beim SF-36 liegt die größte Veränderung mit einer Effektstärke von 0,58 im Bereich der Vitalität (dem rezproken Wert der Fatigue). Beim MusiQol liegen die größten Effektstärken im Bereich Aktivitäten des täglichen Lebens (d=0,78), beim psychischen Wohlbefinden (d=0,64), bei der Bewältigung (d=0,56), bei der Abwehr (d=0,44) und bei den Symptomen (d=0,39).

Die Effektstärken waren bei einer Behandlungsdauer von 5 oder 6 Wochen größer als bei einer Rehabilitationsdauer von 3 oder 4 Wochen. Die Effektstärken waren nicht abhängig von dem Ausmaß der Beeinträchtigung (EDSS) und von der Verlaufsform (sekundär progredient oder schubförmig).

Diskussion und Fazit

Zum Nachweis der Effektstärker einer Rehabilitationsbehandlung bei MS erweist sich der MusiQol als änderungssensitiver als der SF-36. Es verbessern sich körperliche Funktionsfähigkeiten (SF-36), psychisches Wohlbefinden (MusiQol), emotionale Rollenfunktion (SF-36), Bewältigung und Aktivitäten des täglichen Lebens (beide im MusiQol). Da der MusiQol keine Dimension für den Schmerz beinhaltet, sollte ev. eine Schmerzskala ergänzt werden.

Literatur

Bullinger, M. (1995): German translation and psychometric testing of the SF-36 Health Survey: preliminary results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. Soc Sci Med. 1995;41(10):1359-66.

Flachenecker, P, Vogel, U, Simeoni, M.C., Auquier, P., Rieckmann, P. (2011): [MusiQol: international questionnaire investigating quality of life in multiple sclerosis: validation results for the German subpopulation in an international comparison]. Nervenarzt. 2011;82(10):1281-9.

Simeoni, M., Auquier, P., Fernandez, O., Flachenecker, P., Stecchi, S., Constantinescu, C. (2008): Validation of the Multiple Sclerosis International Quality of Life questionnaire. Mult Scler. 2008;14(2):219-30.

Beweggründe und Barrieren der Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen nach einer Brustkrebserkrankung – Quantitative und qualitative Ergebnisse der B-CARE Studie

Paula Heidkamp[1]; Kati Hiltrop[1]; Christoph Kowalski[2]; Clara Breidenbach[2]; Anna Enders[3]; Holger Pfaff[4]; Nicole Ernstmann[1]

[1] Forschungsstelle für Gesundheitskommunikation und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Bonn; [2] Deutsche Krebsgesellschaft e. V.
[3] Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung
[4] Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft

Hintergrund und Zielstellung

In Deutschland stellt Brustkrebs die häufigste Krebsart bei Frauen dar mit einer Inzidenz von ca. 70.000 Neuerkrankungen pro Jahr (Zentrum für Krebsregisterdaten im Robert Koch-Institut, 2016). 30% der Betroffenen sind bei der Diagnosestellung jünger als 55 Jahre alt und im erwerbsfähigen Alter (Robert Koch-Institut, 2017). Dies führt zu einer steigenden Bedeutung von medizinischen Rehabilitationsleistungen für Überlebende einer Brustkrebserkrankung. Auch wenn (entsprechend versicherte) onkologische Patient*innen in Deutschland die Möglichkeit zu einer Anschlussheilbehandlung sowie weiteren Rehabilitationsmaßnahmen der Deutschen Rentenversicherung haben, deuten bisherige Ergebnisse auf einen Rücklauf der Inanspruchnahme von onkologischen Rehabilitationsleistungen hin (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2018). Bisherige Forschungsergebnisse zu den Gründen einer Nicht-Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen zeigen, dass die Hindernisse divers sind und von persönlichen über familiären bis hin zu gesundheitlichen Gründen reichen (Deck et al., 2017; Deck et al., 2019; Geyer et al., 2012). Um die Beweggründe und Barrieren der Inanspruchnahme von onkologischen Rehabilitationsleistungen besser zu verstehen, bedarf es weiterer Forschung. Das Ziel des Forschungsvorhabens ist daher die Untersuchung von Determinanten der Reha-Inanspruchnahme von ehemaligen Brustkrebspatientinnen anhand von quantitativen und qualitativen Daten.

Methoden

Im Rahmen der langzeitlichen mixed methods B-CARE Studie (Breast cancer patients' return to work) stehen Befragungsdaten von n = 184 ehemaligen Brustkrebspatientinnen, die zum Zeitpunkt der Diagnose erwerbstätig waren, zu vier Messzeitpunkten zur Verfügung: während des postoperativen Krankenhausaufenthaltes (T1), zehn Wochen (T2), 40 Wochen (T3) sowie fünf bis sechs Jahre nach Krankenhausentlassung (T4). Zudem liegen für n = 26 Teilnehmerinnen qualitative Daten aus semi-strukturierten Interviews vor. Zur Auswertung wurden deskriptive Analysen der Reha-Inanspruchnahme durchgeführt. Überdies wurde eine logistische Regressionsanalyse für die Reha-Inanspruchnahme (1 = Inanspruchnahme, 0 = keine Inanspruchnahme) unter der Kontrolle von soziodemografischen, krankheits- und

behandlungsbezogenen sowie psychosozialen Variablen berechnet. Die Interviewdaten wurden mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Ergebnisse

Die Stichprobe besteht aus 184 ehemaligen Brustkrebspatientinnen mit einem Durchschnittsalter von 57 Jahren. 96% der Befragten gaben an, über die Möglichkeit einer Rehabilitationsmaßnahme informiert worden zu sein. Davon nannten 66% den Sozialdienst des Brustzentrums, in dem sie operiert wurden, als Informationsquelle. Die Rate der Reha-Inanspruchnahme lag bei 73%. Die in Anspruch genommenen Rehabilitationen wurden in 97% der Fälle stationär durchgeführt. Die Berechnung der logistischen Regressionsanalyse für die Reha-Inanspruchnahme als abhängige Variable ergab kein statistisch signifikantes Modell.

Anhand der qualitativen Daten konnten persönliche, gesundheitliche, arbeits(platz)bezogene, organisatorische sowie familiäre Beweggründe und Barrieren der Reha-Inanspruchnahme identifiziert werden.

Zu den genannten Beweggründen der Reha-Inanspruchnahme zählen u.a. die gesundheitliche Notwendigkeit für eine Rehabilitation zu spüren, das Bedürfnis, etwas für sich zu tun/sich auf die eigene Person zu fokussieren, der Wunsch nach Austausch mit anderen Betroffenen, positive Vorerfahrungen mit Reha gemacht zu haben, das Ziel, die gefährdete Arbeitsfähigkeit aufrecht zu erhalten und eine Rehabilitationsstätte in der Nähe zum Wohnort zu haben.

Zu den genannten Barrieren der Reha-Inanspruchnahme zählen u.a. keine gesundheitliche Notwendigkeit für eine Rehabilitation zu spüren, mit der Krankheit abschließen zu wollen, der Wunsch, wieder zur Normalität/zum Alltag zurückzukehren, das Gefühl, zu wenig Zeit zwischen Behandlungsende und Beginn der Rehabilitationsmaßnahme zu haben, Zweifel daran, ob das Aufeinandertreffen mit anderen Betroffenen guttue, die Sorge vor einer eingeschränkten Selbstbestimmung in der Reha, die Wahrnehmung eines Konflikts zwischen Arbeit und Reha sowie jüngere/hilfsbedürftige Kinder im Haushalt zu haben.

Diskussion und Fazit

In der vorliegenden Studie liegt die Rate der Reha-Inanspruchnahme bei 73% und fällt damit höher aus als in den Studien von Deck et al. (2019) mit 50,3% und Noeres et al. (2013) mit 66% Reha-Inanspruchnahme. Die höhere Inanspruchnahme könnte in dem jüngeren Durchschnittsalter der Stichprobe sowie dem längeren Erhebungszeitraum begründet sein. Die Ergebnisse der Regressionsanalyse legen nahe, dass die Gründe für oder gegen die Teilnahme an einer onkologischen Rehabilitation eher individueller Natur sind und sich mit einer standardisierten Befragung nur schwer erfassen lassen. Dies zeigt sich auch mit Blick auf die qualitativen Ergebnisse, welche individuelle Beweggründe sowie Barrieren der Reha-Inanspruchnahme auf persönlicher, gesundheitlicher, arbeits(platz)bezogener, organisatorischer sowie familiärer Ebene aufzeigen. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass eine Orientierung an individuellen Bedürfnissen wichtig ist (z.B. bzgl. des Beginns der Rehabilitationsmaßnahme oder der Vereinbarung von Reha und Familie) um die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen nach einer Krebserkrankung zu erhöhen.

Literatur

Deck, R., Babaev, V., Katalinic, A. (2019): Gründe für die Nichtinanspruchnahme einer onkologischen Rehabilitation. Ergebnisse einer schriftlichen Befragung von Patienten aus onkologischen Versorgungszentren. Die Rehabilitation, 58 (04). 243-252.

Deck, R., Walther, A. L. (2017): Warum gehen onkologische Reha-Anträge und Reha-Leistungen der Deutschen Rentenversicherung zurück? Ergebnisse qualitativer Interviews mit Patienten aus onkologischen Versorgungszentren. Prävention und Rehabilitation, 29 (2). 76.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2018): Reha-Bericht 2018. Berlin, DRV. URL: https://www.deutsche- rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht_2018.html, Abruf: 27.10.2020.

Geyer, S., Schlanstedt-Jahn, U. (2012): Gibt es soziale Ungleichheiten in der Inanspruchnahme der onkologischen Rehabilitation bei Mammakarzinompatientinnen? Das Gesundheitswesen, 74(02). 71-78.

Robert Koch-Institut (Hrsg) und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg). (2017): Krebs in Deutschland für 2013/2014. 11. Ausgabe. URL: https://edoc.rki.de/handle/176904/3270, Abruf: 27.10.2020.

Zentrum für Krebsregisterdaten im Robert Koch-Institut (Hrsg) (2016): Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016. URL: https://edoc.rki.de/handle/176904/3264, Abruf: 27.10.2020.

Interessenkonflikt: Herr Dr. Christoph Kowalski und Frau Clara Breidenbach sind Angestellte der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG).

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Effektivität der stufenweisen Wiedereingliederung für die Rückkehr ins Erwerbsleben bei onkologischen Patienten

Oliver Rick

Klinik Reinhardshöhe

Hintergrund und Zielstellung

Die stufenweise Wiedereingliederung (stWE) ist seit vielen Jahren ein etabliertes Instrument der Deutschen Rentenversicherung (DRV), um die Arbeitsfähigkeit von Patienten nach länger andauernder Erkrankung nachhaltig wieder sicherzustellen. Der Effekt der stWE ist allerdings weiterhin widersprüchlich und abhängig von der Diagnose, die zur medizinischen Rehabilitation geführt hat (Bürger & Streibelt, 2011; Bürger & Streibelt, 2018). Während Patienten mit chronischen Rückenschmerzen positive Effekte aufweisen, zeigen die Daten zu kardiologischen und psychischen Erkrankungen eher keine bzw. sogar negative Effekte (Høgelund et al., 2010; Noordik et al., 2010). Insbesondere Patienten mit Fehlzeiten unter 3 Monaten oder einem geringen Frühberentungsrisiko (SIBAR-Wert < 6) scheinen nicht von

einer stWE zu profitieren (Bürger & Streibelt, 2018; Bethge, 2016). Hinsichtlich Patienten mit onkologischen Erkrankungen ist die Datenlage besonders unklar, da sich bisher nur uneindeutige bzw. widersprüchliche Effekte fanden (Bürger & Streibelt, 2011). Erschwerend kommt außerdem in der Beurteilung hinzu, dass die bisherigen Untersuchungen nur kleine Fallzahlen an onkologischen Patienten aufweisen (Bürger & Streibelt, 2011; Bürger & Streibelt, 2018). Eine repräsentative kontrollierte Studie mit einer großen Fallzahl zu dieser Indikation wurde bisher nicht publiziert.

Die Zielsetzung der Studie war es, den Effekt der stWE nach einer medizinischen Rehabilitation aufgrund einer Krebserkrankung zu ermitteln.

Methoden

Von 06/2012 bis 06/2019 wurden in der Klinik Reinhardshöhe retrospektiv die Daten von 1000 noch im Erwerbsleben stehenden Patienten erfasst, von denen 787 Patienten im Rahmen der aktuellen Analyse ausgewertet werden konnten. Einschlusskriterien waren eine kurativ behandelte Tumorerkrankung, ein noch vorhandener Arbeitsplatz und eine Arbeitsunfähigkeit zum Ende der medizinischen Rehabilitation. Die subjektive vom Patienten angegebene Erwerbsprognose wurde mittels des Würzburger Screening-Bogens erfasst. Sechs bis neun Monate nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation wurden die Patienten mittels eines standardisierten Fragebogens schriftlich kontaktiert und die soziodemographischen Daten zur Erwerbstätigkeit erhoben.

Ergebnisse

Die Patienten wurden im Median 7 Monate (SD 5,7 - 8,5 Monate) nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation zum Erwerbsstatus befragt. Zu diesem Zeitpunkt gaben 485/787 Patienten (62%) an, eine stufenweise Wiedereingliederung durchgeführt zu haben, 302/787 Patienten (38%) hatten keine stufenweise Wiedereingliederung durchgeführt. Hinsichtlich der klinischen Merkmale unterscheiden sich die beiden Gruppen signifikant in der Geschlechterverteilung, im Lebensalter und hinsichtlich der Rate an durchgeführten Operationen (Tabelle 1). Bezüglich der soziodemographischen Faktoren fanden sich ausschließlich Unterschiede im Umfang der Beschäftigung als auch in der Schulausbildung und im Jahresnettoeinkommen vor der Tumordiagnose. Hinsichtlich der subjektiven Erwerbsprognose zum Zeitpunkt der medizinischen Rehabilitation gaben die Patienten mit stWE signifikant häufiger an, eine Erwerbstätigkeit nach der Reha wieder aufnehmen zu wollen ($p < 0{,}001$), signifikant weniger oft einen Rentenantrag stellen zu wollen ($p < 0{,}001$) und zeigten eine signifikant geringere berufliche Belastungssituation ($p = 0{,}028$).

Zum Zeitpunkt der Nachbefragung waren 456/485 Patienten (94%) mit stWE ins Erwerbsleben zurückgekehrt. In der Gruppe ohne stWE taten dies nur 155/302 Patienten (51,3%). Die Patienten mit stWE waren signifikant häufiger in Vollzeit beschäftigt ($p > 0{,}001$), und es fand sich eine signifikant geringere Rate an Erwerbsminderungsrenten (2,3% versus 6,7%; $p= 0{,}002$). Als Prädiktor für eine Erwerbstätigkeit nach 7 Monaten fand sich in der logistischen Regressionsanalyse ausschließlich die stWE als mit Abstands stärkster Faktor (OR 20,215; 95%-KI 8,605 – 47,065) und die Belastung durch den Beruf (OR 4,51; 95%-KI 2,06 – 9,85).

Tab. 1: Klinische Charakteristika (n= 787)

		KG n (%)	STW n (%)	p
Patienten		302 (100)	485 (100)	
Alter (Jahre), Median [Spannweite]		59 [54-63]	57 [52-61]	0,001
Geschlecht	**weiblich**	207 (68)	374 (77)	0,008
	männlich	95 (32)	111 (23)	
Tumorerkrankung	**Brustkrebs**	114 (38)	232 (47)	n.d.
	Gyn.-Tumore	27 (9)	46 (10)	
	Kolo-Rektale Karzinome	30 (10)	49 (10)	
	Obere GI Tumoren	10 (3)	11 (2)	
	Lungenkrebs	20 (7)	31 (7)	
	HNO-Tumoren	25 (8)	15 (3)	
	Urologische Tumore	23 (8)	23 (5)	
	Hämatologische Neoplasien	31 (10)	46 (9)	
	Sonstige	22 (7)	32 (7)	
Operation	**ja**	257 (85)	445 (92)	0,005
	nein	44 (15)	40 (8)	
Strahlentherapie	**ja**	169 (56)	293 (60)	0,217
	nein	133 (44)	192 (40)	
Chemotherapie	**ja**	154 (51)	265 (55)	0,319
	nein	148 (49)	220 (45)	
Nebendiagnosen (n= 696)	**keine**	74 (29)	131 (30)	0,8
	1-2	108 (42)	186 (43)	
	≥ 3	77 (29)	120 (27)	

Diskussion und Fazit

Die Daten dieser nicht randomisierten Kohorten-Studie zeigen eine hohe Effektivität der stWE bei Patienten mit onkologischen Erkrankungen. Mittels dieses Instrumentes können nahezu alle Patienten wieder ins Erwerbsleben zurückgeführt werden. Die stWE ist mit Abstand neben der Belastung am Arbeitsplatz der stärkste Prädiktor für die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit nach der medizinischen Rehabilitation.

Literatur

Bethge, M. (2016): Effects of graded return-to-work: a propensity-score-matched analysis. Scand J Work Environ Health, 42. 273-279.

Bürger, W., Streibelt, M. (2011): Wer profitiert von Stufenweiser Wiedereingliederung in Trägerschaft der gesetzlichen Rentenversicherung? Rehabilitation, 50. 178-185.

Bürger, W., Streibelt, M. (2018): Wer profitiert von Stufenweiser Wiedereingliederung zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung? – Ergebnisse einer Kohortenstudie. Rehabilitation, 57. 163-171.

Høgelund, J., Holm, A., McIntosh, J. (2010): Does graded return-to-work improve sick-listed workers`chance of returning to regular working hours? J Health Econ, 29. 158-169.
Noordik, E., van der Klink, J., Klingen, EF., Nieuwenhuijsen, K., van Dijk, FJ. (2010): Exposure-in-vivo containing interventions to improve work functioning of workers with anxiety disorder: a systematic review. BMC Public Health, 10. 598.

Früh- und Spättoxizitäten sowie sozialmedizinisch-relevante Folgestörungen bei Brustkrebs-Patientinnen als Basis zur Planung multimodaler Rehabilitationskonzepte

Holger Hass[1]; Marianne Seywald[1]; Blerta Muco[2]; Miro Tanriverdi[2]; Matthias W. Beckmann[3]; Volker Kunzmann[4]; Achim Wöckel[5]

[1] Paracelsus-Klinik Scheidegg; Institut für Rehabilitationsforschung und Survivorship
[2] Universität Würzburg; [3] Universitätsklinikum Erlangen
[4] Universitätsklinikum Würzburg; [5] Universitäts-Frauenklinik

Hintergrund und Zielstellung

Infolge der zunehmend individualisierten, multimodalen Therapie gibt es eine Vielzahl von potenziellen, therapieinduzierten Folgestörungen bei Mammakarzinom-Patientinnen. Die zunehmend verbesserte Langzeitprognose mit 5-Jahresüberlebensraten > 85% (RKI, 2019), das häufig junge Erkrankungsalter und die hohe Inzidenz der Erkrankung unterstreichen die Bedeutung dieser teils chronischen Nebenwirkungen für die berufliche und soziale Teilhabe.

Ziel dieser seit Jahren laufenden retrospektiven Datenerhebung ist die strukturierte Erfassung von Reha-relevanten Folgestörungen nach (meist multimodaler) Brustkrebs-Behandlung in der onkologischen Rehabilitation.

Methoden

Im Rahmen dieser retrospektiven Analyse wurden bei 8.000 Brustkrebspatientinnen (Durchschnittsalter 55,7±10,4J) klinische Parameter und therapieinduzierte Toxizitäten und Folgestörungen bei Patientinnen während der AHB (Zeit seit Erstdiagnose 6,9 ± 3,8 Mo; n = 4.762) und späteren Reha-Maßnahmen (Regelverfahren; Zeit seit ED 12,1 ± 4,4 Mo; n = .238) analysiert und mit Daten aus der Literatur verglichen. Zusätzlich erfolgte bei 1.200 Patientinnen eine prospektives Screening auf das Vorliegen und Höhe von psychischen Distress mittels der deutschen Version (Mehnert et al., 2006) des 10-stufigen NCCN-Distress-Thermometers (National Comprehensive Cancer Network), wobei der Cut-off ab ≥5 als signifikant für eine höhere psychische Belastung gewertet wurde.

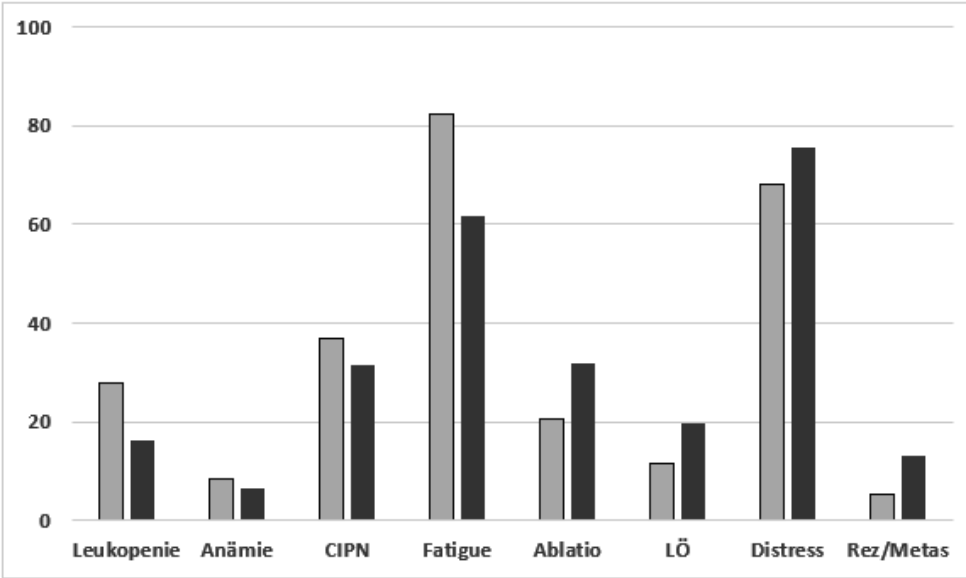
In Übereinstimmung mit der Deklaration von Helsinki erfolgte die Datenanalyse nur nach Aufklärung und schriftlichem Einverständnis der Patientinnen. Die Eingabe bzw. Auswertung erfolgte mit der Statistiksoftware SPSS 22.

Ergebnisse

In 23,6 % wurde eine Mastektomie, in 89 % eine Radiatio durchgeführt. Zudem erfolgte in den meisten eine zusätzliche systemische Therapie (57,6 % CTX, 15,1 % anti-Her2, 71 %

Antihormontherapie). In 8,1 % lag ein Rezidiv bzw. eine metastasierte Erkrankung vor. Als häufigste Folgestörungen infolge der multimodalen Therapie ließen sich Kraftlosigkeit / Fatigue (73,6 %), Schlafstörungen (51,9 %), CIPN (33 %), Lymphödeme (13,9 %) und medikamentös-induzierte Arthralgien (24,8 %) nachweisen. Zudem berichteten 57 % der Frauen über einen hohen, psychischen Distress, ein knappes Drittel aller Patientinnen (30,3 %) sogar über eine sehr hohe psychische Belastung (Distress ≥ 8).

Tab. 1.



Während kurz nach Akutbehandlung (AHB-Patienten) signifikant häufiger CTX-induzierte Toxizitäten dokumentiert wurden (Leukopenie, $p < 0{,}0001$; Anämie, $p < 0{,}001$; Kraftlosigkeit / Fatigue $p < 0{,}0001$; CIPN, $p < 0{,}0001$), ließ sich im Verlauf (REHA-Patienten) häufiger ein chronisches Lymphödem ($p < 0{,}0001$), eine chronische Erkrankungssituation ($p < 0{,}0001$) sowie signifikant häufiger eine durchgeführte Ablatio ($p < 0{,}0001$) und psychischer Distress ($p < 0{,}0001$) nachweisen. Zudem zeigte sich ein jüngeres Alter (53,8 ± 9,7 vs. 55,7 ± 10,3 J).

Diskussion und Fazit

Nach multimodaler Brustkrebstherapie lassen sich abhängig vom zeitlichen Verlauf bzw. Reha-Beginn unterschiedliche rehabilitationsrelevante Folgestörungen dokumentieren. Die hohe Inzidenz einzelner somatischer Folgestörungen (z.B. CIPN, Fatigue) sowie von psychischen Distress in dieser Datenerhebung sind in Übereinstimmung mit Daten aus der Literatur (Bao et al., 2016; Garabeli Cavalli Kluthcovsky et al., 2012; Takahasi, 2014) und unterstreichen die Notwendigkeit von individualisierten, multimodalen Therapiekonzepten in der onkologischen Rehabilitation.

Literatur

Bao, T., Basal, C., Seluzicki, C., Li, S.Q., Seidman, A.D., Mao, J.J. (2016): Long-term chemotherapy-induced peripheral neuropathy among breast cancer survivors: prevalence, risk factors, and fall risk. Breast Cancer Res Treat 2016; 159: 327-33.

Garabeli, C., Kluthcovsky, A.C., Urbanetz, A.A., de Carvalho, D.S., Pereira, Maluf E.M., Schlickmann, Sylvestre, G.C., Bonatto Hatschbach, S.B. (2012): Fatigue after treatment in breast cancer survivors: prevalence, determinants and impact on health related quality of life. Support Care Cancer 2012; 20: 1901– 1909.

Mehnert, A., Müller, D., Lehmann, C., Koch, U. (2006): Die deutsche Version des NCCN Distress-Thermometers. Empirische Prüfung eines Screening-Instruments zur Erfassung psychosozialer Belastung bei Krebspatienten. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie 2006; 54: 213–223.

Robert Koch-Institut (2019): Brustkrebs (Mammakarzinom). Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD).

Takahashi, M. (2014): Psychosocial distress among young breast cancer survivors: implications for healthcare providers. Breast Cancer 2014; 21: 664–669.

Inanspruchnahme stationärer Rehabilitation bei Darmkrebs und deren prognostische Bedeutung

Sophie Scherer-Trame; Michael Hoffmeister; Lina Jansen; Jenny Chang-Claude; Hermann Brenner

Deutsches Krebsforschungszentrum

Hintergrund und Zielstellung

Darmkrebs ist die dritthäufigste Krebserkrankung weltweit (Bray et al., 2018). Allein in Deutschland wurden für 2020 etwa 55 000 Neuerkrankungen prognostiziert. Trotz verbesserter Prognose liegt das relative 5-Jahres-Überleben bei 63% (ZfKD, 2016). Zudem leiden viele der Betroffenen an den physischen und psychosozialen Beeinträchtigungen in Folge der Erkrankung und der Krebstherapie (Arndt et al., 2004). Im Hinblick auf die Verbesserung der Lebensqualität und die Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe ist eine effektive onkologische Rehabilitation von großer Relevanz. Ziel der Forschungsarbeit war es, die Inanspruchnahme von stationärer Rehabilitation und deren Determinanten in einer repräsentativen, großen Stichprobe von Darmkrebspatienten zu untersuchen. Neben der Inanspruchnahme sollte eine mögliche Assoziation von stationärer Rehabilitation und Überleben geprüft werden.

Methoden

Die Studienkohorte bestand aus Darmkrebspatienten, die zum Zeitpunkt der Erstdiagnose (2005-2014) in die DACHS-Studie eingeschlossen wurden. Die DACHS-Studie ist eine bevölkerungsbezogene Fall-Kontrollstudie mit Langzeit-Nachbeobachtung der Fälle (Brenner et al., 2014). Determinanten der Inanspruchnahme wurden mittels multivariater logistischer Regression ermittelt. Als Zusammenhangsmaß stationärer Rehabilitation und Gesamt- bzw.

darmkrebsspezifischem Überleben wurden Hazard Ratios (HRs) anhand von Confounder-adjustierten Cox Modellen errechnet. In den Überlebenszeitanalysen wurde zudem für eine mögliche Verzerrung zugunsten der stationären Rehabilitation (Immortal time bias) kontrolliert.

Ergebnisse

Von den eingeschlossenen Patienten (n=3704) nahmen 43.6 % Patienten eine stationäre Rehabilitation in Anspruch. Studienteilnehmer, die zum Zeitpunkt der Diagnose nicht in einer Partnerschaft lebten, berufstätig (Angestelltenverhältnis) und körperlich aktiver waren nahmen eher eine stationäre Rehabilitation in Anspruch. Patienten erhielten seltener eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme, sofern sie privat krankenversichert waren, an einem Rektumkarzinom litten, im Krebsstadium IV erkrankt waren, sich keiner oder einer laparoskopischen Tumorresektion unterzogen oder in einem Krankenhaus mit mittlerem chirurgischen Umfang (vs. hohem chirurgischem Umfang) behandelt wurden. Die Inanspruchnahme der stationären Rehabilitation war mit einem besseren Gesamtüberleben (HR 0.81, CI 0.72 – 0.92) und darmkrebsspezischen Überleben (HR 0.72, CI 0.61 – 0.85) assoziiert. Die Nachbeobachtungszeit betrug im Median 5.0 Jahre.

Diskussion und Fazit

Nahezu die Hälfte der Darmkrebspatienten nahm eine stationäre Rehabilitation im Zuge der Behandlung oder Nachsorge in Anspruch. Neben den klinischen Faktoren, spielen soziale und lebensbezogene Faktoren eine essentielle Rolle im Entscheidungsprozess. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Inanspruchnahme stationärer Reha mit einem besseren Überleben assoziiert ist.

Literatur

Arndt, V., Merx, H., Stegmaier, C., Ziegler, H., Brenner, H. (2014): Quality of life in patients with colorectal cancer 1 year after diagnosis compared with the general population: a population-based study. J Clin Oncol. 2004 Dec 1;22(23):4829-36. PubMed PMID: 15570086. Epub 2004/12/01. eng.

Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R.L., Torre, L.A., Jemal, A. (2018): Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2018;68(6):394-424.

Brenner, H., Chang-Claude, J., Jansen, L., Knebel, P., Stock, C., Hoffmeister, M. (2014): Reduced risk of colorectal cancer up to 10 years after screening, surveillance, or diagnostic colonoscopy. Gastroenterology. 2014 Mar;146(3):709-17. PubMed PMID: 24012982. Epub 2013/09/10. eng.

Zentrum für Krebsregisterdaten im Robert Koch-Institut und Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg.). Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016. Berlin: 2016.

Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)

Vorhersage der Inanspruchnahme onkologischer Rehabilitation anhand von Routinedaten

Silke Jankowiak[1]; Rainer Kaluscha[1]; Thomas Widmann[2]; Tivadar Buzasi[1]; Lena Tepohl[1]; Gert Krischak[1]

[1] IFR Ulm; [2] Asklepios Klinik Triberg

Hintergrund und Zielstellung

Die Diagnose Krebs greift zumeist abrupt und nachhaltig in die Lebenswelt Betroffener und deren Angehöriger ein. Sowohl die Erkrankung als auch die Therapien (z.B. Operation, Bestrahlung, Chemo-Therapie) führen zu starken körperlichen und seelischen Belastungen der Betroffenen, die deshalb auch bei an sich gut zu behandelnden Krebsarten häufig eine längere Zeit für die Rekonvaleszenz benötigen.

Eine onkologische Rehabilitation kann diesen Wiederherstellungsprozess unterstützen (Bartsch, 2002). Allerdings ist weitgehend unklar, nach welchen Kriterien in der Versorgungspraxis eine onkologische Rehabilitation empfohlen oder in Anspruch genommen wird und welche Patientengruppen dabei stärker oder schwächer profitieren.

Im Rahmen dieser Studie sollen daher Merkmale, die die Inanspruchnahme von onkologischen Rehabilitationsmaßnahmen beeinflussen, identifiziert werden. Dazu können z.B. die Krebsart, die primäre Krebstherapie (Operation / Bestrahlung / Chemotherapie / Zuwarten), das Setting der Krebsbehandlung (ambulant/stationär) oder Patientenmerkmale wie Alter, Geschlecht oder Begleiterkrankungen gehören.

Methoden

Anhand eines bereits vorhandenen sektorenübergreifenden Datensatzes (Kaluscha et al., 2016) erfolgte eine retrospektive Analyse hinsichtlich der Inanspruchnahme onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen. Dieser Datensatz umfasst anonymisierte Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg und Bund (Rehabilitationsstatistikdatenbasis=RSD) sowie anonymisierte Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg. Daher können sowohl die Inanspruchnahme von onkologischer Rehabilitation, bei der aufgrund einer Sonderregelung die Rentenversicherung auch bei Rentnern häufig Rehabilitationsträger ist, als auch Vor- und Nachbehandlung im ambulanten und stationären Bereich auf einer soliden Datengrundlage untersucht werden. Zudem stellen die Krankenkassendaten eine Vollerhebung dar und enthalten auch Angaben zu Krebskranken, die später keine Rehabilitation in Anspruch nehmen.

In die Analysen wurden gemeinsame Versicherte der AOK und DRV BW bzw. DRV Bund eingeschlossen, die im Jahr 2004 krebsfrei waren und bei denen zwischen 2005 und 2008 bösartige Neubildungen an Brustdrüse (Mamma), Prostata oder Dickdarm (Kolon) aufgetreten waren (stationäre oder ambulante ICD-10-Kodierungen: C50, C61, C18). Ausgeschlossen wurden Patienten, bei denen nach Krebsdiagnose keine Primärtherapie durchgeführt wurde, da dann die Reha-Indikation fraglich ist.

Für die Studie wurden folgende vier Gruppen definiert:

- „Krebs-Rehabilitanden“: Inanspruchnahme einer onkologischen Rehabilitation innerhalb von 2 Jahren nach Ende der Primärtherapie
- „andere Rehabilitanden“: Inanspruchnahme einer Rehabilitation innerhalb von 2 Jahren nach Ende der Primärtherapie aufgrund einer anderen Erkrankung (z.B. Herzinfarkt)
- „Nicht-Rehabilitanden“: keine Durchführung einer Rehabilitation innerhalb von 2 Jahren nach Ende der Primärtherapie
- „unklar“: die Inanspruchnahme einer Rehabilitation nach der Primärtherapie konnte nicht ermittelt werden, wenn z.B. bei fortlaufender Therapie über den Beobachtungszeitraum hinaus das Ende der Primärtherapie nicht bestimmt werden konnte

Als mögliche Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme einer onkologischen Rehabilitation wurden für jede Krebsart separat in multivariaten Prognosemodellen Verordnungen von Medikamenten, Heil- bzw. Hilfsmitteln, ambulante und stationäre Leistungen sowie soziodemografische Patientenmerkmale (u.a. Alter, Geschlecht, Erwerbsstatus, Begleiterkrankungen) geprüft.

Ergebnisse

Unter 4,2 Mio AOK-Versicherten wiesen 159.677 im Zeitraum 2005–2008 eine der drei Indexdiagnosen auf. Davon wurden 66.268 Fälle ausgeschlossen, da die Krebserkrankung bereits im Karenzzeitraum 2004 bestand. Ferner wurden 70.846 Fälle ausgeschlossen, da zwar eine gesicherte Krebsdiagnose kodiert war, aber außer Leistungen zur Krebsfrüherkennung keine einschlägigen Behandlungen im Sinne einer Primärtherapie erfolgten. Letztlich erfüllten 21.145 Versicherte sämtliche Einschlusskriterien.

Tabelle 1 zeigt die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen nach Krebsdiagnose. Mit Quoten um 18% ist sie bei Brust- und Darmkrebs relativ niedrig, auch beim Prostatakrebs ist sie mit knapp 26% nur geringfügig höher.

Tab. 1: Reha-Inanspruchnahme nach Krebsart

Indikation	Reha-Gruppe				P-Wert
	Nicht-Rehabilitand	Krebs-Reha	andere Reha	unklar	
Kolonkarzinom	2.117 (37,46%)	1.027 (18,17%)	323 (5,72%)	2.184 (38,65%)	<0,001
Mammakarzinom	3.863 (54,90%)	1.261 (17,92%)	421 (5,98%)	1.492 (21,20%)	
Prostatakarzinom	4.257 (50,34%)	2.164 (25,59%)	444 (5,25%)	1.592 (18,82%)	

Über alle drei Indikationsgruppen hinweg war es für die Reha-Inanspruchnahme förderlich, wenn die Primärtherapie sowohl ambulante als auch stationäre Komponenten umfasste oder wenn bereits zuvor (aufgrund anderer Erkrankungen) Rehabilitationsmaßnahmen erfolgt waren. Die Inanspruchnahme sank hingegen bei Pflegebedürftigen und bei langandauernder Primärtherapie. Andere Einflussfaktoren wirken sich für die drei Krebsarten unterschiedlich aus. So sank bei Darm- und Brustkrebspatienten die Inanspruchnahme z.B. bei Rentnern

oder Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen. Bei Prostatakrebspatienten sank die Inanspruchnahme lediglich bei Arbeitslosen, stieg aber bei Rentnern.

Mit einem c-Wert von 0,81 bzw. 0,86 war die Vorhersagegüte einer onkologischen Rehabilitation bei Brust- und Prostatakrebs sehr gut. Die Prognosegüte des Modells bei Darmkrebs war mit einem c-Wert von 0,69 allerdings nur befriedigend.

Diskussion und Fazit

Mittels der Routinedaten gelang eine belastbare Erhebung der Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen nach Krebsdiagnose. Während bei Brust- und Prostatakrebspatienten eine gute Vorhersage gelang, ist das Geschehen bei Darmkrebspatienten nur teilweise aus den Routinedaten zu erklären. Insofern dürften auch Faktoren außerhalb der Routinedaten die Entscheidung für oder gegen eine Rehabilitation beeinflussen. Hier bedarf es weiterer Untersuchungen, z.B. durch Befragungen der Betroffenen und ihrer Behandler.

Literatur

Bartsch, H.H. (2002): Was kann die Rehabilitation onkologischer Patienten nach kurativer und palliativer Therapie leisten? Onkologie 2002, 25(suppl 1), S. 54-59.

Kaluscha, R., Jankowiak, S., Dannenmaier, J., Ritter, S., Schilf, S., Krischak, G. (2016): Identifizierung von potentiellen Reha-Unterinanspruchnehmern mittels sektorenübergreifender Analysen von Routinedaten. DRV-Schriften Band 109 (Tagungsband des 25. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums), S. 113-115.

Förderung: Die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg förderte die Studie mit Forschungsmitteln und stellte ebenso wie die AOK Baden-Württemberg und die DRV Bund dankenswerterweise anonymisierte Routinedaten zur Verfügung.

Kosteneffizienz der RFA-Sprechstunde bezüglich Präsentismus und medikamentöser Therapie bei Patienten mit rheumatoider Arthritis

Juliana Rachel Hoeper[1]; Jan Zeidler[2];
Sara Eileen Meyer[1]; Dirk Meyer-Olson[1,3]; Torsten Witte[1]; Kirsten Hoeper[1]
[1] Medizinische Hochschule Hannover; [2] Leibniz Universität Hannover
[3] m&i Fachklinik Bad Pyrmont

Hintergrund und Zielstellung

Bei der rheumatoiden Arthritis (RA) handelt es sich um ein komplexes Krankheitsbild mit hohem Versorgungsaufwand (Zink et al., 2017). Jedoch besteht eine Unterversorgung, die zu einer suboptimalen Therapiezielerreichung führt. Um die Patienten adäquat versorgen zu können, erfordert es ein multidisziplinäres Team aus ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeitern, wie rheumatologische Fachangestellte (RFA). Nur durch ausführliche Patientengespräche können Auswirkungen der Erkrankung auf andere Lebensbereiche entdeckt werden, für die meist im Versorgungsalltag keine Zeit ist. Die Arbeitsfähigkeit kann z.B. erheblich beeinträchtigt werden. Studien zeigen, dass der Anteil der Mitarbeiter die krank zur Arbeit gehen hoch ist (50-65%) (Demerouti et al., 2009). Durch dieses Phänomen, genannt Präsentismus, gefährden sie nicht nur ihre Gesundheit, sondern stellen auch einen Kostenfaktor für Unternehmen und Gesellschaft dar, da ihre Arbeitsfähigkeit am Arbeitsplatz beeinträchtigt ist (Zhang et al., 2010). Präsentismus kostet die deutsche Wirtschaft weitaus mehr als Absentismus. In der vorliegenden Studie wird die Veränderung des Präsentismus über einen Beobachtungszeitraum von 12 Monaten untersucht und inwiefern diese mit der medikamentösen Therapie zusammenhängt. Außerdem wird untersucht, ob es Unterschiede zwischen der RFA-Sprechstunde (Interventionsgruppe, IG) und dem Versorgungsstandard (Kontrollgruppe, KG) hinsichtlich der Veränderung des Präsentismus und der medikamentösen Therapie gibt.

Methoden

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine prospektive, multizentrische, randomisierte, kontrollierte Studie. Acht Zentren in Deutschland nahmen an der Studie teil. Über einen Beobachtungszeitraum von 12 Monaten, zwischen 01/2018 und 12/2019, hatten die Teilnehmenden insgesamt sechs Visiten. In der IG fanden drei der Visiten, nach einem Monat, nach drei Monaten und nach neun Monaten, bei der rheumatologischen Fachassistenz (RFA) statt. Die restlichen Visiten, sowie alle Visiten in der KG fanden bei einem Rheumatologen statt. Die Untersuchungen der verschiedenen Endpunkte folgen einem Nichtunterlegenheitsdesign.

Die Veränderung des Präsentismus über die Zeit (Baseline, Monat 6, Monat 12) wird anhand des Fragebogens zur Beeinträchtigung der Arbeitsproduktivität und Aktivitäten (WPAI)

untersucht. Zusätzlich wird die medikamentöse Therapie in beiden Gruppen zu den verschiedenen Zeitpunkten dokumentiert.

Ergebnisse

In acht Zentren wurden Patienten rekrutiert und 1:1 auf die IG oder KG randomisiert. In dieser Studie werden die 111 berufstätigen Patienten (47% der Gesamtkohorte) untersucht. Das Durchschnittsalter liegt bei 51,6 Jahren und 73,1% sind weiblich. Die durchschnittliche Erkrankungsdauer beträgt 108 Monate (SD ± 110,46), der mittlere DAS28 liegt bei 4,0 (SD ± 1,11). 33 Patienten (35%) haben krankheitsbedingt bei der Arbeit gefehlt. Von denen, die im Zeitraum der Befragung tatsächlich gearbeitet haben (n=96), wurde bei 52,1% Präsentismus festgestellt. Als Prädiktoren festgestellt wurden der RAID-Score (RA Impact of Disease) und die Krankheitsaktivität (DAS28). Nach Studienende zeigen weniger Patienten Präsentismus, dieses Ergebnis ist jedoch nicht signifikant, $Z = -1{,}604$, $p = 0.109$. Die Ausprägung des Präsentismus ist nach 12 Monaten jedoch signifikant weniger als zu Baseline, $Z = -3{,}887$, $p = 0.000$. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der IG und der KG hinsichtlich der Baseline Charakteristika, der Veränderung des Präsentismus über die Zeit, $\chi^2(13) = 11.954$, $p = .531$. oder der Umstellung auf eine Biologika-Therapie im Studienverlauf, $\chi^2(1) = 0.037$, $p = .847$. Anhand eines Chi-Quadrat-Tests wurde gezeigt, dass Präsentismus nicht signifikant mit der Umstellung auf eine Biologika-Therapie zusammenhängt, $\chi^2(1) = 1.907$, $p = .167$.

Diskussion und Fazit

Die Daten stimmen mit vorherigen Studien bezüglich des hohen Aufkommens von Präsentismus überein. Die Sprechstunde bietet jedoch häufig nicht genügend Zeit um Präsentismus überhaupt entdecken und entgegenwirken zu können. Da die Krankheitsaktivität sowie deren Auswirkungen als Prädiktoren für Präsentismus gefunden wurden scheint die suboptimale Erreichung von Therapiezielen Präsentismus noch zu bestärken. Die Veränderung des Präsentismus über die Zeit ist nicht schlechter in der IG. Zusätzlich zu den Problemen für das Individuum sind die damit verbundenen Kosten für die Gesellschaft hoch. Aus ökonomischer Sicht lässt sich sagen, dass die Therapiekosten in der KG nicht höher sind als in der IG.

Literatur

Demerouti, E., Le Blanc, P. M., Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Hox, J. (2009). Present but sick: a three-wave study on job demands, presenteeism and burnout. Career Development International, 14(1), 50-68. DOI: 10.1108/13620430910933574.

Zhang, W., Gignac, M., Beaton, D., Tang, K., Anis, A.H. (2010). Productivity Loss Due to Presenteeism Among Patients with Arthritis: Estimates from 4 Instruments. The Journal of Rheumatology, 37(9), 1805-1814. doi:10.3899/jrheum.100123.

Zink, A., Braun, J., Gromnica-Ihle, E., Krause, D., Lakomek, H.J., Mau, W., Müller-Ladner, U., Rautenstrauch, J., Specker, C., Schneider, M. (2017). Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie zur Versorgungsqualität in der Rheumatologie – Update 2016. Z Rheumatol 76, 195–207. https://doi.org/10.1007/s00393-017-0297-1.

Förderung: Die Studie wird als Subprojekt von „Rheuma-VOR“ durch Mittel des Innovationfonds gefördert. Förderkennzeichen: 01NVF16029

Rehabilitation nach Becken- und Acetabulumfrakturen

Lena Tepohl[1]; Christina Kaltenbach[1]; Fabian Stuby[2]; Gert Krischak[1]
[1] IFR Ulm; [2] Orthopädie und Allgemeinchirurgie, BG Unfallklinik Murnau

Hintergrund und Zielstellung

Becken-/Acetabulumfrakturen sind häufig die Folge von Hochrasanztraumata wie bspw. Verkehrsunfällen oder einem Sturz aus großer Höhe (Stuby et al., 2013). Verletzungen die die Stabilität des Beckenrings beeinträchtigen sind oft Teil eines Polytraumas und haben eine Letalitätsrate von 5-20% (Pohlemann, 1996). Aus diesem Grund zielen die meisten Untersuchungen auf eine Erhöhung der Überlebenswahrscheinlichkeit in der Phase der Akutversorgung ab. Hierbei wird der meist langwierige und schwere Weg der Patienten zurück ins Privat- und Arbeitsleben derzeit kaum untersucht. Jedoch ist nicht nur für die Patienten selbst, sondern auch für die Sozialversicherungsträger die Wiedereingliederung ins Berufsleben ein wichtiges Ziel (Weber et al., 2002; Krischak et al., 2012). Die Studie von Weber et al. (2002) zeigt, dass nicht nur die Versorgung in den Akutkliniken beurteilt werden muss, sondern auch die Rehabilitation, da die Strategie der Akutversorgung nur bedingt einen Einfluss auf den Heilungsprozess hat. Ziel der Studie ist es daher, die gesamte Versorgung des Patienten vom Akutkrankenhaus über die Rehabilitation bis ein Jahr nach der Rehabilitation abzubilden, um daraus mögliche Prädiktoren für eine schnellere Wiedereingliederung in das Berufsleben abzuleiten.

Methoden

Die Multicenterstudie umfasst Daten aus dem Akutzeitraum (Beckenregister AG Becken III DGU/AO) (T0) sowie einer Ärzte-/Rehabilitandenbefragung zu Beginn (T1) und Ende (T2) der Rehabilitation und einer Katamnesebefragung 12 Monate später (T3).

Die Rekrutierung der Rehabilitanden ist abgeschlossen und es liegen von n=85 Patienten Daten zu den Messzeitpunkten T1 und T2 vor sowie von n=39 Rehabilitanden die Daten zu T3. Eingeschlossen wurden Patienten die zwischen 18-67 Jahre alt waren und eine operativ oder konservativ versorgte Becken- und/oder Acetabulumfraktur hatten. Erhoben wurde die Erwerbstätigkeit nach 12 Monaten (T3), die Lebensqualität und Selbstständigkeit, Reha-Zielerreichung sowie Schmerz und Beweglichkeit (T1-T3). Die Daten der Aufnahme und Entlassung aus der Rehabilitation wurden deskriptiv ausgewertet. Summenscores des IRES-Fragebogens, des EQ5D-3L und des Staffelsteinscores wurden auf Signifikanz (α=0,05) mit dem Wilcoxon-Rang-Summentest geprüft.

Ergebnisse

Insgesamt wurden in die Auswertung der Arzt- und Rehabilitandenbefragung nach Ausschluss der fehlenden Werte und der Alterseinschlusskriterien n=69 Rehabilitandenfragebögen und n=77 Arztfragebögen eingeschlossen. Davon sind 20 Rehabilitanden weiblich und 49 männlich, das Durchschnittsalter liegt bei 46 (±13,2) Jahren und der BMI bei 24,7kg/m² (±4,2). Die meisten Rehabilitanden (62,5%) wurden 6 Wochen nach Eingriff in die Rehabilitation aufgenommen. Sowohl zu Beginn (96,7%) als auch bei Entlassung (93,9%) aus der Reha war die Mehrheit der Patienten erwerbstätig. Zusätzlich

gingen 71,9% sehr wahrscheinlich, 15,6% ziemlich wahrscheinlich und 7,8% eher wahrscheinlich von einer Berufstätigkeit in einem Jahr aus.

Während der Reha veränderten sich die Schmerzen bei den Rehabilitanden deutlich. 8,7% hatten extreme Schmerzen bei Aufnahme. Bei Entlassung waren es nur noch 2,9%. Der Anteil der Personen ohne Schmerzen stieg von 13,0% auf 26,5% an. Dies zeigt sich auch in der Gehfähigkeit. 59,4% benötigten zwei Gehstützen zu Beginn der Reha, bei Entlassung waren es nur noch 25%.

Zu Beginn der Rehabilitation schätzte der Arzt bei 53,1% eine maximale Beeinträchtigung in der Funktionsfähigkeit für den Beruf. Nach Abschluss der Rehabilitation bei noch 7,9% und für die Mehrheit (28,6%) wurde eine mittlere Beeinträchtigung festgestellt. Bei Entlassung aus der Rehabilitation beurteilten die Ärzte, dass 73% der Rehabilitanden die letzte berufliche Tätigkeit ≥ 6h ausüben können und 82,1% im Wesentlichen keine Einschränkung haben. 46% der Patienten sind laut den Ärzten in der Lage leichte bis mittelschwere Arbeit zu verrichten.

Ein signifikanter Anstieg des Staffelstein-Scores im Verlauf der Reha zeigt sich bei der Teilhabe (T1:MW=24,6, T2:MW=35,8, $p< 0,001$) und dem Schmerz (T1:MW=19,4 T2:MW=30,7, $p< 0,001$), was einer Verringerung der Schmerzintensität entspricht. Eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität (T1:MW=0,6, T2:MW=0,83, $p< 0,001$) zeigt der EQ5D-3L-Score.

Bei der Berechnung der Dimensionen der Gesundheit in Beruf und Alltagsleben verbesserten sich die Rehabilitanden signifikant in der somatischen Gesundheit (T1:MW=5,34, T2:MW=6,72, $p< 0,001$), im Gesundheitsverhalten (T1:MW=7,63, T2:MW=8,15, $p< 0,01$), im psychischen Befinden (T1:MW=6,11, T2:MW=8,18, $p< 0,001$) und im gesamten Reha-Status (T1:MW=5,9, T2:MW=6,8, $p< 0,01$).

Diskussion und Fazit

Zusammenfassend zeigt sich, dass sich im Verlauf der Rehabilitation die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit verbessert hat, die Patienten einen besseren Gesundheitszustand erreichen konnten und, dass die Patienten eine positive Prognose hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in einem Jahr haben. Die Analysen zum Katamnesezeitpunkt (T3) werden weitere Informationen zur Erwerbstätigkeit 12 Monaten nach der Rehabilitation liefern. Hierdurch sollen dann durch den Vergleich der Ergebnisse von der Akutversorgung bis ein Jahr nach der Rehabilitation wichtiger Prädiktoren für den Einfluss auf die Erwerbstätigkeit abgeleitet werden, um die rehabilitative Versorgung weiter zu verbessern.

Literatur

Krischak, G.; Kaluscha, R. Kraus, M., Tepohl, L., Nusser, M. (2012): Rückkehr in das Erwerbsleben nach Hüfttotalendoprothese.116: 755-759.

Pohlemann (1996): Pelvic fracture: epidemology, therapy and long-term outcome. Der Unfallchirurg, 99: 160-167.

Stuby, F.; Schäffler, A.; Haas, T.; König, B.; Stöckle, U.; Freude, T. (2013): Insuffizienzfrakturen des Beckenrings. Unfallchirurg, 116: 351-366.

Weber, K.; Kohler, H.; Vock, B.; Wentzensen, A. (2002): Lebensqualität nach Acetabulum- und Beckenringfraktur. Der Orthopäde, 31: 582-586.

Effekte des Kletterns auf die Beschäftigungsfähigkeit und (berufliche) Selbstwirksamkeit von kognitiv beeinträchtigten Mitarbeiter*innen der WfbM

Vera Tillmann; Ruud Vreuls; Jonas Mockenhaupt; Volker Anneken
FIBS gGmbH

Hintergrund und Zielstellung

Klettern ist eine Sportart die vielfältige Effekte auf physischer, psychischer und sozialer Ebene mit sich bringen kann: z.B. Fitness, Verantwortungsübernahme oder Teamfähigkeit (Kern, 2014). Diese sind ebenso relevant im Arbeitsalltag, weshalb Klettern zur Unterstützung arbeitsrelevanter Kompetenzen sinnvoll sein kann. Vor diesem Hintergrund sollte in dem von der BGW geförderten Projekt „Klettern – Gemeinsam hoch hinaus“ (2018-2019) erfasst werden, welche Effekte das Klettern auf Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung hat die in Werkstätten arbeiten. Im Fokus standen mögliche Einflüsse auf die Beschäftigungsfähigkeit, Selbstwirksamkeit, Selbstwahrnehmung und Arbeitsleistung.

Methoden

In einem randomisierten Warte-Kontrollgruppen-Design (n=212) sind drei Gruppen per Zufallsauswahl gebildet worden: die Interventionsgruppe (IG) ist 2x/Woche klettern gegangen, die Sportgruppe (KG I) 2x/ Woche hat ein anderes Sportangebot wahrgenommen und die zweite Kontrollgruppe (KG II) hat nicht mehr Sport als bisher gemacht. Mit diesem Design sollte ausgeschlossen werden, dass die Effekte allein auf ein Mehr an Sport zurückzuführen sind. Vor und nach der zehn monatigen Intervention sind die teilnehmenden Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung zur Beschäftigungsfähigkeit und Selbstwirksamkeit mit einem Fragebogen mit geschlossenen Antwortformaten befragt worden. Selbstwahrnehmung wurde mit problemzentrierten Interviews mit der Interventionsgruppe erfasst und die Arbeitsleistung wurde, als einzige Fremderhebung mit nicht beeinträchtigten Kolleg*innen aus der WfbM, ebenfalls mit problemzentrierten Interviews erhoben.

Ergebnisse

Die Auswertungen zu t1 haben eine homogene Verteilung der drei Gruppen bestätigt, was eine optimale Ausgangslage darstellt. Die Stichprobe weist folgende Merkmale auf: 132 (71,4%) männlich, 53 (28,6%) weiblich. Das Durchschnittsalter beträgt 32.98 Jahre bei einer Spannweite von 18-62 Jahren. Die Drop-out Quote hat 12,7% betragen, sodass die Gesamtauswertungen mit 185 TN durchgeführt wurden.

Bei der Beschäftigungsfähigkeit hat sich gezeigt, dass es signifikante Gruppenunterschiede bei der Subskala „psycho-somatische Gesundheit“ gegeben hat. Bei der IG ($t = -2.419$, $p = .019$, $n = 54$) hat sich eine signifikante Steigerung von t1 ($M= 1.45$ und $SD= 0.28$) zu t2 ($M= 1.53$ und $SD= 0.26$) gezeigt, während bei den Kontrollgruppen keine

Veränderungen festgestellt werden konnten. Bei den anderen fünf Subskalen wie auch dem Gesamtindex konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden.

Bei der Analyse der Entwicklung der (beruflichen) Selbstwirksamkeit ist deutlich geworden, dass Frauen (t=2.066, p=.039, n=16), die klettern gegangen sind, sich zu t2 signifikant von den Frauen aus den Kontrollgruppen unterschieden (t1: M=1.28 und SD=0.36; t2: M=1.39 und SD=0.31). Dies ist insofern relevant, da sie zu t1 einen signifikant niedrigeren Wert als Männer hatten (male: M=1.42, SD=0.32; female: M=1.30, SD=0.34). Der Unterschied ist auch zu t2 noch signifikant, hat sich jedoch verringert. Beim gesamten Gruppenvergleich haben sich keine signifikanten Unterschiede gezeigt.

Die Selbstwahrnehmung hatte sich im Laufe des Projektes dahingehend entwickelt, dass sich die TN aus der Klettergruppe „fitter“ fühlten, sich selbst mehr zutrauten und mehr Verantwortung übernehmen (wollten). Dies wurde auch durch die nicht beeinträchtigten Kolleg*innen in Bezug auf die Arbeitsleistung bestätigt. Sie forderten mehr Aufgaben ein und knüpften über die eigene Arbeitsgruppe hinaus, neue Kontakte.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass Klettern einen positiven Einfluss auf die psychosomatische Gesundheit als Teil der Beschäftigungsfähigkeit hat. Sich fitter und weniger gestresst zu fühlen sind wesentliche Voraussetzungen für die Arbeitstätigkeit. Die anderen Subskalen können durch das Klettern nicht signifikant beeinflusst werden. Hierzu sind andere Maßnahmen notwendig.

Besonders Frauen scheinen vom Klettersport zu profitieren, um eine höhere Selbstwirksamkeit aufzubauen. Das Ergebnis zeigt, dass es sinnvoll wäre mehr Frauen für den Klettersport zu begeistern und ihnen diese Möglichkeit anzubieten.

Insgesamt ist der Klettersport als arbeitsbegleitende Maßnahme als sehr positiv wahrgenommen worden, was von den Ergebnissen untermauert wird. Mit diesem Projekt liegen nun erste Daten zur Effektivität des Kletterns vor, welche in folgenden Studien weiter ausgebaut werden sollten. Hier liegen bislang kaum gesicherte Erkenntnisse vor.

Literatur

Kern, C. (2014). Entwicklung eines therapeutischen Kletterprogramms und Evaluation seiner Effekte auf Personen mit Multipler Sklerose. Retrieved from http://mediatum.ub.tum.de/doc/1231744/1231744.pdf, Letzter Zugriff: 26.11.2020.

Förderung: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)

Prädiktoren des Reha-Outcomes bei Rehabilitand*innen mit Metabolischem Syndrom

Manuela Glattacker[1]; Ute Dederichs-Masius[2]; Jürgen M. Giesler[1]

[1] Universitätsklinikum Freiburg, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

[2] Drei-Burgen-Klinik der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

Hintergrund und Zielstellung

Das META-Programm der Drei-Burgen-Klinik ist ein fünfwöchiges Gruppenprogramm für Rehabilitand*innen mit Metabolischem Syndrom (MetS), welches somatische, verhaltensbezogene (wie Ernährungs- und Bewegungsverhalten) und psychosoziale Zielgrößen (wie Depressivität) adressiert. Die Evaluation des META-Programms zeigte sowohl zu Reha-Ende (Giesler et al., 2020) als auch 3 Monate nach Ende der Rehabilitation (Giesler et al., 2020 eingereicht) signifikante Verbesserungen der auf verschiedenen Ebenen angesiedelten Zielgrößen. Die erzielten Effektstärken variierten jedoch je nach Outcome-Dimension.

Vor diesem Hintergrund soll im vorliegenden Beitrag die Frage nach Prädiktoren des Reha-Outcomes untersucht werden. Neben soziodemographischen Variablen werden dabei subjektive Krankheitskonzepte (SK) sowie die von den Rehabilitand*innen wahrgenommene Qualität der Reha-Zielarbeit (QZA) als Prädiktoren analysiert. Während der Einfluss subjektiver Krankheitskonzepte auf gesundheitsbezogene Outcomes indikationsübergreifend und auch für Betroffene mit Diabetes (bisher nicht für Rehabilitand*innen mit MetS i.e.S.) mehrfach belegt wurde (Abubakari et al., 2016; Petrie et al., 2007), liegt für den Einfluss der Reha-Zielarbeit auf verschiedene Outcomes international höchstens Evidenz geringer Qualität und national kaum Evidenz vor (vgl. Glattacker et al., 2020).

Methoden

Als Rehabilitationsoutcome wurden das salutogene und pathogene Essverhalten sowie die Depressivität und die Aktivität und Partizipation als Aspekte psychosozialer Gesundheit analysiert. Die entsprechenden Operationalisierungen erfolgten mittels AD-EVA (Salutogenes Essverhalten: „Mittlere Kontrolle“, „Sport“, „Empfehlungen umsetzen“, „Genuss“; Pathoge-nes Essverhalten: „Emotionsessen“, „Störbarkeit“) und des HEALTH-49. Messzeitpunkte waren Reha-Beginn und 3 Monate nach Ende der Rehabilitation. Die QZA wurde zu Reha-Ende über zwei selbstentwickelte Skalen, welche die QZA zu Reha-Beginn bzw. im Reha-Verlauf abbilden, gemessen, und das SK zu Reha-Beginn über den B-IPQ (8 Items zum wahrgenommenen „Krankheitsverlauf“, „Konsequenzen“, „Persönliche Kontrolle“, „Behandlungskontrolle“, „Symptomlast“, „Sorgen“, „Kohärenz (Verstehbarkeit)“ und „Emotionale Belastung“ durch das MetS).

Die statistischen Analysen umfassten multiple, hierarchische Regressionsanalysen, in denen die Skalen des AD-EVA und des HEALTH-49 die Kriterien bildeten. Als Prädiktoren wurden in vier Blöcken (1) die Eingangsbelastung auf dem Kriterium, (2) die soziodemographi-schen Variablen Alter, Geschlecht, Schulabschluss und Partnerschaft, (3) die SK und (4) die QZA eingegeben. Zur Bewertung der Modellvoraussetzungen diente der Varianzinflationsfaktor (VIF) (jeweils < 5).

Die Stichprobe umfasste zu Reha-Beginn N=114 Rehabilitand*innen. 74% der Stichprobe waren Männer, das Durchschnittsalter betrug 51 Jahre (SD=8,4). Zum Katamnesezeitpunkt wurden N=74 Rehabilitand*innen erreicht.

Ergebnisse

Bezogen auf das salutogene Essverhalten wurden zwischen 34% und 40% der Varianz aufgeklärt. Der Eingangswert stellte (außer bei der Subskala „Genuss“) den stärksten Prädiktor dar. Soziodemographische Variablen waren bei keiner der vier Skalen signifikante Prädiktoren. Bzgl. des SK waren eine höhere Wahrnehmung der persönlichen Kontrollierbarkeit des MetS zu Reha-Beginn mit einem schlechteren katamnestischen Ergebnis bzgl. der Skalen „Sport“ und „Empfehlungen umsetzen“ und eine höhere Verstehbarkeit des MetS mit einem besseren Ergebnis bzgl. der Skala „Genuss“ assoziiert. Außerdem war eine subjektiv bessere QZA zu Reha-Beginn ein Prädiktor einer höheren Ausprägung der Skala „Mittlere Kontrolle“. Im Hinblick auf das pathogene Essverhalten wurden 20% bzw. 30% der Varianz aufgeklärt. Auch hier war die Eingangsbelastung der stärkste Prädiktor, während soziodemographische Variablen und das SK keine Signifikanz erreichten. Hingegen war eine subjektiv bessere QZA zu Reha-Beginn mit günstigeren Werten im Hinblick auf beide Subskalen des pathogenen Essverhaltens assoziiert. Bezogen auf die psychosoziale Gesundheit lag die Varianzaufklärung für die Depressivität bei 44% und bzgl. der Aktivität und Partizipation bei 29%. Die Eingangsbelastung war auch hier der stärkste und im Falle der Depressivität der einzige signifikante Prädiktor. Im Hinblick auf Aktivität und Partizipation war außerdem eine höhere subjektive Verstehbarkeit des MetS zu Reha-Beginn mit einem besseren katamnestischen Ergebnis assoziiert.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass nach Adjustierung der Eingangsbelastung als i.d.R. stärkstem Prädiktor soziodemographische Variablen keine Prädiktoren der hier untersuchten Outcomes darstellten. Demgegenüber waren Aspekte des SK – nämlich eine (zu?) starke Wahrnehmung des MetS als persönlich kontrollierbar und eine geringe Verstehbarkeit des MetS zu Reha-Beginn mit einem schlechteren Outcome bzgl. salutogenem Essverhalten sowie der Aktivität und Partizipation assoziiert, während eine von den Rehabilitand*innen subjektiv wahrgenommene hohe QZA für günstigere Ausprägungen bzgl. des salutogenen und pathogenenen Essverhaltens prädiktiv war. Die Ergebnisse sollten an einer größeren Stichprobe und im Hinblick auf weitere (soziodemographische, medizinische) Prädiktoren und Outcomedimensionen repliziert werden, legen jedoch die potenzielle Relevanz sowohl subjektiver Krankheitskonzepte als auch der Qualität der Reha-Zielarbeit für Rehabilitand*innen mit MetS als Prädiktoren des Reha-Outcomes nahe. Die Ergebnisse verweisen damit auf potenziell interventionell zu adressierende Konstrukte zur Steigerung von Reha-Effekten und zur Gewährleistung einer patientenorientierten Versorgung.

Literatur

Abubakari, A., Cousinsn R., Thomas, C., Sharma, D., Naderali, E. (2016). Sociodemogra-phic and Clinical Predictors of Self-Management among People with Poorly Controlled Type 1 and Type 2 Diabetes: The Role of Illness Perceptions and Self-Efficacy. Journal of Diabetes Research, 6708164.

Giesler, J.M, Dederichs-Masius, U., Glattacker, M. (2020). Die Veränderung somatischer, verhaltensbezogener und psychosozialer Zielgrößen im Verlauf der Rehabilitation bei Metabo-lischem Syndrom: Eine Evaluation des META-Programms. In DRV Bund (Hrsg.). DRV-Schriften, 120, 457-459 (29. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloqui-um/Hannover/Deutsche Rentenversicherung).

Giesler, J.M., Dederichs Gesundheit -Masius, U., Glattacker M. (eingereicht). Essverhalten und Merkmale psychosozialer 3 Monate nach Abschluss eines Programms zur Rehabilitation bei Metabolischem Syndrom: Ergebnisse einer Evaluation des META-Programms. Eingereicht für das 30. Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium, 2021.

Glattacker, M., Dibbelt, S., Greitemann, B. (2020). Reha-Zielarbeit in der medizinischen Rehabilitation. In Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). Die Weiterentwicklung der Rehabilitation im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung, DRV-Schriften, Band 121, S. 22-33.

Petrie, K. J., Jago, L. A., Devcich, D. A. (2007). The role of illness perceptions in patients with medical conditions. Curr Opin Psychiatry, 20(2), 163–167.

Interessenkonflikt: Frau Dederichs-Masius arbeitet in der Drei-Burgen-Klinik Bad Kreuznach.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

Berufliche Teilhabe nach einer medizinischen Rehabilitation aufgrund pneumologischer Erkrankungen. Repräsentative Analysen auf Basis der DRV-Routinedaten

Marco Streibelt; Pia Zollmann
Deutsche Rentenversicherung Bund

Hintergrund und Zielstellung

Chronische Atemwegserkrankungen, darunter „Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen (COPD)“ sowie „Asthma bronchiale“, sind häufig vorkommende Krankheiten mit gravierenden Auswirkungen für den Betroffenen und für die Gesellschaft. Die 12-Monatsprävalenz für COPD beträgt in Deutschland 2014/2015 5,8%, für Asthma bronchiale 6,2% (Steppuhn et al., 2017a; Steppuhn et al., 2017b). Weltweit verursachte COPD im Jahr 2016 über 3 Mio. Todesfälle und belegte damit den 3. Rang bei den Todesursachen (WHO, 2018); bei den führenden Ursachen für disability adjusted life years (DALYs) den 6. Platz im Jahr 2019 (Murray, 2020). Die direkten und indirekten Kosten für COPD und Asthma betrugen allein für die USA im Jahr 2008 68 Mrd. USD (Patel et al., 2014).

Pneumologische Rehabilitation gilt als ein wichtiger Baustein in der Therapie dieser Erkrankungen, mit einer insbesondere für COPD guten Evidenz für deren Wirksamkeit (Schultz, 2014). Die verfügbaren Wirksamkeitsstudien betrachteten den Erfolg der Rehabilitation bislang nicht hinsichtlich der beruflichen Teilhabe. Der vorliegende Beitrag soll diese Lücke ein Stück weit schließen. Auf der Basis der Routinedaten der Rentenversicherung sollen folgende Fragen beantwortet werden:

- Wie lassen sich Patienten im Vorfeld einer medizinischen Rehabilitation beschreiben?
- Wie hoch ist die berufliche Teilhabe im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation?
- Welche Faktoren determinieren die berufliche Teilhabe nach einer medizinischen Rehabilitation?

Methoden

Für die Analysen wurde die Reha-Statistik-Datenbasis (RSD)-Verlaufserhebung der Jahre 2011 bis 2018 herangezogen. Eingeschlossen wurden alle Rehabilitanden, die mit einer Entlassungsdiagnose (1. Diagnose) aus dem Kapitel J „Krankheiten der Atmungsorgane“ der ICD 10 eine medizinische Rehabilitation im Jahr 2016 abgeschlossen haben.

Als Quote für die berufliche Wiedereingliederung wurde die stabile Beschäftigung 12 bzw. 24 Monate nach Reha-Ende berichtet. Stabile Beschäftigung wurde definiert als aktive sozialversicherungspflichtige Beschäftigung im 12. resp. 24. Monat des Beobachtungszeitraums sowie in den vorhergehenden 3 Monaten (Etuknwa et al., 2019).

Die Beschreibung der soziodemografischen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Eigenschaften der Rehabilitanden mit Atemwegserkrankungen erfolgte anhand der üblichen

deskriptiven Verfahren (Kreuztabellen, Mittelwertvergleiche). Einflussfaktoren auf die stabile Beschäftigung wurden mithilfe logistischer Regressionen kalkuliert. Für die Prognosegüte der Modelle wurden ROC-Analysen vorgenommen. Die Berechnungen erfolgten alle in SPSS 26.

Ergebnisse

Im Jahr 2016 absolvierten 19.287 Pflichtversicherte eine medizinische Rehabilitation wegen Erkrankungen der Atmungsorgane. Häufigste Diagnose war Asthma bronchiale mit 9.108 Rehabilitanden und einem Anteil von 47%, gefolgt von COPD mit 6.215 Rehabilitanden und einem Anteil von 32%. Sie waren durchschnittlich 53 Jahre alt und verteilten sich gleichmäßig auf beide Geschlechter. 9 von 10 besaßen die deutsche Staatsbürgerschaft und waren auch in Deutschland geboren. 63% waren verheiratet, ein ebenso großer Anteil konnte einen Schulabschluss mit Berufsausbildung vorweisen. 17% hatten die (Fach-)Hochschulreife erlangt. Etwa 8 von 10 Personen kamen aus sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung in die Rehabilitation.

Die Quote stabil beschäftigter Personen nach einer Rehabilitation aufgrund einer Atemwegserkrankung ist, in Abhängigkeit vom Zeitpunkt und der zugrundeliegenden Analysegruppe, in Tabelle 1 dargestellt. Betrachtet man alle Patienten, so wiesen ein Jahr nach der Rehabilitation 68% und nach 24 Monaten 63% eine stabile Beschäftigung auf. Reduziert man die betrachtete Gruppe um alle Personen, die im Bezugszeitraum in Altersrente (AR) abwanderten, lag der Anteil bei 70% resp. 67%. Für COPD-Patienten lagen die Quoten zwischen 42% (24 Monate, mit AR-Zugängen) und 52% (12 Monate, ohne AR-Zugänge); für Asthma-Patienten wurden mit 75% bis 81% bedeutend höhere Quoten ausgewiesen.

Tab. 1: Quoten der stabilen Beschäftigung am Ende des 1. und des 2. Jahres nach pneumologischer Rehabilitation im Jahr 2016

		Atemwegserkrankungen			
		COPD	Asthma bronchiale	Sonstige	Gesamt
Anzahl		6.215	9.108	3.964	19.287
Ende 1. Jahr nach Reha	mit AR	49,5	79,4	69,8	67,8
	ohne AR	51,8	81,3	71,9	70,1
Ende 2. Jahr nach Reha	mit AR	42,1	75,0	65,4	62,5
	ohne AR	46,8	79,4	69,6	67,2

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD), 2011-2018
Alle Angaben in Prozent; mit AR – Stichproben inkl. Altersrentenzugänge im Beobachtungszeitraum, ohne AR – Stichproben ohne Altersrentenzugänge im Beobachtungszeitraum

Die multivariaten Modelle zur Erklärung stabiler Beschäftigung 12 Monate nach einer Rehabilitation lagen mit einer Erklärungskraft von 0,31 bis 0,41 (R2 nach Nagelkerke) im moderaten Bereich. Das AUC-Kriterium verweist mit 0,78 bis 0,84 ebenfalls auf einen guten Modellfit. Im finalen Modell werden 11 signifikante Einflussfaktoren ausgewiesen, wobei sechs gesundheitsbezogene, drei erwerbsbezogene und mit Alter und Geschlecht zwei soziodemografische Merkmale aufgenommen wurden. Die drei Prädiktoren mit der höchsten Erklärungskraft sind die Fehlzeiten vor der Rehabilitation, das Entgelt im Jahr vor der Rehabilitation sowie das Alter. Die Art der Atemwegserkrankung besaß unter Kontrolle aller

weiteren integrierten Prädiktoren einen signifikanten Einfluss: Asthma-Patienten hatten, gemessen an vergleichbaren Patienten mit COPD, eine 2fach höhere Chance auf stabile Beschäftigung nach einem Jahr.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass Patienten mit Atemwegserkrankungen relevante sozialmedizinische Risiken mit in die Rehabilitation bringen, die sich durch soziodemografische Konstellationen, erwerbsbezogene Merkmale und gesundheitliche Informationen beschreiben lassen. Besonders ausgeprägt sind diese Risiken in der Gruppe der Personen mit einer diagnostizierten COPD. Asthmapatienten weisen dagegen vergleichsweise geringe sozialmedizinische Risiken auf. Diese Befundlage korrespondiert mit der postrehabilitativen beruflichen Teilhabe. Während nur etwa jeder zweite COPD-Patient in den zwei Jahren nach der Rehabilitation im aktiven Erwerbsleben verbleibt, sind es bei Asthmapatienten bis zu 80%. Insbesondere der Zugang zur Erwerbsminderungsrente unterschied sich beträchtlich (18% vs. 2%). Das ist – die geschätzten Regressionsmodelle zeigen dies – auch auf unterschiedliche soziodemografische Faktoren wie Alter, jedoch in beträchtlichem Maße durch erwerbsbezogene und gesundheitliche Merkmale vor der Rehabilitation erklärbar. Die stärksten Schätzer sind unabhängig von der Art der Atemwegserkrankung die Arbeitsunfähigkeitszeiten im Jahr vor der Rehabilitation, die Höhe des erzielten Entgeltes aus sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung und das Alter. Ein weiterer wichtiger Befund zeigt sich in den längerfristigen Verläufen: Die relevanten Veränderungen der beruflichen Situation sind größtenteils bis 12 Monate nach einer Rehabilitation abgeschlossen. Im zweiten Jahr postrehabilitativ sind auf der Kohortenebene nur noch wenige Änderungen der Anteile dokumentiert.

Mit dieser Analyse liegen zum ersten Mal repräsentative Erkenntnisse zu den sozialmedizinischen Risiken und zur beruflichen Teilhabe von Patienten vor, die aufgrund einer Atemwegserkrankung eine medizinische Rehabilitation im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung absolvierten.

Literatur

Etuknwa, A., Daniels, K., Eib, C. (2019): Sustainable Return to Work: A Systematic Review Focusing on Personal and Social Factors. Journal of Occupational Rehabilitation 29:679–700.

Murray, C. (2020): Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis fort the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet 2020. 396: 1204-22.

Patel, J.G., Nagar, S.P., Dalal, A.A. (2014): Indirect costs in chronic obstructive pulmonary disease: A review of the economic burden on employers and individuals in the United States. International Journal of COPD 2014:9 289–300.

Schultz, K. (2014): DGRW-Update: Relevanz und Evidenz der pneumologischen Rehabilitation am Beispiel der chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen (Erwachsene). Rehabilitation 53: 146–154.

Steppuhn, H., Kuhnert, R., Scheidt-Nave, S. (2017a): 12-Monats-Prävalenz der bekannten chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2017 2(3). DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-053. Berlin.

Steppuhn, H., Kuhnert, R., Scheidt-Nave, S. (2017b): 12-Monats-Prävalenz von Asthma bronchiale bei Erwachsenen. Journal of Health Monitoring 2017 2(3) DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-052. Berlin.

WHO (2018): The top 10 causes of death. Abruf (26.11.2021): https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death.

Der Effekt pneumologischer Rehabilitation auf die versorgungsbezogenen Bedürfnisse von Rehabilitand*innen mit Asthma: Eine quasi-experimentelle Studie

Julia Salandi[1]; Andrea Icks[2]; Stefan Hummel[3]; Konrad Schultz[4]; Christian Apfelbacher[5]; Aziz Sheikh[6]; Adrian Loerbroks[1]

[1] Universität Düsseldorf; [2] Deutsches Diabetes-Zentrum, Universität Düsseldorf
[3] MEDIAN Klinik Heiligendamm; [4] Klinik Bad Reichenhall der Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd; [5] Universität Magdeburg; [6] University of Edinburgh

Hintergrund und 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 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 (Loerbroks et al., 2016) und eine umfangreiche Validierung vorgenommen (Schreitmüller et al., 2019).

Es ist jedoch unklar, wie Bedürfnisse, gemessen mit dem NEAT, im Rahmen der Versorgung reduziert werden könnten. Da pneumologische Rehabilitation (PR) Menschen mit Asthma verschiedene Vorteile bieten kann (Schultz et al., 2018), haben wir in einer quasi-experimentellen Studie untersucht, ob die Teilnahme an einer stationären PR auch mit geringeren versorgungsbezogenen Bedürfnissen und darüber hinaus mit einer verbesserten Asthmakontrolle in Zusammenhang steht (Salandi et al., 2020).

Methoden

Einhundertfünfzig Rehabilitand*innen mit Asthma füllten in drei Rehabilitationskliniken bei Aufnahme und Entlassung u.a. den NEAT-Fragebogen und den Asthmakontrolltest (ACT) aus. Zusätzlich wurden als Kontrollgruppe weitere 78 Personen mit Asthma zweimal im Abstand von 4 Wochen befragt. Die Unterschiede zwischen Baseline und Follow-up sowie zwischen der Rehabilitations- und der Kontrollgruppe wurden durch t-Tests und Chi-Quadrat-Tests untersucht. Mit Hilfe von univariaten ANCOVAS wurde untersucht, ob sich die NEAT- und ACT-Scores im Follow-up zwischen den Gruppen signifikant unterschieden. Innerhalb der Rehabilitationsgruppe wurden lineare Regressionen angewendet, um zu untersuchen, ob die selbstberichtete Inanspruchnahme von mehr bedürfnisbezogenen Interventionen mit geringeren Bedürfnissen im Follow-up assoziiert waren.

Ergebnisse

Zur Baseline konnten keine Unterschiede zwischen der Rehabilitations- und der Kontrollgruppe hinsichtlich versorgungsbezogener Bedürfnisse und Asthmakontrolle beobachtet werden. Beim Follow-up zeigte die Rehabilitationsgruppe weniger Bedürfnisse ($t(149) = 10{,}33$, $p < 0.01$) und eine bessere Asthmakontrolle ($t(130) = -6.67$, $p < 0.01$) als die Kontrollgruppe, in der sich keine Verbesserungen ergaben. Univariate ANCOVAS zeigten, dass sich die Anzahl unerfüllter Versorgungsbedürfnisse ($F(1, 212) = 36.46$, $p < 0.001$) und das Level der Asthmakontrolle ($F(1, 195) = 6.97$, $p = 0.009$) beim Follow-up signifikant zwischen den Gruppen unterschieden. In der Rehabilitationsgruppe war die selbstberichtete Inanspruchnahme von mehr Interventionen mit weniger Versorgungsbedürfnissen im Follow-up assoziiert ($\beta = 0.21$; $p = 0.03$).

Diskussion und Fazit

Die Studie liefert Hinweise darauf, dass PR bei Erwachsenen mit Asthma versorgungsbezogene Bedürfnisse verringern kann, und bestätigt frühere Erkenntnisse, dass PR Asthmakontrolle verbessert (Schultz et al.; 2018, Schultz et al., 2020). Die Durchführung von randomisierten kontrollierten Studien ist dringend notwendig, um die Ergebnisse bezüglich versorgungsbezogener Bedürfnisse zu überprüfen.

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. 2007; 62(6): 668-74.

Loerbroks, A., Leucht, V., Keuneke, S., Apfelbacher, C., Sheikh, A., Angerer, P. (2016) Patients' needs in asthma treatment: development and initial validation of the NEAT questionnaire. J Asthma. 2016; 53(4): 427-37.

Salandi, J., Icks, A., Gholami, J., Hummel, S., Schultz, K., Apfelbacher, C., Sheikh, A., Loerbroks, A. (2020) Impact of pulmonary rehabilitation on patients' health care needs and asthma control: a quasi-experimental study. BMC Pul Med. 2020; 20(1): 1-10.

Schreitmüller, J., Apfelbacher. C., Sheikh. A., Loerbroks, A. (2019) The Patient Needs in Asthma Treatment (NEAT) questionnaire: Further evidence on its psychometric properties. Allergy. 2019; 74(8): 1511–21.

Schultz, K., Wittmann, M., Wagner, R., Lehbert, N., Schwarzkopf, L., (2018) Szentes B, et al. Effectiveness of pulmonary rehabilitation for patients with asthma: EPRA-RCT. Eur Respir J. 2018; 52(suppl 62): OA1620.

Schultz, K., Wittmann, M., Wagner, R., Lehbert, N., Schwarzkopf, L., Szentes, B., Nowak, D., Faller, H., Schuler, M. (2020) Stationäre pneumologische Rehabilitation zur Verbesserung der Asthmakontrolle. Eine randomisierte kontrollierte Studie (EPRA, Effektivität pneumologischer Rehabilitation bei Asthma bronchiale). Deutsches Ärzteblatt. (im Druck)

Taponen, S., Lehtimäki, L., Karvala, K., Luukkonen, R., Uitti, J. (2017) Correlates of employment status in individuals with asthma: a cross-sectional survey. J Occup Med Toxicol. 2017; 12(1): 19.

Förderung: Deutsche Forschungsgemeinschaft

Die Zunahme der körperlichen Aktivität 6 Wochen nach einer stationären pneumologischen Rehabilitation bei COPD-Patienten korreliert mit einer Verbesserung der Lebensqualität

Konrad Schultz[1]; Matthias Limbach[1]; Michael Schuler[2]; Johannes Carl[3]; Klaus Pfeifer[3]; Wolfgang Geidl[3]

[1] Klinik Bad Reichenhall der Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd
[2] Universität Würzburg / Hochschule für Gesundheit, Bochum
[3] Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Hintergrund und Zielstellung

Körperliche Aktivität („physical activity“) ist der stärkste Prädiktor der Überlebensprognose von COPD-Patienten (Waschki et al., 2011) und korreliert mit verschiedenen anderen COPD-Outcomes, u.a. der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Daher ist die Steigerung der körperlichen Aktivität eines der zentralen Ziele der pneumologischen Rehabilitation bei COPD (Spruit et al., 2013). Bisher gibt es jedoch keine empirische Daten aus der deutschen Rehabilitation die belegen, dass eine Zunahme der körperlichen Aktivität nach einer 3-wöchigen pneumologischen Rehabilitation tatsächlich mit einer Verbesserung der Lebensqualität nach der Rehabilitation einhergeht.

Methoden

Es handelt sich um eine Sekundäranalyse der STAR-Studie (Geidl et al., 2017). Mittels triaxialer Akzelerometer wurde die tägliche Schrittzahl bei 327 COPD-Patienten zwei Wochen vor (T0) und sechs Wochen nach (T3) einer dreiwöchigen stationären pneumologischen Rehabilitation gemessen. Anhand einer Regressionsanalyse wurde der Zusammenhang zwischen der Änderung der körperlichen Aktivität (Schritte pro Tag) und der Änderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Gesamtscore Saint George's Respiratory Questionnaire, SGRQ total score) analysiert.

Ergebnisse

Im Durchschnitt stieg die Anzahl der Schritte pro Tag 6 Wochen nach der Rehabilitation um 955 Schritte (minimal important difference, MID = 599 Schritte/Tag (Demeyer et al., 2016)). Parallel verbesserte sich die SGRQ-Gesamtpunktzahl im Mittel um 15,6 Punkte (MID = 4 Pkt. (Jones, 2005), s. Abbildung 1). Dabei fand sich eine signifikante Korrelation zwischen der Änderung der Anzahl der Schritte und der Änderung der Scores des Saint George's Respiratory Questionnaires (B=-43.2 [95% CI: -27.0; -59.3]; β= -0,31, $p < 0{,}001$, s. Abbildung 2). Eine Erhöhung um 43,2 Schritte pro Tag war mit einer Verbesserung der SGRQ-Gesamtpunktzahl um 1 Punkt verbunden.

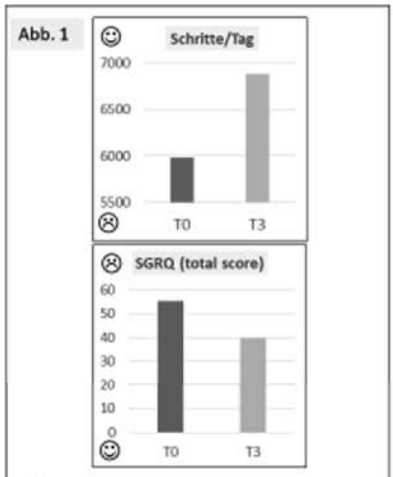


Abb. 1: Veränderungen der mittleren Schrittzahl und des mittleren SGRQ Gesamtcores von T0 (2 Wochen vor Reha) bis T3 (6 Wochen nach Reha); SGRQ = Saint George's Respiratory Questionnaire [0☺ .... 100☹]

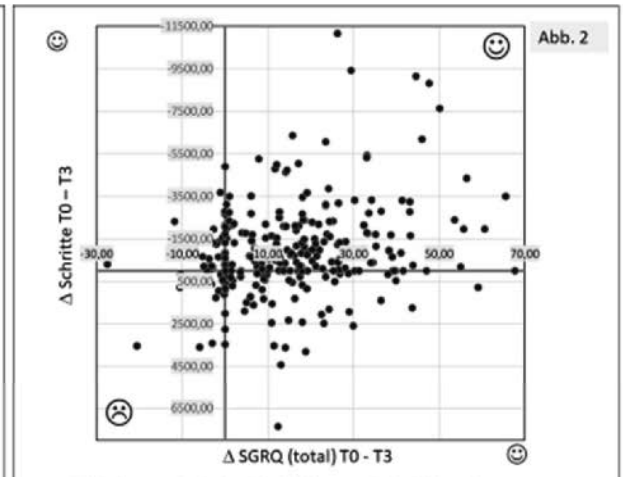


Abb. 2: Pearson-Korrelation: Delta Schritte *versus* Delta SGRQ total score; *Delta Schritte:* T0 – T3 (negative Werte kennzeichnen eine Verbesserung) *Delta SGRQ total score:* T0 – T3 (pos. Werte kennzeichnen eine Verbesserung?

Diskussion und Fazit

Diese Ergebnisse sind die ersten empirischen Daten aus der deutschen pneumologischen Rehabilitation die zeigen, dass die Zunahme der körperlichen Aktivität nach einer dreiwöchigen Rehabilitation tatsächlich mit einer Verbesserung der Lebensqualität korreliert. Dies unterstreicht die große Bedeutung der Förderung der körperlichen Aktivität während der pneumologischen Rehabilitation bei COPD.

Literatur

Demeyer, H., Burtin, C., Hornikx, M., Camillo, C. A., Van Remoortel, H., Langer, D., Janssens, W., Troosters, T. (2016) The Minimal Important Difference in Physical Activity in Patients with COPD. PLoS One. 2016 Apr 28;11(4):e0154587. doi: 10.1371/journal.pone.0154587. PMID: 27124297; PMCID: PMC4849755.

Geidl, W., Semrau, J., Streber, R., Lehbert, N., Wingart, S., Tallner, A., Wittmann, M., Wagner, R., Schultz, K., Pfeifer, K. (2017) Effects of a brief, pedometer-based behavioral intervention for individuals with COPD during inpatient pulmonary rehabilitation on 6-week and 6-month objectively measured physical activity: study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2017 Aug 29;18(1):396. doi: 10.1186/s13063-017-2124-z. PMID: 28851462; PMCID: PMC5576331.

Jones, P. W. (2005) St. George's Respiratory Questionnaire: MCID. COPD. 2005 Mar;2(1):75-9. doi: 10.1081/copd-200050513. PMID: 17136966.

Spruit, M. A., Singh, S. J., Garvey, C., ZuWallack, R., Nici, L., Rochester, C., Hill, K., Holland, A. E., Lareau, S. C., Man, W. D., Pitta, F., Sewell, L., Raskin, J., Bourbeau, J., Crouch, R., Franssen, F. M., Casaburi, R., Vercoulen, J. H., Vogiatzis, I., Gosselink, R., Clini, E. M., Effing, T. W., Maltais, F., van der Palen, J., Troosters, T., Janssen, D. J., Collins, E., Garcia-Aymerich, J., Brooks, D., Fahy, B. F., Puhan, M. A., Hoogendoorn, M., Garrod, R., Schols, A. M., Carlin, B., Benzo, R., Meek, P., Morgan, M., Rutten-van Mölken, M. P., Ries, A. L., Make, B., Goldstein, R. S., Dowson, C. A., Brozek, J. L., Donner, C. F., Wouters, E. F.; (2014) ATS/ERS Task Force on Pulmonary Rehabilitation. An official American Thoracic

Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. Am J Respir Crit Care Med. 2013 Oct 15;188(8):e13-64. doi: 10.1164/rccm.201309-1634ST. Erratum in: Am J Respir Crit Care Med. 2014 Jun 15;189(12):1570. PMID: 24127811.

Waschki, B., Kirsten, A., Holz, O., Müller, K. C., Meyer, T., Watz, H., Magnussen, H. (2011) Physical activity is the strongest predictor of all-cause mortality in patients with COPD: a prospective cohort study. Chest. 2011 Aug;140(2):331-342. doi: 10.1378/chest.10-2521. Epub 2011 Jan 27. PMID: 21273294.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd

Depressionsbehandlung in der psychosomatischen Rehabilitation: Erfolgsraten in Abhängigkeit von Symptomschwere und Patientenerwartungen.

Tobias Schott[1]; Julia Henke[1]; Jürgen Hoyer[1]; Ursula Melicherova[2]; Volker Köllner[3]

[1] Technische Universität Dresden; [2] Charité - Universitätsmedizin Berlin

[3] Rehazentrum Seehof der Deutsche Rentenversicherung Bund

Hintergrund und Zielstellung

Patientenerwartungen beeinflussen Verlauf und Ergebnis medizinischer und psychotherapeutischer Behandlungen. In der vorliegenden Studie analysieren wir, wie ausgeprägt dieser Effekt in der stationären psychosomatischen Rehabilitation bei depressiven Syndromen ausfällt. Angesichts der Heterogenität depressiver Syndrome legen wir den Schwerpunkt auf die Untersuchung der Wechselwirkung zwischen Symptomschwere und Patientenerwartungen. Ferner untersuchen wir, ob neben positiven Erwartungen auch die Furcht vor Veränderungen und die wahrgenommene Passung einen Vorhersagewert für den weiteren Behandlungsverlauf sowie die Symptomreduktion haben.

Methoden

Im Rahmen der stationären psychosomatischen Rehabilitation schätzten zu Beginn und zum Ende der Behandlung 397 PatientInnen (95 männlich, 302 weiblich; Alter=51,93 Jahre; SD=8,78) mit Hilfe des BDI-II (Hautzinger et al., 2009) die Schwere depressiver Symptome ein. Darüber hinaus wurde zur Behandlungsaufnahme und eine Woche nach Behandlungsbeginn die Erfolgserwartung an die beginnende Therapie erfasst. Die Erwartungshaltung wurde mit dem PATHEV (Schulte, 2005) erfasst, der sich aus drei Subskalen (Hoffnung auf Verbesserung, Furcht vor Veränderung, wahrgenommene Passung) zusammensetzt.

Ergebnisse

Zwischen 87% und 91% der PatientInnen mit einer initial leichten bis mittelschwer und 66% der PatientInnen mit einer initial schwer ausgeprägten depressiven Symptomatik (BDI-II) konnten von der psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung profitieren (Response oder Remission). Hierarchische Regressionen für den jeweiligen Schweregrad (leicht vs. mittelschwer vs. schwer ausgeprägter Symptomatik) legen nahe, dass der Vorhersagewert der Symptomschwere zu Behandlungsbeginn mit steigendem Schweregrad zunimmt (BDI-II Prä: mittelschwer: 3,5%; schwer: 35%). Der inkrementelle Prädiktionswert der Erwartungshaltung (PATHEV, Subskala Hoffnung) wird im Hinblick auf die Symptomreduktion zum Behandlungsende nur bei mittlerer und schwer ausgeprägter Symptomatik signifikant (mittelschwer: 10,9%, schwer: 10,6%). Die Symptomreduktion (im BDI-II) fällt darüber hinaus größer aus, wenn es nach der ersten Behandlungswoche zu einem Zuwachs der Hoffnung auf Besserung gekommen war.

Diskussion und Fazit

Die vorliegenden Ergebnisse legen nahe, dass der überwiegende Teil der PatientInnen von der psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung gut profitieren kann. Neben der Symptomschwere zu Behandlungsbeginn sind die Hoffnung (und ihr initialer Zuwachs) auf eine mögliche Verbesserung für die Vorhersage des Therapieerfolgs von praktischer Bedeutung. Furcht vor Veränderung und wahrgenommene Passung spielen eine untergeordnete Rolle. Dass bei den schwerer beeinträchtigten Patientengruppen die Erwartungen den Therapieerfolg vorhersagen, betont aus unserer Sicht, wie wichtig die motivationale Vorbereitung auf und der gelungene Einstieg in die Behandlung gerade bei dieser Behandlungsgruppe sind.

Literatur

Hautzinger, M., Keller, F., Kühner, C. (2009). Beck Depressions-Inventar Revision (BDI-II) (2. Auflage). Göttingen: PsychCorb.

Schulte, D. (2005). Messung der Therapieerwartung und Therapieevaluation von Patienten (PATHEV). Zeitschrift Für Klinische Psychologie Und Psychotherapie, 34(3), 176–187. https://doi.org/10.1026/1616-3443.34.3.176.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Gesundheitliche Ungleichheit in der Psychosomatischen Rehabilitation: Analyse von Symptombelastung und Behandlungsergebnissen anhand des sozialen Milieus

Henrika Kleineberg-Massuthe[1]; Lilia Papst[1]; Markus Bassler[2]; Wolfgang Pfeiffer[2]; Volker Köllner[1]

[1] Charité – Universitätsmedizin Berlin; [2] Rehazentrum Oberharz

Hintergrund und Zielstellung

Bisherige Forschungsergebnisse zeigen, dass Patient*innen in der Psychosomatischen Rehabilitation unterschiedlich schwer beeinträchtigt sind und ungleich von der Behandlung profitieren (Oster et al., 2009; Hofreuter-Gätgens et al., 2016). Sozialen Determinanten kommt eine entscheidende Rolle bei der Entstehung und beim Verlauf psychischer sowie psychosomatischer Erkrankungen zu (Rosenbach & Richter, 2013). Soziodemografische Daten werden in der aktuellen Rehabilitationsforschung bereits berücksichtigt (Köllner et al., 2018). Offen ist die Frage, inwiefern die jeweilige Lebenswelt, d.h. die in einer sozialen Bezugsgruppe vorherrschenden Einstellungen zum Leben, Bewertungsmuster, Ziele u.ä., Krankheitsverlauf und Behandlungserfolg beeinflusst und ob die Rehabilitation Angehörige unterschiedlicher solcher Gruppen in gleichem Maße erreicht.

Um diese Aspekte einzubeziehen, werden in der Sozialstruktur- und Ungleichheitsforschung seit längerer Zeit Milieu-Ansätze verwendet. Das in dieser Studie genutzte Sinus-Modell beschreibt über die Dimensionen soziale Lage und Grundorientierung aktuell zehn Milieus für die Bundesrepublik Deutschland. Es werden die Milieu-Struktur zweier Reha-Zentren sowie

Unterschiede in Symptombelastung und Behandlungserfolg hinsichtlich des Merkmals Depressivität zwischen verschiedenen sozialen Milieus analysiert. Ziel ist es, einen empirischen Erklärungsansatz für Ungleichheitsphänomene in der Psychosomatischen Rehabilitation zu bieten.

Methoden

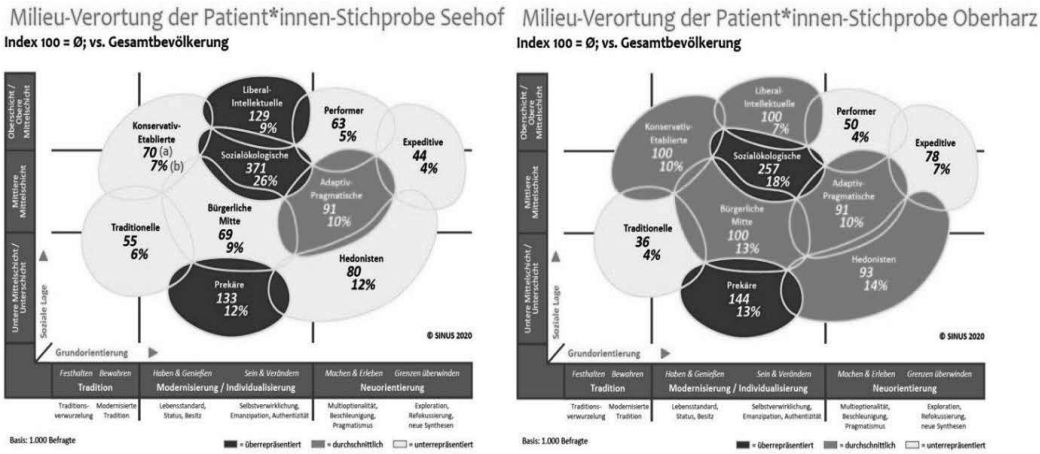
Die Gesamtstichprobe (N=2000) setzt sich aus zwei Teilstichproben (je N=1000) zusammen, für die von März 2019 bis März 2020 in zwei unterschiedlichen psychosomatischen Rehabilitationsabteilungen (Trägerschaft DRV-Bund bzw. DRV Braunschweig-Hannover) Selbstbeurteilungsfragebögen im Rahmen der Ein- und Ausgangsdiagnostik erhoben wurden. Zur Erfassung der sozialen Milieus der Patient*innen durch das Sinus-Institut wurde zu T0 der Sinus-Milieuindikator Deutschland 10/2018 in Form eines standardisierten Fragebogens erhoben. Depressivität wurde zu T0 und T1 anhand des Fragebogens zur Erfassung der Schwere einer depressiven Symptomatik – Beck-Depressionsinventar II (BDI-II) erfasst (Hautzinger, 2008). Hier lagen für N=1832 Patient*innen vollständige Daten vor. Ausgehend von der Milieu-Zuordnung wurden Unterschiede in der Depressivität zu Rehabilitationsbeginn und -ende sowie in der Verbesserung dieser mittels einfaktorieller Varianzanalysen untersucht. Zur Überprüfung der Vorhersagbarkeit der Depressivität nach Behandlung wurde eine multiple lineare Regression (UV: BDI-II-Summenwert zu T0 + Sinus-Milieu, AV: BDI-II-Summenwert zu T1) mit dem – anteilig größten – Sozial-ökologischen Milieu als Referenz-Kategorie durchgeführt. Die Auswertungen erfolgten mittels IBM SPSS Statistics 25.

Ergebnisse

Abbildung 1 zeigt die Milieu-Verteilung der Teilstichproben. Abbildung 2 veranschaulicht die Belastung zu Rehabilitationsbeginn und -ende im BDI-II stratifiziert nach Milieu. Die Mittelwerte unterschieden sich signifikant zwischen den Milieus bei Aufnahme und Entlassung ($p < 0.001$). Auch im Games-Howell-Post-hoc-Test bestätigten sich multiple signifikante Gruppenunterschiede zwischen verschiedenen Milieus zu beiden Messzeitpunkten ($p < 0.05$).

Die Prädiktoren BDI-II-Summenwert zu T0 und Milieu klärten mit einem $R^2 = 0.493$ etwa die Hälfte der Varianz im BDI-II-Summenwert zu T1 auf ($F (10, 1821) = 177.20$, $p < 0.001$). Neben dem BDI-II-Summenwert zu T0 ($B = 0.65$, $T(10, 1821) = 36.53$, $p < 0.001$) sagten die Bürgerliche Mitte ($B = 0.19$, $T(10, 1821) = 3.02$, $p = 0.003$), das Adaptiv-pragmatische ($B = 0.20$, $T(10, 1821) = 3.09$, $p = 0.002$), Prekäre ($B = 0.36$, $T(10, 1821) = 5.97$, $p < 0.001$) und Hedonistische Milieu ($B = 0.12$, $T(10, 1821) = 2.03$, $p = 0.043$) signifikant einen vom Sozial-ökologischen Milieu abweichenden BDI-II-Summenwert zu T1 vorher. Der BDI-II-Summenwert zu T0 hatte, gefolgt vom Prekären Milieu, den größten Einfluss auf das T1-Ergebnis.

Im Mittel kam es in allen Milieus zu einer Abnahme des Punktewertes von T0 zu T1. Die höchste durchschnittliche Abnahme verzeichnete das Traditionelle (MW -12.07), die geringste Abnahme das Expeditive Milieu (MW -8.33). In der einfaktoriellen Varianzanalyse unterschieden sich die Mittelwerte signifikant zwischen den verschiedenen Milieus ($p = 0.008$), im Games-Howell-Post-hoc-Test zeigten sich jedoch keine signifikanten Gruppenunterschiede ($p > 0.05$).



(a) Index, der das Verhältnis der Milieu-Größe der Teilstichprobe zur Milieu-Größe der deutschen Gesamtbevölkerung angibt; (b) prozentualer Anteil, zu dem das Milieu im Reha-Zentrum vertreten ist

Abb. 1: Sinus-Milieu-Verteilung der Teilstichproben

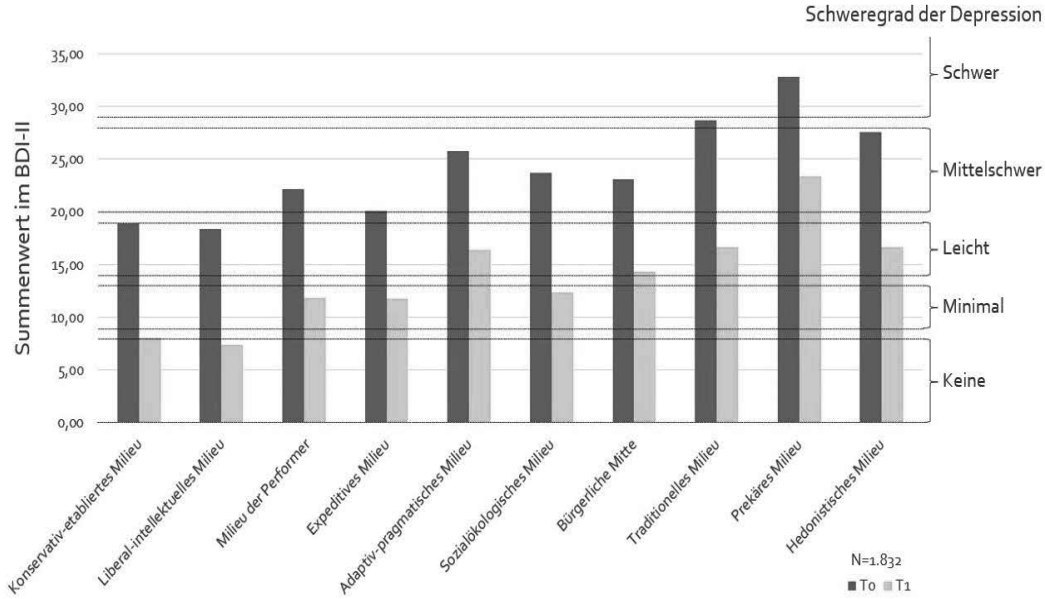


Abb. 2: Depressivität im BDI-II zu T0 und T1

Diskussion und Fazit

Patient*innen aus allen Milieus finden ihren Weg in die Psychosomatische Rehabilitation – sind jedoch unterschiedlich stark und nicht immer entsprechend der Häufigkeitsverteilung der deutschen Gesamtbevölkerung in den Reha-Zentren repräsentiert. Zwischen den beiden Rehabilitationsabteilungen zeigten sich zudem deutliche Unterschiede in der Milieu-Verteilung.

Es liegt eine signifikant unterschiedlich hohe Depressivität in den Milieus sowohl zu Beginn, als auch zu Ende der Rehabilitation vor. Tendenziell weisen Milieus mit höherer formaler

Bildung und höherem Einkommen eine geringere Belastung auf, was bisherige Forschungsergebnisse bestätigt.

Nach der Rehabilitationsbehandlung liegt eine unterschiedlich starke absolute Verbesserung der depressiven Symptomatik in den Milieus vor, wobei sich im Post-hoc-Test keine signifikanten Gruppenunterschiede zeigten. Alle Milieus profitieren von der Behandlung, allerdings können die Milieus mit höherer Belastung zu Rehabilitationsbeginn diesen Nachteil nicht so weit ausgleichen, als dass sie depressionsfrei entlassen werden könnten. Die Ergebnisse betonen die Notwendigkeit, benachteiligte Milieus im Behandlungsprozess besonders zu berücksichtigen und Ungleichheiten abzubauen.

Literatur

Hautzinger, M. (2008): BDI II – Beck-Depressionsinventar. In: Bengel, J., Wirtz, M., Zwingmann, C. (Hrsg.): Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation. Göttingen: Hogrefe. 206-209.

Hofreuter-Gätgens, K., Deck, R., von dem Knesebeck, O. (2016): Soziale Ungleichheit und Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen. Die Rehabilitation, 55. 374-380.

Köllner, V., Hildenbrand, G., Gündel, H. (2018): Psychosomatische Rehabilitation – Unterschiede zur Krankenhausbehandlung und Differentialindikation. Ärztliche Psychotherapie, 13. 6-15.

Oster, J., Müller, G., von Wietersheim, J. (2009): „Wer profitiert?“ – Patientenmerkmale als Erfolgsprädiktoren in der psychosomatischen Rehabilitation. Die Rehabilitation, 48. 95-102.

Rosenbach, F., Richter, M. (2013): Depression als gesellschaftliche Erkrankung: Die sozialen Determinanten psychischer Gesundheit. Psychotherapie im Dialog, 14. 85-88.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Offene oder geschlossen Gruppenpsychotherapie: Welches Format ist besser?

Ursula Melicherova[1]; Tobias Schott[2]; Jürgen Hoyer[2]; Volker Köllner[3]

[1] Charité - Universitätsmedizin Berlin; [2] Technische Universität Dresden

[3] Rehazentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung, Teltow

Hintergrund und Zielstellung

Affektive Störungen, insbesondere depressive Störungen, bilden mehr als die Hälfte der Diagnosen, aufgrund denen sich Personen einer psychosomatischen Rehabilitation unterziehen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2012). Die Fähigkeiten von Betroffenen zur aktiven und flexiblen Teilhabe an verschiedenen Lebensbereichen zeigen sich oftmals als chronisch eingeschränkt, was zum früheren Ausscheiden aus dem beruflichen Leben führen kann (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2012). Auch vor dem Hintergrund der hohen Belastungen für das Sozialsystem ist die Entwicklung und Umsetzung maßgeschneiderter und effektiver Behandlungsmethoden essentiell.

Die Wirksamkeit und auch das Kosten Nützen Verhältnis der gruppentherapeutischen Behandlungen wurden unlängst auf robuster Datenbasis nachgewiesen (Janis et al., 2020). Ein Thema, das in der klinischen Praxis eine bedeutsame Rolle spielt, in der Forschung allerding kaum Beachtung findet, ist das des Gruppenformats, insbesondere im Hinblick auf offene vs. geschlossene Gruppen. Manche Kliniker sehen offene Gruppen lediglich als einen Kompromiss, der sich aus ökonomischen und organisatorischen Erwägungen ergibt. So ist den Richtlinien der American Group Therapy Association der Hinweis zu entnehmen, dass offene Gruppen sich wahrscheinlich nicht in ein Stadium entwickeln, in welchem sie genauso produktiv arbeiten könnten wie ihre geschlossenen Pendants (Bernard et al., 2008). Die bisherige Studienlage konnte dies allerdings nicht bestätigen. Mattke & Schreiber-Willnow (2002) konnte (in psychoanalytischen Gruppentherapien) keinen Unterschied in der Symptomreduktion zwischen den beiden Formaten bestätigen. Auch Tourigny & Hebert (2007) fanden keine Unterschiede in der gruppentherapeutischen Behandlung (Verhaltenstherapie) von adoleszenten Frauen. Die oben genannten Studien weisen allerdings methodische Schwächen auf, wie z.B. kleine Stichproben, keine Randomisierung, und keine Anwendung von modernen statistischen Verfahren. Sie wurden auch nicht an einer Stichprobe von depressiven Individuen durchgeführt, was deren Generalisierbarkeit auf depressive Erwachsene in Rehabilitation verunmöglicht. Das Ziel der vorliegenden Studie war es, den Therapieprozesse und Wirksamkeitsunterschiede zwischen dem offenen und geschlossenen Gruppenformat bei depressiven Patienten im Rehabilitationskontext zu untersuchen.

Methoden

Im Zuge der Routinediagnostik wurden bei 265 Patienten (Alter MW ± SD: 55.7 ±11 Jahre) einer psychosomatischen Rehaklinik konsekutiv entweder in eine offene (n=116) oder eine geschlossene (n=149) Gruppentherapie eingeteilt (Blockdesign; Pseudorandomisierung). Sowohl vor (T1) als auch nach (T2) der Behandlung wurden depressive Symptome (DS) anhand des 21 Items umfassenden revidierten Beck Depressions-Inventars (Hautzinger et al., 2009) erfasst. Darüber hinaus wurden auch der Fragebogen zur Erfassung der therapeutischen Beziehung in Gruppen (F-TB-G, Schott & Hoyer, 2018) während der Behandlung (1x Woche) erhoben, der mittels einer Gesamtskala das Gruppenerleben erfasst.

Ergebnisse

In beiden gruppentherapeutischen Formaten reduzierte sich die depressive Symptomatik signifikant zu T2 ES (d=0.34). Es ergab sich eine signifikante Interaktion zwischen Zeit x Gruppenformat x Dosis. Visuelle Analysen zeigten auf, dass die Depressivität der Patienten in den offenen Gruppen mit der sich erhöhenden Dosis linear stärker abfiel. In den geschlossenen Gruppen konnte eine im Verlauf etwas geringere Reduktion der Symptomatik beobachtet werden.

Tab. 1: Lineares gemischtes Modell: Depressivität

	log(BDI)		
Predictors	*Esti-mates*	*CI*	*p*
Intercept	3.40	3.00 – 3.80	**<0.001**
Zeit_T2	-0.79	-1.04 – -0.53	**<0.001**
Gruppenformat_geschlossen	0.04	-0.47 – 0.55	0.871
Dosis	-0.03	-0.15 – 0.08	0.578
Geschlecht [weiblich]	-0.07	-0.25 – 0.10	0.428
Zeit_T2 x Gruppenformat_geschlossen	-0.23	-0.56 – 0.10	0.177
Zeit_T2 x Dosis	-0.08	-0.15 – -0.01	**<0.025**
Gruppenformat_geschlossen x Dosis	0.02	-0.15 – 0.18	0.847
Gruppenformat_geschlossen x Zeit_T2 x Dosis	0.14	0.04 – 0.24	**<0.005**
Random Effects			
σ^2	0.17		
$\tau_{00\ auf_nr}$	0.38		
ICC	0.69		
N_{auf_nr}	265		
Observations	1534		
Marginal R^2 / Conditional R^2	0.304 / 0.783		

p<*.001*= **, p<*.05* = *

Abkürzungen: CI- Konfidenzinterval

Zusätzlich wurde auch ein bedeutsamer Interaktionseffekt im Gruppenerleben (FTB-G) gefunden. Die Wahrscheinlichkeit, dass das Gruppenerleben (FTB-G) als positiv eingestuft wird, stieg in der geschlossenen Gruppe mit der Zeit an. In den offenen Gruppen konnte keine Veränderung in Bezug auf die Zeit beobachtet werden.

Tab. 2: Ordinale logistische Regression: Gruppenerleben

	Gruppenerleben				
Predictors	*Odds Ratios*	*CI*	*LR Chisq*	*Df*	*p(>Chisq)*
[0.00, 7.23)|[7.23, 8.40)	0.04	0.03 – 0.05			
[7.23, 8.40)|[8.40, 9.32)	0.94	0.93 – 0.96			
[8.40, 9.32)|[9.32,12.92]	34.24	33.93 – 34.54			
Gruppenformat_geschlossen	0.43	0.42 – 0.43	2.81	1	0.094
Zeit	1.02	1.01 – 1.03	11.66	1	0.0006***
Gruppenformat_geschlossen x Zeit	1.51	1.50 – 1.52	10.53	1	0.001 **
Random Effects					
σ^2	3.29				
$\tau_{00\ auf_nr}$	26.04				
ICC	0.89				
N_{auf_nr}	265				
Observations	1534				
Marginal R^2 / Conditional R^2	0.003 / 0.888				

p<*.001*= **, p<*.05* = *

Abkürzungen: CI- Konfidenzinterval

Diskussion und Fazit

In Übereinstimmung mit vorangegangener Forschung führten beide Gruppenformate, eingebettet in einem ganzheitlichen Reha-Programm, zur signifikanten Verbesserung der Symptomatik. Die theoriegeleitet geäußerte Ansicht, geschlossen sei besser als offen, konnte im Hinblick auf die Wirksamkeit nicht bestätigt werden; allerdings besitzen geschlossene Gruppen Vorteile, was die Gruppenkohäsion anbetrifft.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund: (2012) Reha-Bericht 2012. Berlin, 2012.

Bernard, H., Burlingame, G., Flores, P., Greene, L., Joyce, A., Kobos, J. C., Feirman, D. (2008). Clinical Practice Guidelines for Group Psychotherapy. International Journal of Group Psychotherapy, 58(4), 455-542. doi:10.1521/ijgp.2008.58.4.455.

Janis, R. A., Burlingame, G. M., Svien, H., Jensen, J., Lundgreen, R. (2020). Group therapy for mood disorders: A meta-analysis. Psychotherapy Research, 1-17. doi:10.1080/10503307.2020.1817603.

Mattke, D., Schreiber-Willnow, K. (2002). Behandlung in geschlossenen versus halboffenen Gruppen in der stationären Psychotherapie. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik.

Tourigny, M., Hebert, M. (2007). Comparison of open versus closed group interventions for sexually abused adolescent girls. Violence Vict, 22(3), 334-349. doi:10.1891/088667007780842775.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Welchen Einfluss haben Schmerzstörungen auf den Reha-Erfolg in der psychosomatischen Rehabilitation?

Franziska Kessemeier[1]; Isabella Bablok[1]; Markus Bassler[2]; Rüdiger Nübling[3]; Axel Kobelt-Pönicke[4]

[1] Uniklinik Freiburg; [2] Hochschule Nordhausen; [3] Gesellschaft für Qualität im Gesundheitsweisen; [4] Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Hintergrund und Zielstellung

Patient*innen mit somatoformen Schmerzstörungen leiden häufig unter einer weiteren psychischen Störung, wie Angsterkrankungen und Depressionen. Dabei zeigt sich sowohl bei der Genese, als auch bei der Verarbeitung und Behandlung von Schmerzen und (anderen) psychischen Erkrankungen ein deutlicher Zusammenhang (Keefe et al., 2001). Ergebnisse zu psychosomatischen Rehabilitationsbehandlungen bei Patient*innen mit somatoformen Störungen zeigen, dass diese sowohl hinsichtlich einer Reduktion somatoformer Beschwerden als auch ihres psychischen Wohlbefindens signifikant von ihrer Behandlung profitieren können (Fittig et al., 2020). Unklar ist, ob sich Patient*innen mit somatoformen Schmerzen hinsichtlich ihrer psychosomatischen Symptomschwere und ihres Reha-Erfolgs unterscheiden. Der vorliegende Beitrag untersucht, ob sich Patient*innen mit somatoformen Schmerzstörungen von solchen ohne Schmerzen und mit primär somatischen Schmerzstörungen hinsichtlich des Reha-Erfolgs unterscheiden.

Methoden

Die Daten entstammen der Routinedokumentation zweier Rehabilitationskliniken, die zwischen Oktober 2012 und Februar 2017 in stationärer psychosomatischer Rehabilitationsbehandlung erhoben wurden (n=9565; vgl. Nübling et al., 2015). Die Patient*innen wurden auf Grundlage ihrer bis zu 6 dokumentierten Entlassungsdiagnosen in 3 Gruppen unterteilt: Patient*innen mit somatoformer Schmerzstörung (F45.40 und F45.41), Patient*innen mit anderen Schmerzerkrankungen (z.B. Rückenschmerzen M54.x, Kopf- und Gesichtsschmerzen G43 G44 G50, Rheumatitis M79.6 Fibromyalgie M79.7, Schmerz R52, Gelenkschmerz M25.5) jedoch ohne somatoformer Schmerzstörung, Patient*innen ohne oben genannte diagnostizierte Schmerzerkrankungen. Mittels Kovarianzanalysen mit Messwiederholungen wird untersucht, ob und in welchem Ausmaß sich die Patient*innengruppen hinsichtlich Symptomreduktion auf den Skalen Somatoforme

Beschwerden, Depressivität und Psychisches Wohlbefinden des HEALTH-49 (Rabung et al., 2009) unter Berücksichtigung der Depressionsschwere zu Rehabilitationsbeginn (BDI; Hautzinger et al., 2006) als Kovariate, unterscheiden.

Ergebnisse

Ca. 10 % aller Patient*innen (n=968) litten unter einer somatoformen Schmerzstörung; ca. 41% (n=3935) unter anderen Schmerzen. Auf allen untersuchten Skalen wiesen Patient*innen mit somatoformen Schmerzen zu Reha-Beginn und zu Entlassung höhere Belastungen auf als Patient*innen mit anderen Schmerzerkrankungen und ohne Schmerzen (vgl. Tab. 1). Dabei fanden sich sowohl signifikante Haupt- als auch Interaktionseffekte. Die Effektstärken liegen dabei im mittleren Bereich.

Tab.1

Patient*innen mit..	n	Prä M (SD)	Post M (SD)	Prä-post-Effekte der Gruppen (d)	Effekte der messw. Varianzanalyse	F	p	η^2_p
		Somatoforme Beschwerden						
ohne Schmerzen	4340	1,60 (0,92)	1,10 (0,87)	0,56	Zeit	451,461	<0,001	0,048
Somatof. Schmerzen	883	2,57 (0,81)	2,22 (0,97)	0,39	Schmerzgruppe	740,275	<0,001	0,143
anderen Schmerzen	3673	1,90 (0,89)	1,34 (0,91)	0,62	Zeit*Schmerz	33,941	<0,001	0,008
					Zeit*BDI	36,599	<0,001	0,004
		Depressivität						
ohne Schmerzen	4340	1,73 (0,98)	0,98 (0,94)	0,78	Zeit	123,711	<0,001	0,014
Somatof. Schmerzen	883	1,90 (1,04)	1,50 (1,11)	0,37	Schmerzgruppe	50,344	<0,001	0,011
anderen Schmerzen	3673	1,70 (1,00)	1,01 (0,95)	0,71	Zeit*Schmerz	93,097	<0,001	0,021
					Zeit*BDI	673,450	<0,001	0,070
		Psychisches Wohlbefinden						
ohne Schmerzen	4340	2,60 (0,74)	1,72 (0,87)	1,13	Zeit	1021,715	<0,001	0,103
Somatof. Schmerzen	883	2,73 (0,76)	2,25 (0,92)	0,57	Schmerzgruppe	65,546	<0,001	0,015
anderen Schmerzen	3673	2,62 (0,75)	1,75 (0,88)	1,07	Zeit*Schmerz	97,461	<0,001	0,021
					Zeit*BDI	33,599	<0,001	0,004

Anmerkungen: Höhere Werte beschreiben auf allen Skalen höhere Belastungen.

Diskussion und Fazit

Obwohl Patient*innen mit somatoformen Schmerzstörungen mit besonders hohen psychischen Belastungen in die Rehabilitation kommen, können sie von ihrer Behandlung profitieren. Das multimodale und multimethodale Team und Behandlungskonzept der psychosomatischen Rehabilitation scheint eine gute Grundlage zur erfolgreichen Behandlung somatoformer Schmerzen darzustellen (vgl. Bach & Simhandl, 2020). Behandelnde in der psychosomatischen Rehabilitation sollten dafür sensibilisiert werden, dass die Belastung von Patient*innen mit somatoformen Schmerzstörungen im Vergleich zu anderen Patient*innengruppen höher ist. Gründe für diese Belastung müssen in zukünftiger Forschung eruiert werden, um Behandlungskonzepte für Patient*innen mit somatoformen Schmerzstörungen zu optimieren.

Literatur

Bach, M., Simhandl, C. (2020). Chronischer Schmerz – eine psychosomatische Sichtweise. Manuelle Medizin, 58, 27-33.

Fittig, E., Diekmann, M., Bassler, M. (2020). Psychosomatische Rehabilitation bei somatoformen Schmerzstörungen: Zur Rolle von Depressivität und Angst. DRV-Schriften,120, 409-410.

Hautzinger, M., Keller, F., Kühner, C. (2006). Beck-Depressions-Inventar II (BDI-II) Revision. Frankfurt am Main: Pearson Assessment.

Keefe, F.J., Lumley, M., Anderson, T., Lynch, T., Carson, K. L. (2001). Pain and Emotion: New research directions. J Clin Psychol, 57, 587-607.

Nübling, R., Schmidt, J., Kriz, D., Kobelt, A., Bassler, M. (2015). Routine-Assessment in der psychosomatischen Rehabilitation – Behandlungsergebnisse auf der Grundlage eines EDV-gestützten Routine-Assessment-Systems. DRV-Schriften, 107, 336–338.

Rabung, S., Harfst, T., Kawski, S., Koch, U., Wittchen, H.-U., Schulz, H. (2009) Psychometrische Überprüfung einer verkürzten Version der „Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis“ (HEALTH-49). Z Psychosom Med Psychother, 55, 162–179.

Adjustierung des sozialmedizinischen Verlaufs nach medizinischer Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung (SMV)

Rainer Kaluscha[1]; Sarah Leinberger[1]; Christian Hetzel[2]; Anke Mitschele[3]; Angela Kranzmann[3]; Nadine Schmidt[3]; Tivadar Buzasi[1]

[1] IFR Ulm; [2] Deutsche Sporthochschule Köln; [3] Deutsche Rentenversicherung Bund

Hintergrund und Zielstellung

Bei der gesetzlichen Rentenversicherung werden Rehabilitationsleistungen mit dem Ziel durchgeführt, eine wesentliche Besserung oder Wiederherstellung einer erheblich gefährdeten oder bereits geminderten Erwerbsfähigkeit zu erreichen, oder zumindest eine Verschlechterung zu vermeiden (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2009).

Zur fortlaufenden Verbesserung der Leistungsqualität in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation werden von der Deutschen Rentenversicherung standardisierte Instrumente der Reha-Qualitätssicherung für die von ihr belegten Fachabteilungen eingesetzt. Aktuell werden unter anderem die Behandlungszufriedenheit und der subjektive Behandlungserfolg als Qualitätsindikatoren erfasst (Gregorkiewicz & Sägebarth, 2020). Dabei erfolgt eine Adjustierung, um ggfs. einer unterschiedlichen Verteilung vorbestehender Rehabilitandenmerkmale in den einzelnen Reha-Fachabteilungen Rechnung zu tragen und so einen sachgerechten Vergleich der Ergebnisse aus den Fachabteilungen zu ermöglichen.

Ein solches Adjustierungsverfahren wird nun auch für den sozialmedizinischen Verlauf nach medizinischer Rehabilitation entwickelt. Hier müssen ebenfalls Einflüsse aus ergebnisrelevanten vorbestehenden Merkmalen der Rehabilitanden berücksichtigt werden, wenn der Erwerbsstatus nach Rehabilitation betrachtet wird.

Ziele des von der Deutschen Rentenversicherung Bund dazu ausgeschriebenen Projektes sind neben der Entwicklung von Adjustierungsstrategien für den sozialmedizinischen Verlauf auch die Entwicklung eines anwenderfreundlichen Rückmeldekonzeptes zur Darstellung der adjustierten Ergebnisse. Ferner sollte geprüft werden, ob sich der adjustierte sozialmedizinische Verlauf als Qualitätsindikator eignet.

Methoden

Bei den Auswertungen zum sozialmedizinischen Verlauf nach einer Rehabilitation wurden anonymisierte Routinedaten der Rentenversicherung als Datengrundlage genutzt (Datensatz zur Reha-Statistik-Datenbasis [RSD]). Diese wurden mit Arbeitsmarktdaten der Agentur für Arbeit ergänzt, um zu prüfen, in wie weit der regionale Arbeitsmarkt zu berücksichtigen ist.

Anhand von statistischen Auswertungen mittels multipler Regressionsmodelle wurden indikationsspezifisch Einflussfaktoren auf die berufliche Wiedereingliederung identifiziert (Dannenmaier et. al., 2019). Die Ergebnisse dieser Analysen flossen in das Adjustierungsmodell ein, anhand dessen fachabteilungsübergreifend vergleichbare Ergebnisse errechnet werden. Dabei wurde auch großer Wert auf den Einbezug

medizinischer Parameter gelegt, um z.B. die Bedeutung von Begleiterkrankungen aufzudecken.

Auf Basis der vorgeschlagenen Adjustierungsstrategien wurde unter Einbezug von Fokusgruppen und qualitativen Interviews mit Teilnehmenden aus Reha-Einrichtungen sowie Rentenversicherungsträgern ein anwenderfreundliches Rückmeldekonzept zu den Ergebnissen entwickelt.

Ergebnisse

Es wurden Routinedatensätze aller 16 Deutschen Rentenversicherungsträger mit Rehabilitationsmaßnahmen aus den Jahren 2014 bis 2016 eingeschlossen, von denen insgesamt N = 2.014.714 Reha-Maßnahmen in die Analysen einflossen.

Um den sozialmedizinischen Verlauf nach Rehabilitation abzubilden, wurde der Erwerbsstatus der Rehabilitanden in Abstimmung mit dem Projektbeirat durch die Tage in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung im ersten bzw. zweiten Jahr nach Rehabilitation operationalisiert.

Aufgrund der Verteilungsbesonderheiten der gewählten Zielgröße (U-förmige Verteilung in einem geschlossenen Intervall mit [0,365], vgl. Abbildung 1) wurden zunächst verschiedene geeignete regressionsanalytische Modellierungen exploriert, wobei die Wahl auf die Fractional Logit Regression (Papke & Wooldrige, 1996) fiel, die sehr flexibel ist und keine besonderen Verteilungsannahmen erfordert.

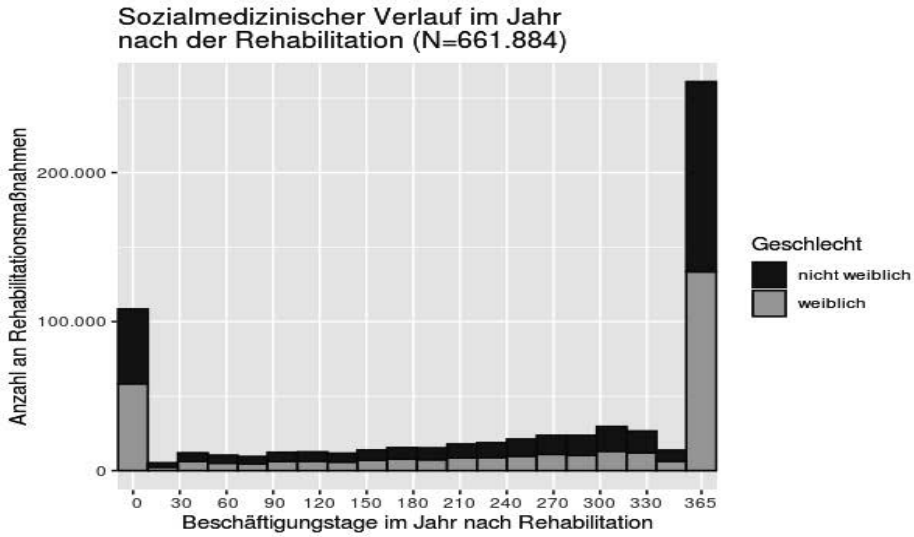


Abb. 1: Sozialversicherungspflichtige Beschäftigungstage im Jahr nach medizinischer Rehabilitation 2016

Die Adjustierungsmodelle wurden vergleichsgruppenspezifisch je nach Rückmeldezeitraum (ein und zwei Jahre nach Rehabilitation) für die Indikationsgruppen Orthopädie, Psychosomatik, Neurologie, Kardiologie, Dermatologie, Onkologie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Sucht, Rheumatologie, Pneumologie und Gastroenterologie gebildet. In der Orthopädie (N = 305.982 Reha-Maßnahmen in 2016) wurden als theoretisch

und statistisch (p-Wert ≤ 0,05) relevante Adjustierungsmerkmale unter anderem folgende Einflussgrößen und Merkmalsausprägungen identifiziert (McKelvey Pseudo-R-Quadrat = 38,79 Prozent):

Mehr Beschäftigungstage im Jahr nach Rehabilitation bei:

- Vielen Beschäftigungstagen zwei Jahre vor Rehabilitation
- Beitragsart drei Monate vor Reha: Beschäftigung (im Vergleich zu anderen/keinen Beiträgen)
- Altersklasse: jüngere Rehabilitanden (im Vergleich zu älteren Rehabilitanden)
- Arbeit vor Antragstellung: Vollzeitbeschäftigung (z.B. im Vergleich zu Teilzeitbeschäftigung)

Weniger Beschäftigungstage im Jahr nach Rehabilitation bei:

- Aufforderung zur Rehabilitation durch die Krankenkasse (gem. § 51 SGB V)
- (Antrag auf) Erwerbsminderungsrente
- Anschlussrehabilitation
- Berufsbildung: Ausbildung/Studium nicht vorhanden
- Psychischer Komorbidität

Diskussion und Fazit

Durch die im Rahmen dieses Projektes entwickelte Adjustierungsstrategie wird die Schätzung der beruflichen (Wieder-)Eingliederung eines Rehabilitanden anhand seiner individuellen Merkmalskombinationen ermöglicht. Summiert man diese für alle Rehabilitanden einer bestimmten Fachabteilung, ergibt sich die bei üblicher Behandlungsqualität zu erwartende (Wieder-)Eingliederungsleistung für diese Fachabteilung. Diese wird dann der tatsächlich erreichten Wiedereingliederung gegenübergestellt.

Die mittleren Abweichungen der tatsächlichen zu den erwarteten Beschäftigungstagen der Rehabilitanden einzelner Fachabteilungen können Aufschluss über eine tendenziell relative Übererfüllung oder Untererfüllung des gesetzlichen Auftrages zur Wiederherstellung der beruflichen Leistungsfähigkeit durch medizinische Rehabilitationsleistungen geben. Die adjustierten Auswertungen zum sozialmedizinischen Verlauf ermöglichen so einen sachgerechten Einrichtungsvergleich und können damit als Qualitätsindikator dienen.

Literatur

Dannenmaier, J., Kaluscha, R., Sägebarth, M., Krischak, G. (2019): Einsatz von Mehrebenen-Modellen in der Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung. DRV-Schriften, Bd. 28. 33-35.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2009): Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. URL: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte/rahmenkonzept_medizinische_reha.html, Abruf: 17.11.2020.

Gregorkiewicz, A., Sägebarth, M. (2020): Überarbeitung der Adjustierung in der Rehabilitandenbefragung der DRV. DRV-Schriften, Bd. 29. 41-43.

Papke, L., Wooldrige, J. (1996): Econometric methods for fractional response variables with an application to 401(k) plan participation rates. Journal of Applied Econometrics, 6, 11. 619-632.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Benchmarking und Voneinander-Lernen

Edwin Toepler[1]; Udo Kaiser[2]; Rüdiger Nübling[2]; Rainer Kaluscha[3]; Hannah Nock[4]; Jürgen Schmidt[2]

[1] Hochschule Bonn-Rhein-Sieg; [2] Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen
[3] IFR Ulm; [4] SAMA Stuttgart

Hintergrund und Zielstellung

Aufgabe des internen Qualitätsmanagements ist es Verbesserungspotentiale in den Rehaprozessen der Rehabilitationseinrichtung zu identifizieren und umzusetzen. Ein erfolgversprechender Ansatz ist es Qualitätsergebnisse miteinander zu vergleichen und von Best Practice Modellen anderer Einrichtungen zu lernen (Benchmarking). Dem stehen neben der Verfügbarkeit aussagekräftiger Daten zur Qualitätstransparenz auch Partikularinteresesen der Leistungserbringer gegenüber (Nolting, 2017; Toepler, 2017)

Im Rahmen der zweiten Reha-QM-Outcome Studie stehen vergleichbar erhobene und adjustierte Daten aus 42 Kliniken zur Verfügung. Zu den Zielen der Studie gehört es zu untersuchen, ob es und welchen Bedingungen es möglich ist auf Grundlage dieser Daten Best Practice Lösungen zu identifizieren für das interne Qualitätsmanagement nutzbar zu machen.

Methoden

Basis bilden die klinik- und fachabteilungsspezifischen Ergebnisse des katamnestisch erhobenen Reha-Outcomes in den Bereichen "Rehabilitandenzufriedenheit, Behandlungserfolg und medizinisch-berufliche Schwerpunktsetzung" (Nübling et. al., 2020). Die Ergebnisse wurden Vertretern aus den am Projekt beteiligten 42 Kliniken unterschiedlicher Indikationsbereiche vorgestellt (n=115). Dazu wurden drei eintägige Workshops durchgeführt, in denen die Ergebnisse in Runden mit jeweils 3 Arbeitsgruppen diskutiert wurden. In der ersten Runde diskutierten die Funktionsbereiche Medizin, Therapie und Qualitätsmanagement in Focusgruppen getrennt. In der zweiten Runde, die mit der Methode des World Cafes durchgeführt wurde, wurden die Gruppen gemischt. Die Gruppen wurden jeweils von einem externen Moderator anhand von Leitfragen moderiert. In den Gruppen wurden die klinikspezifischen Qualitätsergebnisse verglichen und nach Merkmalen von Kliniken mit überdurchschnittlichen Ergebnissen gefragt. Der Arbeitsverlauf und die Arbeitsergebnisse wurden protokolliert und den Teilnehmern zugeschickt. 12 Monate nach den Workshops wurden die Klinikvertreter mittels eines standardisierten Fragebogens zur Umsetzung der gewonnenen Erkenntnisse befragt.

Ergebnisse

In der Auswertung der Workshopprotokolle und der Befragungsergebnisse konnten Reha-Prozessbereiche identifiziert werden, in denen sich Abteilungen und Einrichtungen mit best practice Lösungen unterscheiden. Folgende Cluster konnten gebildet werden:

1. Rehabilitationsplanung (u.a. personenorientierte Reha-Ziele und tätigkeitsorientierte Therapieplanung)
2. interne Kommunikation (u.a. einheitliche, berufsgruppenübergreifende Sprache, Fachtermini für ausländische Fachkräfte)
3. Nachsorgevorbereitung (u.a. individuelle Patienteninformation und Therapieempfehlungen, Nachsorgeüberleitungsmanagement, Nachsorgesprechstunden)
4. Qualitätsmanagement (u.a. bereichs- bzw. abteilungsspezifische Qualitätsziele, effektives Beschwerdemanagement)

Die Frage der Übertragbarkeit zeigt ein differenziertes Bild. Während einzelne Angebote und Maßnahmen (Nachsorgesprechstunde, Therapielzielformular) gut übertragbar erscheinen, zeigen sich bei komplexen Prozessen wie der Rehabilitationsplanung und der internen Kommunikation vielfältige, organisatorische Abhängigkeiten. Diese scheinen vor allem in der Aufbauorganisation und Unternehmenskultur zu liegen

Diskussion und Fazit

Die Untersuchung konnte zeigen, dass ein qualitätsorientiertes, offenes Benchmarking gut geeignet erscheint Ansatzpunkte für Qualitätsverbesserungen zu identifizieren. Auch die Frage der Übertragbarkeit von best practice Lösungen kann grundsätzlich positiv beantwortet werden. Es zeigen sich allerdings organisatorische Barrieren, die den Aufgaben- und Kompetenzzuschnitt des internen Qualitätsmanagements in seiner heutigen Form deutlich überfordern.

Literatur

Nolting, H.D. (2017) Wo ist mehr Qualitätstransparenz erforderlich und wie könnte man sie erreichen? in: Brandhorst, A., Hildebrandt, H., Luthe, E.-W.: Kooperation und Integration - das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems, Springer 2017, S.421-431.

Nübling, R.; Kaluscha, R., Toepler, E. (2020) : Outcome medizinischer Rehabilitation ein Jahr nach Behandlungsende auf der Basis einer umfangreichen Rehabilitandenbefragung – Erste Ergebnisse der Gesamtstichprobe und Klinikvergleiche; DRV Schriften Bd. 120 (2020), S. 388 – 390.

Toepler, E. (2020) Von-Einander-Lernen im Qualitätsverbund – Outcome für Patienten und Sozialversicherung; in: Pfannstiel, M., Focke, A., Mehlich, H.(Hrsg.): Management von Gesundheitsregionen III - Gesundheitsnetzwerke zur Optimierung der Krankenversorgung durch Kooperation und Vernetzung, Springer 2017, S. 25-35.

Förderung: DRV Nordbayern, DRV Braunschweig-Hannover und DRV Baden-Württemberg

Der Strukturierte Qualitätsdialog (SQD) aus Sicht der Reha-Einrichtungen – eine qualitative Studie

Simone Flaig[1]; Lea Kuntz[1]; Anke Mitschele[2]; Markus Thiede[2]; Eva Maria Bitzer[1]

[1] Pädagogische Hochschule Freiburg; [2] Deutsche Rentenversicherung Bund

Hintergrund und Zielstellung

Die trägerübergreifende Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung (DRV) beinhaltet unterschiedliche Qualitätsindikatoren, die indikationsspezifische Qualitätsvergleiche auf Ebene der Fachabteilungen ermöglichen. Im Januar 2018 führte die DRV rentenversicherungseinheitlich den Strukturierten Qualitätsdialog (SQD) als direkte, persönliche Rückmeldung fachabteilungsbezogener Qualitätsergebnisse an die einzelne Reha-Einrichtung ein. Ausgelöst wird der SQD durch die Unterschreitung zuvor festgelegter Schwellenwerte in derzeit fünf Qualitätsindikatoren (u.a. Behandlungszufriedenheit, subjektiver Behandlungserfolg, Reha-Therapiestandards). Bei auffälligen Qualitätsindikatoren werden die Fachabteilungen zunächst vom federführenden Rentenversicherungsträger aufgefordert, schriftlich zu den Gründen für die Auffälligkeit und den bereits eingeleiteten Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung Stellung zu nehmen. Bei einer nicht ausreichenden Stellungnahme werden in einem gemeinsamen Dialog Ziele und Arbeitsschritte für eine Qualitätsverbesserung festgelegt. Zeigt sich nach einem zweiten SQD keine Verbesserung in den auffälligen Qualitätsindikatoren, entscheidet der federführende Rentenversicherungsträger über die weitere Belegung der Fachabteilung (Deutsche Rentenversicherung, 2017).

Für eine erfolgreiche Implementierung von Veränderungen in Organisationen des Gesundheitswesens, wie sie der SQD darstellt, ist u.a. eine Evaluation des Vorgehens bei allen Betroffenen erforderlich (Grol et al., 2013; Kuntz et al., 2019). Bei den auffälligen Fachabteilungen können gegenüber dem SQD Vorbehalte vermutet werden, weswegen deren Erfahrungen mit dem SQD für die Verstetigung des Verfahrens wichtig sind.

Methoden

Wir befragten zwischen 08/2020 und 09/2020 Fachabteilungen in Reha-Einrichtungen, mit denen der federführenden Rentenversicherungsträger einen SQD eröffnete, zu ihren Erfahrungen mittels leitfadengestützten Telefoninterviews.

Folgende Inhalte standen im Fokus:

- Welche Erfahrungen konnten die Fachabteilungen bei der Durchführung des SQD (bisher) sammeln?
- Wie schätzen die Fachabteilungen die im SQD erzielten Maßnahmen ein?
- Wie bewertet die Fachabteilung den SQD als Qualitätssicherungsinstrument?

Ergänzend haben wir einen Kurzfragebogen zur Erhebung von Merkmalen der Reha-Einrichtung, des/der Interviewten und des SQD eingesetzt.

Über die Rentenversicherungsträger wurden alle Fachabteilungen, mit denen ein SQD eröffnet wurde, eingeladen an den Interviews teilzunehmen. Die Interviews haben wir mittels

Audioaufnahmegeräte aufgezeichnet, transkribiert und anschließend in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) mit MAXQDA 2020 ausgewertet.

Ergebnisse

Insgesamt haben wir n=12 Interviews mit einer durchschnittlichen Dauer von 33 Minuten (26-45 Minuten) geführt. Befragt haben wir Mitarbeitende aus n=4 (33,3%) ambulanten, mit durchschnittlich 50 (SD=26,5) Plätzen, und n=8 (66,7%) stationären Reha-Einrichtungen, mit durchschnittlich 325 (SD=258,9) Betten. Federführend belegt werden diese durch n=6 verschiedene Rentenversicherungsträger. Die im SQD geführten Dialoge fanden mit den befragten Fachabteilungen von 02/2018 bis 01/2020 statt und dauerten durchschnittlich M=1,7 Stunden (SD=0,6). In einer Fachabteilung stand zum Zeitpunkt des Interviews der Dialog noch aus.

Etwas mehr als die Hälfte der Befragten ist als ärztliche Leitung (n=7, 58,3%) in der Reha-Einrichtung tätig, n=2 (16,7%) als Geschäftsführung. Weitere Funktionen, die unsere Interviewpartner/innen ausfüllen, sind: Kaufmännische Leitung, QM-Beauftragte/r und Verwaltungsleitung. Unterschiede zeigen sich in den Erfahrungen mit der Reha-Qualitätssicherung (0-30 Jahre), dem Besuch von Fortbildungen zur Qualitätssicherung/-management (ja: n=3, 25,0%; nein: n=8, 66,7%) und der Teilnahme an den von der DRV Bund – Bereich 0430 angebotenen SQD-Einführungsveranstaltungen (n=4, 33,3%).

Eine erste Auswertung des Interviewmaterials zeigt, dass der Dialog zur Qualitätsverbesserung von der Mehrheit der Befragten als sachlich und konstruktiv beschrieben wurde. Wenige empfanden das Gespräch als schwierig und angespannt. Die Festlegung von Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung erfolgte meist in Kooperation mit dem Rentenversicherungsträger, wobei die konkrete Ausgestaltung der Maßnahmen vor allem von den Fachabteilungen ausging. Eine entsprechende fachliche Beratung durch den Rentenversicherungsträger war besonders dann möglich, wenn ärztliches Fachpersonal mit praktischen Reha-Erfahrungen seitens des Rentenversicherungsträgers anwesend war. Die vereinbarten Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung schätzen die Befragten mehrheitlich als wirksam und zielführend ein. In einzelnen Fachabteilungen ist dies in den Qualitätsindikatoren bereits ersichtlich.

Der SQD als Qualitätssicherungsinstrument beschreiben die Befragten als gut und effektiv. Besonders das persönliche Gespräch mit dem federführenden Rentenversicherungsträger und die externe Betrachtung der Qualitätsergebnisse werden hervorgehoben. Wichtig sei es aber, dass der SQD-Prozess auf die Fachabteilung angepasst und der SQD nicht als „Polizeimaßnahme“ (I11, 50) wahrgenommen wird. Kritisiert wird die lange Berichtslaufzeit der Qualitätsergebnisse, und die damit einhergehende ungenau Abbildung der momentanen Qualität in den Fachabteilungen. Zudem befürchten einige Fachabteilungen bei einem nicht erfolgreichen SQD existentielle Schwierigkeiten.

Diskussion und Fazit

Die ersten Auswertungen des Interviewmaterials zeigen, dass die Fachabteilungen mit der Ausgestaltung des SQD und der Zusammenarbeit mit den federführenden Rentenversicherungsträgern überwiegend zufrieden sind. Auch werden die vereinbarten Maßnahmen für eine Qualitätsverbesserung als zielführend und qualitätsverbessernd

beschrieben. Insgesamt wird dem SQD als Qualitätssicherungsinstrument ein hoher Nutzen zugeschrieben.

Auf der Grundlage der Ergebnisse planen wir Empfehlungen für die optimale, langfristige Implementierung des SQD abzuleiten.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung (2017): Strukturierter Qualitätsdialog. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/quali_allgemein/SQD-Broschuere.html, zuletzt aktualisiert am 10.07.2017, zuletzt geprüft am 24.11.2020.

Grol, R., Wensing, M., Eccles, M., Davis, D. (Hg.) (2013): Improving Patient Care. The implementation of change in health care. Oxford, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Kuckartz, U. (2018): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 4. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz, zuletzt geprüft am 14.10.2019.

Kuntz, L., Flaig, S., Lederle, M., Mitschele, A., Thiede, M., Ostholt-Corsten, M., Bitzer, E. (2019): Implementierungsforschung am Beispiel der Einführung des Strukturierten Qualitätsdialogs (SQD) in die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung. In: 28. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung: Rehabilitation - Shaping healthcare for the future 15.-17. April 2019 in Berlin. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV-Schriften, 117), S. 124–126.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Erreichung von Krankenhauspatient*innen durch Alkoholscreening und Wirksamkeit von persönlicher und computerbasierter Kurzintervention

Jennis Freyer-Adam[1]; Sophie Baumann[2]; Gallus Bischof[3]; Christian Meyer[1]; Hans-Jürgen Rumpf[3]; Beate Gaertner[4]; Ulrich John[1]

[1] Universitätsmedizin Greifswald, [2] Technische Universität Dresden; [3] Universität zu Lübeck
[4] Robert Koch-Institut Berlin

Hintergrund und Zielstellung

Um alkoholattributable Erkrankungen auf Bevölkerungsebene zu reduzieren, empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation die Implementierung von Alkoholscreening und Kurzintervention (ASKI) in die Routinegesundheitsversorgung. Auch laut der S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung von alkoholbezogenen Störungen“ sollen Kurzinterventionen flächendeckend und vor allem für die Gruppe der gesundheitsriskant Konsumierenden und in Settings der primärmedizinischen Versorgung umgesetzt werden (Mann et al., 2016). Bekannt ist, dass ASKI Alkoholkonsum über ein Jahr reduzieren kann (Kaner et al., 2018). Wenig bekannt sind: 1. die Erreichung der Patient*innen durch ASKI, 2. langfristige Wirksamkeit von Kurzinterventionen, 3. Wirksamkeit von Kurzinterventionen auf die Gesundheit, 4. Wirksamkeit persönlicher und computerbasierter Kurzintervention im Vergleich und 5. differentielle Wirksamkeit persönlicher und computerbasierter Kurzintervention in spezifischen Subgruppen. Die auf Freyer-Adam et al., 2020 basierende Präsentation soll dazu mittels der summarischen Befunddarstellung aus sechs Originalarbeiten der randomisierten Kontrollgruppenstudie „Die Bedeutung der Vermittlungsform für Alkoholinterventionen bei Allgemeinkrankenhaus¬patienten: Persönlich vs. Computerisiert, PECO“ Hinweise zu geben.

Methoden

Im Rahmen von PECO wurden über 17 Monate alle auf 13 Stationen des Universitätsklinikums Greifswald neu aufgenommenen 18-64-jährigen Patient*innen gescreent. Die Stationen gehörten zu den Fachabteilungen Innere Medizin, Chirurgie, Unfallchirurgie und Hals-Nasen-Ohren. Das Sreening erfolgte systematisch durch persönliche Ansprache der Studienmitarbeiter*innen und mittels der Kurzform des Alcohol Use Disorder Identifiaction Test (AUDIT), dem AUDIT-Consumption (AUDIT-C). Frauen mit AUDIT-C-Werten von 4 und höher und Männer mit AUDIT-C-Werten von 5 und höher waren screening-positiv. Diejenigen Patient*innen unter ihnen mit gesundheitsriskantem Alkoholkonsum und ohne Hinweis auf eine Alkoholgebrauchsstörung (AUDIT < 20) kamen für die Teilnahme an der randomisierten Kontrollgruppenstudie PECO in Frage. Bei Einwilligung wurden sie einer von drei Studiengruppen zugeordnet: persönliche Beratung (PE), computergenerierte Rückmeldung (CO) und keine Intervention (Kontrollgruppe, KG). PE enthielt persönliche Beratungen durch in Motivational Interviewing (Miller & Rollnick, 2002) geschulte Studienmitarbeiterinnen. CO enthielt individualisierte computergenerierte Rückmeldebriefe

basierend auf dem Transtheoretischen Modell der Intentionalen Verhaltensänderung (Prochaska & Velicer, 1997). Die Interventionen in beiden Interventionsgruppen erfolgten zu Baseline auf Station sowie 1 und 3 Monate später über vorrangig telefonische Kontaktaufnahme. Beide Interventionen folgten zu jedem der Zeitpunkte im Anschluss an ein umfassendes standardisiertes Assessment, um beispielsweise auch Veränderungen über die Zeit zurückzumelden. Nach 6, 12, 18 und 24 Monaten erfolgten Follow-ups zum selbstberichteten Alkoholkonsum und zur subjektiven Gesundheit. Statistische Analysen erfolgten deskriptiv und mittels latenter Wachstumskurvenmodelle.
Registrierung: ClinicalTrials.gov NCT01291693.

Ergebnisse

Das Screening erreichte 92% aller eligiblen Patient*innen (n = 6251). Die Kurzintervention erreichte 81% aller eligiblen Patient*innen mit gesundheitsriskantem Alkoholkonsum (n = 961). Unter den PECO-Teilnehmer*innen hatten 57% einen AUDIT-Wert zwischen 4 und 8; und 73% hatten nicht vor ihr Trinkverhalten zu ändern bzw. standen einer Verhaltensänderung ambivalent gegenüber. Nach 24 Monaten und im Vergleich zu KG, reduzierte die CO-Gruppe signifikant stärker ihren Alkoholkonsum ($p < 0.05$) und beide Interventionsgruppen berichteten signifikant stärkere Verbesserungen der subjektiven Gesundheit und des psychischen Wohlbefindens (ps < 0.01) und signifikant häufiger über Abwesenheit von Krankheitstagen in den 6 Monaten zuvor (ps < 0.05). Teilnehmer*innen mit niedrigen AUDIT-Werten (4 - 8) profitierten bis Monat 18 im Hinblick auf reduzierten Alkoholkonsum signifikant stärker von CO als von PE (ps < 0.05) und Teilnehmer*innen mit höheren AUDIT-Werten tendenziell eher, jedoch nicht statistisch signifikant, von PE als von CO.

Diskussion und Fazit

Schlussfolgerung: Die PECO-Studie lieferte wesentliche Erkenntnisse für die Implementierung von ASKI im Krankenhaus. Die Ergebnisse waren konsistent im Hinblick auf Erreichung und Wirksamkeit von Alkoholscreening sowie persönlichen und computerbasierten Kurzintervention am Krankenhaus. ASKI war gut geeignet Patient*innen zu erreichen und langfristig deren Gesundheit zu verbessern. Der digitale Ansatz scheint in der großen Gruppe mit geringerer alkoholbezogener Belastung angezeigt zu sein; die persönliche Beratung möglicherweise eher in der kleinen Gruppe mit höherer Belastung.

Literatur

Freyer-Adam, J., Baumann, S., Bischof, G., Meyer, C., Rumpf, H.J., Gaertner, B., John, U.(2020) Alkoholscreening und Kurzintervention im Krankenhaus (ASKI): Erreichung von Patient*innen und Wirksamkeit. Sucht Aktuell, 27(2), 37-42.

Kaner, E. F., Beyer, F. R., Muirhead, C., Campbell, F., Pienaar, E. D., Bertholet, N., Burnand, B. (2018). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Database Syst Rev, 2, CD004148.

Mann, K., Hoch, E., Batra, A. (2016). S3-Leitlinie: Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen. Berlin, Heidelberg: Springer.

Miller, W. R., Rollnick, S. (2002). Motivational Interviewing. Preparing people for change. New York, NY: The Guilford Press.

Prochaska, J. O., Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promot, 12(1), 38-48. doi:10.4278/0890-1171-12.1.38.

Förderung: Deutsche Krebshilfe e.V.

Lohnt sich Adaption? Eine Routinedatenanalyse zur beruflichen Eingliederung mit den Daten der Deutschen Rentenversicherung

Anja Bestmann; Alexander Rusche; Barbara Müller-Simon
Deutsche Rentenversicherung Bund

Hintergrund und Zielstellung

Die Adaption ist die letzte Phase einer stationären medizinischen Rehabilitation für abhängigkeitserkrankte Menschen und stellt eine besondere Leistungsform der Rentenversicherung für Rehabilitanden mit schweren biographischen Brüchen und komplexen Problemlagen dar (Deutsche Rentenversicherung, 2020a; Fabricius et al., 2018). Die Deutsche Rentenversicherung führt jährlich ca. 43.000 medizinische Rehabilitationen für abhängigkeitserkrankte Menschen durch. Vorrangiges Ziel dieser Rehabilitationen ist die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und die Vermeidung von Erwerbsminderung der Versicherten. Adaptionen machen dabei lediglich ca. 10 % der jährlichen Rehabilitationen für abhängigkeitserkrankte Menschen aus (Deutsche Rentenversicherung, 2020). Dessen ungeachtet stehen Adaptionen wegen ihrer vulnerablen Klientel und zusätzlich zu Buche schlagender Kosten immer wieder auf dem Prüfstein.

Die vorliegende Untersuchung ging daher den Fragen nach,

a) inwieweit Unterschiede zwischen Rehabilitanden einer Rehabilitation für abhängigkeitserkrankte Menschen und denjenigen mit zusätzlicher Adaption in Bezug auf die berufliche Integration nach einer Rehabilitation auftreten und
b) welche Faktoren für die Aufnahme einer Beschäftigung nach einer Adaption von Bedeutung sind.

Methoden

Analysebasis war die Reha-Statistik-Datenbasis (RSD)-Längsschnitterhebung 2018. Die Längsschnitterhebung umfasst unter anderem Versicherte, die innerhalb eines Zeitfensters von acht (Rehabilitation, Rente) bzw. elf (Versicherung, Beiträge zur Rentenversicherung) Jahren einen Reha- oder Rentenantrag gestellt haben. Der Datenkörper enthält Angaben zur Soziodemographie und zur beruflichen Tätigkeit sowie Informationen zur Reha- bzw. Rentenantragstellung, zum Verlauf der Rehabilitation und ihrem Abschluss einschließlich Merkmalen zur prognostischen sozialmedizinischen Beurteilung.

Die Eingliederung in die Erwerbstätigkeit wurde als pflichtversicherte Beschäftigung für mindestens einen Monat über einen Zeitraum von zwei Jahren nach Beendigung der Rehabilitation operationalisiert.

Eingeschlossen wurden alle Rehabilitanden, die

- eine stationäre Rehabilitation für abhängigkeitserkrankte Menschen mit oder ohne Adaption (F10-F12, F14, F15, F19) im Jahr 2016 abgeschlossen hatten,
- zu diesem Zeitpunkt noch keine Alters- oder Erwerbsminderungsrente bezogen und
- am Ende der Rehabilitation nicht älter als 62 Jahre alt waren.

Die Daten wurden deskriptiv mit Hilfe einer Sterbetafelanalyse sowie unter Anwendung einer Cox-Regression ausgewertet (IBM SPSS Statistics 26).

Ergebnisse

Die Einschlusskriterien erfüllten 23.382 Rehabilitanden, 2.039 davon beendeten eine Adaption als letzte Phase der stationären Rehabilitation für abhängigkeitserkrankte Menschen. Adaptionsrehabilitanden waren im Vergleich zu den Rehabilitanden einer Rehabilitation für abhängigkeitserkrankte Menschen ohne Adaption häufiger von multiplen Substanzen abhängig (20 % vs. 10 %) und sie konsumierten öfter Cannabinoide (13 % vs. 9 %). Im Jahr vor der Adaption waren diese Menschen so gut wie nie durchgängig erwerbstätig (0 % vs. 21 %), sondern entweder durchgehend (35 % vs. 25 %) oder lückenhaft arbeitslos (35 % vs. 19%). Das überrascht allerdings nicht, da sich die Adaption explizit an Menschen in prekären (Arbeits-)Verhältnissen richtet.

Eine bivariate Betrachtung der beruflichen Eingliederung in Beschäftigung nach einer Rehabilitation für abhängigkeitserkrankte Menschen im 24-Monate-Verlauf mittels Kaplan-Meier-Ereignisanalyse zeigte für die Rehabilitanden ohne Adaption nur geringfügig höhere Eingliederungsquoten als für diejenigen einer Adaption (62 % vs. 58 %). Kontrollierte man den Return to Work in einem multivariaten Cox-Regressionsmodell, resultierten statistisch relevante Unterschiede für soziodemographische, medizinische und berufsbezogene Merkmale in Bezug auf die berufliche Eingliederung. Vor allem aber offenbarte das Regressionsmodell, dass - unter Kontrolle der soziodemographischen, medizinischen und berufsbezogenen Merkmalen - Rehabilitanden einer Adaption eine 28 % höhere Chance hatten, im 24-Monate-Verlauf eine Beschäftigung aufzunehmen als Rehabilitanden der Rehabilitation für abhängigkeitserkrankte Menschen ohne Adaption.

Diskussion und Fazit

Die Adaption der Rentenversicherung wendet sich explizit an abhängigkeitserkrankte Menschen mit erheblichen sozialen, psychischen und erwerbsbezogenen Problemen. Bezweifelt wird der Nutzen der multimodalen und individualisierten Adaption paradoxerweise gerade wegen der erheblichen sozialen und erwerbsbezogenen Problemlagen der Zielgruppe.

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen jedoch, dass die spezialisierte Adaption (Koch et al., 2017) ihren Zweck erfüllt und dass sie „ihren“ Rehabilitanden gegenüber denjenigen einer Rehabilitation für abhängigkeitserkrankte Menschen ohne Adaption einen „Wettbewerbsvorsprung“ verschafft. Denn die Adaptionsrehabilitanden haben mit Hilfe der zusätzlichen 11-12 wöchigen Unterstützung eine höhere Chance wieder zu arbeiten als dies bei den Rehabilitanden der Rehabilitation für abhängigkeitserkrankte Menschen ohne Adaption der Fall ist.

Es sollte allerdings berücksichtigt werden, dass Rehabilitanden von Adaptionen zusätzlichen Selektionsmechanismen unterworfen sind. Denn eine Adaption wird nur bei positiver sozialmedizinischer und Abstinenzprognose bewilligt. Insofern erfolgt bereits durch die sozialmedizinische Steuerung der Rentenversicherung eine „Positivauswahl“. Zu bedenken sind zudem die komplexen Wirkungsmechanismen einer beruflichen Eingliederung nach einer jahrelangen Abhängigkeitserkrankung. Ein nicht unerheblicher Motor für die Wiederaufnahme einer Arbeit mag in subjektiven motivationalen Faktoren liegen. An dieser Stelle haben Routinedaten ungeachtet aller Vorteile ihre Grenzen. Gerade für die heterogene Gruppe der Adaptionsrehabilitanden besteht ergänzender Forschungsbedarf aus der Motivations- und Einstellungsforschung.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung (2020): Statistikportal der Rentenversicherung. https://statistik.prod.tdmz.drv.drv/SASWebReportStudio/openRVUrl.do?rsRID=SBIP%3A%2F%2FMETASERVER%2F20_SY0520%2F20_BI_Intern%2F10_Global%2F30_Rehabilitation%2F10_Allgemein%2F20_Berichte%2FEntw%C3%B6hnungsbehandlungen+f%C3%BCr+Erwachsene.srx%28Report%29. Zugriff am 11.11.2020.

Deutsche Rentenversicherung (2020a): https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Konzepte-und-Positionspapiere/konzepte_positionspapiere.html. Zugriff am 12.11.2020.

Fabricius, B., Teigeler, H., Bick-Dresen, S., Braun, D., Burger, H., Danninger, A., Donczewki, I., Häberlein, G., Kallina, U., Liebrich, M., Missel, P., Müller, V., Nels-Lindemann, C., Reger, F., Urban, K., Wulf, F., Bachmeier, R., Medenwaldt, J., Reichinger, I., Sagel, A., Weissinger, V. (2018): Effektivität der Adaptionsphase – FVS-Katamnese des Entlassungsjahrgangs 2015. In: SuchtAktuell 1/2018, S. 66-76.

Koch, A., Schay, P., Voigt, W., Schwarzer, S. (2017): Die Adaptionsbehandlung. Handbuch zur zweiten Phase der stationären medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen. Papst Science Publishers. Lengerich.

Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie auf Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation

Manfred Rundel[1]; Sandra Adami[2]; Eike Fittig[3]; Nicole Röttele[4]; Mirjam Körner[4]

[1] Celenus SE; [2] Celenus Psychosomatische Fachklinik Freiburg GmbH ;
[3] Celenus Klinik Carolabad, Medizinisches Rehabilitationszentrum für Psychotherapie, Psychiatrie und Psychosomatik; [4] Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Hintergrund und Zielstellung

In der SARS-CoV-2 Krise muss mit erheblichen psychischen Belastungen und sozialen Auswirkungen gerechnet werden (Leopoldina, 2020). Die Einschränkungen, wie soziale Isolierung/Quarantäne, Ausgangsbeschränkungen und Kontaktsperre können Menschen psychisch gefährden und psychische Belastungen nach sich ziehen. Probleme, wie Einsamkeit, Angst und Unsicherheit, Schlafstörungen, Ängste und depressive Gefühle können Folgen der Einschränkungen sein. Hinzu können finanzielle Sorgen kommen. Für bereits erkrankte Personen können diese Einschränkungen, die bereits vorhan-dene psychische Erkrankung verstärken. Erschwerend kommt hinzu, dass zeitweilig nur eingeschränkt Versorgungsangebote vorliegen (Holmes, 2020). In einem Review zusammengefasste Studien zeigen ebenfalls, dass Quarantäne bzw. Isolierung negative psychologische Effekte, wie z.B. post-traumatische Stresssymptome nach sich ziehen. Stressoren sind neben langandauernder Isolation auch Angst vor der Infektion, Frustration, Langeweile, inadäquate Informationen, finanzielle Verluste und Stigmatisierung (Brooks et al., 2020). Ausgehend von diesen wissenschaftlichen Publikationen ist anzunehmen, dass durch die aktuelle Corona-Pandemie auch in der Reha höher belastete Patienten zu beobachten sind.

Methoden

In der vorliegenden Arbeit soll der Frage nachgegangen werden, ob und inwiefern Patienten, die in die psychosomatische Reha kommen, durch die Corona-Pandemie belastet sind und wie sie die Reha unter Infektionsschutzmaßnahmen erleben. Hierzu wurden Patienten aus psychosomatischen Rehakliniken am Ende ihres Aufenthaltes mittels eines Fragebogens befragt. Für die Erhebung wurde ein auf der Basis von Literaturrecherchen und Experteninterviews selbst konzipierter Fragebogen eingesetzt. Dieser gliederte sich in die Bereiche a) Corona-bedingte Erfahrungen vor der Reha, b) Corona-spezifische Belastungen vor der Reha und c) Erleben der Reha in Bezug auf Pandemiebedingungen.

Ergebnisse

In die Auswertung konnten im Zeitraum von August bis Oktober die Angaben von N=1.262 Rehabilitanden aus acht psychosomatischen Kliniken einbezogen werden. Hinsichtlich Corona-bedingter Erfahrungen vor der Reha gaben 149 Patienten (11,8%) an, auf Corona

getestet worden zu sein. Davon waren sechs Ergebnisse (0,5%) positiv. 25 Rehabilitanden (2,0%) hatten die Erfahrung einer Quarantäne gemacht.

Knapp 38% der befragten Patienten fühlten sich durch die Pandemie bedingte Isolationsmaßnahmen wie Kontaktverbote oder Trennung von Partner bzw. Familie belastet („trifft eher zu“, „trifft voll und ganz zu“). 331 Patienten (31,2%) berichteten über zusätzliche Alltagsbelastungen wie bspw. Kinderbetreuung, Home-Schooling oder Pflege von Angehörigen. Ähnlich viele Patienten (33,4%) gaben an, die Rehabilitation im Moment besonders zu benötigen.

Vier von fünf Patienten gaben an, vor der Anreise über Corona-bedingte Schutzmaßnahmen/Verhaltensregeln und ggf. angepasste Therapieabläufe in der Klinik informiert worden zu sein. Und ebenso viele Patienten (83,1%) äußerten Verständnis für die getroffenen Regelungen, wie z. B. das Besuchsverbot. Nur ca. 12% fanden die Infektionsschutzmaßnahmen nicht angemessen. Insgesamt konnten jedoch über 80% der Rehabilitanden auch unter den Corona-Schutzmaßnahmen von der Reha gut profitieren („trifft eher zu“, „trifft voll und ganz zu“), 13,2% teils-teils.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass sich durchgängig etwa ein Drittel der psychosomatischen Rehabilitanden durch die Corona-Pandemie einer erhöhten Belastung ausgesetzt sah. Dazu passend gaben ebenso viele an, die Rehabilitation zu diesem Zeitpunkt besonders zu benötigen. Mit Hilfe einer vertieften Psychodiagnostik könnte insbesondere bei diesen Patienten geprüft werden, ob und inwieweit Aussagen zu den Corona-spezifischen Auswirkungen auf bestimmte psychische Störungsbilder möglich sind und inwiefern das therapeutische Angebot ggf. noch gezielter auf diese Patientengruppen abgestimmt werden könnte. Im Rahmen eines weiterführenden Projektes soll geprüft werden, inwieweit sich die berichteten Belastungen durch die Corona-Pandemie auf a) die Symptomschwere sowie Beeinträchtigungen von Aktivität und Teilhabe zum Beginn der Reha-Maßnahme sowie b) auf den Reha-Verlauf auswirken.

Ein großer Teil der Patienten konnte sich mit den Infektionsschutzmaßnahmen in den Kliniken gut arrangieren und empfand sie als angemessen. Die meisten Patienten konnten auch unter diesen Bedingungen gut von der Reha profitieren. Es kann also davon ausgegangen werden, dass aus Patientenperspektive die psychosomatische Reha in der aktuellen Corona-Pandemie nicht nur besonders benötigt wird, sondern auch geschützt und wirksam erlebt wird.

Literatur

Brooks, S. K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., Rubin, G.J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet, 395, 912-920.

Holmes, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. Lancet Psychiatry, 7: 547-560.

Leopoldina (2020). Dritte Ad-hoc Stellungnahme: Coronavirus-Pandemie – Die Krise nachhaltig über-winden. https://www.leopoldina.org/presse-1/nachrichten/ad-hoc-stellungnahme-coronavirus-pandemie/.

Nachhaltigkeit der Reha unter dem Einfluss der Corona-Pandemie: Trotz Ausgangssperre und Kontaktbeschränkung kann das gesteigerte Aktivitätsniveau gehalten werden

Johannes Boschmann; Monika Reuss-Borst

Rehazentrum Bad Bocklet AG

Hintergrund und Zielstellung

Aufgrund der Corona-Pandemie mit Ausgangsbeschränkungen, Quarantäne und Kontaktverboten war auch die strukturierte Nachsorge nach ambulanter / stationärer Rehabilitation deutlich eingeschränkt. Zeitweise wurden die Nachsorgeprogramme ganz eingestellt bzw. das Angebot deutlich reduziert. Zusätzlich zu strukturschwachen Regionen, in denen auch zuvor kaum Möglichkeiten der IRENA oder auch T-RENA bestanden, waren Rehabilitanden nach der Reha gefordert, das Erlernte in Eigenregie und unter den Bedingungen einer Pandemie, die für viele auch mit Angst, Unsicherheit und psychischem Stress verbunden war, fortzuführen.

In einer früheren Studie (Baumann et al., 2017) konnten wir zeigen, dass es gelingen kann, die körperliche Aktivität durch individualisiertes Training nachhaltig zu steigern. Ziel dieser Untersuchung war es, herauszufinden, ob dies auch in Pandemie-Zeiten ohne strukturierte Nachsorge-Angebote (durch eine individualisierte Nachsorge der Klinik) möglich war.

Methoden

Im Rahmen einer prospektiven, randomisierten Studie (DRKS-ID: 00017805) wurde bei 112 Rehabilitanden (44 Männer, 68 Frauen) im Alter von 21 - 65 Jahren (mittleres Alter: 54 Jahre) die körperliche Gesamt-Aktivität (gemessen mit dem Freiburger Fragebogen zur körperlichen Aktivität - FFKA) und Depressivität (gemessen mit dem Becks Depressionsindex - BDI) vor Reha (t0), nach 3 Monaten, 6 Monaten und 9 Monaten untersucht. Eingeschlossen wurden für diese Untersuchung Rehabilitanden, die von September 2019 bis Februar 2020 ihre Rehabilitation durchführten. Alle Rehabilitanden wurden während der Reha intensiv zur Bedeutung der körperlichen Aktivität geschult und hatten die Möglichkeit, auch nach der Reha jederzeit mit dem Studienteam Kontakt aufzunehmen.

Eingeschlossen wurden ambulante und stationäre Rehabilitanden des Rehazentrums Bad Bocklet aus den Abteilungen der Orthopädie, Innere Medizin, Uro- Onkologie und Psychosomatik, welche im Rahmen einer Rehabilitation oder AHB (nach konservativ erfolgter akut-stationärer Behandlung) durch die DRV, Krankenkasse oder auch als Privatpatienten im Rehazentrum behandelt wurden.

Ergebnisse

In der wöchentlichen Gesamt-Aktivität (bestehend aus Basis- und Freizeitaktivität sowie Sport) zeigte sich 3 Monate nach der Reha ein deutlicher Anstieg der Aktivität im Vergleich zum Aktivitätsniveau vor der Rehabilitation, wobei diese im Mittel von 7,2 Stunden vor der Reha auf 12,0 Stunden Gesamt-Aktivität / Woche nach 3 Monaten gesteigert werden konnte. Auch nach 6 und 9 Monaten war die Gesamtaktivität noch deutlich höher als vor der Reha mit 12,3 Stunden nach 6 Monaten und 11,3 Stunden nach 9 Monaten.

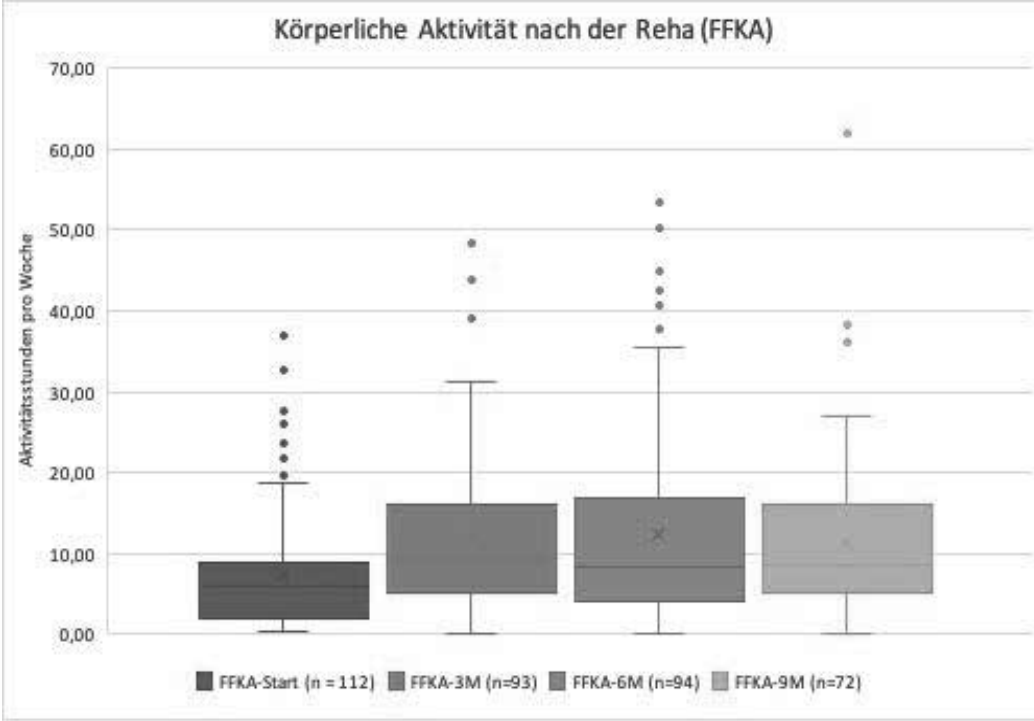


Abb. 1 Körperliche Aktivität nach der Reha (FFKA)

In der Entwicklung des BDI (Becks Depressionsindex) zeigte sich nach der Reha ein deutlich höherer Anteil in den Gruppen ohne Depression (BDI 0-8) und mit minimaler Depression (BDI 9-13), wohingegen der Anteil der mittelschweren Depression deutlich abnimmt. Der Anteil der schweren Depression (BDI > 28) bleibt stabil im einstelligen Prozentbereich.

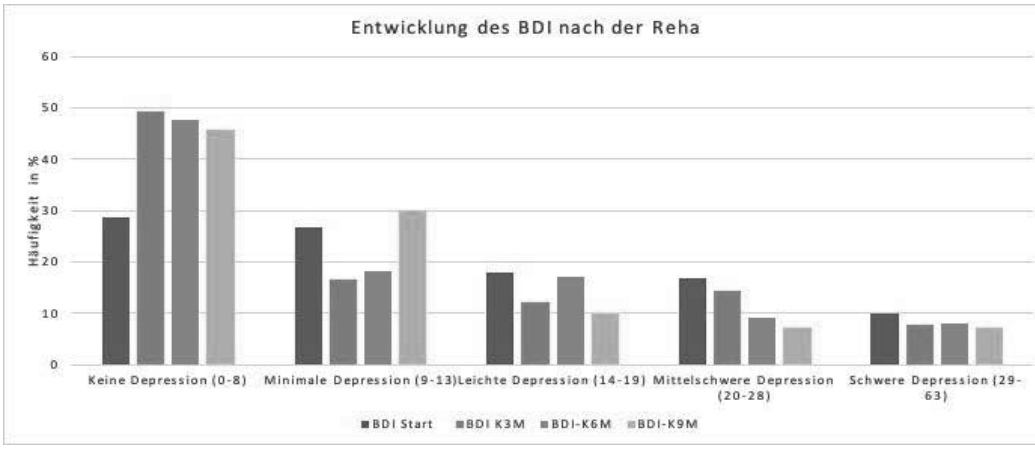


Abb. 2 Entwicklung des BDI nach der Reha

Diskussion und Fazit

In unserer Studie konnte gezeigt werden, dass Rehabilitanden auch unter ungünstigen äußeren Umständen wie der Corona-Pandemie ihre körperliche Aktivität nach einer Reha erheblich steigern können. Dies führen wir vor allem auf die individualisierte poststationäre Nachsorge (regelmäßige Erinnerung durch E-Mails/ Abfrage des Bewegungsverhaltens) zurück. Hinzu kommt vermutlich auch, dass es aufgrund der gesteigerten körperlichen Aktivität zu einer Verbesserung der Stimmung kommt, wie eine Zunahme der Rehabilitanden ohne bzw. mit minimalen depressiven Symptomen und die Abnahme der Anzahl der Rehabilitanden mit leichten und mittelschweren depressiven Symptomen, nahelegt. Unsere Ergebnisse sind insofern bemerkenswert, als eine aktuelle internationale Multicenter-Studie (Ammar et al., 2020) zeigt, dass die Corona-Pandemie zu Inaktivität und Reduktion der körperlichen Aktivität in der Bevölkerung führt. Das Erlernen eines individuellen Sportprogramms während der Reha war die Voraussetzung dafür, dass die Rehabilitanden in Eigenregie zu Hause trotz Corona-Pandemie aktiv wurden und blieben.

Die durch die Pandemie mehr verfügbare freie Zeit (Kurzarbeit, keine sonstige Freizeitmöglichkeit) konnte somit sinnvoll genutzt werden. Wir postulieren, dass dies auf die Erarbeitung des individuellen Trainingsprogramms während der Reha, die regelmäßige Nachfrage nach der körperlichen Aktivität als auch die jederzeit verfügbare Kontaktmöglichkeit mit dem Studienteam (motivierende Ärzte, Physio- und Sporttherapeuten) zurückzuführen ist, so dass auch weiter Anpassungen an den aktuellen Gesundheitszustand und Aktivitätslevel in Absprache und nach individuellen Bedürfnissen mit den Rehabilitanden erfolgen konnten.

Literatur

Ammar, A., Brach, M., Trabelsi, K., Chtourou, H., Boukhris, O., Masmoudi, L., Hoekelmann, A.(2020). Effects of COVID-19 Home Confinement on Eating Behaviour and Physical Activity: Results of the ECLB-COVID19 International Online Survey. Nutrients. 2020 May 28;12(6):1583. doi: 10.3390/nu12061583. PMID: 32481594; PMCID: PMC7352706.Abruf 27.11.2020\\.

Baumann, F.T., Bieck, O., Oberste, M., Kuhn, R., Schmitt, J., Wentrock, S., Reuss-Borst, M.; Sustainable impact of an individualized exercise program on physical activity level and fatigue syndrome on breast cancer patients in two German rehabilitation centers. Support Care Cancer. 2017 Apr;25(4):1047-1054. doi: 10.1007/s00520-016-3490-x. Epub 2016 Dec 9. PMID: 27942857. Abruf 27.11.2020\\\.

Teilhabe und subjektives Erleben von Infektionsschutzmaßnahmen durch Rehabilitanden in der Post-Akuten Neurorehabilitation

Maja Wiest[1]; Mareike Schrader[2]; Annette Sterr[2]; Stephan Bamborschke[2]

[1] Fürst Donnersmarck-Stiftung zu Berlin; [2] P.A.N. Zentrum für Post-Akute Neurorehabilitation

Hintergrund und Zielstellung

Das Zentrum für Post-Akute Neurorehabilitation (P.A.N. Zentrum) in Berlin ist eine Langzeitrehabilitationseinrichtung für Erwachsene mit erworbenen Schäden des Nervensystems, die in der Rehaklinik Phase C nicht mehr weiterkommen, aber in einem nicht-klinischen Setting noch Fortschritte machen können. Sämtliche Maßnahmen der Teilhabeförderung sind ICF basiert und werden an den Ressourcen und Zielen der Rehabilitanden ausgerichtet. Über die Aufenthaltsdauer von ca. 18 Monaten soll erreicht werden, dass die Rehabilitanden in einer ambulanten Wohnform leben können (Schrader & Bamborschke, 2018). Das P.A.N. Zentrum hatte ein Hygienekonzept entwickelt, um die Rehabilitanden und Mitarbeiter vor einer Infektion mit Covid-19 zu schützen. Die Maßnahmen orientierten sich an den Empfehlungen des RKI und den Beschlüssen der Bundesregierung, wurden teilweise aufgrund einer ärztlich begründeten Risikobewertung strikter umgesetzt oder länger aufrechterhalten. Zum Zeitpunkt der Befragung (Juni 2020) galt eine Trennung der einzelnen Wohnverbünde (WVB), eine eingeschränkte Bewegungsfreiheit, Besuche waren nur begrenzt in einem eigens aufgestellten Besucherzelt möglich, gruppentherapeutische Angebote und Freizeitgruppen wurden nicht angeboten und Therapeuten sowie Therapieräume wurden den WVB fest zugeteilt. Wie sich die Trennung der WVB, die Therapiereduzierungen und die Kontaktbeschränkungen auf das Wohlbefinden und die Teilhabe von Bewohnern ausgewirkt haben, wurde mit dieser Studie qualitativ untersucht. Ziel war es, die Perspektive von Rehabilitanden zu erfassen, um die subjektiven Auswirkungen der Corona Pandemie und der Infektionsschutzmaßnahmen auf den Rehabilitationsprozess sichtbar zu machen.

Methoden

Anfang Juni 2020 wurden neun qualitative leitfadengestützte Interviews mit Rehabilitanden aus drei verschiedenen WVB im P.A.N. Zentrum geführt. Die Interviews wurden im WVB für Personen mit Orientierungsstörungen, im WVB für Personen mit schweren Aphasien und im WVB für Personen, die sich auf den Auszug vorbereiten (Trainingsapartments), geführt. Sechs Frauen und drei Männer im Alter von 37 bis 65 Jahren haben teilgenommen.

Die Interviews dauerten im Schnitt 23 Minuten (Range 13:48 bis 29:02 Minuten). Die 209 Minuten Interviewmaterial wurden transkribiert und eine qualitative Inhaltsanalyse basierend auf dem Vorgehen nach (Kuckartz, 2016) durchgeführt. In den Analysen wurden insbesondere Aussagen in Bezug auf die Veränderungen in den Rehabilitationsmaßnahmen, die Wahrnehmung und die Bewertung der Maßnahmen zum Infektionsschutz und deren Auswirkungen auf Teilhabe und Selbstbestimmung fokussiert.

Ergebnisse

Für die Rehabilitanden stellten die Kontaktbeschränkungen die größte Herausforderung dar. Vor allem Freunde und Familie nur sehr eingeschränkt oder gar nicht sehen zu können, wurde

in den Interviews häufig erwähnt. Darüber hinaus sind durch die Trennung der WVB auch Kontakte im Haus weggefallen (Pädagogen, Therapeuten, Freizeitgruppen). Spaziergänge auf dem Gelände oder Einkäufe waren nur in Begleitung von Mitarbeitern gestattet. Diesen Umstand nahmen viele als Einschränkung ihrer Selbstbestimmung wahr. Hier wurde sich von einigen Interviewten mehr Vertrauen in die Eigenverantwortung der Rehabilitanden gewünscht. Insgesamt konnten weniger Therapien angeboten werden, daraus resultierten Sorgen und Befürchtungen, dass wichtige Ziele der Rehabilitation (z.B. ohne Hilfsmittel laufen) nicht erreicht werden können. Darüber hinaus wurde die Situation als belastend für die Gesundheit und das Wohlbefinden empfunden, da u.a. Maßnahmen, die wichtig für die Vorbereitung auf die Selbstständigkeit im Sozialraum sind, nicht oder nur eingeschränkt stattfinden konnten. Als Chance wurde die feste Zuteilung der Therapeuten auf den WVB gesehen. Therapeutische Übungen konnten durch die intensivere Begleitung auf dem WVB noch dichter am Alltag orientiert werden. Obwohl die Personen insgesamt starke Einschränkungen berichteten, äußerten die Befragten viel Verständnis für die Maßnahmen, da diese zum Schutz des eigenen Lebens und das der anderen akzeptiert wurden. Etwas mehr als die Hälfte zählte sich selbst zur Risikogruppe gehörend.

Diskussion und Fazit

Die Infektionsschutzmaßnahmen im Setting einer Langzeitrehabilitation stellen für Rehabilitanden eine große Herausforderung dar. Insbesondere Veränderungen bei therapeutischen Maßnahmen, Einschränkungen in der Bewegungsfreiheit und in sozialen Kontakten sind schwerwiegend. Die Herausforderungen der Corona Pandemie lassen sich im Rahmen der qualitativen Interviews klar identifizieren und zeigen welche Auswirkungen Infektionsschutzmaßnahmen individuell haben können. Dabei ist eine Differenzierung zwischen positiven und negativen Effekten der Infektionsschutzmaßnahmen genauso notwendig, wie die Differenzierung der Bedarfe der heterogenen Gruppen, die im P.A.N. Zentrum behandelt werden. Die Ergebnisse der Studie können genutzt werden, um Strategien zu entwickeln, die ermöglichen, negative Effekte von Infektionsschutzmaßnahmen abzumildern. Ob sich die Herausforderungen der Corona Pandemie auf Outcomes wie die Wohnform nach Beendigung des Rehabilitationsaufenthalts im P.A.N. Zentrum auswirken, gilt es zukünftig zu untersuchen. Der Spagat, zwischen dem Schutz von Rehabilitanden und Mitarbeitern auf der einen Seite und individueller Teilhabe und Selbstbestimmung auf der anderen Seite, bleibt insgesamt eine verantwortungsvolle Aufgabe.

Literatur

Kuckartz, U. (2016). Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung (3. überarbeitete Auflage). Beltz Verlag, Weinheim Basel.

Schrader, M., Bamborschke, S. (2018). Ambulante Wohnform statt Pflegeheim – Entwicklungsmöglichkeiten bei Personen mit erworbenen Hirnschädigungen in der Langzeitrehabilitation. Neurologie & Rehabilitation, 4, 307–314.

Testen, Testen, Testen? Ergebnisse der PCR-Testung auf SARS-CoV2 bei asymptomatischen Rehabilitanden

Monika Reuss-Borst[1]; Volker König[2]; Doreen Sallmann[3]; Oliver Rick[4]

[1] Kliniken Bad Bocklet AG; [2] Klinik Bad Oexen; [3] Regiomed Rehaklinik Masserberg
[4] Klinik Reinhardshöhe

Hintergrund und Zielstellung

Kein Ereignis hat unseren Arbeitsalltag so rasch, grundlegend und unvorbereitet verändert wie die aktuelle CORONA-Pandemie. Spätestens im März 2020 waren Rehabilitations-Kliniken mit der Frage konfrontiert, ob und wie eine für alle Beteiligten sichere Reha-Maßnahme in Pandemiezeiten erfolgen kann. Mit zunehmender Lockerung der gesetzlichen Einschränkungen (seit 20.04.2020) wurde an vielen Kliniken ein umfangreiches Sicherheitskonzept etabliert, dessen wichtigste Maßnahmen in den Hygiene-Empfehlungen für Reha-Einrichtungen zusammengefasst sind (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2020).

Zusätzlich zu diesen Maßnahmen entschlossen wir uns zum routinemäßigen PCR-Screening auf SARS-CoV2. Ziel war, das Risiko eines „CORONA-Ausbruchs“ und damit auch die Gefahr einer dann evtl. drohenden Klinikschließung zu minimieren.

Die PCR-Testung ging mit erheblichen logistischen und finanziellen Herausforderungen einher. Hier möchten wir unsere Erfahrungen mit der PCR-Testung von 5051 Rehabilitanden an 4 Kliniken in 4 Bundesländern (Bayern, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Thüringen) von KW17-KW40 d.h. der auslaufenden 1. CORONA-Welle zusammenfassen.

Methoden

Nach einem prästationären Screening auf Symptome, Kontaktanamnese, Information über die Testung und damit verbundene 1-2-tägige Quarantäne wurde am Aufnahmetag ein Nasopharynx-Abstrich auf SARS-CoV2-Viren durchgeführt. Anschließend musste der Rehabilitand bis zum Vorliegen des Testergebnisses in Quarantäne bleiben, was in >90% der Fälle weniger als 24 Stunden, in Einzelfällen bis max. 48 Stunden dauern konnte.

Die Speisenversorgung erfolgte im Zimmer. Kontakt zum Personal war nur im Notfall (dann unter den Sicherheitsvorkehrungen wie FFP2-Maske, Schutzbrille, Schutzkittel) möglich. Bei Eingang eines negativen Testergebnisse erfolgte die „Freigabe“ des Rehabilitanden und das übliche Routine-Aufnahme-Procedere wurde gestartet.

An den Kliniken wurden die Anzahl und das Ergebnis der PCR-Testungen, Alter, Indikation und Aufenthaltszeitraum der Rehabilitanden prospektiv erfasst. Die Ergebnisse werden hier deskriptiv dargestellt und mit den Testergebnissen, die durch das Robert-Koch-Institut im gleichen Zeitraum berichtet wurden, verglichen.

Ergebnisse

Insgesamt wurde an den 4 Kliniken bei 5051 Rehabilitanden ein PCR-Test durchgeführt. 3204/5051 (63,4%) Rehabilitanden wurden mit einer Internistischen-onkologischen Diagnose aufgenommen, bei 1227/5051 (28,2%) wurde eine orthopädische Reha-Maßnahme, bei 367/5051 (7,3%) Rehabilitanden eine psychosomatische und bei 252/5051 (4,9%) eine ophthalmologische Rehabilitation durchgeführt.

Von 5051 Rehabilitanden wurden 4 (0,08%) positiv getestet. Bei 2/4 lag eine onkologische Diagnose (multiples Myelom (nach ASCT) und Vulva-Carcinom) vor. Bei der 3. positiv getesteten Person handelte es sich um eine 36-jährige Patientin mit einer C. ulcerosa. Alle Rehabilitanden waren asymptomatisch.

Eine 86-jährige Patientin (Herzinsuffizienz, Adipositas) hatte eine COVID-infektion gehabt, war bei Aufnahme negativ, bei Testung vor Entlassung erneut positiv und bei Kontrolle wieder negativ. Sie war während der Reha asymptomatisch.

Die Testergebnisse sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

Tab. 1.

	Klinik 1	Klinik 2	Klinik 3	Klinik 4
Testbeginn	18.05.2020	21.04.2020	21.04.2020	15.04.2020
Anzahl der Getesteten	1093	2118	1101	739
Mittl. Alter	56,88	57,12	61,22	66,69
Indikation: Innere/Onkologie Orthopädie Psychosomatik	Innere:109 Onkologie: 77 Orthopädie: 540 Psychosomatik: 367	Onkologie: 2118	Onkologie: 359 Orthopädie: 490 Ophtalmologie: 252	Onkologie: 541 Orthopädie: 197 Sonstige: 1
Positive Fälle (%)	2/1112 (0,1%)	1/2118 (0,05%)	0/1101 (0%)	1/739 (0,1%)

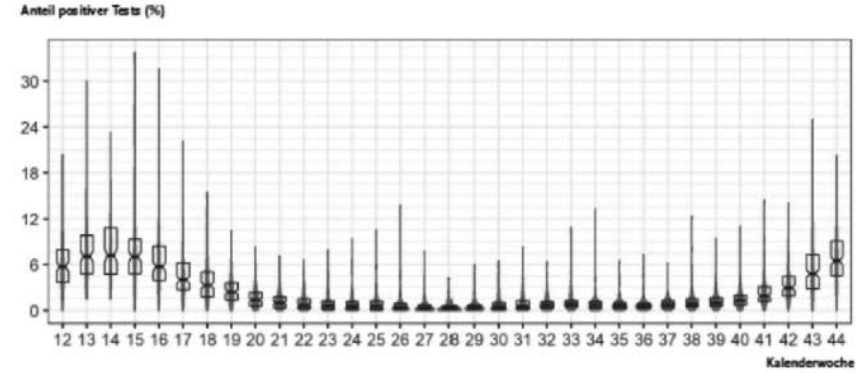


Abb. 1: Anteil positiver SARS-CoV2 PCR-Teste von KW12-KW44 (2)

Zum Vergleich werden in Abb. 1 die im Untersuchungszeitraum publizierten bundesweiten Testergebnisse der RKI-Testlaborabfrage dargestellt (Staat, 2020). In KW 14 wurde mit 7,2% die höchste mediane Positivquote registriert. In KW 28 zeigte sich die niedrigste mediane Positivquote mit 0,3%.

Diskussion und Fazit

Keine der Kliniken war auf die CORONA-Pandemie vorbereitet. Die (zusätzliche) PCR-Testung aller asymptomatischen Rehabilitanden bei Anreise erfolgte, um die Gefahr von COVID-19 Erkrankungen in den Kliniken zu minimieren. Die PCR-Testung auf SARS-CoV2 war dabei mit einem erheblichen finanziellen und logistischen Mehraufwand verbunden.

Folgende Schlussfolgerungen können wir aus unseren Daten ziehen:

1. Im Vergleich zu den RKI-Daten war die Anzahl positiv getesteter (asymptomatischer) Rehabilitanden im Untersuchungszeitraum extrem gering. Wir können daraus folgern, dass die von allen 4 Kliniken prästationär durchgeführten Screening-Maßnahmen effektiv waren.
2. Auch bei den meist immunsupprimierten und besonders Infektionsgefährdeten (onkologischen) Rehabilitanden war der Anteil positiv Getesteter sehr niedrig. Dies könnte dadurch erklärt werden, dass diese vulnerable Gruppe die AHA-Regeln mehrheitlich befolgt.
3. Alle positiv getesteten Rehabilitanden waren (und blieben) asymptomatisch. Daher kann diskutiert werden, ob es sich sogar um falsch positive Fälle gehandelt haben könnte, da die Vortestwahrscheinlichkeit bei niedriger Prävalenz in den Sommermonaten (trotz hoher Sensitivität und Spezifität der PCR) gering war (Watson, 2020; Schlenger, 2020). Gegen diese Annahme spricht allerdings, dass 4/4 positiv Getesteten immunsupprimiert waren.
4. Die Akzeptanz des PCR-Screenings war bei den Getesteten groß. Die Testung erhöhte bei Rehabilitanden und Mitarbeitern das (subjektive) Sicherheitsgefühl. Dass dabei ein negatives Testergebnis keine 100%ige Sicherheit bedeutet und die Einhaltung der übrigen Sicherheitsmaßnahmen unabdingbar ist, wurde regelmäßig mit allen Beteiligten kommuniziert.
5. Rehabilitation ist auch in Pandemie-Zeiten sicher.

Seit September 2020 stehen Antigen-Schnelltests zur Verfügung (Pressemitteilung von Roche, 2020) und werden von uns eingesetzt. Dadurch hat sich der Organisationsaufwand erheblich verringert. Bei deutschlandweit stark steigenden Infektionszahlen und zunehmender Wahrscheinlichkeit einer „Einschleppung“ durch Mitarbeiter erfolgen jetzt auch regelmäßig in allen 4 Kliniken Tests der Mitarbeiter.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (2020): Hygiene-Empfehlungen für Reha-Einrichtungen. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/corona_kliniken_hygiene_empfehlung.html (Letzter Zugriff: 16.11.2020).

Pressemitteilung von Roche: https://www.roche.com/media/releases/med-cor-2020-09-01b.html (Letzter Zugriff am 15.11.2020).

Schlenger, R. (2020) PCR-tests auf SARSCoV- 2: Ergebnisse richtig interpretieren. Deutsches Aerzteblatt 117 (24): A1194 / B-1010 https://www.aerzteblatt.de/archiv/214370/PCR-Tests-auf-SARSCoV-2-Ergebnisse-richtiginterpretieren/(Letzter Zugriff 14.11.2020).

Staat, D. (2020) Erfassung der SARS-CoV2-Testzahlen in Deutschland (Stand 4.11.2020) Epidemiologisches Bulletin, 45:16-20.
Watson, J. (2020) Interpreting a covid-19 test result British Medical Journal 369:m1808 https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1808/infographic/ (Letzter Zugriff 14.11.2020).

Veränderung somatischer und psychologischer Parameter während stationärer pneumologischer Rehabilitation nach COVID-19

Markus Hayden[1]; Matthias Limbach[1]; Steffen Merkl[1]; Gabriele Schwarzl[1]; Karsten Botosch[1]; Dennis Nowak[2]; Konrad Schultz[1]

[1] Klinik Bad Reichenhall, Zentrum für Rehabilitation Pneumologie und Orthopädie der Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd

[2] Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München

Hintergrund und Zielstellung

Neben Symptomen der Atmungsorgane wie Husten und Atemnot, ist COVID-19 charakterisiert durch ein großes Spektrum weiterer Symptome. Seit dem Ausbruch der COVID-19-Pandemie haben mehrere Studien auf die Langzeitschäden der Erkrankung hingewiesen und den Bedarf an Rehabilitationsangeboten nach der Akutphase betont (Spruit et al., 2020). Bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist jedoch nur wenig über den Behandlungs-Outcome entsprechender Rehabilitationsangebote, insbesondere hinsichtlich der in Deutschland üblichen stationären 3-wöchigen Rehabilitation, bekannt. Ziel der aktuellen Studie ist es entsprechend, die Therapieeffekte von 3-wöchiger stationärer pneumologischer Rehabilitation bei Patient_innen nach akuter COVID-19-Erkrankung zu bestimmen.

Methoden

Das stationäre Rehabilitationsprogramm wurde Ende April 2020 in der Klinik Bad Reichenhall implementiert. Die Patient_innen wurden im Rahmen einer prospektiven Beobachtungsstudie nach zustimmendem Votum der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München am Beginn (T1) und am Ende (T2) der stationären Rehabilitation untersucht. Die Erfassung von Symptomen der Atmungsorgane (Dyspnoe, Husten und Auswurf) sowie Schmerz erfolgte mithilfe von Symptom-Ratingskalen. Zudem erhoben wir Fatigue mithilfe des Brief Fatigue Inventory (BFI), Depression mithilfe des Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9), Angst mithilfe des Generalized Anxiety Disorder 7 Fragebogens (GAD-7) und Lebensqualität mithilfe des EuroQol-Questionnaire (EQ-5D-5L). Zur Erfassung der subjektiv erlebten Veränderung wurde das Global Rating of Change (GROC) angewandt. Überdies erfolgten ein 6-Minuten-Gehtest (6MGT) zur Messung der Belastbarkeit sowie eine umfangreiche Lungenfunktionsdiagnostik.

Ergebnisse

N=90 Patient_innen wurden in das Rehabilitationsprogramm aufgenommen, von denen n=84 in die Studie eingeschlossen werden konnten. Zwei Patient_innen beendeten ihre Teilnahme an der Studie vorzeitig. Das Durchschnittsalter lag bei 55 Jahren (SD = 9,62; Range = 33 bis 83 Jahre), 44,4% des Samples waren Frauen. Die durchschnittliche Behandlungsdauer in der

Rehaklinik betrug 27 Tage (SD = 6,0; Range = 5 bis 42 Tage). Die durchschnittliche Dauer des zurückliegenden Aufenthalts im Akutkrankenhaus lag bei 28 Tagen (SD = 18,9; Range = 0 bis 90 Tage). 36 Patient_innen waren intensivmedizinisch behandelt worden (M = 18 Tage; SD = 12,2; Range = 1 bis 50 Tage); 27 Patient_innen hiervon waren zudem beatmet worden (M = 17 Tage; SD = 8,6; Range = 8 bis 47 Tage).

Zu Beginn der Rehabilitation waren die Patient_innen deutlich beeinträchtigt, wobei Belastungsatemnot als häufigstes Symptom hervorstach. t-Tests bei gepaarten Stichproben zeigten signifikante Verbesserungen sämtlicher Variablen (siehe Tabelle 1). GROC-Werte (☹-7 – 0 – 7☺) für die subjektiv erlebte Veränderung wurden im Durchschnitt mit 4,6 (SD = 1,7; Range = 0 bis 7) für die Zeit von T1 bis T2 und mit -1,9 (SD = 3,3; Range = -7 bis 7) für die Zeit vor dem Beginn der COVID-19-Erkrankung im Vergleich zu T2 beziffert.

Tab. 1: Ergebnisse der *t*-Tests bei gepaarten Stichproben

		T_1			T_2			Signifikanz
		M	**SD**	**Range**	**M**	**SD**	**Range**	
Atemnot bei Belastung	☺ 0 – 10 ☹	5,67	2,39	0 – 9,5	3,34	2,39	0 – 9	<0,001
Atemnot in Ruhe	☺ 0 – 10 ☹	1,62	1,72	0 – 8	0,79	1,17	0 – 6	<0,001
Husten	☺ 0 – 10 ☹	1,53	2,10	0 – 10	0,69	1,43	0 – 8	0,004
Auswurf	☺ 0 – 10 ☹	0,70	1,34	0 – 6	0,32	0,74	0 – 4	0,031
Schmerzen	☺ 0 – 10 ☹	3,36	2,80	0 – 10	2,67	2,54	0 – 9	0,033
Fatigue	☺ 0 – 100 ☹	43,16	18,60	10 – 86	25,98	19,70	0 – 81	<0,001
Depression	☺ 0 – 27 ☹	9,74	4,84	1 – 22	5,00	4,01	0 –18	<0,001
Angst	☺ 0 – 21 ☹	5,80	4,64	0 – 19	3,33	4,13	0 – 15	<0,001
Lebensqualität – EQ-5D	☺ 0 – 25 ☹	11,65	3,07	6 – 18	8,79	2,77	5 – 15	<0,001
Lebensqualität – VAS	☺ 100 – 0 ☹	49,81	18,14	0 – 90	69,25	15,46	30 – 95	<0,001
6-Minuten Gehstrecke in Metern		416,25	127,42	13 – 655	536,18	90,79	300 – 720	<0,001
Vitalkapazität (% vom Sollwert)		88,64	22,64	33,7 – 129,6	96,77	16,09	63 – 126	<0,001

EQ-5D = EuroQol-Questionnaire; VAS = Visuelle Analogskala

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse der Studie deuten darauf hin, dass die Inanspruchnahme von stationärer pneumologischer Rehabilitation nach COVID-19 mit einer deutlichen Linderung von Symptomen der Atmungsorgane, Fatigue und psychischer Beeinträchtigung einhergeht und zu einer erhöhten Lebensqualität, einer gesteigerten Belastbarkeit sowie einer Besserung der Lungenfunktion beitragen kann. Dennoch sind zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch weitere Studien vonnöten, in denen die Langzeiteffekte sowie der Verlauf der Parameter nach der stationären Entlassung spezifiziert werden.

Literatur

Spruit, M., Holland, A., Singh, S., Tonia, T., Wilson, K., Troosters, T. (2020): COVID-19: Interim Guidance on Rehabilitation in the Hospital and Post-Hospital Phase from a European Respiratory Society and American Thoracic Society-coordinated International Task Force. European Respiratory Journal, in press.

Ambulante Lebenswelt orientierte Rehabilitation (AMLOR) für Kinder und Jugendliche. Ergebnisse der Machbarkeitsstudie und erste Erfahrungen

Miriam Jackels; Eckhard Schönau; Astrid Schirmer-Petri
UniReha GmbH, Zentrum für Prävention und Rehabilitation der Uniklinik Köln

Hintergrund und Zielstellung

Durch das „Flexirentengesetz“ (13.12.2016, BGBL Teil I, 59) stärkt der Gesetzgeber die Rehabilitation für Kinder und Jugendliche entscheidend. Nach §15a SGB VI wird die Kinder- und Jugendrehabilitation von einer Kann- zur Pflichtleistung der Deutschen Rentenversicherung. Rahabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche können seitdem ambulant erbracht werden und nicht wie bislang ausschließlich stationär. (Deutscher Bundestag, 2016). Die Entwicklung individueller Konzepte und Therapieprogramme für Kinder und Jugendliche ist von herausragender Bedeutung für das Individuum sowie für das Gesundheitssystem (Wiegand & Kühnen, 2020).

Adipositas bei Kindern und Jugendlichen ist weit mehr als ein abweichendes körperliches Merkmal. Im Sinne der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (DIMDI, 2012) kommt es zu Beeinträchtigungen der Körperfunktion und –struktur (z. B. Bewegungseinschränkung durch starke Adipositas), aber auch der Partizipation (z. B. Probleme bei interpersonellen Interaktionen und Beziehungen) und von Aktivitäten (z. B. eingeschränkte Mobilität).Im Hinblick auf die Machbarkeit wird über erste Erfahrungen der Umsetzung des neuen Konzeptes der ambulanten Kinderreha mit adipösen Kindern- und Jugendlichen berichtet.

Methoden

Eine Befragung der Kinder- und Jugendlichen sowie deren Eltern bezüglich der Machbarkeit erfolgte als Interview vor Ort an zwei Zeitpunkten während der Reha durch ein externes Institut der Uniklinik. Zusätzlich wurden die Eindrücke der Teilnehmer und der Begleitpersonen nach Abschluss der 6-monatigen Rehamaßnahme anhand von Fragebögen durch die UniReha erhoben.

Ergebnisse

Die Möglichkeit einer ambulanten Kinder- und Jugendlichenrehabilitation als Zusatzangebot wurde als sehr vorteilhaft angesehen. Des Weiteren wurde die Verbreitung von Informationen zum Sportangebot vor Ort, die Vernetzungsmöglichkeiten mit der Schule, weiteren Familienangehörigen, die Möglichkeit der Langzeitbetreuung (IRENA) sowie der regelmäßige Einbezug der Eltern positiv hervorgehoben. Bedenken wurden u. a. bezüglich der Umsetzbarkeit neben der starken schulischen Belastung angeführt.

Diskussion und Fazit

Bei der Befragung durch den Evaluator zeigte sich, dass die meisten Teilnehmer und Eltern der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation von dem zusätzlichen ambulanten Angebot profitieren.

Erste Erfahrungen der Unireha zeigten jedoch auf, dass das ambulante Angebot nicht jeden Patienten gleichermaßen anspricht und auch nach einer ausführlichen Eingangsuntersuchung im Einzelfall erst im Laufe der Rehamaßnahme deutlich wird, daß individuell eine stationäre Rehamaßnahme vorzuziehen gewesen wäre. Es wird eine weitere Aufgabe in der Begleitung der Therapie adipöser Kinder- und Jugendlicher sein, die Patienten zu erfassen, die auf das ambulante Therapieangebot besonders gut ansprechen. Die Etablierung einer vorgezogenen Eingangsuntersuchung, die kein Standard im Rehasektor ist, scheint von herausragender Bedeutung zu sein.

Literatur

Deutscher Bundestag (2016): Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz). Bundesgesetzblatt, I (59). 2838-2847.

DIMDI (2012) Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icf/icfhtml2005/. Zugegriffen: 12. Dez. 2019.

Wiegand, S., Kühnen, P. (2020). Adipositas ist nur selten heilbar: Individuelle Konzepte und Therapieprogramme für Kinder und Jugendliche [Obesity is rarely curable: individual concepts and therapy programs for children and adolescents]. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 63(7), 821-830. https://doi.org/10.1007/s00103-020-03164-1.

Förderung: Deutschen Rentenversicherung Bund

Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung des subjektiven rehabilitationsbezogenen Behandlungskonzepts von Kindern und Jugendlichen

Gloria Metzner[1]; Cindy Höhn[1]; Matthias Sehlbrede[1]; Edith Waldeck[2]; Manuela Glattacker[1]

[1] Universitätsklinikum Freiburg, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

[2] Edelsteinklinik, Fachklinik für Kinder- und Jugendrehabilitation

Hintergrund und Zielstellung

Chronische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter können, unabhängig von indikationsspezifischen Beeinträchtigungen, weitreichende Konsequenzen für die allgemeine Lebensführung und für die körperliche, psychische, soziale Entwicklung des Kindes bis ins Erwachsenenalter nach sich ziehen (Widera et al., 2017). Bei der meist (lebens-)langen Bewältigung einer chronischen Erkrankung spielt die Selbstregulation eine maßgebliche

Rolle. Neben den subjektiven Vorstellungen zur Erkrankung können auch die patientenseitigen Annahmen über die Behandlung als Ausgangspunkt des Selbstregulationsprozesses konzeptualisiert werden (vgl. Common-Sense-Selbstregulation-Modell; Leventhal et al., 1980). Empirisch wurde die Bedeutsamkeit des subjektiven Behandlungskonzepts insbesondere in Untersuchungen zur Adhärenz gegenüber Behandlungen vielfach bestätigt (Horne et al., 2013). Das subjektive Behandlungskonzept umfasst je nach betrachteter Behandlungsform und -setting unterschiedliche inhaltliche Dimensionen, die auch in entsprechenden Assessmentinstrumenten abgebildet werden. Auch im Rehabilitationskontext liegen bereits Instrumente für Erwachsene vor, die beispielsweise die Notwendigkeit, Befürchtungen, Prozess- und Ergebniserwartungen von Rehabilitand*innen erfassen (z.B. Glattacker et al., 2009). Für die Kinder- und Jugendrehabilitation, die in der multimodalen Versorgung chronisch erkrankter Kinder und Jugendlicher ein wichtiger Bestandteil ist, existiert bislang kein entsprechendes Erhebungsinstrument. Vor diesem Hintergrund wird in diesem Beitrag die Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung des subjektiven rehabilitationsbezogenen Behandlungskonzepts von Kindern und Jugendlichen vorgestellt.

Methoden

Die Item-Entwicklung basierte im ersten Schritt auf inhaltsanalytisch gewonnenen Ergebnissen leitfadengestützter Interviews mit jugendlichen Rehabilitand*innen der Edelsteinklinik, die zu ihren subjektiven Vorstellungen und Erwartungen gegenüber der beginnenden Rehabilitation explorativ befragt wurden (Metzner et al., 2019). Zudem wurden Fragebögen aus dem Erwachsenenbereich einbezogen und ein umfangreicher Item-Pool zusammengestellt. Im zweiten Schritt wurden die Items im Rahmen eines kognitiven Pretests mit jugendlichen Rehabilitand*innen auf ihre Verständlichkeit, Schwierigkeit und Praktikabilität geprüft. Anschließend wurde der überarbeitete Item-Pool in einem dritten Schritt in einer quantitativen Befragung in der Edelsteinklinik eingesetzt. Die jugendlichen Rehabilitand*innen beantworteten die Items zu Beginn ihrer Rehabilitationsmaßnahme. Auf Basis dieser Datenerhebung wurden psychometrische Kennwerte der Items (Anteil fehlender Werte, Schiefe, Kurtosis, Schwierigkeitsindex nach Dahl, measure of sample adequacy (MSA)), die faktorielle Validität mittels exploratorischer Faktorenanalyse, die Reliabilität (McDonald´s Omega hierarchisch (ωh)) der identifizierten Skalen und Trennschärfen der Items analysiert.

Ergebnisse

Im ersten Schritt wurde ein Item-Pool mit 130 Items entwickelt. Infolge des im zweiten Schritt durchgeführten kognitiven Pretests mit N=4 Rehabilitand*innen (Alter 13,8 Jahre) wurden geringfügige Modifikationen vorgenommen. Der überarbeitete Item-Pool (n=129 Items) wurde im dritten Schritt in der quantitativen Befragung eingesetzt, an der N=170 jugendliche Rehabilitand*innen teilnahmen. Das durchschnittliche Alter betrug 14,3 Jahre (SD=1,6), 53,5% waren weiblich und die häufigste Diagnose war Adipositas (51,5%).

Nach der Itemanalyse gingen n=47 Items in die exploratorische Faktorenanalyse ein. Der Anteil fehlender Werte dieser Items bewegte sich zwischen 0% bis 4,12%, die Schiefe lag zwischen -1,93 und 0,90 und die Kurtosis zwischen -1,17 und 4,64. Der Schwierigkeitsindex nach Dahl zeigte einen Range von 26,35 bis 89,02, wonach psychometrisch betrachtet weder sehr schwere (< 20) noch sehr leichte (> 90) Items vorlagen. Der MSA zeigte mit Werten

> 0.60 eine gute Eignung der einzelnen Items für die exploratorische Faktorenanalyse. Unter Einschluss lediglich derjenigen Items, die eine Faktorladung > .32 (d.h. mehr als 10% Varianzaufklärung), keine Doppelladungen und Kommunalität > .40 aufwiesen, wurden vier Faktoren extrahiert. Inhaltlich können diese Faktoren als „Erwartungen an Kommunikation und Interaktion“ (5 Items), „Erwartungen an den Behandlungsprozess“ (7 Items), „Erwartungen an Behandlungserfolg und Nachhaltigkeit“ (6 Items) und „Erwartungen an das eigene Verhalten im Reha-Prozess“ (4 Items) interpretiert werden. Die Koeffizienten des Reliabilitätsschätzers McDonald´s Omga (hierarchisch) lagen zwischen .68 und .75, Kennwerte ab .70 gelten als akzeptabel. Die Trennschärfen der Items der jeweiligen Skala lagen mit Werten zwischen 0,46 bis 0,72 in einem guten Bereich.

Diskussion und Fazit

Unter Einbezug der Zielgruppe jugendlicher Rehabilitand*innen und der Literatur wurde ein umfangreicher Item-Pool entwickelt. Erste psychometrische Analysen zeigten akzeptable Ergebnisse hinsichtlich der Itemkennwerte, der faktoriellen Validität mittels exploratorischer Faktorenanalyse, Reliabilität und Trennschärfe. Künftige Studien sollten die Prüfung der vier extrahierten Skalen um weitere Validitäts- und Reliabilitätskennwerte ergänzen. Mit dem entwickelten Fragebogen liegt ein Instrument vor, mit welchem das subjektive rehabilitationsbezogene Behandlungskonzept von Kindern und Jugendlichen relativ ökonomisch erfasst werden kann. Unabhängig von der noch zu prüfenden Frage, ob das subjektive Behandlungskonzept auch in der Population der Kinder und Jugendlichen relevante Outcomes wie z.B. Adhärenz bedingt, bietet das Konstrukt vielfältige Ansatzpunkte die subjektiven Vorstellungen und Erwartungen jugendlicher Rehabilitand*innen in die Gestaltung der Behandlung einzubeziehen.

Literatur

Glattacker, M., Heyduck, K., Meffert, C. (2009): Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung des subjektiven Behandlungskonzepts von Rehabilitanden. Rehabilitation, 48. 345-353.

Horne, R., Chapman, S.C.E., Parham, R., Freemantle, N., Forbes, A., Cooper, V. (2013): Understanding Patients´ Adherence-Related Beliefs about Medicines Prescribed for Long-Term Conditions: A Meta-Analytic Review of the Necessity-Concerns-Framework. PLOS ONE, 8, 12. e80633.

Leventhal, H., Meyer, D., Nerenz, D. (1980): The common sense representation of illness danger. In Rachman, S. (Ed.): Contributions to medical Psychology. Oxford: Pergamon. 7-30.

Metzner, G., Höhn, C., Waldeck, E., Glattacker, M. (2019): Subjektive Behandlungskonzepte von Jugendlichen zur Kinder- und Jugend-Rehabilitation – eine qualitative Analyse. DRV-Schriften, Bd. 117. 424-425.

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.

Interessenkonflikt: Frau Dr. Edith Waldeck arbeitet für die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

Geschwister als Spender – Wie können Geschwisterkinder unterstützt werden?

Melanie Jagla-Franke; Charlotte Sievert; Gabriele Helga Franke
Hochschule Magdeburg-Stendal

Hintergrund und Zielstellung

Kinder und Jugendliche, deren Geschwister an einer chronischen Erkrankung, wie z.B. einer Krebserkrankung, leiden, müssen neben alltäglichen Anforderungen und typischen Entwicklungsaufgaben auch Belastungen bewältigen, die durch die Erkrankung des Geschwisters entstehen (Tröster, 1999). Alderfer et al., (2010) konnten in einer Literaturanalyse zeigen, dass gesunde Geschwister von krebskranken Kindern im Durchschnitt keine erhöhten Raten für psychische/ psychiatrische Erkrankungen zeigen, Subgruppen mit Symptomen von posttraumatischem Stress, negativen emotionalen Reaktionen (Angst, Schuld, Traurigkeit) sowie einer herabgesetzten Lebensqualität sind eine Ausnahme.

In der vorliegenden Pilotstudie wurden Geschwister, die als Knochenmarkspender*innen fungierten und ihre an einer Krebserkrankung leidenden Geschwister hinsichtlich der Geschwisterbeziehung interviewt, weiterhin wurden die psychische Belastung und die Lebensqualität mithilfe von standardisierten Verfahren erfasst. Ziel war es, erste Vorschläge für Interventionen, die auch im Rahmen einer (familienorientierten) Rehabilitation stattfinden können, zu unterbreiten.

Methoden

Drei Geschwisterpaare (m 9, m 15; w 19, w 19; m 6, w 11), wobei ein Kind durchschnittlich vor ca. sechs Jahren an Leukämie litt und eine Knochenmarktransplantation vom gesunden Geschwister erhielt, wurden unabhängig voneinander interviewt, bei jüngeren Geschwistern wurde auch ein Elternteil befragt. Die Auswertung erfolgte anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring, 2015. Mit Hilfe von leitfadengestützten, problemzentrierten Interviews wurde nach der Geschwisterbeziehung vor, während und nach der Erkrankung gefragt. Abhängig vom Alter der Geschwisterpaare kamen Testverfahren zur Erfassung der Belastung und der Lebensqualität (LQ) in der Selbst- und Fremdbeurteilung durch ein Elternteil zum Einsatz. Die Interviews wurden im Rahmen der familienorientierten Rehabilitation bzw. in digitaler Form im häuslichen Umfeld der Familie durchgeführt.

Ergebnisse

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring, 2015 führte zu den übergeordneten Kategorien „Umgang mit der Erkrankung“, „Geschwisterbeziehung“, „Umgang im sozialen Umfeld und im System Familie“ mit jeweils unterschiedlicher Anzahl an Sub- und Unterkategorien. Die Ergebnisse zeigten, dass sich die gesunden Geschwister durch die geschwisterliche Erkrankung und deren Folgen belastet fühlten, da die Eltern deutlich weniger Zeit für sie hatten und auch, dass sie negative Emotionen vor und körperliche Beschwerden kurz nach der Spende hatten. Hinsichtlich der Geschwisterbeziehung wurden einerseits gegenseitige Unterstützung („Wir halten zusammen“) beschrieben und die Geschwisterpaare gaben an, dass sich ihre Beziehung im Verlauf der Erkrankung/ Behandlung intensiviert habe. Innerhalb

der Familie hätten sich Gefühle von Nähe und Zusammenhalt verstärkt und die Kommunikation habe zugenommen („Wir sind enger zusammengewachsen. Reden offener über alles."). Eher negativ wurde die Bewältigung im sozialen Umfeld durch die erkrankten Kinder wahrgenommen, die gesunden Geschwister gaben an, dass der Schulbesuch von der damaligen Lebenssituation abgelenkt habe. Es sei aber auch vorgekommen, dass Mitschüler wegen der Erkrankung „komische Sprüche losgelassen" hätten und es notwendig war, allen Mitschülern die Erkrankung und Behandlung zu beschreiben, um das Verständnis zu fördern, was als belastend empfunden wurde.

Die Ergebnisse der eingesetzten Testverfahren zeigten in der ersten Familie, die sich während der Datenerhebung in der Rehabilitation befand, dass die Mutter bei dem erkrankten Kind eine knapp durchschnittliche LQ (T=40) einschätzte, für das Geschwisterkind beschrieb sie eine überdurchschnittliche LQ (T=63) und kaum Belastungen, dieses Ergebnis fand sich auch im Selbsturteil bei durchschnittlicher LQ (T=49). Das jetzt erwachsene Geschwisterpaar beschrieb in der Selbstbeurteilung folgende Ergebnisse: die erkrankte Schwester wies eine durchschnittliche körperliche (T=46) und eine weit unterdurchschnittliche psychische (T=26) LQ bei deutlicher psychischer Belastung (TGSI=65) auf. Die gesunde Schwester wies eine durchschnittliche körperliche (T=56) und leicht überdurchschnittliche psychische (T=62) LQ sowie keine psychische Belastung (TGSI=38) auf. In der dritten Familie beschrieb die Mutter eine durchschnittliche (T=54) LQ beim erkrankten Kind sowie eine durchschnittliche LQ (T=49) und eine geringe Belastung, im Selbsturteil fand sich eine unauffällige LQ (T=51) bei mittlerem Belastungsniveau.

Diskussion und Fazit

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die gesunden Geschwister, die als Knochenmark-Spender*innen fungierten, Belastungen aufgrund der Erkrankung des Geschwisters aufwiesen und kurzzeitig negative Emotionen hinsichtlich der Transplantation beschrieben. Reaktionen aus dem sozialen Umfeld wurde sowohl positiv als auch negativ interpretiert. Im Rahmen der familienorientierten Rehabilitation können nicht nur die Patient*innen, sondern auch die Geschwister gut „aufgefangen" werden. Besier et al., 2010 zeigten, dass sich bei den gesunden Geschwistern im Rahmen der Rehabilitation Verhaltensauffälligkeiten reduzierten und die LQ erhöhte, so dass hier von einem vielversprechenden Ansatz auszugehen ist. Ab dem Zeitpunkt der Akutbehandlung sollten die Geschwister spezifische Unterstützung durch Geschwister-Angebote erhalten, um die psychische Stabilität aufrechtzuerhalten, da das Risiko eine psychische Störung zu entwickeln, erhöht ist (Vermaes et al., 2012).

Literatur

Alderfer, M.A., Long, K.A., Lown, E.A., Marsland, A.L., Ostrowski, N.L., Hock, J.M., Ewning, L.J. (2010): Psychosocial adjustment of siblings of children with cancer: A systematic review. Psycho-Oncology, 19. 789-805.

Besier, T., Holling, H., Schlack, R., West, C., Goldbeck, L. (2010): Impact of a family-oriented rehabilitation programme on behavioural and emotional problems in healthy siblings of chronically ill children. Child: Care, Health and Development, 36(5). 686-695.

Mayring, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (12., überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz.

Tröster, H. (1999): Sind Geschwister behinderter oder chronisch kranker Kinder in ihrer Entwicklung gefährdet? Ein Überblick über den Stand der Forschung. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 28. 101-107.

Vermaes, I.P.R., van Susante, A.M.J., van Bakel, H.J.A. (2012): Psychological functioning of siblings in families of children with chronic health conditions: A meta-analysis. Journal of Pediatric Psychology, 37. 166-184.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Essverhalten von Jugendlichen mit Adipositas in der stationären Rehabilitation

Petra Hampel[1]; Rainer Stachow[2]

[1] Europa-Universität Flensburg; [2] Ostseeklinik Grömitz

Hintergrund und Zielstellung

In der Entstehung und Aufrechterhaltung der Adipositas kommt den psychosozialen Faktoren eine besondere Bedeutung zu. Kinder und Jugendliche mit Adipositas wiesen ein erhöhtes Risiko für internalisierende Probleme (Hampel et al., 2020) und eine beeinträchtigte gesundheitsbezogene Lebensqualität (Baumgarten et al., 2019) auf, die insgesamt mit einer geringeren Compliance und einem schlechteren Behandlungsergebnis einhergingen (z.B. Stachow et al., 2009). Demnach kann angenommen werden, dass komorbide psychische Probleme den Rehabilitationserfolg von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas verschlechtern können.

In der vorliegenden Studie sollten deswegen die gesundheitsbezogene Lebensqualität und das Essverhalten bei Jugendlichen in der stationären Rehabilitation in Abhängigkeit von der Ängstlichkeit/Depressivität und des Alters untersucht werden. Zudem wurde explorativ die gesundheitsbezogene Lebensqualität dieser Stichprobe mit der Lebensqualität von Jugendlichen einer früheren Studie verglichen, die neben Adipositas weitere chronisch-körperliche Erkrankungen untersuchte.

Methoden

Die Unterschiede in der Lebensqualität und dem Essverhalten in Abhängigkeit von der Ängstlichkeit/Depressivität und vom Alter wurden bei N=128 Jugendlichen mit Adipositas in der stationären Rehabilitation kovarianzanalytisch untersucht. Die unabhängigen Variablen wurden durch die Ängstlichkeit/Depressivität (unauffällig vs. auffällig) und die Altersgruppe (12-14 vs. 15-17 Jahre) gebildet (mittleres Alter: 14.19 Jahre, SD=1.42; mittlerer BMI-SDS: 2.66, SD=0.58). Um den Einfluss des Geschlechts zu kontrollieren, wurde als Kovariate das Geschlecht herangezogen. Es waren mehr Mädchen auffällig und mehr Jungen unauffällig (Auffälligkeit*Geschlecht: $\chi2(1)=3.85$, $p=.050$). Die selbstberichtete Ängstlichkeit/Depressivität wurde anhand des Screenings psychischer Störungen im Jugendalter (SPS-J-II; Hampel & Petermann, 2012) erfasst und anhand des Medians einer früheren kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation eingeteilt. Ferner wurden die Lebensqualität (Disabkids) und das Essverhalten der Jugendlichen erhoben (K-FEV).

Explorativ wurden die Mittelwerte in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der vorliegenden Stichprobe mit einer früheren Stichprobe über N=140 13- bis 16-Jährige verglichen, in die neben der Adipositas noch weitere Indikationen wie Krebserkrankungen eingeschlossen wurden (Petersen et al., 2006, S.54).

Ergebnisse

In den multivariaten zweifaktoriellen Kovarianzanalysen war jeweils lediglich ein signifikanter Haupteffekt „Ängstlichkeit/Depressivität“ nachweisbar: für die gesundheitsbezogene Lebensqualität mit mittlerer Effektstärke ($F_{Ängstlichkeit/Depressivität}$ (5, 119)=3.56, p=.005, η^2=.130) und das Essverhalten mit großer Effektstärke ($F_{Ängstlichkeit/Depressivität}$ (2, 121)=14.37, p< .001, η^2=.192). Die Jugendlichen mit auffälligen Ausprägungen in der Ängstlichkeit/Depressivität wiesen durchgängig eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie ein höheres gezügeltes Essverhalten und eine höhere Störbarkeit auf.

Der explorative Vergleich mit den Mittelwerten der Studie von Petersen et al., 2006 ergab, dass die Jugendlichen mit Adipositas insbesondere eine geringere emotionale Lebensqualität als Jugendliche mit anderen chronisch-körperlichen Erkrankungen (Asthma bronchiale, Neurodermitis, Diabetes mellitus, gastrointestinale Erkrankungen) angaben.

Diskussion und Fazit

Bei Vorliegen internalisierender Probleme war die gesundheitsbezogene Lebensqualität und das Essverhalten der Jugendlichen mit Adipositas in der stationären Rehabilitation sehr beeinträchtigt. Beide Kennwerte stellen Risikofaktoren für eine schlechtere Compliance und einen geringeren Behandlungserfolg dar. Der explorative Vergleich bestätigte frühere Befunde über eine schlechtere Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas, die sogar mit der geringen gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Krebserkrankungen vergleichbar scheint. Somit sprechen die Befunde dafür, dass psychische Auffälligkeiten von Jugendlichen mit Adipositas in der stationären Rehabilitation mehr Beachtung finden sollten, um den Rehabilitationserfolg zu verbessern.

Literatur

Baumgarten, F., Cohrdes, C., Schienkiewitz, A., Thamm, R., Meyrose, A.-K., Ravens-Sieberer, U. (2019): Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Zusammenhänge mit chronischen Erkrankungen und psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse aus KiGGS Welle 2. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 62. 1205-1214.

Hampel, P., Petermann, F. (2012): Screening psychischer Störungen im Jugendalter - II (SPS-J-II). Deutsche Adaptation des Reynolds Adolescent Adjustment Screening Inventory (RAASI; 2. Aufl.). Bern: Huber.

Hampel, P., Petermann, F., Stachow, R. (2020): Psychische Auffälligkeiten von Jugendlichen mit Adipositas in der stationären Rehabilitation. Kindheit und Entwicklung, 29. 239-247.

Petersen, C., Schmidt, S., Bullinger, M., DISABKIDS Group. (2006): Coping with a chronic pediatric health condition and health-related quality of life. European Psych.,11, 50-56.

Stachow, R., Kiera, S., Tiedjen, U., Petermann, F. (2009): Chronisch kranke Jugendliche. Compliance und psychische Symptome. Monatsschrift Kinderheilkunde, 157. 1141-1146.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Nord

Social problems and their treatment in psychodynamic and behavior therapy

Beate Muschalla[1]; Michael Linden[2]

[1] TU Braunschweig; [2] Charité Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund und Zielstellung

There are several different psychotherapy schools, especially psychodynamic and cognitive behavior therapy. They play a major role in the treatment of mental disorders. This includes treatment before and after an inpatient rehabilitation. There is only limited knowledge, whether both treatment school have the same or different types of patients. A research question therefore is:

1. Are similar or different patients treated in cognitive behavior or psychodynamic therapy in routine care?

As many mental disorders take a chronic course and are therefore associated with participation restrictions, psychotherapy should follow a bio-psycho-social concept, as outlined in the ICF, and target disorders of function, capacity limitations, barriers of context and participation restrictions. This requires sociomedical measures additional to psychodynamic and cognitive-behavioral interventions. A second research question therefore is

2. To what degree do psychotherapists use sociomedical treatments? Are there differences between psychotherapy schools?

Methoden

A total of 131 psychodynamic (N=57) and cognitive behavior therapists (N=73) and one double qualified psychotherapist were interviewed in reference to at least two patients whom they recently had seen (i.e. 322 case vignettes altogether). They reported the type and degree of capacity limitations (Mini-ICF-APP; Linden et al., 2009) and participation restrictions (IMEP; Linden et al., 2018a; Deck et al., 2007) they have seen in their patients. Additionally, the therapists were asked for social-medicine interventions they have done or see indicated in their patients (Rehabilitation Checklist; Linden et al., 2018b).

Ergebnisse

The type of patients in psychodynamic and cognitive behavior therapy is similar: They are similarly in mid age (42 years), more than half are employed in the general labor market. They have chronic mental health problems, prognosis of remission is limited, and ability to work is foreseeable impaired in about half of patients, which speaks for the need of sociomedical support.

The rate of sociomedical treatments is significantly different between psychotherapy schools, with more respective interventions by cognitive behavior therapists, (Table 1). Significant

differences are found for additional sports activities (B: 42%, P: 30%), psychoeducation (B: 37.2%, P: 24.6%), self-help groups (B: 29%, P: 19%), psychosomatic inpatient rehabilitation (B: 24-30%, P: 13-14%), stepwise work reintegration (B: 20%, P: 14%), vocational rehabilitation (B: 23%, P: 10%), sick leave certification (B: 5%, P: 6%), applications for a disability certificate (B: 11%, P: 8%).

Tab.1: Social medicine interventions of patients in psychodynamic psychotherapy (P) or in behavior therapy (B). Percentages for categorical characteristics are reported.

Social medicine treatments		**Has been done**	**Should be done**	***Is not indicated***	**Has been done and is indicated another time**	**Has been done and is not another time**	**Significance of difference in T-test or X^2-test *P* (in brackets: Bonferroni corrected *p*)**
Case manager of health insurance	P B	12.7 10.1	3.0 11.2	84.3 78.7	0 0	0 0	.023 (.874)
Medical service of health insurance (medical reports)	P B	17.2 29.8	4.5 9.6	78.4 60.6	0 0	0 0	.003 (.114)
Social psychiatric service	P B	5.2 10.1	3.7 8.0	91.0 81.9	0 0	0 0	.069 (1.00)
Medical specialist	P B	37.3 61.7	8.2 10.6	54.5 27.7	0 0	0 0	.000 (.000)
Ergotherapy	P B	9.0 8.0	6.7 16.0	84.3 76.1	0 0	0 0	.043 (1.00)
Socio therapy	P B	3.7 2.1	5.2 14.4	91.9 83.5	0 0	0 0	.024 (.912)
Case manager	P B	0.7 3.7	5.2 11.2	93.3 84.5	0 0	0 0	.079 (1.00)
Psychiatric care at home	P B	1.5 2.1	3.0 1.6	95.5 96.3	0 0	0 0	.648 (1.00)
Assistant for specific daily activities and duties	P B	3.0 5.9	0.7 6.4	96.3 87.8	0 0	0 0	.017 (.646)
Regional counseling service	P B	3.7 8.0	1.5 8.0	94.8 84.0	0 0	0 0	.009 (.342)
Drug counseling	P B	4.5 5.9	6.0 1.6	89.6 92.6	0 0	0 0	.094 (1.00)
Debt counseling	P B	3.0 4.3	1.5 4.8	95.5 90.4	0 0	0 0	.289 (1.00)

Social medicine treatments		**Has been done**	**Should be done**	***Is not indicated***	**Has been done and is indicated another time**	**Has been done and is not another time**	**Significance of difference in T-test or X^2-test *P* (in brackets: Bonferroni corrected *p*)**
Family counseling	P B	7.5 8.0	8.2 8.5	84.3 83.5	0 0	0 0	.979 (1.00)
Youth counseling	P B	5.2 4.8	3.7 2.1	91.0 92.5	0 0	0 0	.690 (1.00)
Prevention seminars	P B	7.5 14.9	24.6 37.2	67.9 47.9	0 0	0 0	.001 (.038)
Sports club	P B	22.4 29.3	29.9 41.5	47.8 28.2	0 0	0 0	.003 (.114)
Support group	P B	9.0 13.3	18.7 29.3	72.4 56.9	0 0	0 0	.037 (1.00)
Therapeutic contacts with family	P B	6.0 11.7	8.2 20.2	85.8 68.1	0 0	0 0	.001 (.038)
Visits at patient´s home	P B	0.7 1.6	0.7 6.4	98.5 92.0	0 0	0 0	.031 (1.00)
Mobility service	P B	0.7 1.1	2.2 2.1	97.0 96.8	0 0	0 0	.956 (1.00)
Inpatient treatment in hospital for acute mental health problems	P B	9.7 17.1	5.2 4.3	83.6 78.1	0 0	0 0	.292 (1.00)
Inpatient rehabilitation treatment for chronic mental health problems	P B	21.6 27.1	12.7 23.9	64.2 45.2	0 0	1.5 3.7	.005 (.190)
After care (group treatment after inpatient treatment)	P B	3.7 3.7	14.2 29.8	82.1 66.5	0 0	0 0	.005 (.190)
Withdrawl treatment in alcohol or drug dependence problems	P B	3.0 2.7	3.7 1.1	93.3 96.3	0 0	0 0	.264 (1.00)

Social medicine treatments		Has been done	Should be done	*Is not indicated*	Has been done and is indicated another time	Has been done and is not another time	Significance of difference in T-test or X^2-test *P* (in brackets: Bonferroni corrected *p*)
Day clinic	P B	1.5 4.3	2.2 5.3	96.3 90.4	0 0	0 0	.132 (1.00)
Assisted living	P B	2.2 4.8	1.5 4.8	96.3 89.9	0 0	0 0	.179 (1.00)
Contacting therapists in inpatient treatment hospitals	P B	7.5 12.8	3.7 8.5	88.8 78.7	0 0	0 0	.055 (1.00)
Application for disability certification	P B	21.6 31.4	7.5 10.6	70.9 56.4	0 0	0 0	.039 (.117)
Sick leave certificate	P B	19.4 35.1	6.0 4.8	74.6 60.1	0 0	0 0	.009 (.342)
Stepped reintegration into work	P B	9.0 15.4	14.2 20.2	76.9 63.8	0 0	0 0	.078 (1.00)
Contact with company physician / Supervisor	P B	4.5 13.3	6.7 6.9	88.8 79.8	0 0	0 0	.029 (1.00)
Company council	P B	2.2 8.5	6.7 9.6	91.0 81.9	0 0	0 0	.034 (1.00)
Vocational reintegration management in cooperation with the patients company	P B	3.0 10.6	7.5 9.6	89.6 79.8	0 0	0 0	.024 (.912)
Job center	P B	14.9 19.7	8.2 13.8	76.9 66.0	0 0	0 0.5	.159 (1.00)
Integration office	P B	0.7 2.7	5.2 5.3	94.0 92.0	0 0	0 0	.456 (1.00)
Rehabilitation counseling	P B	9.7 13.8	10.4 22.9	79.9 63.3	0 0	0 0	.004 (.152)
Vocational rehabilitation	P B	7.5 4.8	9.0 22.3	83.6 72.9	0 0	0 0	.005 (.190)
Disability pension	P B	10.4 12.2	10.4 12.2	79.1 75.5	0 0	0 0	.754 (1.00)

Diskussion und Fazit

The data show that similar types of patients are seen by psychodynamic and cognitive behavior therapists. This may be explained by the fact, that the distribution of patients into the different psychotherapy types in naturalistic settings happens rather randomly, as there is no professional guidance.

Behavior therapists seem to be more aware of social problems and use more often sociomedical treatment options. This may be explained by the fact that behavior therapist since ever include the living situation in their treatment concepts.

The data suggest that the assignment of patients to different psychotherapies, the treatment concepts, and the education of therapists should get proper attention under a rehabilitation perspective.

Literatur

Deck, R., Mittag, O., Hüppe, A., Muche-Borowski, C., Raspe, H. (2007): Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe (IMET) - Erste Ergebnisse eines ICF-orientierten Assessmentinstruments. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 20, 113-120.

Linden, M., Deck, R., Muschalla, B. (2018a): Rate and spectrum of participation impairment in patients with chronic mental disorders: Comparison of self- and expert ratings. Contemporary Behavioral Health Care, 3, 1-5. doi: 10.15761/CBHC.1000124.

Linden, M., Muschalla, B., Noack, N., Heintze, C., Döpfmer, S. (2018b): Treatment Changes in General Practice Patients with Chronic Mental Disorders following a Psychiatric-Psychosomatic Consultation. Health Services Research and Managerial Epidemiology, 5, 1-6.

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

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg

Subjektive Krankheits- und Behandlungskonzepte als Prädiktoren des Early Response in der psychosomatischen Rehabilitation

Rieka von der Warth[1]; Anne Nau[1]; Matthias Rudolph[2]; Jürgen Bengel[3]; Manuela Glattacker[1]

[1] Universitätsklinikum Freiburg; [2] Mittelrhein-Klinik der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz; [3] Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Hintergrund und Zielstellung

Der Early Response von Patient*innen, ein frühes Ansprechen auf die Behandlung, gilt als wichtiger Prädiktor für ein positives Therapieoutcome in der Psychotherapie. Gleichzeitig ist bisher wenig bekannt über Faktoren, welche den Early Response positiv beeinflussen. Verschiedene Autoren vermuten einen Einfluss von Motivation sowie Einstellungen von

Patient*innen gegenüber der Therapie, welche unabhängig von der angebotenen Therapie wirken (Schlager & Hiller, 2016).

Einstellungen und Ideen gegenüber der Erkrankung sowie der Therapie, sogenannte subjektive Krankheits- und Behandlungskonzepte, sind gemäß des Common-Sense-Selbstregulationsmodells (Leventhal et al., 2003) Kernelemente der krankheitsbezogenen Selbstregulation. Die in diesem Modell theoretisch betonte Relevanz, insbes. subjektiver Krankheitskonzepte, wurde inzwischen empirisch für eine Vielzahl von Diagnosegruppen und Settings, u.a. auch die Rehabilitation, gezeigt. Subjektive (rehabezogene) Behandlungskonzepte sind hingegen weniger untersucht.

Vor diesem Hintergrund ist es das Ziel des vorliegenden Beitrags, die subjektiven Krankheits- und rehabezogenen Behandlungskonzepte als mögliche Prädiktoren des Early Response in der psychosomatischen Rehabilitation zu analysieren.

Methoden

Die Datenerhebung erfolgte zwischen April 2019 und Januar 2020 mittels paper-pencil Fragebogenerhebung. Rehabilitand*innen der Mittelrhein-Klinik der DRV Rheinland-Pfalz wurden konsekutiv eingeschlossen und etwa 2 Wochen vor Rehabilitationsbeginn (t0) sowie zwei Wochen nach Rehabilitationsbeginn (t1) befragt.

Als Outcome des Early Response wurden die Skalen des Health-49 (Rabung et al., 2007) genutzt (mit Ausnahme der Skalen zur Aktivität und Teilhabe, zu Sozialer Belastung und Sozialer Unterstützung, da diese Aspekte außerhalb des stationären Settings ansprechen). Als mögliche Prädiktoren wurden die subjektiven Krankheitskonzepte, operationalisiert mittels des IPQ-R (Krankheitsverlauf; Zyklisches Auftreten; Konsequenzen; Persönliche Kontrolle; Behandlungskontrolle; Kohärenz; Emotionale Repräsentation; Gaab et al., (2004)) und ein neu entwickelter Fragebogen zu den rehabezogenen Behandlungskonzepten (Ergebniserwartungen, Erwartungen an Freizeit und Kontakte, Erwartungen an Partizipation und Therapiegestaltung, Befürchtungen, Erwartungen an Informationen, Notwendigkeit (Nau et al., 2021 eingereicht)) zu t0 erhoben. Darüber hinaus wurden die Eingangsbelastung auf der jeweiligen Outcomedimension sowie das Alter, Geschlecht und Diagnose (dicho-tomisiert: F3; F4) als Prädiktoren aufgenommen.

Die Analyse erfolgte mittels multipler, hierarchischer Regression. Alle Auswertungen wurden mit IBM SPSS Version-27 durchgeführt.

Ergebnisse

Insgesamt nahmen zu t0 N=264 Rehabilitand*innen an der Befragung teil, während es zu t1 noch N=212 Rehabilitand*innen waren. Details zum Drop-out werden im Vortrag genannt. Die Rehabilitand*innen waren im Schnitt 50,4 Jahre alt (SD=9,8), 50% waren Frauen. 145 Rehabilitand*innen hatten eine F3- Diagnose und 94 Rehabilitand*innen eine F4-Diagnose.

Weniger somatoforme Beschwerden (R2=0,65) zu t1 waren verbunden mit einem höheren Maß emotionaler Belastung durch die Erkrankung (emotionale Repräsentationen; β=-0,136) zu Beginn der Rehabilitation. Eine Verbesserung wurde hingegen negativ beeinflusst von hohen Erwartungen an Partizipation und Therapiegestaltung (β=0,236) und reha-bezogenen Befürchtungen (β=0,249). Geringere Depressivität zu t1 (R2=0,56) war assoziiert mit einem

höheren Kohärenzgefühl (β=-0,146) zu t0, während hohe Erwartungen an Partizipation und Therapiegestaltung (β=0,158) und rehabezogene Befürchtungen (β=0,233) sowie hohe negative Konsequenzerwartungen durch die Erkrankung (β =-0,146) gegen eine Verbesserung sprachen. Veränderungen bei den phobischen Ängsten (R2=0,70) wurde positiv vom weiblichen Geschlecht der Befragten beeinflusst (β=-0,094). Das psychische Wohlbefinden(R2=0,49) verbesserte sich bei Vorliegen eines hohen Kohärenzgefühls (β=-0,167) und hohen Erwartungen an Informationen (β=-0,209) bzgl. der Rehabilitation, während eine F3-Diagnose (β=-0,135), hohe Erwartungen an Partizipation und Therapiegestaltung (β=0,222) sowie rehabezogene Befürchtungen (β=0,190) eher hinderlich für eine Verbesserung waren. Verbesserungen hinsichtlich der Interaktionellen Schwierigkeiten (R2=0,60) wurden durch ein hohes Maß an Kohärenzgefühl (β=-0,114) vorhergesagt. Negativ wirkten sich hingegen eine F3-Diagnose (β=-0,134) bzw. rehabezogene Befürchtungen (β=0,212) aus. Eine bessere Selbstwirksamkeit zu t1 (R2=0,48) wurde prädiziert durch eine hohe persönliche Kontrolle der Erkrankung (β=-0,153), während es negative Zusammenhänge mit einer F3-Diagnose (β=-0,122), rehabezogenen Befürchtungen (β=0,154) sowie einer negativen Konsequenzwahrnehmung durch die Erkrankung (β=0,180) gab. Die Eingangsbelastung zeigte sich in jedem der berechneten Modelle als bester Prädiktor und erreichte Varianzaufklärungen zwischen 32-70%.

Diskussion und Fazit

Sowohl Aspekte des subjektiven Krankheitskonzepts als auch des rehabezogenen Behandlungskonzepts waren mit dem Early Response assoziiert. Trotz der Kontrolle der Eingangsbelastung hatten hohe Erwartungen an Partizipation und Therapiegestaltung und rehabezogene Befürchtungen einen negativen Einfluss auf einen Early Response. In Bezug auf das Krankheitskonzept war insbesondere ein hohes Kohärenzgefühl mit dem Early Response assoziiert. Eine Replizierung der hier berichteten Ergebnisse ist notwendig. In der Literatur wurden schon häufiger Interventionen zur Adressierung subjektiver Krankheits- und Behandlungskonzepte beschrieben und z.T. positiv evaluiert. Nach den hier berichteten Ergebnissen scheinen derartige Interventionen auch eine sinnvolle und patientenorientierte Möglichkeit zu sein, die Early Response in der psychosomatischen Rehabilitation – und damit ggf. auch das längerfristige Outcome – zu optimieren.

Literatur

Gaab, J., Bunschoten, S. L., Sprott, H., Ehler, U. (2004). Psychometric evaluation of a German translation of the Illness Perception Questionnaire. Paper presented at the 62. Annual Scientific Meeting of the American Psychosomatic Society (APS), Orlando, USA.

Leventhal, H., Brissette, I., Leventhal, E. A. (2003). The Common-Sense Model of Self-Regulation of Health and Illness. In L. D. Cameron & H. Leventhal (Eds.), The Self-Regulation of Health and Ill-ness Behaviour (pp. 42-65). London: Routledge.

Nau, A., von der Warth, R., Sehlbrede, M., Rudolph, M., Bengel, J., Glattacker M. (eingereicht 2021). Entwicklung und erste psychometrische Überprüfung eines Fragebogens zum subjektiven Behandlungskonzept in der psychosomatischen Rehabilitation. Eingereicht für das 30. Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium, 2021.

Rabung, S., Harfst, T., Koch, U., Wittchen, H.-U., Schulz, H. (2007). „Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis

(HEALTH)"-psychometrische Überprüfung eines neuen Selbstbeurteilungsinstruments zur multidimensionalen Erfassung psychosozialer Gesundheit. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin, 17(03), 133-140.
Schlagert, H.S., Hiller, W. (2016). The predictive value of early response in patients with depressive disorders. Psychotherapy, 27(4), 488-500.

Interessenkonflikt: Matthias Rudolph ist in einem Angestelltenverhältnis bei der Deutschen Rentenversicherung. Die weiteren Autoren geben keinen Interessenkonflikt an.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

Vergleich der Prävalenzraten für eine posttraumatische Belastungsstörung nach DSM-5 und ICD-11 und ihr Zusammenhang mit Angst und Depression

Stefan Lueger[1]; Tanja Lueger[2]; Peter Deeg[1]
[1] Deegenbergklinik, Bad Kissingen; [2] Universität Würzburg

Hintergrund und Zielstellung

IIn den beiden gültigen internationalen Klassifikationssystemen wird eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) unterschiedlich operationalisiert. Während im DSM-5 20 mögliche Symptome für eine PTBS aufgeführt sind, die den 4 Symptomclustern „Wiedererleben" (5 Symptome), „Vermeidung" (2 Symptome), „negative Veränderungen von Kognitionen und Stimmung" (7 Symptome) sowie „Übererregung" (6 Symptome) subsumiert werden und von denen mindestens 6 Symptome (jeweils 1 Symptom aus den ersten beiden sowie jeweils 2 Symptome aus den letzten beiden Clustern) für das Vorliegen einer PTBS gefordert werden (APA, 2014), wurden für die ICD-11 6 Kernsymptome vorgeschlagen, die den Clustern „Wiedererleben" („Albträume", „Flashbacks"), „Vermeidung" („Gedanken- und Gefühlsvermeidung", „Aktivitäts- oder Situationsvermeidung") und „Wahrnehmung erhöhter Bedrohung" („Hypervigilanz", „übertriebene Schreckreaktion") zugeordnet werden (Maercker et al., 2013). Für das Vorliegen einer PTBS muss jeweils eines der beiden Symptome aus jedem Cluster vorhanden sein. Unspezifische und mit anderen Störungsbildern überlappende Symptome werden nicht in die Diagnosestellung miteinbezogen. Es gibt Hinweise, dass die Diagnoseraten unter ICD-11 im Vergleich zu DSM-5 geringer ausfallen (Brewin et al., 2017). Ein möglicher Grund könnte darin liegen, dass das Cluster „Wiederleben" mit den beiden Symptomen „Flashbacks" und „Albträume" zu restriktiv gefasst ist und die Hinzunahme intrusiver Erinnerungen zu einer besseren Übereinstimmung mit der DSM-5-Definition führt (Schellong et al., 2019). Bisher ist noch nichts darüber bekannt, wie sich die neuen ICD-11-Kriterien auf die PTBS-Prävalenzraten und die Komorbidität mit Depression und Angst bei Patienten nach Herzinfarkt oder Herzoperation auswirken.

Methoden

An der Studie nahmen 468 konsekutiv aufgenommene AHB-Patienten (68,0 ± 10,8 Jahre; 32% Frauen, 68% Männer) nach einem akuten Myokardinfarkt (MI) und/oder einer Herzoperation teil. 48% der Patienten hatten einen MI (42% mit Stentimplantation, 5% mit Bypassoperation, 1% mit konservativer Therapie), 21% eine Bypassoperation ohne MI, 18% eine Herzklappenoperation, 6% eine Bypassoperation und zusätzlich eine Herzklappenoperation sowie 7% eine Transkatheter-Aortenklappen-Implantation (TAVI).

Zur Erfassung der DSM-5-Diagnosekriterien wurde die 20 Symptome der PTSD-Checklist for DSM-5 (PCL-5) (Weathers et al., 2013; deutsche Version: Ehring et al., 2014) verwendet. Die ICD-11-Kriterien wurden mittels der den Vorgaben des ICD-11 entsprechenden Items aus der PCL-5 bestimmt und sowohl in einer restriktiven als auch in einer erweiterten Form des Clusters „Wiedererleben“ (ohne bzw. mit Intrusionen) erhoben. Depressive Symptome wurden mittels des Depressionsmoduls aus dem Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-9) nach Löwe et al., (2002) und Angstsymptome mittels der Generalized Anxiety Disorder Scale-2 (GAD-2) nach Kroenke et al., (2007) erhoben. Das kardiale Ereignis lag im Durchschnitt 21,4 ± 10,7 Tage zurück.

Zum Vergleich der Prävalenzraten nach DSM-5 und ICD-11 wurden McNemar-Tests sowie als Übereinstimmungsmaße Cohens κ und aufgrund der geringen PTBS-Grundrate zusätzlich Yules Y berechnet. Mögliche Unterschiede in den Komorbiditätsraten mit Angst und Depression bei PTBS nach DSM-5 und ICD-11 wurden mittels z-Tests bestimmt.

Ergebnisse

Wie Tabelle 1 zeigt, weisen die beiden ICD-11-Varianten im Vergleich zum DSM-5 höhere PTBS-Raten auf. Der Unterschied zwischen der PTBS-Rate nach DSM-5 und dem weitergefassten ICD-11-Algorithmus ist im McNemar-Test signifikant ($\chi 2 = 6.86$, $p = .009$).

Tab.1: PTBS-Raten nach DSM-5 und ICD-11; *κ* = Cohens Kappa, *Y* = Yules *Y,*
* signifikant von DSM-5 verschieden

Diagnosesystem	**PTBS-Diagnose** *n* (%)	**DSM-5-Fälle, die mit dem ICD-11 übereinstimmen** *n* (%)	***κ***	***Y***
DSM-5	27 (6,0%)			
ICD-11, ohne intrusive Erinnerungen	32 (7,2%)	18 (66,7%)	0,58	0,77
ICD-11, mit intrusiven Erinnerungen	40 (8,9%)*	23 (85,2%)	0,66	0,84

Bei Berücksichtigung der Einzelcluster (Tabelle 2) erfüllen signifikant mehr Patienten das DSM-5 Kriterium für das Cluster "Wiedererleben" im Vergleich zu den beiden ICD-11-Varianten ($\chi 2 = 75.01$ bzw. 25.04, $p < .001$). Das Kriterium für das Cluster „negative Kognitionen und Stimmungen“ wird am seltensten erfüllt.

Cohens κ verweist auf eine mäßige bis gute Übereinstimmung zwischen dem DSM-5 und den beiden ICD-11-Varianten in der PTBS-Klassifikation (κ = .58 bzw. 66). Bei Berücksichtigung des mindernden Einflusses der geringen PTBS-Grundrate auf Cohens κ besteht zwischen der DSM-5- und der ICD-11-Klassifikation eine sehr gute Übereinstimmung (Yules Y = .77 bzw. .84).

Etwas mehr Patienten mit einer PTBS-Diagnose nach DSM-5 zeigen auffällige Angst- und Depressionswerte im Vergleich zu Patienten mit einer Diagnose nach den beiden ICD-11-Algorithmen (siehe Tabelle 2). Im z-Test ergaben sich keine signifikanten Unterschiede.

Tab.2: Verteilung der positiven DSM-5- und ICD-11-Fälle nach Symptomclustern sowie Anzahl der PTBS-Klassifizierten mit auffälligen Depressions- und Angstwerten; *n* = Anzahl der positiven Fälle, *N* = Anzahl der infrage kommenden Patienten, [a] DSM-5, [b] ICD-11, * signifikant von DSM-5 verschieden

	Positive Fälle nach Symptomclustern *n* (*N*) (%)				**PTBS-Diagnose mit auffälligen Depressionswerten** *n* (*N*) (%)	**PTBS-Diagnose mit auffälligen Angstwerten** *n* (*N*) (%)
	Wiedererleben	**Vermeidung**	**negative Kognitionen und Stimmung**	**Übererregung[a]/ Wahrnehmung erhöhter Bedrohung[b]**		
DSM-5	142 (449) (31,6%)	65 (443) (14,7%)	61 (449) (13,6%)	105 (449) (23,4%)	21 (26) (80,8%)	18 (24) (75,0%)
ICD-11, ohne intrusive Erinnerungen	64 (448)* (14.3%)	65 (443) (14,7%)		95 (446) (21,3%)	22 (31) (71,0%)	18 (31) (58,1%)
ICD-11, mit intrusiven Erinnerungen	114 (449)* (25,4%)	65 (443) (14,7%)		95 (446) (21,3%)	28 (39) (71,8%)	23 (38) (60,5%)

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass in der frühen Phase nach einem kardialen Ereignis die ICD-11-Kriterien, erhoben mittels Fragebogen, nicht mit einer verringerten, sondern sogar mit einer erhöhten PTBS-Rate assoziiert sind, insbesondere bei Hinzunahme intrusiver Erinnerungen in das Cluster „Wiederleben“, was auf den Wegfall des Clusters „negative Veränderungen von Kognitionen und Stimmung“ in den ICD-11-Kriterien zurückzuführen sein dürfte.

Die Entfernung unspezifischer und mit anderen Störungsbildern überlappender Symptome aus den ICD-11-PTBS-Kriterien scheint bei Herzpatienten nicht zu einer bedeutsamen Reduktion der Komorbidität mit Depression und Angst zu führen. Zum gleichen Ergebnis kommt auch eine jüngst veröffentliche Studie mit traumatisierten Flüchtlingen (Heeke et al., 2020).

Literatur

APA (American Psychiatric Association) (2014). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5. (1. Aufl.). Dt. Bearb. v. Falkai, P., Wittchen, H.-U. Göttingen: Hogrefe.

Brewin, C.R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R.A., Humayun, A. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. Clinical Psychology Review, 58, 1-15.

Heeke, C., O'Donald, A., Stammel, N., Böttche, M. (2020). Same same but different? DSM-5 versus ICD-11 PTSD among traumatized refugees in Germany. Journal of Psychosomatic Research, 134, 110129.

Maercker, A., Brewin, C.R., Bryant, R.A., Cloitre, M., Reed, G.M., van Ommeren, M., Humayun, A. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. The Lancet, 381(9878), 1683-1685.

Schellong, J., Hanschmidt, F., Ehring, T., Knaevelsrud, C., Schäfer, I., Rau, H., Dyer, A. (2019). Diagnostik der PTBS im Spannungsfeld von DSM-5 und ICD-11. Nervenarzt, 90, 733-739.

Begleitete Nachsorge bei Rehabilitanden mit einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung

Ralf J. Jochheim[1]; Michael Badke[1]; Ruth Deck[2]
[1] Nordseeklinik Westfalen; [2] Universität zu Lübeck

Hintergrund und Zielstellung

COPD ist eine chronisch degenerative Erkrankung, die durch eine irreversible Obstruktion der Atemwege gekennzeichnet ist. Die Prävalenz der COPD in der erwachsenen Bevölkerung über 40 Jahre wird auf ca. 10% geschätzt. Ein Anstieg wird erwartet (RKI, 2020). Krankheitsfolgen der COPD sind Atemnot, Husten und Auswurf. Der medizinischen Rehabilitation kommt beim Krankheitsmanagement eine zentrale Bedeutung zu (Koczulla et al., 2018). Neben krankheitsspezifischen Schulungen zählt körperliches Training zu den wichtigsten Therapiebausteinen (Pfeifer & Geidl, 2017). Die Effektivität pneumologischer Rehabilitation gilt als belegt, allerdings sind die Effekte nicht nachhaltig (Ochmann & Nowak, 2007). Daher sind Nachsorgestrategien erforderlich, die die Rehabilitanden im häuslichen Alltag weiter unterstützen. In vorliegender Studie wurde Nachsorgekonzept „Neues Credo“ (Deck et al., 2012) evaluiert.

Methoden

Das Neue Credo wurde im Rahmen einer prospektiven, kontrollierten Längsschnittstudie in einer pneumologischen Reha-Einrichtung evaluiert. Eingeschlossen wurden Rehabilitanden mit einer gesicherten COPD-Diagnose. Die Prüfung der Wirksamkeit erfolgte mit einem quasi-randomisierten Ansatz. Im sequenziellen Design wurden zunächst alle Rehabilitanden der Kontrollgruppe (KG) zugeordnet, danach erfolgte die Rekrutierung der Interventionsgruppe (IG). Sie führten eine Rehabilitation nach den Prämissen des Neuen Credo durch mit dem Schwerpunkt der Steigerung der körperlichen Aktivität.

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. COPD-spezifische Symptome (CAT), Depressivität (CESD), verschiedene Skalen der subjektiven Gesundheit sowie Ausmaß der körperlichen Aktivität. Die Auswertung der Langzeiteffekte erfolgte mit Varianzanalysen mit Messwiederholung.

Ergebnisse

Nach Abschluss der Studie lagen die Daten von 149 Rehabilitanden der IG (Teilnahmequote 63%; Drop Out 34%) und 144 Rehabilitanden der KG (Teilnahmequote 60%; Drop Out 20%) vor. Für die Auswertungen wurden die Fälle mit kompletten Daten zu allen Messzeitpunkten herangezogen. Teilnehmer der IG und KG unterscheiden sich bei den Ausgangslagen bis auf zwei Parameter nicht. Signifikante Unterschiede betreffen die

Berufstätigkeit und die Teilhabe. Rehabilitanden der IG sind häufiger berufstätig (p=0.015) und weisen geringere Teilhabeeinschränkungen auf (p < 0.01).

Am Ende der Reha ergeben sich für alle gesundheitsbezogenen Outcomes für beide Gruppen signifikante Verbesserungen. Während der Reha zeigen sich vor allem bei den aktivitätsbezogenen Therapieangeboten signifikante Unterschiede zugunsten der IG. Hinsichtlich der Nachsorge erhält die IG signifikant mehr Informationen zur Fortführung bestimmter Behandlungen am Wohnort (80% vs. 60%, p < 0.01) und mehr schriftliches Informationsmaterial (95% vs. 80%, p < 0.01); sie werden signifikant häufiger auf die Bedeutung der Eigeninitiative hingewiesen (99% vs. 87%, p < 0.01). Bei allen Bewertungen der Nachsorge-Empfehlungen der Klinik unterscheiden sich die beiden Gruppen signifikant (p < 0.01) zugunsten der IG.

Zwölf Monate nach der Rehabilitation sind im Verlauf für beide Gruppen in den meisten Outcomes signifikante Zeiteffekte festzustellen (p < 0.01). Ausnahmen bilden das primäre Outcome Teilhabe und die Leistungsfähigkeit in verschiedenen Lebensbereichen. Signifikante Unterschiede zwischen den IG und KG ergeben sich bei Depressivität (p=0,034) und beim COPD Assessment Test (p=0.048), eine eindeutige Tendenz zeigt sich für die Subskalen der Lebensqualität (p=0,057 bzw. p=0,088).

Die IG berichtet hinsichtlich der Steigerung körperlicher Aktivität signifikant häufiger, dass sie ihre subjektiven Reha-Ziele erreichen konnten (69% vs. 34%, 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=0.064) Sie nutzen häufiger einen Sportverein (15% vs. 5%, p < 0.01) und betrieben im Katamnesezeitraum signifikant häufiger Ausdauersport (46% vs. 21%, p < 0,01).

Diskussion und Fazit

Das Neue Credo bei Rehabilitanden mit einer COPD erwies sich als praktikabel, das Klinikpersonal und die Rehabilitanden waren mit dem Konzept sehr zufrieden. Bei den gesundheitsbezogenen Outcomes ergab sich für das primäre Outcome Teilhabe weder ein zeitlicher noch einen Gruppeneffekt. Hinsichtlich der verschiedenen sekundären Zielgrößen ergaben sich positive Effekte zugunsten der IG, die bei zwei Outcomes statistische Signifikanz erreichten. Bei der Steigerung der körperlichen Aktivität ist die IG klar im Vorteil, sowohl bei der Zielerreichung, als auch hinsichtlich der Nutzung von Sportangeboten. Vor dem Hintergrund der besonderen Bedeutung körperlicher Aktivität bei COPD ist dies als Erfolg zu bewerten, da einem weiteren Muskelabbau, insbesondere auch der Lunge, vorgebeugt wird. Die Befunde der gesteigerten körperlichen Aktivität der IG müssen auch vor dem Hintergrund der Schwere der Krankheit diskutiert werden. Im Unterschied zu anderen chronischen Erkrankungen haben COPD Patienten bei jeder Art von körperlicher Aktivität Atemnot, die lebensbedrohlich wirken kann. Sie neigen deshalb dazu, sich körperlich zu schonen. Mit den Bewegungstagebüchern erfahren die COPD-Patienten Erfolgserlebnisse, aus denen sie Motivation und Kraft schöpfen können.

Literatur

Deck, R., Schramm, S., Hüppe, A. 2012, Begleitete Eigeninitiative nach der Reha („neues Credo“) – ein Erfolgsmodell? Rehabilitation; 51: 316–325.

Koczulla, A. R., Kenn, K., Böselt, T., Spielmanns, M., Schneeberger, T., Gerlach, K., Sczepanski, B., Glöckl, R. 2018, Rehabilitation nach stationärer COPD. Klinikarzt; 47: 62-69.

Ochmann, U., Nowak, D. 2007, Langzeiteffekte der pneumologischen Rehabilitation bei COPD und interstitiellen Lun-generkrankungen. Dtsch Med Wochenschr; 132: 627–632.

Pfeifer, K., Geidl, W. 2017, E Bewegungsempfehlungen für Erwachsene mit einer chronischen Erkrankung – Methodi-sches Vorgehen, Datenbasis und Begründung. Gesundheitswesen; 79 (Suppl. 1): S29–S35.

Robert Koch-Institut (RKI) 2020 https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Chronische_Erkrankungen/lungenerkrankungen/lungenerkrankungen_node.html . Letzter Zugriff: 03.11.2020.

Förderung: Forschungsgesellschaft Atemwegerkrankungen e.V.

Gesundheitsökonomische Evaluation einer internetbasierten Intervention zur Depressionsprävention für Personen mit chronischen Rückenschmerzen in der orthopädischen Reha-Nachsorge

Sarah Paganini[1]; Yannik Terhorst[2]; Lasse Sander[1]; Claudia Buntrock[1]; David Daniel Ebert[4]; Harald Baumeister[2]

[1] Albert-Ludwigs-Universität Freiburg; [2] Universität Ulm
[3] Universität Erlangen-Nürnberg; [4] VU Amsterdam

Hintergrund und Zielstellung

Depression und chronische Rückenschmerzen treten häufig komorbid auf und sorgen nicht nur für eine Beeinträchtigung der Betroffenen, sondern auch für hohe Kosten im Gesundheitssystem (König et al., 2019; Wenig et al., 2009). Internet- und mobilebasierte Interventionen (IMIs) könnten bei der Prävention von Depressionen hilfreich sein, da sie unabhängig von Zeit und Ort sind und somit für eine breite Bevölkerungsschicht zur Verfügung gestellt werden können (Ebert et al., 2017). Für die Wirksamkeit internetbasierter Präventions-Interventionen liegen erste Belege vor (Sander et al., 2016) - im Hinblick auf die Kosteneffektivität besteht bisher jedoch noch wenig Evidenz (Paganini et al., 2017). In einer kürzlich publizierten Studie konnte erstmals die Wirksmakeit eines internetbasierten Präventionsprogramms gegen Depressionen bei Personen mit komorbiden chronischen Rückenschmerzen im Rahmen der Reha-Nachsorge gezeigt werden (Sander et al., 2020). Das Ziel dieser Arbeit ist nun die Kosteneffektivität dieser IMI zu evaluieren und dadurch weitere Schlussfolgerungen für eine mögliche Implementierung der IMI in die Regelversorgung zu ziehen.

Methoden

Es wurde eine Kosteneffektivitäts-Analyse mit „depressionsfreie Wochen“ (basierend auf dem SKID) als Haupt-Outcome sowie eine Kosten-Nutzwert-Analyse mit qualitätsadjustierten Lebensjahren (QALY; basierend auf dem AQoL-6D) als Haupt-Outcome durchgeführt. Die

Analysen erfolgten aus einer gesamtgesellschaftlichen Perspektive auf Grundlage einer randomisiert kontrollierten, multizentrischen Studie (PROD-BP) mit 295 Rehapatient*innen mit chronischen Rückenschmerzen und diagnostizierter Depression. Die Rekrutierung fand deutschlandweit in 82 orthopädischen Rehabilitationskliniken statt. N = 149 Personen erhielten eine begleitete IMI zur Prävention von Depression (Interventionsgruppe; IG), und n = 146 Personen erhielten Regelversorgung (Kontrollgruppe; KG). Die Studienteilnehmer*innen wurden zur Baseline, bei Entlassung, nach neun Wochen sowie nach sechs und zwölf Monaten online beziehungsweise telefonisch befragt. Direkte und indirekte Kosten wurden über einen Zeitraum von zwölf Monaten (mit dem TiC-P-Fragebogen) erhoben.

Ergebnisse

Insgesamt waren 62,4 % der Teilnehmer*innen weiblich, das Durchschnittsalter lag bei 52,8 (SD = 7,7). In der IG zeigten sich im Vergleich zur KG mehr depressionsfreie Wochen, wobei dieser Unterschied nicht signifikant war. Der mittlere QALY-Gewinn in der IG (M = 0.36; SD = 0.07) war signifikant höher als in der KG (M = 0.34; SD = 0.08). Die Gesamtkosten waren in der IG durchschnittlich 719€ geringer als in der KG. Sowohl die Kosteneffektivitäts- als auch die Kosten-Nutzwert-Analyse ergaben, dass die IG die KG dominierte.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse dieser gesundheitsökonomischen Evaluation deuten darauf hin, dass die untersuchte IMI im Setting der Reha-Nachsorge nicht nur als effektiv sondern auch als kosteneffektiv angesehen werden kann. Die IMI führte im Vergleich zur KG zu geringeren Kosten bei gleichzeitig verbesserten Gesundheitsoutcomes (mehr depressionsfreien Wochen und QALYs). Somit könnte diese IMI eine wirksame und kosteneffektive Ergänzung der Reha-Nachsorge darstellen, um depressiven Erkrankungen bei chronischen Rückenschmerzpatient*innen präventiv vorzubeugen.

Literatur

Ebert, D. D., Cuijpers, P., Muñoz, R. F., Baumeister, H. (2017). Prevention of Mental Health Disorders Using Internet-and Mobile-Based Interventions: A Narrative Review and Recommendations for Future Research. Frontiers in psychiatry, 8, 116. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00116.

König, H., König, H.-H., Konnopka, A. (2019). The excess costs of depression: a systematic review and meta-analysis. Epidemiologia e psichiatria sociale, 29, e30. https://doi.org/10.1017/S2045796019000180.

Paganini, S., Teigelkötter, W., Buntrock, C., Baumeister, H. (2017). Economic evaluations of internet-based interventions for treatment and prevention of depression: A systematic review. Journal of affective disorders. 10.1016/j.jad.2017.07.018.

Sander, L. B., Paganini, S., Terhorst, Y., Schlicker, S., Lin, J., Spanhel, K., Buntrock, C., Ebert, D. D.. Baumeister, H. (2020). Effectiveness of a Guided Web-Based Self-help Intervention to Prevent Depression in Patients With Persistent Back Pain: The PROD-BP Randomized Clinical Trial. JAMA psychiatry. Vorab-Onlinepublikation. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1021.

Sander, L. B., Rausch, L., Baumeister, H. (2016). Effectiveness of Internet-Based Interventions for the Prevention of Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. JMIR mental health, 3(3), e38. https://doi.org/10.2196/mental.6061.

Wenig, C. M., Schmidt, C. O., Kohlmann, T., Schweikert, B. (2009). Costs of back pain in Germany. European journal of pain, 13(3), 280-286. https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2008.04.005.

Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung, Deutsche Forschungsgemeinschaft

Psychosomatische Nachsorge: Curriculum Hannover online vs. Curriculum Hannover und vs. Care as Usual

Alina Dahmen[1]; Lingling Gao[2]; Franziska M. Keller[2]; Dirk Lehr[3]; Petra Becker[1]; Sonia Lippke[2]

[1] Dr. Becker Klinikgruppe; [2] Jacobs University Bremen, Germany

[3] Leuphana Universität Lüneburg

Hintergrund und Zielstellung

Zur Aufrechterhaltung des in der psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahme erzielten Effektes und zum Übertrag in den Alltag ist bei etwa 70% der Rehabilitanden eine psychosomatische Nachsorge indiziert (Harfst et al., 2002). Auf Grund der geringen wohnortnahen Versorgung mit Nachsorgetherapeuten ist die Nutzung digitaler Angebote eine Möglichkeit, einen ortsunabhängigen Zugang zu ermöglichen. Bezogen auf die Rehabilitation konnte für verschiedene Angebote zur Therapie psychischer Störungen gezeigt werden, dass internetbasierte Angebote wirksamer sind als die Standardnachsorge (face-to-face-Angebote, F2F) bzw. keine standardisierte Nachsorge (Care-as-Usual, CAU; Ebert et al., 2013).

Ziel dieser randomisierten Studie ist die Evaluation der therapeutischen Effekte einer online-Video-Gruppennachsorge im Anschluss an eine psychosomatische Rehabilitationsmaßnahme (mit Fokus auf die Ausprägung der psychischen und somatoformen Beschwerden sowie Erwerbstätigkeitsprognose bzw. Arbeitsfähigkeit) im Vergleich zu einer „regulären“ F2F-Therapie im ersten Studienarm und zu Care-as-Usual im zweiten.

Methoden

Psychosomatische Rehabilitanden mit Nachsorgeindikation wurden bei einem wohnortnahen (=in 45min Umkreis) vorhandenen Nachsorgeangebot per Randomisierung der F2F-Nachsorge oder der online-Nachsorge in der Äquivalenzstudie zugeteilt. Ohne freie wohnortnahe Plätze erfolgte innerhalb der Überlegenheitsstudie die Randomisierung zur online-Therapie oder CAU.

Analysiert wurden die Angaben von 253 Teilnehmenden (Alter 21-67 Jahre, Durchschnitt 50,2 Jahre; 66,8% weiblich, 33,2% männlich); n=142 Rehabilitanden nahmen an der

Äquivalenzstudie (Online-Gruppe: n=74, F2F-Gruppe: n=68), n=111 an der Überlegenheitsstudie (Online-Gruppe: n=68, CAU-Gruppe: n=43) teil.

Die Befragung erfolgte mittels online-Fragebogen am Ende der Rehabilitationsmaßnahme (T1), 9 bzw. 12 (T2) und 15 bzw. 18 (T3; Überlegenheits- bzw. Äquivalenzstudie) Monate nach Ende der Rehabilitation. Erhebungsinstrumente waren HEALTH-49 als primärer Endpunkt, die Skala zur subjektiven Erwerbstätigkeitsprognose und der Arbeitsfähigkeitsindex als sekundäre Endpunkte.

Ergebnisse

In der Überlegenheitsstudie zeigte sich zum Post-Zeitpunkt weniger psychischen und somatoformen Beschwerden in der CAU-Gruppe (d=.56, p=.006), während die Online-Gruppe längerfristig günstigere Werte zu T3 aufwies (d=.72 p < =.001). Der apriori definierte Effekt für eine klinisch relevante Überlegenheit betrug Cohens d > .60, was für die Online-Gruppe zu T3 zutraf. Die Analysen erfolgten auf der Grundlage imputierter Daten bei fehlenden Werten mittels ANCOVA.

Für die Äquivalenzstudie wurden zunächst die Daten der Studien-Completer analysiert. In Bezug auf die psychischen und somatoformen Beschwerden konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Interventionsformaten gefunden werden (T2 d=.09; T3 d=.03). Erfolgt die Analyse Intention-to-treat Prinzip auf der Grundlage imputierter Daten zeigten sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede. Die Effekte lagen zu T2 bei d=.28 und T3 bei d=.10 und damit unterhalb der apriori definierten Äquivalenzmargin von d=.29.

Die Ergebnisse in den sekundären Endpunkten werden im Vortrag ebenfalls präsentiert.

Diskussion und Fazit

Die vorliegende Studie zeigt erstmalig für den Bereich der psychosomatischen Nachsorge, dass das Curriculum Hannover online durchgeführt werden kann. Die Ergebnisse weisen zum einen darauf hin, dass das Curriculum Hannover online einen längerfristigen Vorteil für Rehabilitanden bietet, die keinen Zugang zur bisherigen Regelversorgung mit dem Curriculum Hannover haben. Zum anderen deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die webbasierte Durchführung keinen Nachteil gegenüber einer F2F-Durchführung mit sich bringt und als äquivalent angesehen werden kann. Dies ermöglicht eine Wahlfreiheit der Rehabilitanden zwischen beiden Optionen bei wohnortnah vorhandenem Nachsorgeangebot.

Die Stärke dieser Studien besteht darin, dass nun erstmalig Daten zu einer webbasierten Durchführung des Curriculum Hannovers vorliegen. Wichtige Limitationen betreffen eine hohe Dropout-Quote, insbesondere in der Äquivalenzstudie. Durch die randomisierte Zuteilung zu einer Durchführung online vs. F2F konnte zudem nicht erhoben werden, welche positiven Effekte durch eine freie Auswahl des Formates im Hinblick auf die Wirksamkeit und Adhärenz erreicht werden können.

Die vorliegenden Ergebnisse sind medizinisch und sozioökonomisch relevant, da bei den meisten psychosomatischen Rehabilitanden eine Nachsorge indiziert ist, jedoch aus verschiedenen Gründen nicht in Anspruch genommen werden kann (Harfst et al., 2002; Kobelt et al., 2004; Deutsche Rentenversicherung, 2018). Die Etablierung eines digitalen psychosomatischen Nachsorge-Angebotes stellt eine bedeutende Stellschraube dar, um

Nachsorge wohnortunabhängig und damit Teilhabe auch in besonderen Zeiten (wie der Corona-Pandemie) zu ermöglichen.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung: 2017, Anforderungen an Tele-Reha-Nachsorge. Anlage 3 zum Rahmenkonzept zur Nachsorge nach medizinischer Rehabilitation. Stand: Februar 2017 (in der Fassung vom 02. Januar 2018).

Ebert, D., Tarnowski, T., Gollwitzer, M., Sieland, B. A.,Transdiagnostic Internet-Based Maintenance Treatment Enhances the Stability of Outcome after Inpatient Cognitive Behavioral Therapy: A Randomized Controlled Trial. Psychotherapy and psychosomatics. 82. 246-256; doi: 10.1159/000345967.

Harfst, T., Koch, U., Schulz, H., 2002, Nachsorgeempfehlungen in der psychosomatischen Rehabilitation – empirische Analysen auf der Basis des einheitlichen Entlassungsberichtes der Rentenversicherungsträger. Rehabilitation (Stuttg) 2002; 41(6): 407-414; doi: 10.1055/s-2002-36285.

Kobelt, A., Nickel, N., Grosch, E.V., 2004 Inanspruchnahme psychsomatischer Nachsorge nach stationärer Rehabilitation. Psychother Psychosom Med Psychol 2004; 54(2): 58-64; doi: 10.1055/s-2003-812612.

Diskrepanzen zwischen subjektivem Rehabilitationsbedürfnis und potentiellem Rehabilitationsbedarf in einer Versichertenkohorte der Deutschen Rentenversicherung

André Golla[1]; David Peter Fauser[2]; Julia-Marie Zimmer[1]; Nadine Schmitt[1]; Matthias Bethge[2]; Wilfried Mau[1]

[1] Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg; [2] Universität zu Lübeck

Hintergrund und Zielstellung

Ein subjektives Rehabilitationsbedürfnis kann als persönlich wahrgenommene Passung zwischen den eigenen rehabilitationsbezogenen Kenntnissen (inkl. Wissen und Verständnis, Angebotserwartungen etc.) und dem individuellen Gesundheitsproblem (inkl. erlebter Beeinträchtigungen, aktuelle Versorgungssituation, Selbstwirksamkeit etc.) verstanden werden. Im Zugang zur medizinischen Rehabilitation steht vielfach das subjektive Bedürfnis am Anfang und bildet so eine Vorstufe der intendierten Leistungsbeantragung. Vor allem die kritische Kombination aus fehlendem subjektiven Bedürfnis bei drohender oder bestehender beruflicher Teilhabebeeinträchtigung könnte eine Barriere für einen rechtzeitigen Leistungszugang darstellen. Aber auch ein unbefriedigtes Bedürfnis, z. B. in Folge einer ärztlichen oder trägerseitigen Antragsablehnung bei temporär fehlender Rehabilitationsindikation, könnte eine (erneute, evtl. berechtigte) Antragstellung im weiteren Zeitverlauf negativ beeinflussen. Anhand von Daten einer aktuellen Kohortenstudie wurde geprüft, in welchem Maß sich subjektives Bedürfnis und potentieller Bedarf unterscheiden und welche Faktoren ein Ungleichgewicht im Sinne der persönlichen Unterschätzung des eigenen Bedarfs begünstigen.

Methoden

Es erfolgte eine Sekundärdatenanalyse mit Daten einer DFG-geförderten Kohortenstudie (REHAB-BP; DRKS00011554; Bethge et al., 2017). An der im Jahr 2017 durchgeführten postalischen Fragebogenerhebung nahmen 10.365 Versicherte der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Nord und Mitteldeutschland teil (geschichtete Stichprobenziehung nach Geschlecht und Krankengeldbezug; Einschluss: Alter 45 bis 59 Jahre; kein bisheriger Antrag auf Erwerbsminderungsrente und ohne Rehabilitationsantrag oder -inanspruchnahme innerhalb der letzten 4 Jahre). Ein subjektives Rehabilitationsbedürfnis wurde über die Frage „Denken Sie, dass Sie eine medizinische Rehabilitation benötigen?“ (ja = 1; nein = 0) operationalisiert. Eine negative subjektive Erwerbsprognose

(SPE ≥ 2 Punkte; Mittag & Raspe, 2003) bei gleichzeitig bestehender mäßiger bis schlechter subjektiver Arbeitsfähigkeit (Work Ability Score ≤ 7 Punkte; Ilmarinen, 2007) wurde als Kriterium eines potentiellen Rehabilitationsbedarfs gemäß der Anspruchsvorrausetzung der DRV definiert. In die Analyse gingen nur Personen mit vollständigen Angaben zum subjektiven Bedürfnis, der Erwerbsprognose und der Arbeitsfähigkeit ein. Als Maß der

Übereinstimmung zwischen Bedürfnis und Bedarf wurden das Risikoverhältnis (Odds Ratio) und Cohens Kappa berechnet. Innerhalb der Gruppe mit Bedarfskriterium wurden anschließend Personen mit und ohne subjektivem Bedürfnis bezüglich gesundheitsbezogener (aktueller Gesundheitszustand, Anzahl alltagsbeeinträchtigender Erkrankungen, Arbeitsunfähigkeitstage, Anzahl an Arztbesuchen sowie ambulanter Behandlungen) und soziodemografischer Aspekte (Alter, Geschlecht, soziökonomischer Schichtindex) miteinander verglichen (t-Test; Cohen‘s d als Effektstärkemaß). Mittels binär-logistischer Regression (Vorwärtsselektion: Aufnahme bei $p < 0,05$) wurden explorativ die Zusammenhänge zwischen den gesundheitsbezogenen/soziodemografischen Variablen (uV) und einem subjektiven Rehabilitationsbedürfnis (aV) geprüft.

Ergebnisse

Für die Analyse wurden die Daten von 9.773 DRV-Versicherten (Alter: 52±4 Jahre, 57 % weiblich) berücksichtigt. Insgesamt 3.110 Personen (32 %) bewerteten sich als rehabilitationsbedürftig, 1.791 Personen (18 %) wiesen das definierte Bedarfskriterium auf. Bei 73 % der Analysestichprobe lag eine Übereinstimmung zwischen subjektivem Bedürfnis und dem Bedarfskriterium vor (Übereinstimmungskombination: n-/- = 6.021; n+/+ = 1.149; OR = 5,5; Kappa = 0,31, $p < 0,001$). Bei den übrigen 27 % zeigte sich eine Diskrepanz, darunter 1.961 Personen mit Bedürfnis+/ohne Bedarfskriterium- und 642 Personen ohne Bedürfnis-/mit Bedarfskriterium+. Von den 7.982 Personen ohne Bedarfskriterium bewerteten sich demnach 25 % als rehabilitationsbedürftig. Unter den übrigen 1.791 Personen mit Bedarfskriterium bewerten sich 36 % als nicht rehabilitationsbedürftig. Innerhalb dieser Subgruppe (n = 1.791) wiesen Personen ohne Bedürfnis (n = 642) gegenüber Personen mit subjektivem Bedürfnis (n = 1.149) einen niedrigeren sozioökonomischen Schichtindex (d = 0,20), einen besseren aktuellen Gesundheitszustand (d = 0,26) sowie eine geringere Anzahl alltagsbeeinträchtigender Gesundheitsprobleme (d = 0,26) und ambulanter Behandlungen innerhalb des letzten Jahres (d = 0,16) auf. In der logistischen Regression blieben Gesundheitszustand, sozioökonomischer Schichtindex und die Anzahl der Gesundheitsprobleme mit geringen Odds Ratios signifikant.

Diskussion und Fazit

Trotz der zu erwartenden Unschärfe hinsichtlich der Operationalisierung von Bedarf und Bedürfnis zeigte sich eine Assoziation beider Aspekte. In der analysierten Stichprobe ließen sich aber auch bei etwa jedem Vierten potentielle Diskrepanzen in der Wahrnehmung beobachten - sowohl im Sinne einer möglichen Unter- als auch Überschätzung. In der Subgruppe mit positivem Bedarfskriterium waren dabei die gesundheitsbezogenen Unterschiede von Personen mit und ohne subjektivem Bedürfnis nur geringfügig. Das kann ein Indiz dafür sein, dass bei potentiellem Bedarf die rehabilitationsbezogenen Kenntnisse eine wichtige Rolle für die Bildung eines subjektiven Rehabilitationsbedürfnisses einnehmen könnten. Die These wird indirekt durch Befunde zu rehabilitationsbezogenen Wissensdefiziten gestützt, z. B. bei gesetzlich rentenversicherten Personen (Walther et al., 2018) oder Personen, die eine Erwerbsminderungsrente ohne vorherige Rehabilitationsinanspruchnahme erhalten hatten (Märtin & Zollmann, 2013). Um die Einflussfaktoren auf die Entwicklung eines Rehabilitationsbedürfnisses besser zu verstehen,

sollten die rehabilitationsbezogenen Kenntnisse sowie der beobachtete Befund eines möglichen sozioökonomischen Einflusses näher untersucht werden.

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.

Ilmarinen, J. (2007): The Work Ability Index (WAI). Occupational Medicine, 57: 160.

Märtin, S., Zollmann, P. (2013): Keine Reha vor Rente? Ergebnisse des Projekts „Sozioökonomische Situation von Personen mit Erwerbsminderung“, in: DRV Bund (Hrsg.). 22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 2013, Berlin: DRV Bund, 109–111.

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, 42: 169-174.

Walther, AL., Falk, J., Deck, R. (2018): Informationsbedürfnisse von Versicherten der Deutschen Rentenversicherung zur medizinischen Rehabilitation – eine schriftliche Befragung. Gesundheitswesen, 80: 635-641.

Förderung: Analysierte Daten stammen aus einer DFG-geförderten Studie

Mögliche Barrieren der Reha-Antragstellung – Clusteranalytische Befunde aus einer Versichertenbefragung

Anne-Kathrin Mayer; Marco Streibelt

Deutsche Rentenversicherung Bund

Hintergrund und Zielstellung

Seit 2014 ist in den Daten der Deutschen Rentenversicherung ein Rückgang der Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beobachtbar. Demografische und weitere Faktoren würden dagegen eher steigende Antragszahlen erwarten lassen, u.a. da die geburtenstarken Jahrgänge mittlerweile ein reha-intensives Alter erreichen. Gründe für diesen Antragsrückgang wurden bisher primär in Studien an Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Reha-Bedarf erfasst (Deck et al., 2018; Giesler et al., 2020; Schmitt et al., 2020). Der vorliegende Beitrag greift demgegenüber auf Daten aus einer Zufallsstichprobe von Versicherten zurück und geht folgenden Fragen nach:

(1) Lassen sich Subgruppen von Versicherten identifizieren, die sich systematisch in möglichen Barrieren gegen eine Reha-Antragstellung bzw. die Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation unterscheiden?

(2) Ist die Gruppenzugehörigkeit mit der selbstberichteten Bereitschaft zur Antragstellung sowie mit gesundheitsbezogenen Variablen und Reha-Erfahrungen assoziiert?

Methoden

Die analysierten Daten entstammen einem Projekt zu Gründen für den Antragsrückgang, das von 2017 bis 2019 im Auftrag der Deutsche Rentenversicherung Bund durch die Prognos AG durchgeführt wurde (Moog et al., 2019). Für die Studie wurde eine Zufallsstichprobe von 10.000 Versicherten des Geburtsjahrgangs 1964 aus der Reha-Statistik-Datenbasis (RSD)-Verlaufserhebung 2016 gezogen. N=2.142 Versicherte nahmen an der postalischen Befragung teil. Der Fragebogen enthielt unter anderem eine Reihe von Aussagen zu möglichen Barrieren gegen eine Reha-Antragstellung bzw. –Inanspruchnahme, die auf vier- bzw. fünfstufigen Rating-Skalen zu bewerten waren. Die Antworten wurden zu sechs Indizes aggregiert: (1) Geringe Wirksamkeit von Rehabilitation (k=4), (2) Geringe Bewilligungschance von Reha-Anträgen (k=2), (3) Überkomplexität des Antragsverfahrens (k=3), (4) Geringe Antragskompetenz (k=4) sowie (5) Berufliche Barrieren (k=5) und (6) Private Barrieren (k=2). Jeweils mit Einzelitems wurde die Bereitschaft zur Reha-Antragstellung im Bedarfsfall, das Vorhandensein eigener Reha-Erfahrungen sowie Indikatoren der gesundheitlichen Situation (aktueller Gesundheitszustand, körperliche und psychische Funktionsbeeinträchtigungen, Krankengeldbezug in den 3 Jahren vor der Erhebung, subjektive Erwerbsprognose) erhoben.

Die sechs Indizes wurden einer hierarchischen Clusteranalyse nach Ward unterzogen, deren Ergebnisse in einer k-means-Clusteranalyse optimiert wurden. Zur Interpretation wurden die Clustermittelwerte auf den Ausgangsvariablen herangezogen, die in univariaten Varianzanalysen mit post hoc-Paarvergleichen (Methode Least Significant Difference) verglichen wurden. Zusammenhänge der Clusterzugehörigkeit mit den weiteren Variablen wurden varianzanalytisch bzw. mittels Chi-Quadrat-Tests geprüft.

Ergebnisse

In der Clusteranalyse nach Ward erwies sich eine 8-Cluster-Lösung als adäquat (s. Abbildung 1). Es ergaben sich signifikante Gruppenunterschiede auf allen clusterbildenden Variablen. Neben Gruppen mit generell niedrig (Cluster 2) bzw. fast durchweg hoch (Cluster 4 und 7) ausgeprägten Barrieren finden sich Subgruppen, in denen spezifische Barrieren, z.B. die hohe Komplexität des Antragsverfahrens (Cluster 1) oder die vermeintlich geringen Bewilligungschancen einer Reha (Cluster 3) im Vordergrund stehen.

Die Cluster unterscheiden sich in der Bereitschaft, im Bedarfsfall einen Reha-Antrag zu stellen ($F=20.795$, df 7, 1815, $p < .001$) sowie im aktuellen Gesundheitszustand ($F = 9.39$, df 7/1815, $p < .001$). Die Clusterzugehörigkeit war ferner systematisch assoziiert mit

- dem Vorliegen eigener Reha-Erfahrungen (Chi-Quadrat = 102.7, df 7, $p < .001$, Cramér's V = .237),
- Krankengeldbezug (Chi-Quadrat = 60.13, df 7, $p < .001$, Cramér's V = .185),
- körperlichen (Chi-Quadrat = 96.52, df 14, $p < .001$, Cramér's V = .163) und psychischen (Chi-Quadrat = 73.25, df 14, $p < .001$, Cramér's V = .143) Funktionsbeeinträchtigungen und
- der subjektiven Erwerbsprognose (Chi-Quadrat = 118.12, df 14, $p < .001$, Cramér's V = .185).

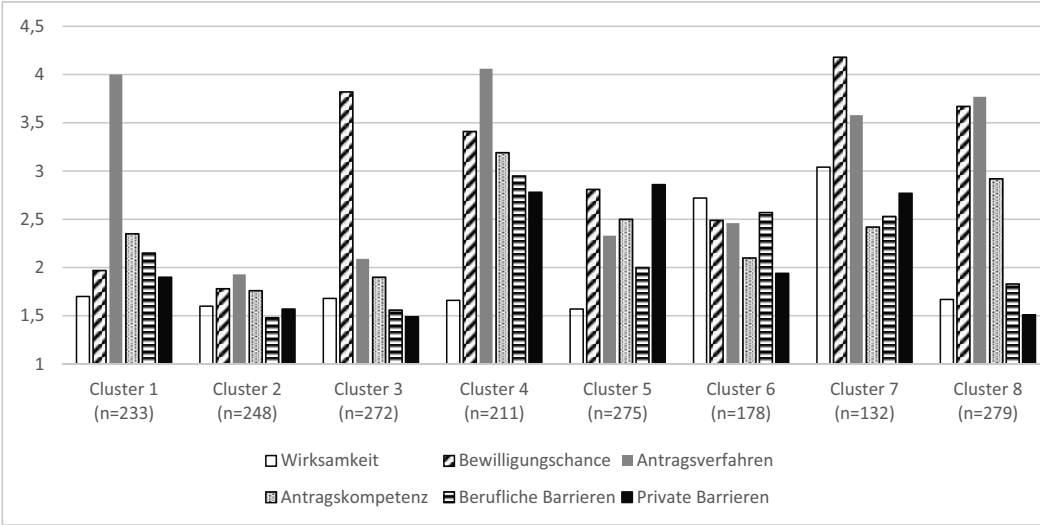


Abb.1:Mittelwerte auf den clusterbildenden Variablen sowie Fallzahlen der 8-Cluster-Lösung (k means-Analyse).

Diskussion und Fazit

Es wurden acht Subgruppen identifiziert, die sich systematisch in Art und Ausmaß möglicher Barrieren gegen eine Reha-Antragstellung unterscheiden. In der Mehrzahl der Cluster ist die Bereitschaft zur Antragstellung im Bedarfsfall trotz einzelner spezifischer Barrieren hoch ausgeprägt. Mit Cluster 6, 7 und 4 ergaben sich jedoch drei Risikogruppen für eine ausbleibende Reha-Antragstellung. Alle drei Cluster sind durch einen vergleichsweise schlechteren aktuellen Gesundheitszustand und eine ungünstigere subjektive Erwerbsprognose gekennzeichnet. Bei Personen in Cluster 7 und 6 handelt es sich um Versicherte, die häufig bereits Krankengeld bezogen und Rehabilitationsleistungen erhalten haben und (mittlerweile) an der Wirksamkeit von Rehabilitation zweifeln. Demgegenüber finden sich in Cluster 4 eher Versicherte, die erstmals eine kritische Entwicklung ihrer Gesundheit erleben und grundsätzlich von einer positiven Wirkung der Rehabilitation ausgehen, jedoch zahlreiche Barrieren gegen eine Antragstellung beschreiben, die nicht erfahrungsbasiert sind, sondern auf subjektiven Vorannahmen basieren und sich möglicherweise durch gezielte Informations- und Unterstützungsangebote reduzieren lassen.

Literatur

Deck, R., Babaev, V., Katalinic, A. (2018): Gründe für die Nichtinanspruchnahme einer onkologischen Rehabilitation. Ergebnisse einer schriftlichen Befragung von Patienten aus onkologischen Versorgungszentren. Rehabilitation, 58. 243-252.

Giesler, J. M., Klindtworth, K., Nebe, A., Glattacker, M. (2020): Medizinische Rehabilitation bei MS: Barrieren und Facilitatoren der Inanspruchnahme aus Patientensicht. Rehabilitation, 59. 112-119.

Moog, S., Mohr, S., Weiß, J., Knittel, T., Klein, R., Madday, C. (2019): Analyse des Antragsrückgangs bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation - Endbericht.Berlin: DRV Bund, https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/reha_forschung/forschungsprojekte/abschlussbericht_antragsrueckgang.html.

Schmitt, N., Fauser, D., Golla, A., Zimmer, J.-M., Bethge, M., Mau, W. (2020): Determinanten des subjektiven Rehabilitationsbedürfnisses und der Antragsintention bei Personen mit Rückenschmerzen. Rehabilitation, DOI: 10.1055/a-1270-1808.

Regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation - Entwicklung und Einflussfaktoren

Marco Streibelt; Pia Zollmann

Deutsche Rentenversicherung Bund

Hintergrund und Zielstellung

Analysen zu regionalen Unterschieden in Gesundheit und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bzw. deren Ausgaben haben eine lange Tradition, nicht nur in den USA (Rosenthal, 2012), sondern auch in Europa. Für Deutschland gibt es zwar eine Reihe von Untersuchungen zu regionalen Gesundheitsindikatoren wie Morbidität, Mortalität, Lebenserwartung und möglichen Einflussfaktoren wie Gesundheitsverhalten oder Sozialschicht (z.B. Prütz et al., 2014; Kroll & Lampert, 2012). Untersuchungen zu regionalen Unterschieden in der Versorgung mit Gesundheitsleistungen sind dagegen eher selten

(z.B. Storz-Pfennig et al., 2014; Kopetsch & Schmitz, 2013).

Die rehabilitative Versorgung zeichnet sich ebenfalls durch bedeutsame regionale Unterschiede aus (zur Anschlussrehabilitation vgl. Radoschewski & Michel, 2015). Auch der Sachverständigenrat konstatiert diese Unterschiede zwischen den Regionen und mahnt weitere Forschung an, um medizinische und/oder ökonomische Erklärungsansätze zu identifizieren (SVR, 2014). Der folgende Beitrag untersucht auf der Basis von altersstandardisierten Inanspruchnahmeraten von medizinischer Rehabilitation insgesamt sowie für ausgewählte Reha-Indikationen die regionalen Unterschiede und deren Zusammenhang mit regionalisierten Indikatoren zur Morbidität, medizinischer Versorgungdichte sowie Wirtschafts- und Sozialstruktur.

Methoden

Für die epidemiologischen Analysen wurden Daten zu den abgeschlossenen Rehabilitationen, aktiv Versicherten und Rentenbestand (Statistiken der Rentenversicherung), Krankenhausfälle und Bevölkerung (Destatis) und Daten zur räumlichen Verteilung der Versorgungsdichte (z. B: Ärztedichte) sowie der Wirtschafts- und Sozialstruktur (Regionalindikatoren aus der INKAR-Datenbank, BBSR 2020) zusammengestellt. Je nach Verfügbarkeit wurden Daten aus dem Zeitraum 2006 bis 2019 genutzt. Die regionalen Unterschiede in der Reha-Inanspruchnahme wurden mittels Variations- und Korrelationskoeffizienten verdeutlicht, die Einflussfaktoren auf die altersstandardisierte Inanspruchnahme anhand von Regressionsmodellen ermittelt. Die Analysen erfolgten auf der Ebene von Bundesländern.

Ergebnisse

Die regionalen Unterschiede in der altersstandardisierter Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (nach §15 SGB VI) sind insgesamt deutlich ausgeprägt, wie in Abbildung 1 für das Jahr 2019 dargestellt. Der Variationskoeffizient (berechnet als Standardabweichung geteilt durch Mittelwert) gibt die Variation zwischen den Bundesländern an und liegt in den Jahren 2006 bis 2019 zwischen 0,07 und 0,12. Hamburg und Berlin weisen die niedrigsten Inanspruchnahmeraten auf. Die höchste Inanspruchnahme wird von Thüringen erzielt, dicht gefolgt von Niedersachsen, Baden-Württemberg und Bayern. Die beobachtete regionale Rangfolge in der altersstandardisierten Inanspruchnahme ist zeitlich weitgehend stabil: Die Korrelation (r2 nach Pearson) zwischen 2006 und 2019 beträgt 0,71.

Regionale Unterschiede zeigen sich auch bei den ausgewählten Reha-Indikationen bzw. Verfahrensarten. Bei Anschlussrehabilitationen (AR/AHB) nach §15 SGB VI findet sich ebenfalls die niedrigste Inanspruchnahme in Hamburg und die höchste in Thüringen; der Variationskoeffizient weist eine Spanne von 0,13 bis 0,18 auf. Die Korrelation zwischen

2006 und 2019 beträgt 0,81. Für onkologische Verfahren nach §31 SGB VI (überwiegend für Rentner, Ca-Reha) wird im Schnitt die höchste Inanspruchnahme für Sachsen und die niedrigste für Bremen ermittelt. Der Variationskoeffizient liegt mit 0,17 bis 0,26 höher, der Korrelationskoeffizient zwischen 2006 und 2019 ist mit 0,80 aber ebenfalls hoch. Psychosomatische Rehabilitation wird am seltensten in Sachsen-Anhalt und Bayern in Anspruch genommen, am häufigsten im Saarland und in Bremen. Der Variationskoeffizient nimmt Werte zwischen 0,15 und 0,22 an, der Korrelationskoeffizient beträgt 0,81.

Die durchgeführten Regressionen ergaben, dass die Bundesländer allein 60% der Varianz in der altersstandardisierten Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation insgesamt erklären. Diese Varianzaufklärung war für die einzelnen betrachteten Reha-Indikationen durchaus unterschiedlich: 12% bei psychosomatischen Rehabilitationen, 40% bei Anschlussrehabilitationen (§15 SGB VI) und 67% bei Ca-Reha nach §31 SGB VI. Wenn Indikatoren zur Morbidität, medizinischen Versorgungsdichte und Wirtschafts- und Sozialstruktur sowie Geschlecht und Jahr in die Regressionsmodelle einbezogen wurden, reduzierte sich die Varianzaufklärung durch die Bundesländer zwar substantiell, blieb aber weiterhin signifikant und bedeutsam.

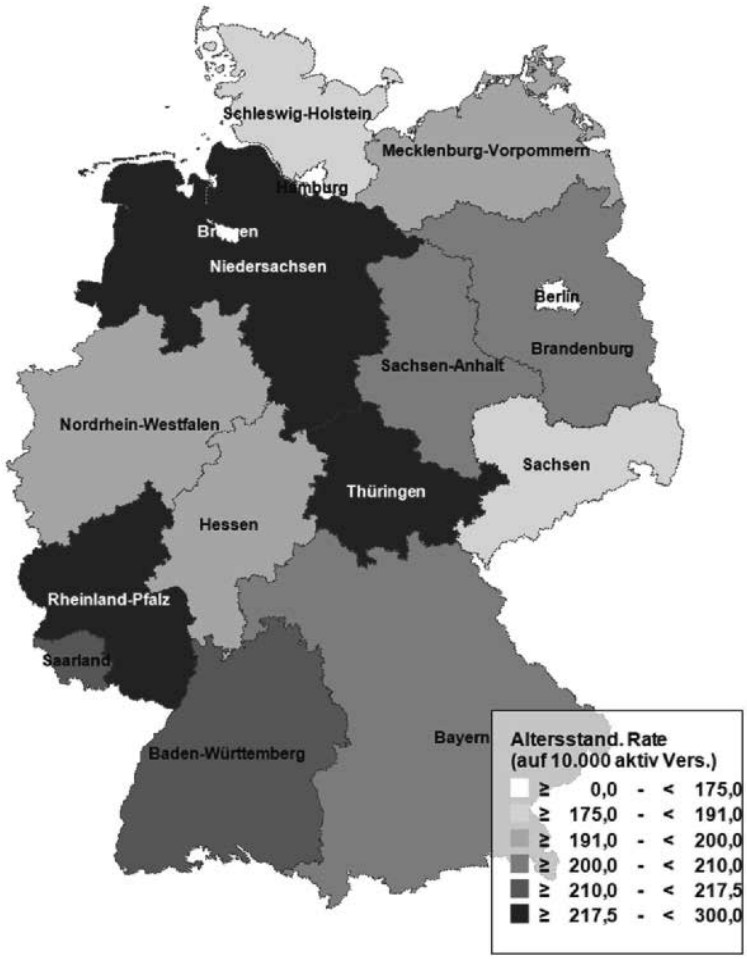


Abb.1: Altersstandardisierte Inanspruchnahmeraten von medizinischen Rehabilitationen (nach §15 SGB VI) im Jahr 2019 nach Bundesländern

Diskussion und Fazit

Die regionalen Variationen in der altersstandardisierten Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation sind durchaus beträchtlich, die gemessenen Variationskoeffizienten liegen allerdings in einem ähnlichen Bereich wie bei einer Studie zur stationären Krankenhausversorgung in Deutschland (Storz-Pfennig, 2014). Auch die zeitliche Stabilität dieser Unterschiede verweist auf länderspezifische Besonderheiten (s. Radoschweski & Michel, 2015). Bevölkerungsbezogene Indikatoren zur Morbidität und zur Wirtschafts- und Sozialstruktur reduzieren den Beitrag zur Varianzaufklärung durch die Bundesländer erheblich, aber nicht in einem so hohen Ausmaß wie für die ambulante (Kopetsch & Schmitz, 2013) und stationäre Krankenversorgung in Deutschland (Storz-Pfennig, 2014). Den größten

Beitrag zur Erklärung der regionalen Unterschiede in der ambulanten und stationären Krankenversorgung leisten in diesen Studien Morbiditätsunterschiede, die mit den Indikatoren zum Risikostrukturausgleich gemessen werden. Diese Indikatoren wurden eigens zur Abbildung der Morbidität in der Kassenärztlichen Versorgung entwickelt.

Für die hier betrachteten Gruppen der Aktiv Versicherten bzw. Rentenbezieher der DRV können nur die bevölkerungsbezogenen Morbiditätsmessungen (altersstandardisierte Krankenhausfälle) zum Vergleich herangezogen werden. Sie stellen eher grobe Indikatoren zur Abschätzung des Reha-Bedarfs dar. Bei der Betrachtung von speziellen Reha-Indikationen wie Anschlussrehabilitationen, psychosomatische Rehabilitationen und Ca-Leistungen ist die Erklärungskraft durch indikationsspezifische Morbiditätsindikatoren beträchtlich, für die Gesamtgruppe der Rehabilitationsleistungen aber nicht.

Zusammengefasst kann damit festgestellt werden, dass die regionalen Unterschiede in der Reha-Inanspruchnahme zu einem guten Anteil auf diese Bedarfsunterschiede in den Bundesländern zurückgeführt werden können. Ein Einfluss der medizinischen Versorgungsdichte, wie man aufgrund der vielfach besonders niedrigen Inanspruchnahme in den Stadtstaaten vermuten könnte, ist nicht nachweisbar.

Literatur

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg). (2020): Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung (INKAR). Bonn.

Kopetsch, T., Schmitz, H. (2013): Regional Variation in the Utilisation of Ambulatory Services in Germany. Health Econimcs 23. 1481-1492.

Kroll, L.E., Lampert, T. (2012): Regionalisierung von Gesundheitsindikatoren - Ergebnisse aus der GEDA-Studie 2009. Bundesgesundheitsblatt, 55. 129-139.

Prütz, F., Rommel, A., Kroll, L.E., Lampert, T. (2014): 25 Jahre nach dem Fall der Mauer: Regionale Unterschiede in der Gesundheit. In: Robert-Koch-Institut (Hrsg.) GBE kampakt 5 (3).

Radoschewski, F.M., Michel, E. (2015): Entwicklungstrends und Strukturen von Anschlussrehabilitationen (AR/AHB) - Epidemiologische Analyse der Häufigkeits- und Strukturentwicklung von Anschlussrehabilitationen/Anschlussheilbehandlungen. Unveröffentlichter Abschlussbericht, Berlin: DRV Bund.

Rosenthal, T. (2012): Geographic Variation in Health Care. Annual Review of Medicine 63. 493-509.

SACHVERSTÄNDIGENRAT zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). (2014): Bedarfsgerechte Versorgung − Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. 269. Abgerufen am 12.11.2020: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf.

Storz-Pfennig, P. (2014): Geographic Variations in Health Care: What do we know and what can be done to improve Health System Performance? OECD 2014.

Subjektive Informiertheit zur medizinischen Rehabilitation – Ergebnisse einer bevölkerungsbasierten Online-Befragung

André Golla; Susanne Saal; Gabriele Meyer; Rafael Mikolajczyk; Wilfried Mau
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund und Zielstellung

Für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ist das personenbezogene Angebotswissen relevant. Bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation kann diesem Aspekt eine besondere Bedeutung zugemessen werden, da der Zugang eine Antragstellung seitens der Betroffenen voraussetzt und dies in der Regel mit einem angebotsbezogenem Abwägungs- und Entscheidungsprozess einhergeht. Im Zusammenhang mit dem Wissen und Verständnis zu medizinischen Rehabilitationsleistungen konzentrierten sich bisherige Studien überwiegend auf bereits beeinträchtigte Personen bzw. Personen im Vorfeld der Rehabilitationsinanspruchnahme. Es liegt nahe, dass eine konkrete Auseinandersetzung mit der medizinischen Rehabilitation dann stattfindet, wenn die eigene Gesundheitsbeeinträchtigung dies subjektiv erforderlich macht. Allerdings konnte gezeigt werden, dass für Betroffene die Unterstützung von Familien und Freunden beim Zugang zur medizinischen Rehabilitation eine wichtige Rolle spielt (Schmitt et al., 2020; Mohnberg et al., 2016) und somit ein Angebotswissen auch bei Personen relevant wird, die nicht direkter Adressat der Rehabilitationsleistung sind. Durch die Rehabilitationsträger werden Informationen zur medizinischen Rehabilitation breit zur Verfügung gestellt (u.a. via Internet, Kampagnen oder z.B. als Anlage im jährlichen Informationsschreiben zum kalkulierten Rentenanspruch). Dadurch kann grundsätzlich ein großer Personenkreis erreicht werden. Bisher ist aber kaum bekannt, welche Kenntnisse zur medizinischen Rehabilitation in der Bevölkerung vorhanden sind. Vor diesem Hintergrund wurden im Rahmen der Panelstudie ‚Health Related Beliefs and Health Care Experiences in Germany' (HeReCa; s.a.: Führer et al., 2020) mittels einmaliger Online-Erhebung die Kenntnisse zur ‚Medizinischen Rehabilitation' in einer Bevölkerungsstichprobe erhoben. Der vorliegende Beitrag stellt erste Ergebnisse zur subjektiven Informiertheit vor.

Methoden

Das HeReCa-Online-Panel befindet sich seit Ende 2019 im Aufbau und setzt sich aus einer bevölkerungsbasierten Zufallsstichprobe aus den Bundesländer Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Berlin, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen zusammen (Stichprobenziehung über Einwohnermeldeämter von Personen im Alter von 18-79 Jahren; geschichtet nach Besiedelungsdichte der Gemeinden/Städte). Zwischen September und November 2020 erhielten 2.442 Panelteilnehmende einen Onlinezugang zum rehabilitationsbezogenen Fragebogen (via Limesurvey). Insgesamt 1.704 Personen (69,8 %) beteiligten sich an der Befragung. Für die vorliegende Analyse wurden davon Personen berücksichtigt, die laut Selbstauskunft bislang keine Leistung zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch genommen haben und mindestens 36 von 40 rehabilitationsbezogenen Fragebogenitems ausfüllten. Die subjektive Informiertheit wurde über Fragen zum selbsteingeschätzten Informationsgrad bezüglich der medizinischen Rehabilitation im Allgemeinen sowie aufgeschlüsselt bezüglich Ziele, Inhalte, Beantragung, Finanzierung und

Konzeptvarianten einer medizinischen Rehabilitation erfasst (4er Likert-Skala: sehr gut – eher gut – eher schlecht – sehr schlecht). Ergänzend wurde erhoben, ob Rehabilitationserfahrung im näheren Umfeld der Befragten besteht und über welchen Weg sich die Befragten bei eigenem Rehabilitationsbedürfnis initial informieren würden. Die Auswertung erfolgte vorwiegend deskriptiv. Zusammenhänge zwischen subjektiver Informiertheit und Geschlecht/Alter wurden mittels Korrelationsanalyse (Chi-Quadrat/Rangkorrelation) untersucht.

Ergebnisse

Nach der Datenaufbereitung lagen Angaben von 1.018 Personen (56 % weiblich; Ø Alter= 49 ± 15 Jahre, Min-Max: 21-80 Jahre) vor. Jede*r dritte Befragte (77 %) gab an, eine Person im näheren Umfeld zu kennen, die bereits eine medizinische Rehabilitation in Anspruch genommen hat. Zum Thema ‚Medizinische Rehabilitation' fühlten sich 67 % der Befragten allgemein als eher schlecht oder schlecht informiert. Auch bezüglich der Beantragung (84 %), Finanzierung (83 %), Konzeptvarianten (77 %) sowie rehabilitativen Inhalte (71 %) beurteilten sich die Mehrheit als eher schlecht oder schlecht informiert. Bezüglich der Ziele einer Rehabilitation bewerteten sich dagegen die Mehrheit (64 %) als gut oder sehr gut informiert. Frauen und Personen höheren Alters sahen sich in mehreren Aspekten als etwas besser informiert. Sollte ein Rehabilitationsbedarf eintreten, benannte der überwiegende Teil der Befragten Haus- bzw. Fachärzt*innen (74 %) als erste Anlaufstelle zur Informationsgewinnung, 14 % benannten das Internet und 12 % einen Rehabilitationsträger (Kranken- oder Rentenversicherung).

Diskussion und Fazit

Die Analyse liefert wichtige, erste Eindrücke zum rehabilitationsbezogenem Angebotswissen in einer größeren Bevölkerungsstichprobe ohne eigene Rehabilitationserfahrung. Etwa zwei Drittel der Befragten nehmen demnach ein eigenes Informationsdefizit hinsichtlich medizinischer Rehabilitationsangebote wahr. In diesem Zusammenhang unterstreichen die Ergebnisse die erwartungsgemäß wichtige Schlüsselrolle von Haus- und Fachärzt*innen als Anlaufstelle für rehabilitationsbezogene Informationen. Weitere Analysen werden klären, inwieweit sich diese selbsteingeschätzten Informationsdefizite auch in den Vorstellungen zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zur rehabilitativen Angebotsausgestaltung der Befragten widerspiegeln. Dies wird weitere Erkenntnisse dazu liefern, welches Verständnis zur medizinische Rehabilitation in der Bevölkerung besteht.

Literatur

Führer, A., Frese, T., Karch, A., Mau, W., Meyer, G., Richter, M., Schildmann, J., Steckelberg, A., Wagner, K., Mikolajczyk, R. (2020): COVID-19: Wissensstand, Risikowahrnehmung und Umgang mit der Pandemie. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes, 153-154: 32-38.

Mohnberg, I., Spanier, K., Peters, E., Radoschewski, F. M., Bethge, M. (2016): Determinanten für intendierte Anträge auf medizinische Rehabilitation bei vorangegangenem Krankengeldbezug. Rehabilitation, 55: 81-87.

Schmitt, N., Fauser, D., Golla, A., Zimmer, J.M., Bethge, M., Mau, W. (2020): Determinanten des subjektiven Rehabilitationsbedürfnisses und der Antragsintention bei Personen mit Rückenschmerzen. Rehabilitation (im Druck).

Förderung: Die HeReCa-Studie wird aus Eigenmittel des Profilzentrums Gesundheitswissenschaften finanziert und ist ein Kooperationsprojekt von Prof. T. Frese (Institut für Allgemeinmedizin), Prof. W. Mau (Institut für Rehabilitationsmedizin), Prof. G. Meyer (Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft), Prof. M. Richter (Institut für Medizinische Soziologie), Prof. J. Schildmann, (Institut für Geschichte und Ethik der Medizin), Prof. A. Steckelberg (Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft) unter der Federführung von Prof. Dr. Mikolajczyk (Institut für Medizinische Epidemiologie, Biometrie und Informatik).

Betriebsärztliche Perspektiven auf Faktoren der Inanspruchnahme eines randomisiert-kontrollierten Interventionsprogramms für Muskel-Skelett-Erkrankungen – eine qualitative Studie

Kristina Schubin; Lara Schlomann; Lara Lindert; Holger Pfaff; Kyung-Eun (Anna) Choi
IMVR Universität Köln, Uniklinik Köln

Hintergrund und Zielstellung

Muskel-Skelett-Erkrankungen (MSE) sind die häufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit (AU) in Deutschland und damit eine zentrale Herausforderung der betrieblichen Gesundheitsförderung. Bei Versicherten der Betriebskrankenkassen waren 2018 ca. 24% aller AU-Tage auf MSE zurückzuführen (Knieps et al., 2019). Meta-Analysen zeigen, dass betriebliche Interventionen, die auf physische Aktivitäten abzielen, MSE-bezogene und betriebliche Outcomes verbessern können (Mulchandani et al., 2019). Es bestehen allerdings Forschungslücken zu Inanspruchnahme, Akzeptanz und Adhärenz in solchen Maßnahmen. Betriebsärztinnen und -ärzte nehmen hierbei eine Schlüsselposition ein, da sie in engem Kontakt zu Beschäftigten und Unternehmen stehen und zu Wechselwirkungen von Arbeit und Gesundheit, Prävention, Beschäftigungsfähigkeit und Maßnahmen beraten. Es bleibt allerdings unklar, wie Betriebsärztinnen und -ärzte die Teilnahme von Beschäftigten an gesundheitsförderlichen Maßnahmen wahrnehmen. Das Verständnis der Teilnahme an solchen Maßnahmen kann durch die betriebsärztliche Perspektive komplementiert und vertieft werden. Ziel dieser qualitativen Studie ist daher, die Perspektiven von Betriebsärztinnen und -ärzten auf Faktoren der Teilnahme von Beschäftigten anhand einer betrieblichen, randomisiert-kontrollierten Intervention für MSE zu explorieren.

Methoden

Im Sommer 2018 wurden einzelne leitfadengestützte Telefoninterviews mit Betriebsärztinnen und -ärzten durchgeführt. Anhand eines zielgerichteten Samplings wurden 21 Betriebsärztinnen und -ärzte zur Teilnahme eingeladen. Diese betreuen 22 Unternehmensstandorte in den Branchen Industrie, Handel und Verwaltung, welche die MSE-Intervention implementiert haben. Der Feldzugang erfolgte durch die Forschenden in ihrer Funktion als Prozessevaluatoren der Intervention. Faktoren der Interventionsteilnahme durch Beschäftigte, Arbeitsorganisation, Rekrutierung von Beschäftigten, inter-professionelle Kooperation sowie Strukturen und Prozesse in der MSE-Intervention wurden aus betriebsärztlicher Sicht exploriert. Die Interviews wurden digital aufgezeichnet, transkribiert, pseudonymisiert und mittels konventioneller und gerichteter Inhaltsanalyse durch drei Forschende analysiert (Hsieh & Shannon, 2005). Andersens Verhaltensmodell der Versorgungsinanspruchnahme wurde als konzeptionelles Modell für die Datenanalyse verwendet (Andersen, 2008).

Ergebnisse

Insgesamt wurden acht Betriebsärztinnen und -ärzte (fünf weiblich, fünf in Vollzeitarbeit) für 32- bis 61-minütige Interviews gewonnen (durchschnittliche Dauer der Interviews: 42 Minuten). Das Alter der Betriebsärzte und -ärztinnen lag zwischen 41 bis 62 Jahren und die Arbeitserfahrung zwischen vier und 40 Jahren. Die Interviewten gaben an zwischen 0,5 und vier Arbeitsstunden wöchentlich in die Betreuung der MSE-Intervention zu investieren.

Aus den qualitativen Analysen ging ein Kategoriensystem mit vier Haupt- und zehn Unterkategorien hervor. Die Betriebsärztinnen und -ärzte sprachen von „Bandbreiten" kontextueller und individueller Faktoren, die die Teilnahme an der MSE-Intervention fördern oder einschränken. (a) Kontextfaktoren der Intervention umfassten Auswirkungen des Gesundheitssystems und der Unternehmensumwelt auf die Teilnahme der Beschäftigten an der Intervention. (b) Individuelle Faktoren der Teilnahme umfassten Demografie, soziale Aspekte, Überzeugungen und gesundheitliche Bedarfe von Beschäftigten. (c) Das Gesundheitsverhalten von Beschäftigten während der Intervention umfasste Inhalte zu betriebsärztlicher Kommunikation, privatem gesundheitlichen Verhalten von Beschäftigten und Teilnahme an der Intervention selbst. (d) Outcomes der Teilnahme umfassten den Gesundheitszustand der Beschäftigten und (Un-)Zufriedenheit mit der Intervention. Während sich (a) und (b) auf allgemeine, relevante Aspekte der Inanspruchnahme gesundheitsförderlicher Maßnahmen bezogen, betrafen (c) und (d) spezifische Inhalte der MSE-Intervention.

Diskussion und Fazit

Die Bandbreite an Aspekten, die von Betriebsärztinnen und -ärzten angesprochen wurden, verdeutlicht, dass die Teilnahme an gesundheitsförderlichen (MSE-) Maßnahmen und randomisiert-kontrollierten Studien ein vielschichtiges Phänomen ist, das durch Beschäftigte, Professionelle in Gesundheitsberufen und Organisation geprägt wird. Weitere Perspektiven von Betriebsärztinnen, -ärzten und Beschäftigten zur Inanspruchnahme gesundheitsförderlicher Maßnahmen sollten z.B. unter Anwendung differenzierter Selektionskriterien der Stichprobe untersucht werden. Forschende können die vorliegenden Ergebnisse für die zukünftige Entwicklung von Interventionsstudien nutzen. Politische und organisationale Entscheidungsträger und -trägerinnen können die Faktoren außerdem als Orientierung heranziehen, um strukturelle Bedingungen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu verbessern.

Literatur

Andersen, R. (2008): National Health Surveys and the Behavioral Model of Health Services Use. Medical Care, 46(7). 647–653.

Hsieh, H.-F., Shannon, S. E. (2005): Three approaches to qualitative content analysis. Qualitative health research, 15(9). 1277–1288.

Knieps, F., Pfaff, H., Adli, M. (Hrsg.) (2019): Psychische Gesundheit und Arbeit: Zahlen, Daten, Fakten (1. Aufl.). BKK-Gesundheitsreport, Bd. 2019. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Mulchandani, R., Chandrasekaran, A. M., Shivashankar, R., Kondal, D., Agrawal, A., Panniyammakal, J., Tandon, N., Prabhakaran, D., Sharma, M., Goenka, S. (2019): Effect of workplace physical activity interventions on the cardio-metabolic health of working adults: systematic review and meta-analysis. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 16(1). 134.

Förderung: Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss

Herausforderungen der Mitarbeiterführung während betrieblicher Return-to-Work-Prozesse

Jannis Hergesell; Nina Baur; Vanessa Uloth; Peter Fauth
Technische Universität Berlin

Hintergrund und Zielstellung

Beim betrieblichen Return-to-Work (RTW) stellt die Unterstützung durch das kollegiale Umfeld im Arbeitsalltag von Rückkehrer*innen eine zentrale Gelingensbedingung dar. Im Integrationsprozess können informelle Beziehungen im täglichen Arbeitsumfeld sowohl eine unterstützende Ressource – etwa in Form von praktischer oder emotionaler Solidarität –, als aber auch hinderliche Faktoren – etwa bei Mobbing oder Stigmatisierung – sein (Haubl, 2017). Eine integrationsfördernde Unternehmenskultur zu etablieren und integrationshinderliche Interaktionsdynamiken zu korrigieren, obliegt in der alltäglichen Arbeitsorganisation meist Führungskräften und (direkten) Vorgesetzten (Rump et al., 2016) – sie sind damit zentrale Akteure des RTW (Brussig & Schulz, 2019).

Trotz der Relevanz des Verhaltens von Führungspersonen steht in bisherigen Studien zur Rolle des betrieblichen Umfeldes meist das individuelle Erleben der Rückkehrer*innen im analytischen Fokus. Dabei sehen sich gerade direkte Vorgesetzte bei der konkreten Umsetzung von Integrationsmaßnahmen vor große Herausforderungen gestellt (Detka et al., 2020). Sie müssen individuelle Bedarfe der Rückkehrer*innen mit dem Team kommunizieren, Mehrarbeit von Kolleg*innen rechtfertigen, um Solidarität werben und im Konfliktfall vermitteln. Mit welchen konkreten handlungspraktischen Herausforderungen sie dabei konfrontiert werden und welche Ressourcen sie zu deren Bewältigung nutzen, ist derzeit Gegenstand empirischer Forschung. In unserer Studie arbeiten wir daher aus Perspektive der Mitarbeiterführung förderliche und hinderliche soziale Dynamiken während Integrationsprozessen im Team heraus.

Methoden

In unserer explorativ-qualitativen Interviewstudie untersuchen wir zwei stark kontrastive Branchen, die mittels einer bewussten Fallauswahl nach dem Streuungsprinzip ausgewählt wurden: die Automobilwirtschaft und die Pflegebranche. Diese Arbeitsfelder sind strukturell auf mehreren Ebenen (z.B. Unternehmenskulturen, Gesundheitsrisiken, Integrationspotentiale) verschieden. Sie eignen sich daher dafür, durch einen Vergleich eine große Bandbreite von Integrationshindernissen und -potentialen bei der Mitarbeiterführung zu

identifizieren. Innerhalb einer Branche wurden einzelne Betriebe so ausgewählt, dass sie möglichst verschieden waren hinsichtlich Betriebsgröße

(Automobilhersteller/große Wohlfahrtsverbände vs. Kfz-Werkstätten/kleine Pflegedienste) und räumlichen Unterschieden (Stadt-Land, regionale Unterschiede).

Die Ergebnisse stammen aus der Analyse von 27 ca. 60-minütigen Leitfaden-Interviews. Die Perspektive der Führungskräfte und direkten Vorgesetzten triangulierten wir dabei bewusst mit der von Rückkehrer*innen und anderen betrieblichen Akteuren (z.B. Kolleg*innen oder Gesundheitsbeauftragte). Die Auswertung des Datenkorpus erfolgte mittels einer strukturierenden Inhaltsanalyse.

Ergebnisse

Integrationshinderliche und -förderliche soziale Dynamiken der Mitarbeiterführung sind oft nur bemerkenswert lose mit formalisierten Verfahren – wie betrieblichem Wiedereingliederungsmanagement (BEM) oder stufenweiser Wiedereingliederung

(StW) – gekoppelt. Ob es Vorgesetzten gelingt, im Team Akzeptanz für RTW-Maßnahmen zu erzeugen, hängt maßgeblich von der gelingenden Kommunikation über deren Notwendigkeit und der flexiblen Reaktion auf situative Probleme im Arbeitsalltag ab.

Um im Team Akzeptanz für Integrationsmaßnahmen und Solidarität mit Rückkehr*innen zu schaffen, ist eine konsequent transparente Kommunikation über deren konkrete individuelle Bedarfe zentral. Ausschlaggebend ist, frühzeitig und offen mit etwaiger entstehender Mehrarbeit für die Kolleg*innen umzugehen, über deren Art und Weise sowie Dauer strukturiert zu informieren und praktische Bewältigungsstrategien zu präsentieren. Ein Appell an Solidarität und das Ausräumen von ablehnenden Haltungen gelingt Vorgesetzten vor allem dann, wenn die Verteilung der Mehrarbeit als „gerecht“ empfunden wird und die Kolleg*innen im Falle einer eigenen Erkrankung ebenfalls mit Unterstützung rechnen können. In größeren Betrieben ist außerdem maßgebend, dass direkte Vorgesetzte über ausreichend Autorität und Entscheidungsfreiräume verfügen, um flexibel Aufgaben im Team umzuverteilen, Dienstpläne anzupassen, zusätzliche Arbeitsstunden zu bewilligen und ggf. die Berücksichtigung individueller Bedarfe per Dienstanweisung auch gegen Widerstände durchzusetzen.

RTW-Prozesse misslingen dagegen, wenn es der Mitarbeiterführung nicht gelingt, im Spannungsverhältnis zwischen den individuellen Bedürfnissen der Rückkehrer*innen und Belastungen des Teams zu vermitteln. Dabei ist zu beachten, dass Vorgesetzte im RTW-Prozess mit teils hochgradig komplexen Konfliktsituationen in ihrem Team konfrontiert sind, deren Bewältigung sie sowohl fachlich als auch emotional als überfordernd erleben (können). Werden sie in solchen Fällen nicht zusätzlich – etwa durch Gesundheits- oder BEM-Beauftragte – unterstützt, ist eine integrationsfördernde Mitarbeiterführung oft praktisch nicht umsetzbar. Eine Folge kann sein, dass Vorgesetzte und Kolleg*innen die Rückkehr*innen als Gefahr für das Funktionieren des Teams wahrnehmen und den RTW ablehnen. Wiedereingliederung kann auch misslingen, wenn die Unternehmensführung den direkten Vorgesetzten im RTW-Prozess unverhältnismäßig viel Mehrarbeit oder „quasi-sozialarbeiterische[]“ (Detka et al., 2020) Aufgaben abverlangt und die Vorgesetzten diesen Druck an das Team weitergeben.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass neben formalisierten Verfahren – wie BEM oder StW – auch die alltägliche Mitarbeiterführung zu einem gelingenden RTW und einer integrationsfördernden Unternehmenskultur beiträgt (Lange et al., 2019). Zu diskutieren ist, in welchem Wechselverhältnis strukturiert-formalisierte Verfahren und situativ-alltägliche Mitarbeiterführung in RTW-Prozessen stehen, wie diese besser miteinander verzahnt werden können und somit das integrative Potential von Führungskräften effizienter nutzbar und vermeidbare Arbeitsplatzkonflikte im RTW-Prozess kritisch reflektiert werden können.

Literatur

Brussig, M., Schulz, S. (2019): Akteure des Return to Work. Working Paper Forschungsförderung 146. Düsseldorf.

Detka, C., Lange, B., Kuczyk, S./Ohlbrecht, H. (2020): Führungskräfte als Quasi-Professionelle und Arbeitnehmende als Klient_innen? In: Netzwerk Qualitative Gesundheitsforschung (Hrsg.): Perspektiven qualitativer Gesundheitsforschung. Weinheim: Juventa, S. 170-185.

Haubl, R. (2017): Soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen. In: Ahlsdorf, N., Engelbach, U., Flick, S., Haubl, R., Voswinkel, S. (Hrsg.): Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt. Bielefeld: transcribt, S.145-163.

Lange, B., Detka, C., Kuczyk, S., Ohlbrecht, H. (2019): Unternehmenskulturen und ihre (Aus-)Wirkungen auf die Gesundheit von Mitarbeitenden und den Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit. In: RP Reha 2/2019, S.47-54.

Rump, J., Schiedhelm, M., Eilers, S. (2016): Gesundheit anordnen? Die Rolle der Führungskultur im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In: Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2016. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag, S. 95-101.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Modellprojekt „Gesundheitscheck für Pflegekräfte im Stadt- und Landkreis Karlsruhe“ – Zufriedenheit und Veränderungspotentiale

Marina Jost; Silke Jankowiak; Rainer Kaluscha; Gert Krischak

Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm

Hintergrund und Zielstellung

Ein wesentliches Ziel des Flexirentengesetzes aus dem Jahr 2016 ist es, die Rolle der Prävention bei der gesetzlichen Rentenversicherung zu stärken. In trägerübergreifenden Modellprojekten erprobt die Rentenversicherung daher die Einführung einer berufsbezogenen Gesundheitsvorsorge für Versicherte ab dem vollendeten 45. Lebensjahr nach §14 Abs. 3 SGB VI. In diesem Sinne boten die Rentenversicherungsträger Baden-Württemberg und Bund gemeinsam mit weiteren Kooperationspartnern einen berufsbezogenen Gesundheitscheck für Pflegekräfte aus dem Stadt- und Landkreis Karlsruhe im Jahr 2018 an.

Die Möglichkeit zur Teilnahme am Ü45-Gesundheitscheck erhielten Pflegekräfte im Alter von 45 bis 52 Jahren, die bereits Beeinträchtigungen der beruflichen Leistungsfähigkeit aufwiesen. Hierzu versendeten die Rentenversicherungsträger an insgesamt

1.466 Pflegekräfte Einladungsschreiben inklusive eines Selbsttests, dem Work Ability-Index (WAI), der die Arbeitsfähigkeit erfasst und hilft, den Bedarf an der Teilnahme am Ü45-Gesundheitscheck festzustellen. Sofern das WAI-Ergebnis den Schwellwert von 44 Punkten unterschritt, wurden die Pflegekräfte gebeten, einen Termin in einer Untersuchungsstelle im Raum Karlsruhe zur Inanspruchnahme des Gesundheitschecks zu vereinbaren. In einer ärztlichen Beratung wurde dann die berufliche Gesundheit (z.B. tätigkeitsbedingte Belastungsfaktoren) der Pflegekraft besprochen und bei Bedarf wurden Empfehlungen zur Teilnahme an speziellen Angeboten (z.B. einer medizinischen Rehabilitation) ausgesprochen. In Abbildung 1 ist der Ablauf schematisch dargestellt.

Modellprojekt „Gesundheitscheck für Pflegekräfte im Stadt- und Landkreis Karlsruhe“ – Zufriedenheit und Veränderungspotentiale

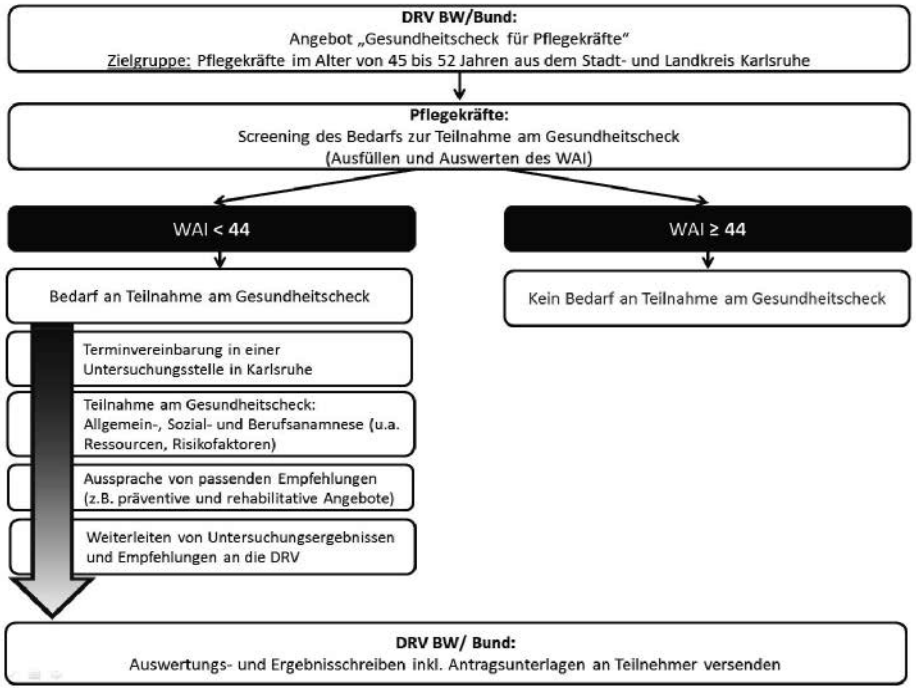


Abb. 1: Ablauf des Modellprojekts „Gesundheitscheck für Pflegekräfte“

Ein wesentliches Ziel der Evaluation des Modellvorhabens ist es festzustellen, wie zufrieden die Teilnehmer und die Ärzte aus den Untersuchungsstellen mit dem berufsbezogenen Gesundheitscheck sind und welche Veränderungspotentiale diese sehen.

Methoden

Hierzu wurden zum einen die Teilnehmer des Ü45-Gesundheitschecks zur Kontaktaufnahme mit der Untersuchungsstelle, zu den Erfahrungen mit dem Ü45-Gesundheitscheck, zu besonderen Schwierigkeiten und zu Verbesserungsvorschlägen befragt. Datengrundlage für die Datenanalyse bildeten insgesamt 49 Teilnehmerfragebögen. Die Auswertung der Daten zur Bewertung des Ü45-Gesundheitschecks erfolgte anhand deskriptiver Methoden.

Zum anderen wurden Ärzte aus den Untersuchungsstellen anhand teilstrukturierter Interviews befragt, welche Erfahrungen sie mit dem Ü45-Gesundheitscheck gemacht haben und an welcher Stelle sie Veränderungspotentiale sehen. Für die Interviews konnten vier Ärzte aus drei Untersuchungsstellen gewonnen werden. Die Auswertung der dabei gewonnen Daten erfolgte durch die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring.

Ergebnisse

Insgesamt wurde der Ü45-Gesundheitscheck durch die Teilnehmer sehr positiv bewertet. 97% der Teilnehmer nahmen telefonisch Kontakt zur Untersuchungsstelle auf und bewerteten die Erreichbarkeit als sehr gut bzw. gut. Bei den meisten Teilnehmern dauerte das ärztliche Beratungsgespräch zwischen 30 und 60 Minuten (52%). Dabei gaben 91% der Teilnehmer an, dass sie sich in der Untersuchungsstelle wohl gefühlt haben und dass die Ärzte sich während des Ü45-Gesundheitschecks ausreichend Zeit für sie genommen haben. Auch konnten sie ihre Bedürfnisse äußern (91%) und diese wurden bei der Aussprache von Empfehlungen ihrer Meinung nach ausreichend berücksichtigt (84%). Weiterhin sagten

68% der Teilnehmer aus, dass sie sich insgesamt gut über die verschiedenen Möglichkeiten für die Aufrechterhaltung bzw. Verbesserung ihres Gesundheitszustands informiert fühlten und bei 66% der Teilnehmer wurde gemeinsam mit den Ärzten entschieden, welche Maßnahmen erfolgen sollten. Die ausgesprochenen Empfehlungen empfanden 66% der Pflegekräfte zudem als sinnvoll und glaubten, diese umsetzen zu können. Zu guter Letzt gaben 59% der Teilnehmer an, dass ihre Situation am Arbeitsplatz ausführlich mit ihnen besprochen wurde. 18% stimmten dem nur teilweise zu. Der Großteil der Teilnehmer ist keinen besonderen Schwierigkeiten begegnet (95%), auch wurden nur vereinzelt Verbesserungsvorschläge gemacht. Die Bewertung des Ü45-Gesundheitschecks ist in Abbildung 2 dargestellt, die im Text genannten %-Angaben ergeben sich aus der Addition der „stimmt genau“- und „stimmt eher zu“- Angaben der Teilnehmer.

Die Ärzte sahen im Ü45-Gesundheitscheck ein gutes Angebot für die Zukunft, das benötigt wird, aber durchaus noch Veränderungspotential hat. So muss zunächst, auch um das Interesse der künftigen Leistungserbringer zu wecken, eine adäquate Vergütung gewährleistet werden. Ferner sollte der Ü45-Gesundheitscheck künftig von Ärzten durchgeführt werden, die fähig sind, über ein Fachgebiet hinauszuschauen und die auf dem Gebiet der Arbeits- oder Sozialmedizin qualifiziert sind. Uneins waren sich die Ärzte dabei hinsichtlich der Frage, ob der Ü45-Gesundheitscheck in den niedergelassenen Bereich bei den Hausärzten etabliert werden sollte. Einig waren sie sich hingegen, dass es ein berufsspezifisches Zugangsalter zum berufsbezogenen Gesundheitscheck geben und der Ablauf des Ü45-Gesundheitschecks klar definiert werden sollte.

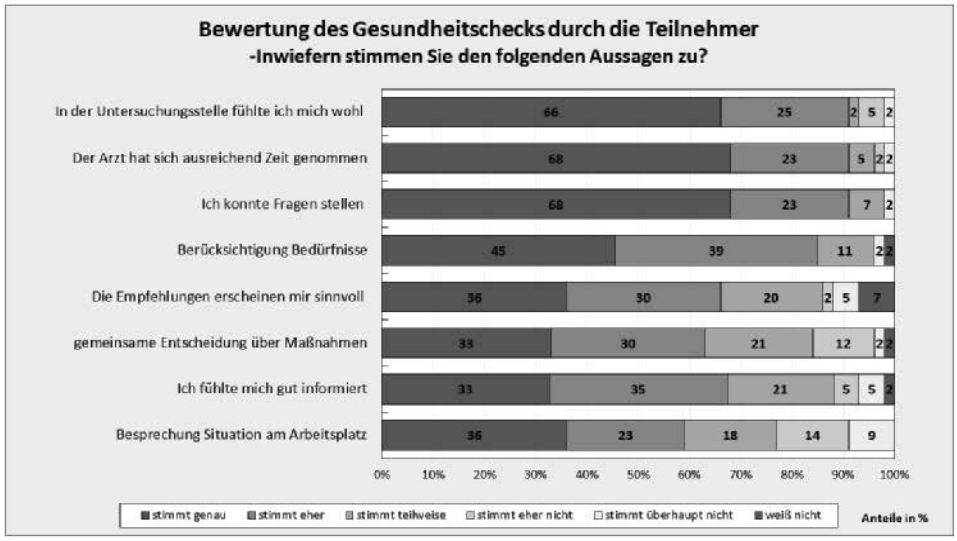


Abb. 2: Bewertung des Ü45-Gesundheitschecks durch die Teilnehmer

Diskussion und Fazit

Im Gesamten zeigten sich Teilnehmer und Ärzte mit dem berufsbezogenen Gesundheitscheck der Rentenversicherung zufrieden. Relevante Veränderungspotentiale konnten weniger aus Sicht der Teilnehmer, sondern vielmehr aus der Sicht der Ärzte gewonnen werden. Diese sehen die Wahl der richtigen Arztgruppe mit entsprechend qualifizierten Ärzten, eine adäquate Vergütung der Ärzte, einen klar definierten Ablauf des Ü45-Gesundheitschecks und ein berufsspezifisches Zugangsalter als bedeutsame Faktoren für ein erfolgversprechendes Konzept.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Partizipative Maßnahmenentwicklung als Schlüssel für eine nachhaltige und effektive Bewegungsförderung in der beruflichen Bildung?

Eva Grüne; Johanna Popp; Johannes Carl; Jana Semrau; Klaus Pfeifer
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Hintergrund und Zielstellung

Für eine Vielzahl junger Menschen ist die Berufsausbildung der erste Schritt ins Berufsleben. Trotz ihres erst kürzlich erfolgten Einstiegs in das Berufsleben sind bereits junge Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer erhöhten Gesundheitsrisiken ausgesetzt. Besonders hoch erscheinen gesundheitliche Belastungen in Berufen mit hohen körperlichen Anforderungen, wie z.B. in der Pflege oder Automobilindustrie (Bomball et al., 2010; Betz et al., 2012). Gleichzeitig wird ein unzureichendes Bewegungsverhalten von Auszubildenden

berichtet; dies gilt auch für Auszubildende der Pflege- und Automobilbranche (Lehmann et al., 2014; Betz et al., 2012). Aufgrund der vielfältigen positiven gesundheitlichen Effekte körperlicher Aktivität werden verstärkt Maßnahmen zur Förderung der körperlichen Aktivität im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung auf den Weg gebracht. In der beruflichen Bildung mangelt es allerdings an ebendiesen bewegungsförderlichen Maßnahmen (Grüne et al., 2020).

Vor diesem Hintergrund beschäftigt sich das Projekt PArC-AVE (Physical Activity-related Health Competence in Apprenticeship and Vocational Education) im BMBF-geförderten Forschungsverbund Capital4Health mit der partizipativen Bewegungsförderung für Auszubildende der Pflege und KFZ-Mechatronik. Dabei sollen unter Einbezug der Zielgruppe gemeinsam mit weiteren Beteiligten aus Wissenschaft, Politik und Praxis bewegungsförderliche Maßnahmen entwickelt und umgesetzt werden, die sowohl auf die Bedürfnisse der Zielgruppe als auch auf die gegebenen Rahmenbedingungen zugeschnitten sind. Im Rahmen der ersten Förderphase des Projekts (2015-2018) ist es mittels des kooperativen Planungsansatzes gelungen, verschiedene bewegungsförderliche Maßnahmen im Sinne einer Mehrkomponenten-Intervention im Bereich der Pflege und KFZ-Mechatronik zu konzipieren und realisieren (Popp et al., 2020). Zwei Jahre nach Abschluss des Projekts ist das Ziel dieser Studie, die entwickelten Maßnahmen hinsichtlich ihrer nachhaltigen Umsetzung und Effektivität zu evaluieren.

Methoden

Die Evaluation des Projekts folgte einem „Multiple Methods“-Design, bei dem quantitative und qualitative Daten in Beziehung gesetzt wurden, um ein umfangreiches Verständnis der erzielten Ergebnisse und zugrundeliegenden Prozesse zu ermöglichen. So erfolgte die Evaluation der Nachhaltigkeit der entwickelten Maßnahmen anhand einer telefonbasierten Fragebogenerhebung (n=7) sowie semi-strukturierter Interviews (n=4) mit beteiligten Akteurinnen und Akteuren. Der aktuelle Maßnahmenstand wurde deskriptiv analysiert; die Interviews wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet.

Um die Effektivität der Maßnahmen in Bezug auf das Bewegungsverhalten und die Bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz der Auszubildenden zu untersuchen, wurde eine längsschnittliche Fragebogenerhebung mit einer Interventionsgruppe (n=40) und einer bzgl. der Settingbedingungen, Alter und Geschlecht vergleichbaren Kontrollgruppe (n=71) im Parallelgruppendesign durchgeführt. Der Stichprobenvergleich erfolgte in SPSS mittels messwiederholter Varianzanalysen.

Ergebnisse

Hinsichtlich des aktuellen Umsetzungsstandes der einzelnen Maßnahmen lassen sich in den Bereichen Pflege und KFZ-Mechatronik deutliche Unterschiede feststellen. Während in der Pflege ein Großteil der Maßnahmen umgesetzt werden konnte, aber einige dieser Maßnahmen aufgrund der gegebenen Einschränkungen bedingt durch die Corona-Pandemie nicht stattfinden können, konnte keine der Maßnahmen im Bereich KFZ-Mechatronik dauerhaft weitergeführt werden. Dabei stellten das Vorhandensein eines „Champions“, die Sicherstellung der Finanzierung, die Bereitstellung notwendiger Ressourcen und die Unterstützung durch Führungskräfte wichtige Faktoren dar, die die nachhaltige Umsetzung der Maßnahmen begünstigt haben.

Im Hinblick auf die Effektivität der Maßnahmen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe hinsichtlich des Bewegungsverhaltens und der Bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz der Auszubildenden ($p>0,05$).

Diskussion und Fazit

Vor allem im Bereich der Pflege hat sich der kooperative Planungsansatz als wirksame Strategie erwiesen, um bewegungsförderliche Maßnahmen zu konzipieren und langfristig zu implementieren. Dabei konnten verschiedene Nachhaltigkeitsfaktoren identifiziert werden, die es zukünftig von Beginn an zu berücksichtigen gilt. Auf Individuumsebene konnte in beiden Sektoren die Effektivität der entwickelten Maßnahmen nicht nachgewiesen werden. Um auch direkte relevante Wirkungen auf individueller Ebene nachzuweisen, bedarf es womöglich einer umfassenderen Maßnahmenplanung und -umsetzung, längerfristiger Beobachtungszeiträume sowie aufwändigerer Untersuchungsdesigns.

Literatur

Betz, M., Graf-Weber, G., Kapelke, C., Wenchel, K. (2012): Gesundheitsförderung in der überbetrieblichen Ausbildung - am Beispiel des Kfz-Handwerks. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 3. 589.

Bomball, J., Schwanke, A., Stöver, M., Görres, S. (2010): Gesunde Pflege beginnt in der Pflegeausbildung. Die Schwester Der Pfleger, 49. 1048-1054.

Grüne, E., Popp, J., Carl, J., Pfeifer, K. (2020). What do we know about physical activity interventions in vocational education and training? A systematic review. BMC Public Health, 20. 978.

Lehmann, F., von Lindeman, K., Klewer, J., Kugler, J. (2014). BMI, physical inactivity, cigarette and alcohol consumption in female nursing students: a 5-year comparison. BMC Medical Education, 14. 82.

Popp, J., Carl, J., Grüne, E., Semrau, J., Gelius, P., Pfeifer, K. (2020). Physical activity promotion in German vocational education: does capacitiy building work? Health Promotion International, daaa014. 1-13.

Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung

Regionale Determinanten beeinflussen die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben nach medizinischer Rehabilitation: Ergebnisse einer Kohortenstudie

Katja Spanier; Matthias Bethge

Universität zu Lübeck

Hintergrund und Zielstellung

Ob ein Rehabilitand nach einer abgeschlossenen medizinischen Rehabilitation wieder ins Erwerbsleben zurückkehrt, ist auch von Faktoren abhängig, die er selbst oder auch die Rehabilitationseinrichtung nicht beeinflussen kann (Widera, 2009). Hetzel & Streibelt, 2016

konnten für die berufliche Rehabilitation zeigen, dass der regionale Arbeitsmarkt einen starken Einfluss auf die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben hat. Neben diesem Haupteffekt wurden auch Interaktionseffekte zwischen dieser regionalen Einflussgröße und individuellen Merkmalen herausgearbeitet (Hetzel & Streibelt, 2016). Auch andere regionale Merkmale, wie die Facharztdichte, können einen Einfluss auf die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben haben. Gerade in ländlichen Gebieten und den neuen Bundesländern kann die Versorgung mit Fachärzten zum Teil nicht gedeckt werden (Kopetsch, 2010). Eine Unterversorgung kann dazu führen, dass empfohlene weiterführende Behandlungen nach der Rehabilitation nicht umgesetzt werden können und eine Rückkehr ins Erwerbsleben verzögert oder gar unmöglich wird. Unsere Studie untersuchte daher, inwiefern die regionale Arbeitslosenquote und Facharztdichte, die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben nach medizinischer Rehabilitation beeinflussen. Darüber hinaus sollte geklärt werden, ob diese regionalen Merkmale den Einfluss personenbezogener Merkmale auf die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben moderieren.

Methoden

In unserer Kohortenstudie wurde auf zwei Datenquellen zurückgegriffen: personenbezogene Daten des Scientific Use Files „Abgeschlossene Rehabilitation im Versicherungsverlauf 2008 bis 2015“ und aggregierte raumbezogene Daten des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung („Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung“, INKAR). Diese beiden Datenquellen wurden auf Bundeslandebene verknüpft. Eingeschlossen wurden Personen im Alter von 30 bis 63 Jahren mit Wohnort in Deutschland, deren Rehabilitation aufgrund von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, psychischen Erkrankungen, Neubildungen oder kardiovaskulären Erkrankungen bewilligt wurde und die zwischen 2008 und 2015 an einer entsprechenden Rehabilitation teilgenommen hatten (normale Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder Leistung zur medizinischen Rehabilitation wegen Krebs). Primäres Zielkriterium war die Rückkehr in die Erwerbstätigkeit. Eine Rückkehr in die Erwerbstätigkeit wurde festgestellt, wenn die Person zwölf Monate nach Inanspruchnahme der medizinischen Rehabilitation versicherungspflichtiges Entgelt bezogen hatte. Sekundäre Zielkriterien waren der Bezug von Arbeitslosengeld, sonstigen Leistungen und Erwerbsminderungsrenten. Der Einfluss regionaler Determinanten wurde sowohl als Haupteffekt als auch in Wechselwirkung mit individuellen Merkmalen geprüft. Hierzu wurden multivariate logistische Regressionsmodelle mit robusten Standardfehlern berechnet.

Ergebnisse

Die Analysestichprobe umfasste 457.793 Personen (48,1 % Frauen). Das Durchschnittsalter betrug 48,3 Jahre (SD = 7,3). Knapp 60 % der Personen bezogen im Monat vor Beginn der Rehabilitation versicherungspflichtiges Entgelt. Ein Jahr nach Ende der Rehabilitationsmaßnahme lag dieser Anteil bei knapp zwei Drittel (67,7 %). Eine höhere Arbeitslosenquote (OR = 0,98; 95 % KI: 0,97 bis 0,99) und eine höhere regionale Facharztdichte (OR = 0,98; 95 % KI: 0,98 bis 0,99) reduzierten die Wahrscheinlichkeit, dass Teilnehmende einer medizinischen Rehabilitation ein Jahr nach Abschluss der Rehabilitation erwerbstätig waren. Neben diesen Haupteffekten konnten wir in unseren Modellen auch Wechselwirkungen der beiden regionalen Merkmale mit individuellen Merkmalen beobachten. Am häufigsten konnten wir eine moderierende Wirkung der beiden regionalen Merkmale

beobachten, wenn Einflussfaktoren zukünftiger Erwerbstätigkeit geprüft wurden. Wir konnten zehn signifikante Wechselwirkungen individueller Merkmale mit der regionalen Arbeitslosenquote und sieben signifikante Wechselwirkungen individueller Merkmale mit der regionalen Facharztdichte identifizieren. Diese Wechselwirkungen führten zu einer statistisch bedeutsamen Reduktion oder Verstärkung der prognostischen Bedeutung individueller Merkmale. Besonders deutlich waren der sich mit zunehmender regionaler Arbeitslosenquote verstärkende Vorteil der Erwerbstätigkeit vor der Rehabilitation und der sich mit zunehmender regionaler Arbeitslosenquote verstärkende Nachteil einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit. So reduzierte sich die Wahrscheinlichkeit einer Erwerbsbeteiligung ein Jahr nach Beginn der Rehabilitationsmaßnahme von Personen mit einer Leistungsfähigkeit von unter drei Stunden von 62 % bei minimaler Arbeitslosenquote auf 54 % bei maximaler Arbeitslosenquote.

Diskussion und Fazit

Regionale Determinanten, wie die regionale Arbeitslosenquote und die regionale Facharztdichte, haben einen Einfluss auf die Rückkehr in Erwerbstätigkeit nach medizinischer Rehabilitation. Regionale Determinanten beeinflussen zudem wie bestimmte personenbezogene Determinanten auf die zukünftige Erwerbstätigkeit wirken: Sie können den Einfluss personenbezogener Determinanten verstärken oder abschwächen. In Analysen mit überregionalen Stichproben sollten regionale Determinanten als Haupteffekte und in der Wechselwirkung mit personenbezogenen Determinanten berücksichtigt werden. Dies sollte nach Möglichkeit jedoch kleinteiliger als in unseren Analysen erfolgen.

Literatur

Hetzel, C., Streibelt, M. (2016): Hängt die berufliche Wiedereingliederung nach beruflichen Bildungsleistungen vom Arbeitsmarkt ab? Rehabilitation, 55. 290-298.

Kopetsch, T. (2010): Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! - Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung. Berlin: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung.

Widera, T. (2009): Ausblick zur Ergebnisqualität - Indikatoren einer erfolgreichen Rehabilitation sowie Einflussfaktoren auf das Rehabilitationsergebnis. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Akzeptanz elektronischer Kommunikationshilfen im öffentlichen Umgang bei durch progrediente Erkrankungen in der Sprechmotorik eingeschränkten Erwachsenen

Marvin Breitling

Hintergrund und Zielstellung

Zwischenmenschliche Kommunikation kennzeichnet seit Anbeginn der Menschheit eines der grundlegenden Bedürfnisse und einen entscheidenden Pfeiler menschlichen Zusammenlebens. Die größte Bedeutung fällt hier der verbalen Kommunikation zu. Umso dramatischer ist es, wenn Menschen diese Fähigkeit im Laufe ihres Lebens verlieren.

In dieser Arbeit werden Menschen mit progredienten Erkrankungen (Amyotrophe Lateralsklerose, Morbus Parkinson, Multiple Sklerose etc.) betrachtet, da diese ihr Leben lang verbal kommunizieren konnten und der Verlust der Sprechfähigkeit bei vollständig erhaltenem Sprachverständnis eine enorme psychische Belastung darstellt. Um diesen Menschen auch weiterhin eine erfolgreiche Kommunikation im Alltag zu ermöglichen, werden elektronische Kommunikationshilfen eingesetzt.

Diese Kommunikationshilfen erstrecken sich, je nach (motorischen) Fähigkeiten der Nutzer, von Apps auf Smartphones oder Tablets bis hin zu komplexen Kommunikationsgeräten mit Infrarot-Augensteuerung. Trotz des großen Potenzials gestaltet sich der Einsatz der elektronischen Kommunikationshilfen im alltäglichen Leben der Nutzer sehr individuell und ist neben großen Chancen auch mit vielen Hürden und Risiken verbunden. Können diese Hürden für den Austausch mit den engsten Bezugspersonen überwunden werden, so stellt die öffentliche Kommunikation mit fremden Personen beim Einkaufen, Arztbesuchen oder ähnlichen Situationen eine große Herausforderung dar. Es ergeben sich somit folgende Fragestellungen:

- Wie hoch ist die Akzeptanz elektronischer Kommunikationshilfen im öffentlichen Umgang bei o.g. Zielgruppe?
- Welche Faktoren beeinflussen diese Akzeptanz?

Methoden

Es wurden im Sinne einer qualitativen Studie Leitfadeninterviews mit fünf Betroffenen durchgeführt, welche verschiedene elektronische Kommunikationshilfen mit unterschiedlichen Ansteuerungsmöglichkeiten nutzen. Diese halbstandardisierte Interviewform wurde gewählt, um die Gespräche möglichst offen zu gestalten, damit die Teilnehmer individuelle Antworten geben und die Gesprächsrichtung mitbestimmen können. Bei der Vorgabe der Interviewthemen und Einstiegsfragen wurden die besonderen Kommunikationsverhältnisse der Teilnehmer berücksichtigt, damit diese ohne anstrengende monologische Anteile durch alle Interviewbereiche geführt werden konnten.

Ergebnisse

In Hinblick auf die Akzeptanz bzw. die tatsächliche Nutzung der Kommunikationshilfen in der Öffentlichkeit lassen sich in den Interviews keine einheitlichen Ergebnisse erkennen. Zwei Teilnehmerinnen nutzen die Kommunikationsunterstützung durch eine Smartphone-App häufig in öffentlichen Situationen, ein Teilnehmer kommunizierte, als es für ihn motorisch noch möglich war, ebenfalls häufig öffentlich mit einer Tablet- und Smartphone-App. Ein komplexes Gerät mit Infrarot-Augensteuerung wird von einem der Teilnehmer, wenn auch selten, in öffentlichen Situationen zur Kommunikation genutzt. Hier lassen sich aufgrund der Interviews positive und negative akzeptanzbeeinflussende Faktoren erkennen.

Eine große Rolle spielt Ungeduld des Gegenübers oder Angst vor ungeduldigen Reaktionen. Besonders ein Teilnehmer und eine Teilnehmerin berichten von hoher Überwindung und Angst in der öffentlichen Kommunikation, was zu seltener bis keiner öffentlichen Kommunikation führe. Auch Größe und Gewicht der Kommunikationshilfe beeinflussen die Akzeptanz. Während die Kommunikation mit einer Smartphone-App auch in der Öffentlichkeit von drei der fünf Teilnehmer häufig genutzt wird, führen komplexere Geräte und größere Tablets zu seltener oder keiner Nutzung in öffentlichen Kommunikationssituationen. Ebenso beschreiben die auf eine Infrarot-Augensteuerung angewiesenen Teilnehmer, dass die öffentliche Kommunikation aufgrund der Sonnenempfindlichkeit und der aufwendigen Positionierung des Sensors kaum möglich sei. Bei Betrachtung der synthetischen Stimme stellen die Teilnehmer in den Interviews Störfaktoren und Unzufriedenheit heraus, eine Nutzung in öffentlichen Situationen beeinflusse diese aber nicht.

Diskussion und Fazit

Die technologische Zukunft elektronischer Kommunikationshilfen verspricht weitere Fortschritte, von der eigenen synthetischen Stimme mit Hilfe von „Voice-Banking“ (LogBUK GmbH, 2018) bis hin zu Ansteuerungsalternativen wie eine Gedankensteuerung durch das „Brain-computer interface“ (Light et al., 2019).

Doch neben den Gerätevoraussetzungen (Größe, Gewicht, Ansteuerungsmöglichkeiten) spielt in der Akzeptanzbildung besonders die Einstellung des Betroffenen gegenüber der eigenen Erkrankung und der elektronischen Kommunikationshilfe eine bedeutende Rolle. Je lockerer die Teilnehmer nach eigener Aussage mit der Form der Kommunikation umgehen, desto seltener spüren sie ungeduldige Reaktionen. Diese Einstellung scheint zum einen mit der Vernetzung der Nutzer mit weiteren Betroffenen durch Gruppen in sozialen Medien und daraus resultierendem häufigem Austausch in Verbindung zu stehen. Zum anderen lässt sich ein Zusammenhang mit starkem familiärem Rückhalt und positiven Einstellungen der engsten Bezugspersonen gegenüber der elektronischen Kommunikationshilfe erkennen. Eine gute Ausstattung mit elektronischen Kommunikationshilfen ist somit besonders im öffentlichen Umgang nicht gleichbedeutend mit einer hohen Akzeptanz der Geräte.

Die Ergebnisse der Interviews stützen den Appell von Light und McNaughton (2013), den Fokus anstelle der Technologie auf die individuelle Umwelt und Kommunikationsbedürfnisse der Nutzer bei der Versorgung mit elektronischen Kommunikationshilfen zu richten. Die Nutzer sollten neben der technischen Begleitung besonders in der Kommunikation und ihrem Selbstvertrauen während der Kommunikation logopädisch unterstützt werden.

Literatur

Light, J. & McNaughton, D. (2013): Putting people first: re-thinking the role of technology in augmentative and alternative communication intervention. Augmentative and Alternative Communication, 29(4), 299–309. https://doi.org/10.3109/07434618.2013.848935.

Light, J., McNaughton, D., Beukelman, D., Fager, S. K., Fried-Oken, M., Jakobs, T. (2019): Challenges and opportunities in augmentative and alternative communication: Research and technology development to enhance communication and participation for individuals with complex communication needs. Augmentative and Alternative Communication, 35(1), 1–12. https://doi.org/10.1080/07434618.2018.1556732.

LogBUK GmbH (Hrsg.). (2018): Mit der eigenen Stimme. Informationen zum Thema Voice Banking und Message Banking. Zugriff am 17.08.2020. Verfügbar unter https://www.logbuk.de/flyer-download?file=files/uploads/file/logbuk-faltblatt-information-09-2017.pdf&cid=385.

Aspekte der beruflichen Teilhabe bei Patienten mit seropositiver rheumatoider Arthritis unter leitliniengerechter medikamentöser Therapieintervention

Sara Eileen Meyer[1]; Juliana Rachel Hoeper[2]; Torsten Witte[1]; Kirsten Hoeper[1]; Dirk Meyer-Olson[3]

[1] Regionales Kooperatives Rheumazentrum Niedersachsen e.V., Medizinische Hochschule Hannover; [2] Center for Health Economics Research Hannover, Leibniz Universität Hannover; [3] m&i Fachklinik Bad Pyrmont und Medizinisches Forschungszentrum Weserbergland, Medizinische Hochschule Hannover

Hintergrund und Zielstellung

Die rheumatoide Arthritis (RA) ist eine der häufigsten chronischen, entzündlich-rheumatischen Systemerkrankung (Zink & Albrecht, 2016) und geht mit starken Funktionseinschränkungen einher, welche auf eine Vielzahl von Krankheitsmanifestationen beruhen. Aus diesem Grund stellen Einschränkungen der beruflichen Teilhabe einen wesentlichen Anteil an den Gesundheitskosten dieser Erkrankung dar (Huscher et al., 2015). Wir konnten kürzlich zeigen, dass sich trotz optimalem Therapiemanagement Einschränkungen der beruflichen Teilhabe bei Patienten mit aktiver seropositiver RA nur zu einem geringen Teil innerhalb eines Jahres zurückbilden (Meyer et al., 2020). Bei der Beurteilung der beruflichen Teilhabe bzw. deren Einschränkungen wird hauptsächlich differenziert zwischen Berufs-/Erwerbstätigkeit, Absentismus (krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit) und Präsentismus (eingeschränkte Leistungsfähigkeit während des Arbeitstages erfasst). Wie sich diese Aspekte der beruflichen Teilhabe unter medikamentöser Therapieintervention bei aktiver RA beeinflussen lassen, ist aktuell wenig untersucht. Weiterhin ist unklar, welche Krankheitsmanifestationen einen wesentlichen Einfluss auf persistierende Teilhabeeinschränkungen nach medikamentöser Intervention bei aktiver RA haben. Hier untersuchen wir den Verlauf der beruflichen Teilhabe unter medikamentöser

Intervention und beschreiben den Einfluss von Krankheitsaktivität, Depressivität und Fatigue bezüglich der Beeinträchtigungen der beruflichen Teilhabe nach 12 Monaten.

Methoden

In der multizentrischen ERFASS-Studie (Effektivität der RFA-Sprechstunde) wurden Patienten mit Rheumafaktor- und/oder APCA-positiver RA nach Treat-to-Target (T2T) prospektiv über zwölf Monate von 01/2018 bis 12/2019 untersucht. In die vorliegende Auswertung wurden ausschließlich Patienten im erwerbsfähigen Alter (18 bis 67 Jahre) eingeschlossen (n=179). Soziodemographische Daten wurden zu Baseline erhoben. Des Weiteren haben wir die Krankheitsaktivität mittels DAS28(CRP), Daten zu Berufstätigkeit und beruflicher Teilhabe mittels WPAI-Fragebogen, Depression mittels des Gesundheitsfragebogens für Patienten (PHQ9) und Fatigue zu Baseline, Monat 6 und Monat 12 analysiert.

Ergebnisse

Im Studienverlauf kam es zu einem signifikanten Abfall des mittleren DAS28 von 4,26 (SD 1,12) bei Studienbeginn auf 2,84 (SD 1,22; p<0.001) zu Monat 6 und auf 2,52 (SD 1,09; p<0.001) nach 12 Monaten. Am Studienende waren 63,4% der Patienten in Remission (DAS28<2,6) und bei 11,2% bestand eine niedrige Krankheitsaktivität (DAS28 2,6-3,2). Patienten, die durchgängig berufstätig waren und keinen Absentismus zeigten, hatten zu allen Messzeitpunkten eine hochsignifikant niedrigere Krankheitsaktivität als Patienten mit Einschränkungen der beruflichen Teilhabe (p<0,001). Letztere Gruppe erreichte zu Studienende nicht einmal im Mittel die Remission (mittlerer DAS28: 2,69), wohingegen bei Patienten ohne Einschränkungen der beruflichen Teilhabe der mittlere DAS28 zu Studienende 2,14 betrug.

Zu Baseline waren 40,7% (n=70) der Patienten nicht berufstätig, 27,3% (n=47) der Patienten arbeiteten in Teilzeit (<35 Wochenstunden) und 32,0% (n=55) arbeiteten in Vollzeit. Diese Anteile blieben konstant während des Studienzeitraums.

Von den Patienten im berufstätigen Alter war zu Studienbeginn nur 12,8% (n=14) voll arbeitsfähig (kein Absentismus und kein Präsentismus). Der Anteil stieg im Verlauf auf 17,8% (n=18) zu Monat 6 und auf 26,7% (n=24) zu Monat 12 (p=0,142). Der Anteil der Patienten mit Absentismus sank im Studienverlauf von 30,3% (n=33) zu Baseline auf 18,3% (n=17) zu Studienende (p=0,026). Der Anteil der berufstätigen Patienten Präsentismus schwankte im Studienverlauf zwischen 55% und 62% (p=0,411) (s. Abb.1).

Bei Studienende fand sich eine signifikante Assoziation von Depression und Fatigue mit eingeschränkter beruflicher Teilhabe (p<0,001) (s. Abb.2). Auch die Krankheitsaktivität nach DAS28 ergab einen signifikanten Unterschied (p=0,006). Dieser Unterschied war jedoch nicht von der Entzündungsaktivität (CRP und BSG), den druckschmerzhaften oder geschwollenen Gelenken sondern von der subjektiven Patienteneinschätzung getrieben.

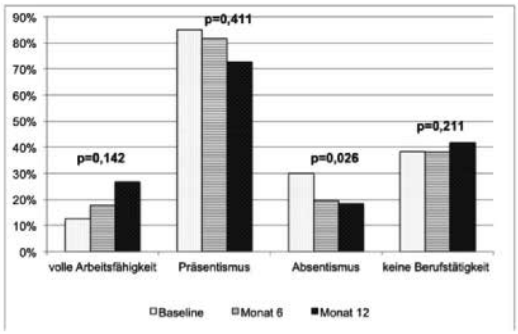


Abb. 1: Arbeitsfähigkeit im Studienverlauf

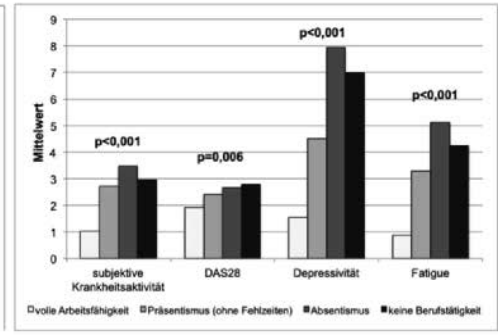


Abb. 2: Krankheitsdimensionen und Arbeitsfähigkeit zu Monat 12

Diskussion und Fazit

Einschränkungen der beruflichen Teilhabe nach erfolgreicher medikamentöser Intervention persistieren, vor allem in Form von Präsentismus und Absentismus, wobei letzterer unter T2T-Therapie um etwa ein Drittel signifikant zurückgegangen ist. In der kleinen Gruppe der Patienten ohne Einschränkungen der beruflichen Teilhabe hingegen war eine geringe aber nicht signifikante Besserung zu sehen. Wir konnten insbesondere neben der entzündlichen Krankheitsaktivität einen signifikant höheren Anteil von Depressivität, Fatigue und subjektiver Krankheitsaktivität bei Patienten mit beruflichen Teilhabeeinschränkungen identifizieren. Alle diese Faktoren sollten in die rehabilitationsmedizinische Interventionsstrategie einbezogen werden (Meyer-Olsonet al.,, 2019).

Literatur

Huscher D, Mittendorf T, von Hinuber U, Kotter I, Hoese G, Pfafflin A, et al. (2015): Evolution of cost structures in rheumatoid arthritis over the past decade. Ann Rheum Dis. 2015;74(4):738-45.

Meyer, SE, Hoeper, JR, Witte, T, Hoeper, K, Meyer-Olson, D. (2020): Substantial Work Limitations in Patients with Rheumatoid Arthritis despite Optimal Treat-to-Target (T2T) Drug Therapy Intervention [Poster]. ACR Convergence 2020, Washington D.C..

Meyer-Olson D, Hoeper K, Sturm C, Busche T, Brückle W, Roth K, et al. (2019): Rehabilitation von Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen. Akt Rheumatol. 2019;44(06):383-91.

Zink A, Albrecht K (2016): [How frequent are musculoskeletal diseases in Germany?]. Zeitschrift fur Rheumatologie. 2016;75(4):346-53.

Förderung: Gemeinsamer Bundesausschuss - Innovationsfond (2016-2019)

Auswirkungen des ersten Corona bedingten Teil-Lockdowns auf die Langzeiteffekte einer Mutter-Kind-Maßnahme

Claudia Kirsch; Deborah Leddin
Medizinische Hochschule Hannover

Hintergrund und Zielstellung

Während des ersten Corona bedingten Teil-Lockdowns wurden viele Menschen in Homeoffice, Kurzarbeit oder gar Arbeitslosigkeit geschickt. Eltern mussten sich darüber hinaus um die Organisation des Homeschoolings der eigenen Kinder kümmern (Andresen et al., 2020). Diese Belastungen wurden vor allem durch die Mütter aufgefangen, welche ihre Arbeitszeit reduzierten, um die Betreuung ihrer Kinder sicherzustellen (Kohlrausch & Zucco, 2020).

Doch wie ist es Müttern ergangen, die 2018/2019 aufgrund ihrer gesundheitlichen und psychosozialen Belastungen eine Mutter-Kind-Maßnahme in Anspruch genommen haben und vor Corona bereits hoch belastet waren? Welchen Einfluss hatten die Veränderungen der Arbeitssituation und der Beziehung zum Kind/zu den Kindern sowie zum Partner durch den ersten partiellen Corona-Lockdown auf die Langzeiteffekte einer Mutter-Kind-Maßnahme? Um diesen Fragen nachzugehen, wurden 676 Mütter aus 8 Mutter-Kind-Kliniken, die 2018/2019 an der Studie „Ressourcenaktivierung und Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität durch stationäre Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen“ (RessQu) teilgenommen hatten, zu einer Online-Nachbefragung eingeladen.

Methoden

Die Online-Befragung wurde mit SoSci Survey durchgeführt und fand von Juli bis Oktober 2020 als fünfter Erhebungszeitpunkt (T4) der RessQu-Studie statt. In der Online-Befragung wurden, wie zu Beginn der stationären Mutter-Kind-Maßnahme (T1), anhand einer Itembatterie die gesundheitlichen Beschwerden der Mütter erfasst.

Zunächst wurde durch McNemar-Tests überprüft, bei welchen Items eine Langzeitverbesserung durch die stationäre Maßnahme erreicht wurde. Durch logistische Regressionen wurde ermittelt, inwiefern der Corona bedingte Teil-Lockdown einen Einfluss auf die Langzeiteffekte der stationären Mutter-Kind-Maßnahme hatte. Dabei wurden die Aspekte Veränderung der Arbeitssituation (Homeoffice, Kurzarbeit etc.) sowie Verschlechterung der Beziehung zum Kind/zu den Kindern und zum Partner bedingt durch Corona als unabhängige Variablen in die Regressionsmodelle einbezogen. Eine eigene Infektion mit dem Virus sowie eine häusliche Quarantäne konnten aufgrund zu geringer Fallzahlen als Variablen nicht berücksichtigt werden.

Ergebnisse

An der Online-Befragung beteiligten sich 179 Mütter (M=44,8 Jahre, SD=7,3), die auch bereits an der Hauptuntersuchung (T1) teilnahmen. Bei 55,3 % der Mütter kam es während des Lockdowns zu einer Veränderung der Arbeitssituation, bei 18,5 % hat sich die Beziehung zum Kind/zu den Kindern und bei 29,0 % zum Partner verschlechtert.

Trotz des partiellen Lockdowns konnten die Mütter ihre mittleren bis sehr starken gesundheitlichen Beschwerden vor allem in Bezug auf Burnout/totale Erschöpfung (Chi-Quadrat=15,84, p=.000, n=178) sowie Migräne (Chi-Quadrat=9,13, p=.003, n=177) langfristig vom Beginn der stationären Maßnahme 2018/2019 (T1) bis zur Online-Befragung (T4) um durchschnittlich 20,4 bzw. 13,2 Prozentpunkte hoch signifikant verbessern.

Der Corona bedingte Teil-Lockdown hatte lediglich bei Burnout/totaler Erschöpfung (Nagelkerkes R-Quadrat=.161) und psychischen Beschwerden (Nagelkerkes R-Quadrat=.113) einen Einfluss auf die Langzeiteffekte der Mutter-Kind-Maßnahme. Kam es bei den Müttern während des Lockdowns zu einer Veränderung der Arbeitssituation, so war die Wahrschein-lichkeit von mittleren bis sehr starken Beschwerden bei Burnout/totaler Erschöpfung höchst signifikant um das 3,1-fache (OR=0,318, p=.000) geringer als bei den Müttern, bei denen sich die Arbeitssituation nicht verändert hat. Hatte sich die Beziehung zum Kind/zu den Kindern durch den Lockdown verschlechtert, war die Wahrscheinlichkeit von mittleren bis sehr star-ken Beschwerden bei Burnout/totaler Erschöpfung signifikant um das 3,8-fache (OR=3,805 p=.005) erhöht im Vergleich zu den Müttern, bei denen sich durch Corona die Beziehung zum Kind verbessert hat oder unverändert geblieben ist. Die Wahrscheinlichkeit von mittleren bis sehr starken psychischen Beschwerden wurde durch die Veränderung der Arbeitssituation durch Corona signifikant um das 1,9-fache (OR=0,525, p=.044) verringert. Eine Verschlech-terung der Beziehung zum Partner durch Corona, hatte jedoch die Wahrscheinlichkeit von mittleren bis sehr starken psychischen Beschwerden signifikant um das 2,4-fache (OR=2,433 p=.035) erhöht im Vergleich zu denjenigen, bei denen sich durch Corona die Beziehung zum Partner verbessert hat oder unverändert geblieben ist.

Diskussion und Fazit

Die stationäre Mutter-Kind-Maßnahme führte zu einer langfristigen Verbesserung von Burnout/totale Erschöpfung und Migräne.

Die Verbesserung von Burnout/totale Erschöpfung und psychischen Beschwerden durch die Corona bedingte Veränderung der Arbeitssituation lässt darauf schließen, dass die vorherige Arbeitssituation die hohe Erschöpfung bedingt hat. Eine Verschlechterung der familiären Beziehungen durch Corona hat sich wiederum negativ ausgewirkt.

Die Ergebnisse der Onlinebefragung zeigen somit auf, wie sich der Corona bedingte Teil-Lockdown auf die Gesundheit der Mütter auswirkte und dienen der Weiterentwicklung der zielgruppenspezifischen Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen.

Literatur

Andresen, S., Lips, A., Möller, R., Rusack, T., Schröer, W., Thomas, S., Wilmes, J. (2020): Kinder, Eltern und ihre Erfahrungen während der Corona-Pandemie. Universitätsverlag Hildesheim. Hildesheim. URL: https://hildok.bsz-bw.de/frontdoor/index/index/docId/1081, Abruf: 15.06.2020.

Kohlrausch, B., Zucco, A. (2020): Die Corona-Krise trifft Frauen doppelt – Weniger Erwerbseinkommen und mehr Sorgearbeit. Policy-Brief WSI Nr. 40, Hans-Böckler-Stiftung. URL: https://www.wsi.de/de/faust-detail.htm?sync_id=8906, Abruf: 09.11.2020.

Förderung: Mitglieder des Forschungsverbundes Familiengesundheit

Beeinflussende Faktoren für die Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit Rückenmarksverletzungen

Christian Sturm; Andrea Bökel; Christoph Gutenbrunner; Christoph Egen
Medizinische Hochschule Hannover

Hintergrund und Zielstellung

Für Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen ist es nach wie vor schwierig, gleichermaßen in den Arbeitsmarkt integriert zu sein und zu bleiben. Aus diesem Grund wurde die Frage der beruflichen Tätigkeit vom German Spinal Cord Injury Survey (GerSCI) explizit untersucht, um Barrieren und Erleichterungen für die Teilnahme am Arbeitsmarkt zu identifizieren.

Methoden

Querschnittsstudie mit explorativer Beobachtung. Die GerSCI-Umfrage ist der deutsche Teil des International Spinal Cord Injury Survey (InSCI). Es werden Daten von Personen verwendet, die an acht spezialisierten SCI-Zentren in Deutschland rekrutiert wurden.

Teilnehmer: 1.479 Personen mit Rückenmarksverletzungen (Spinal Cord Injury: SCI) im Alter von 18 Jahren und älter

Ergebnisse

In einem Selbstauskunftsfragebogen zeigten sich Personen mit SCI als eine beruflich gut ausgebildete und hoch motivierte Gruppe, wobei die meisten von ihnen eine Erwerbstätigkeit anstreben und sich als arbeitsfähig betrachten. Es wurden viele veränderliche und nicht veränderliche Faktoren gefunden, die wahrscheinlich die Rückkehr an den Arbeitsplatz nach dem Erwerb von SCI beeinflussen.

Diskussion und Fazit

Bildung und Schmerz gehören zu den kritischsten Faktoren mit dem Potenzial, die Wahrscheinlichkeit einer Beschäftigung zu verbessern, was nicht nur für das Geldverdienen, sondern auch für das Selbstvertrauen und die soziale Integration von wesentlicher Bedeutung und von hoher Relevanz ist.

Beeinträchtigungen durch Querschnittlähmungen haben an sich viele Dimensionen; auch die Unterstützung sollte mehrdimensional sein. Studienergebnisse könnten zur Verbesserung der Partizipation beitragen.

Literatur

Bökel, A., Blumenthal, M., Egen, C., Geng, V., and Gutenbrunner, C. Querschnittlähmung in Deutschland: Eine nationale Befragung (German Spinal Cord Injury Survey (GerSCI) Teilprojekt des Spinal Cord Injury Community Survey (InSCI)). DOI=10.26068/mhhrpm/20191009-003.

Förderung: Manfred Sauer Stiftung

Beeinflusst die pneumologische Rehabilitation dysfunktionale Atemmuster bei Asthmatikern?

Franziska Ebert[1]; Michael Schuler[2]; Dennis Nowak[3]; Larissa Schwarzkopf[4]; Markus Hayden[1]; Konrad Schultz[1]

[1] Klinik Bad Reichenhall; [2] hsg Bochum - Hochschule für Gesundheit;
[3] Klinikum der Ludwigs-Maximilians-Universität München; [4] Helmholtz Zentrum München

Hintergrund und Zielstellung

Dysfunktionale Atmungsmuster (DAM) gehen bei Asthmatikern häufig mit einer fehlenden Asthmakontrolle einher. Der Nijmegen-Questionnaire (NQ) quantifiziert DAM anhand einer Skala von 0 – 64. Im Rahmen der EPRA-RCT (Schultz K. et al., 2020) wurden u.a. die Scores des NQ im Verlauf einer pneumologischen Rehabilitation (PR) erfasst. Ziel dieser Analyse ist es, zu prüfen, ob und wie stark die NQ-Scores mit der Asthmakontrolle, der Lebensqualität, sowie Angst und Depression korreliert.

Methoden

Der NQ ermittelt mittels 16 Items [0 Nie – 4 sehr oft]einen Gesamtscore, der >23 auf ein relevantes DAM hinweist. Für die Analyse wurden die auf Korrelationen zu prüfende Variablen anhand folgender Assessments erhoben: Asthmakontrolle anhand des Asthma Control Tests (Schatz et al., 2006) (ACT [5-25]), Depression anhand des Patient Health Questionnaire 9 (Kroenke et al., 2001) (PHQ-9 [0-27]), Angst anhand des Generalized Anxiety Disorder 7 (Plummer et al., 2016) (GAD-7 [0-21]) und Lebensqualität anhand des Asthma Quality of Life Questionnaire (Juniper et al., 1999) (AQLQ [1-7]).

Durchgeführt wurde die Datenerhebung, im Rahmen der EPRA-RCT mittels Wartekontrollgruppendesign. Die Erhebungszeitpunkte waren: 4 Wochen vor Reha-Beginn der Interventionsgruppe (T0), zum Reha-Ende der IG (T2) und 3 Monate nach Abschluss der PR der IG (T3). Während dieses Zeitraums wartete die Kontrollgruppe auf die PR. Ausgewertet wurden die NQ-Scores beider Gruppen zu T3. Zudem wurden Pearson-Korrelationen zu T0 berechnet.

Ergebnisse

Eingeschlossen wurden 412 Patienten (IG: n =202, KG: n = 210), mit unkontrolliertem Asthma (Ø ACT 13,0 ± 3,7), Ø FEV1: 81,2%pred. ± 21,5, Ø Alter: 51,1 ± 8,8, 42,5% Frauen.

Es fanden sich mittelhohe bis hohe Pearson-Korrelationen für ACT ($r = -0{,}43$; $p < 0{,}001$), GAD 7 ($r = 0{,}79$; $p < 0{,}001$), AQLQ ($r = 0{,}63$; $p < 0{,}001$) und PHQ ($r = 0{,}63$; $p < 0{,}001$).

Die NQ-Scores wurden zu T3, über einen t-test für unabhängige Stichproben, verglichen. Es ergab sich ein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen ($p < 0{,}001$).

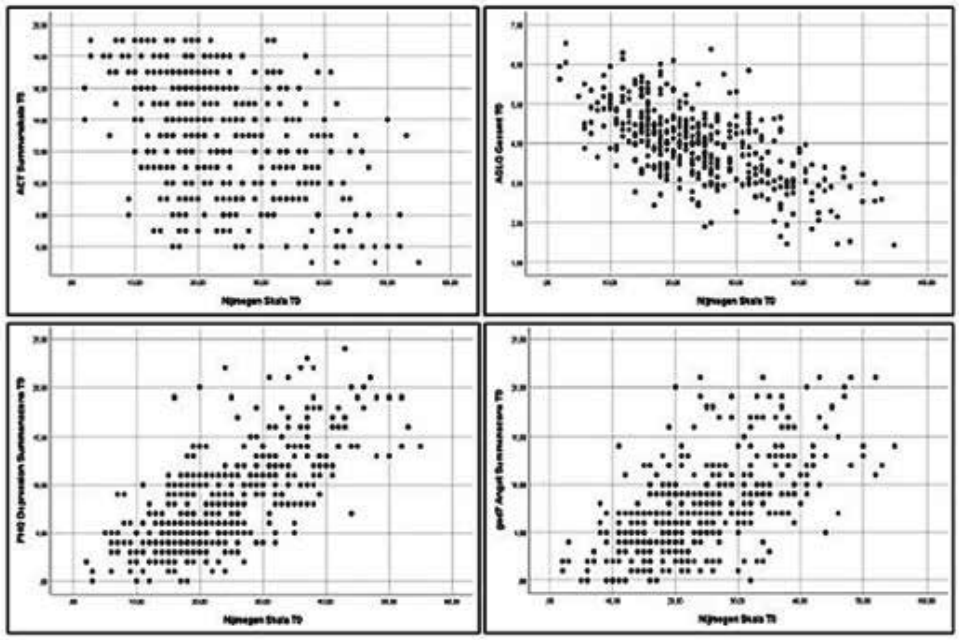


Abb 1A: Pearson-Korrelationen des NQ-Summenscores gegen ACT, AQLQ, PHQ-9 und GAD-7

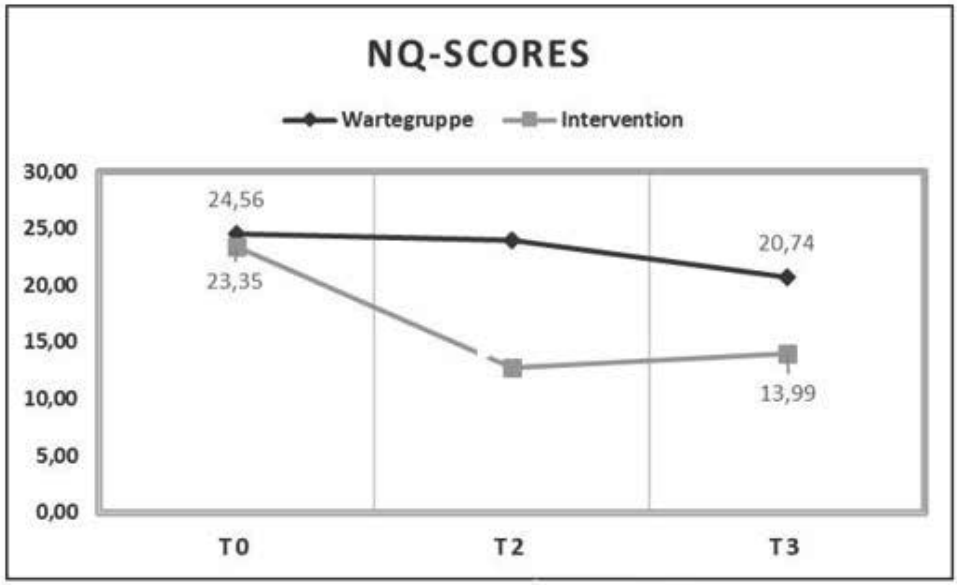


Abb 1B: Mittelwerte der Gesamtscores des Nijmegen-Questionnaire IG ⇔ KG von T0 zu T3

Diskussion und Fazit

Die Reduktion der NQ-Scores im Rahmen der Rehabilitation sowie deren Korrelation mit Lebensqualität, Angst, Depression sowie Asthmakontrolle legt einen deutlichen Zusammenhang der Verbesserung der DAM mit der Verbesserung mit letzten Outcomes nahe. Dieser Zusammenhang sollte in zukünftigen Analysen genauer untersucht werden.

Literatur

Juniper, E. F.; Buist, A. S.; Cox, F. M.; Ferrie, P. J.; King, D. R. (1999): Validation of a standardized version of the Asthma Quality of Life Questionnaire. In: Chest 115 (5), S. 1265–1270. DOI: 10.1378/chest.115.5.1265.

Kroenke, K.; Spitzer, R. L.; Williams, J. B. (2001): The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. In: Journal of general internal medicine 16 (9), S. 606–613. DOI: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.

Schatz, Michael; Sorkness, Christine A.; Li, James T.; Marcus, Philip; Murray, John J.; Nathan, Robert A. et al. (2006): Asthma Control Test: reliability, validity, and responsiveness in patients not previously followed by asthma specialists. In: The Journal of allergy and clinical immunology 117 (3), S. 549–556. DOI: 10.1016/j.jaci.2006.01.011.

Schultz K.; Wittmann M.; Wagner R.; Lehbert N.; Schwarzkopf L.; Szentes B.; Nowak D.; Faller H.; Schuler M. (2020): Stationäre pneumologische Rehabilitation zur Verbesserung der Asthmakontrolle. Eine randomisierte kontrollierte Studie (EPRA, Effektivität pneumologischer Rehabilitation bei Asthma bronchiale). Deutsches Ärzteblatt 2020 (im Druck)

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd

Berufliche Veränderungen und deren Unfreiwilligkeit bei Überlebenden von Brustkrebs 5-6 Jahre nach Diagnose

Kati Hiltrop[1]; Paula Heidkamp[1]; Clara Breidenbach[2]; Christoph Kowalski[2]; Anna Enders[3]; Holger Pfaff[4]; Nicole Ernstmann[1]

[1] Forschungsstelle für Gesundheitskommunikation und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Bonn,

[2] Deutsche Krebsgesellschaft; [3] Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung;

[4] Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft

Hintergrund und Zielstellung

Mit knapp 70.000 Neuerkrankungen pro Jahr stellt Brustkrebs in Deutschland die häufigste Krebsart bei Frauen dar (Robert Koch-Institut, 2019). Verbesserte Therapiemöglichkeiten und Maßnahmen zur Früherkennung tragen zu einer 5-Jahres-Überlebensrate von 79% bei Frauen und 62% bei Männern mit Brustkrebs bei (Robert Koch-Institut, 2019). Da 30% der Betroffenen bei Erhalt der Diagnose jünger als 55 Jahre alt und somit im erwerbsfähigen Alter sind (Robert Koch-Institut, 2019), kommt der Wiederaufnahme der Arbeit nach der Krebserkrankung eine steigende Bedeutung zu. Die Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit erlaubt soziale Teilhabe, finanzielle Sicherheit und erfüllt eine sinn- und identitätsstiftende Funktion (Peteet, 2000).

In den letzten Jahren wurde die berufliche Wiedereingliederung von Krebspatient*innen mit einem Fokus auf objektive Aspekte, wie Determinanten und Zeitpunkt der Rückkehr oder das Auftreten beruflicher Veränderungen, untersucht (Paltrinieri et al., 2018; Torp et al., 2019).

Um ein besseres Verständnis dafür entwickeln zu können, was diese Erfahrungen für die Betroffenen bedeuten, ist es wichtig, subjektive Indikatoren des beruflichen Wiedereingliederungserfolgs nach einer Krebserkrankung zu berücksichtigen. In Bezug auf berufliche Veränderungen zeigen erste Studien, dass die Veränderungen hinsichtlich ihrer Freiwilligkeit unterschiedlich bewertet werden (Maunsell et al., 1999).

Ziel der Studie ist die Beschreibung beruflicher Veränderungen und deren Unfreiwilligkeit. Des Weiteren soll untersucht werden, wie die Veränderungen und deren Unfreiwilligkeit mit der Zufriedenheit der beruflichen Entwicklung seit der Diagnose assoziiert sind.

Methoden

Es wurden Daten der mixed-methods B-CARE Studie (Breast cancer patients' return to work) verwendet. Für 184 Überlebende von Brustkrebs stehen Daten zu vier Erhebungszeitpunkten zur Verfügung: während des Krankenhausaufenthaltes (T1), zehn Wochen (T2), 40 Wochen (T3) sowie fünf bis sechs Jahre nach Krankenhausentlassung (T4). Zu T4 wurden diejenigen Teilnehmerinnen, die zu T1 erwerbstätig waren, erneut befragt (Rücklaufquote 35%). Zudem wurden mit 26 B-CARE Teilnehmerinnen halb-standardisierte Interviews geführt, welche inhaltsanalytisch ausgewertet wurden.

Zur Auswertung der beruflichen Veränderungen wurden deskriptive Analysen durchgeführt. Um herauszufinden, wie die Anzahl der beruflichen Veränderungen und deren Freiwilligkeit mit der Zufriedenheit bezüglich der beruflichen Entwicklung seit der Krebserkrankung zusammenhängen, wurden stufenweise lineare Regressionen berechnet. Die abhängige Variable wurde auf einer fünfstufigen Likert-Skala gemessen (1=unzufrieden bis 5=zufrieden). Die Freiwilligkeit der beruflichen Veränderungen wurde ebenfalls anhand einer fünfstufigen Likert-Skala erfasst (1=unfreiwillig bis 5=freiwillig) und für die Analyse rekodiert und gemittelt, sodass höhere Werte höhere durchschnittliche Unfreiwilligkeit ausdrücken. Kontrolliert wurde für soziodemografische, krankheitsbezogene sowie arbeits(platz)bezogene Variablen.

Ergebnisse

Das Durchschnittsalter der 184 weiblichen Teilnehmerinnen lag bei 57 Jahren. Insgesamt 105 der 184 Befragten (57,1%) berichteten mindestens eine berufliche Veränderung, welche sich seit der Brustkrebsdiagnose ergeben hatte. Die häufigste genannte Veränderung war die Reduktion der Arbeitszeit. Im Rahmen der qualitativen Interviewdaten konnten persönliche, familiäre, gesundheitliche sowie arbeits(platz)bezogene Motive für diese Arbeitszeitreduktion analysiert werden. Insgesamt 16% aller berichteten beruflichen Veränderungen wurden als (eher) unfreiwillig bewertet. Zu den am häufigsten genannten unfreiwilligen Veränderungen zählten die Erhöhung des Arbeitsumfangs und der Arbeitsbelastung sowie der Renteneintritt (zumeist in Erwerbsminderung oder frühzeitig). Die Ergebnisse der finalen Regressionsanalyse zeigten signifikante positive Assoziationen zwischen der Zufriedenheit mit der beruflichen Entwicklung seit Diagnose und dem Alter sowie einer Verbesserung des selbstberichteten Gesundheitsstatus ΔT2-T3 und ΔT3-T4. Eine höhere durchschnittliche Unfreiwilligkeit der beruflichen Veränderungen war signifikant negativ mit der beruflichen Zufriedenheit seit Diagnose assoziiert. Verheiratet sein, die Anzahl der Kinder, eine höhere Berufsausbildung, das UICC TNM Stadium, kein Rezidiv und das soziale Kapital der Arbeitsstätte, zu der die Betroffenen zurückgekehrt sind, sowie die Anzahl beruflicher Veränderungen waren keine signifikanten Variablen im finalen Modell.

Diskussion und Fazit

Während die bloße Anzahl von beruflichen Veränderungen keinen signifikanten Prädiktor für die Zufriedenheit mit der beruflichen Entwicklung seit Diagnose darstellt, ist das Erleben von Unfreiwilligkeit signifikant negativ mit der Zufriedenheit assoziiert. Langfristige Unterstützungsangebote, die eine zufriedenstellende Teilhabe am Arbeitsleben ermöglichen und unfreiwillige berufliche Veränderungen verhindern, werden als sinnvoll angesehen. Um den Erfolg der beruflichen Wiedereingliederung beurteilen zu können, ist weitere Forschung zu subjektiven arbeitsbezogenen Indikatoren notwendig.

Literatur

Maunsell, E.; Brisson, C.; Dubois, L.; Lauzier, S.; Fraser, A. (1999): Work problems after breast cancer: An exploratory qualitative study. Psycho-oncology, 8(6). 467–473.

Paltrinieri, Sara; Fugazzaro, Stefania; Bertozzi, Lucia; Bassi, Maria Chiara; Pellegrini, Martina; Vicentini, Massimo et al. (2018): Return to work in European cancer survivors: A systematic review. Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer, 26(9). 2983–2994.

Peteet, John R. (2000): Cancer and the meaning of work. In: General Hospital Psychiatry, 22(3). 200–205.

Robert Koch-Institut (2019): Krebs in Deutschland für 2015/2016.

Torp, Steffen; Paraponaris, Alain; van Hoof, Elke; Lindbohm, Marja-Liisa; Tamminga, Sietske J.; Alleaume, Caroline et al. (2019): Work-Related Outcomes in Self-Employed Cancer Survivors: A European Multi-country Study. Journal of occupational rehabilitation, 29(2). 361–374.

Interessenkonflikt: Christoph Kowalski und Clara Breidenbach sind Mitarbeiter der Deutschen Krebsgesellschaft.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Berufsbezogener Gesundheitscheck der Rentenversicherung: Ein-Jahres-Follow-Up bei teilnehmenden Pflegekräften

Marina Jost; Theresa Kölle; Rainer Kaluscha; Gert Krischak

IFR Ulm

Hintergrund und Zielstellung

Ein wesentliches Ziel des Flexirentengesetzes aus dem Jahr 2016 ist es, die Rolle der Prävention bei der gesetzlichen Rentenversicherung zu stärken. In trägerübergreifenden Modellprojekten erprobt die Rentenversicherung daher die Einführung einer berufsbezogenen Gesundheitsvorsorge für Versicherte ab dem vollendeten 45. Lebensjahr nach §14 Abs. 3 SGB VI. In diesem Sinne boten die Rentenversicherungsträger Baden-Württemberg und

Bund gemeinsam mit weiteren Kooperationspartnern einen berufsbezogenen Gesundheitscheck für Pflegekräfte aus dem Stadt- und Landkreis Karlsruhe im Jahr 2018 an.

Die Möglichkeit zur Teilnahme am Ü45-Gesundheitscheck erhielten Pflegekräfte im Alter von 45 bis 52 Jahren, die bereits Beeinträchtigungen der beruflichen Leistungsfähigkeit aufwiesen. Hierzu versendeten die Rentenversicherungsträger an insgesamt 1.466 Pflegekräfte Einladungsschreiben inklusive eines Selbsttests, dem Work Ability-Index (WAI), der die Arbeitsfähigkeit erfasst und hilft, den Bedarf an der Teilnahme am Ü45-Gesundheitscheck festzustellen. Sofern das WAI-Ergebnis den Schwellwert von 44 Punkten unterschritt, wurden die Pflegekräfte gebeten, einen Termin in einer Untersuchungsstelle im Raum Karlsruhe zur Inanspruchnahme des Ü45-Gesundheitschecks zu vereinbaren. In einer ärztlichen Beratung wurde dann die berufliche Gesundheit (z.B. tätigkeitsbedingte Belastungsfaktoren) der Pflegekraft besprochen und bei Bedarf wurden Empfehlungen zur Teilnahme an speziellen Angeboten (z.B. einer medizinischen Rehabilitation) ausgesprochen.

Ein wesentliches Ziel der Evaluation des Modellvorhabens ist es festzustellen, welche Empfehlungen die Teilnehmer des Ü45-Gesundheitschecks von den Ärzten erhalten und inwiefern sie diese ein Jahr nach Inanspruchnahme des Angebots umgesetzt haben. Zudem sollen gesundheitliche und berufliche Veränderungen erfasst werden, die sich bei den Pflegekräften seit der Teilnahme am Ü45-Gesundheitscheck ergeben haben.

Methoden

Insgesamt nahmen nur 49 der 1.466 kontaktierten Pflegekräfte im Jahr 2018 an einem Ü45-Gesundheitscheck teil. Diese wurden ein Jahr später erneut angeschrieben und gebeten, an einer schriftlichen Nachbefragung teilzunehmen. Im Gesamten nahmen 21 Personen an dieser Nachbefragung teil. Die Ergebnisse aus den n=21 Fragebögen wurden im Rahmen der Studie deskriptiv ausgewertet.

Ergebnisse

Insgesamt fiel die Teilnahme an den speziellen Gesundheitsangeboten, die im Rahmen des Ü45-Gesundheitschecks empfohlen wurden, eher gering aus. So haben nur neun von 21 Pflegekräften infolge einer Empfehlung an solchen Gesundheitsangeboten teilgenommen. Nach Angaben der Pflegekräfte wurde deutlich häufiger eine persönliche Empfehlung in Bezug auf Ernährung, Bewegung und Entspannung ausgesprochen und umgesetzt als in Bezug auf konkrete Gesundheitsangebote der DRV oder anderer Träger. Die Hauptgründe für die Nichtteilnahme an den speziellen Gesundheitsangeboten bzw. auch für das Nicht-Umsetzen von einigen persönlichen oder sonstigen Empfehlungen lagen zum einen darin, dass die Gesundheitsangebote nicht mit den Arbeitszeiten zu vereinbaren waren (6 Pflegekräfte) und zum anderen haben familiäre bzw. häusliche Verpflichtungen (4 Pflegekräfte) die Pflegekräfte daran gehindert. Alle Gründe für die Nichtteilnahme an den speziellen Angeboten der DRV und anderer Träger bzw. für das Nicht-Umsetzen von persönlichen oder sonstigen Empfehlungen sind in Abbildung 1 dargestellt. Es zeigte sich, dass die Teilnahme am Ü45-Gesundheitscheck bzw. den Gesundheitsangeboten das Gesundheitsbewusstsein der Pflegekräfte positiv beeinflusst hat (Abbildung 2). So haben sich bspw. 16 Pflegekräfte vorgenommen auf eine gesündere Ernährung zu achten und weitere 14 Pflegekräfte möchten sich mehr um die eigene Gesundheit kümmern.

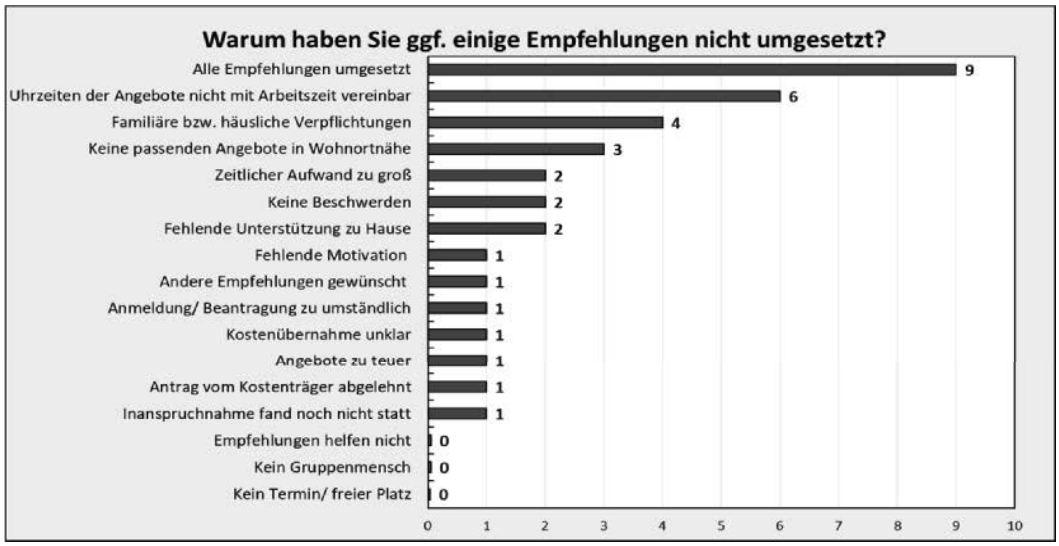


Abb. 1:Gründe für die Nichtteilnahme an speziellen Gesundheitsangeboten der DRV und anderer Träger bzw. für das Nicht-Umsetzen von persönlichen oder sonstigen Empfehlungen

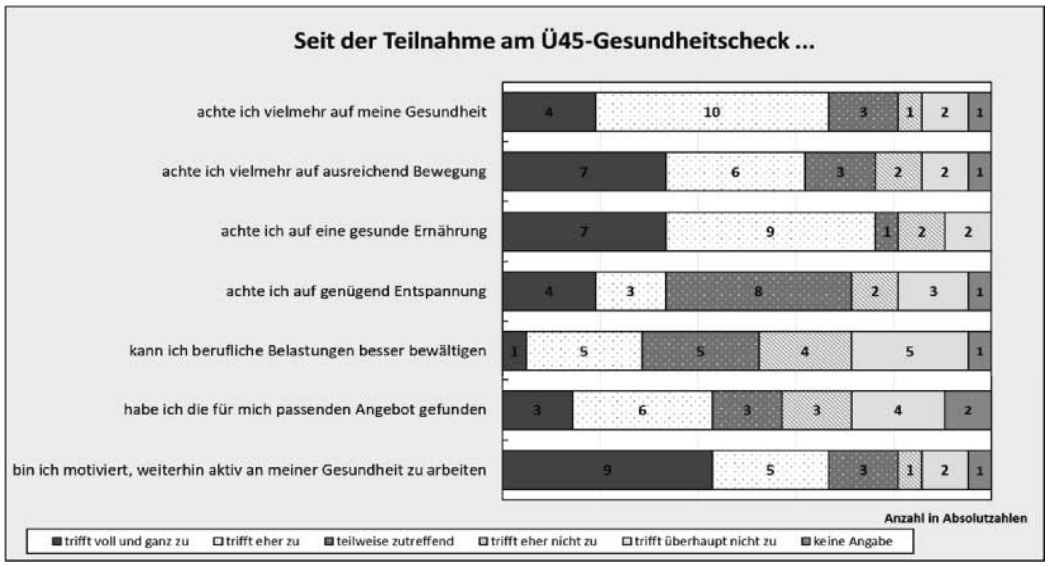


Abb. 2: Veränderungen am Gesundheitsbewusstsein der teilnehmenden Pflegekräfte

Auch haben die Pflegekräfte auf der gesundheitlichen Ebene von der Teilnahme profitiert. So hat sich bei elf Pflegekräften vor allem die körperliche Gesundheit deutlich oder zumindest etwas verbessert, aber auch die seelische Gesundheit (8 Pflegekräfte) und die Lebensqualität (9 Pflegekräfte) verbesserte sich bei einigen Pflegekräften etwas. Hingegen konnten keine weitreichenden Veränderungen im Erwerbsleben bzw. keine Verbesserung der beruflichen Situation bei den Pflegekräften ein Jahr nach Inanspruchnahme des Ü45-Gesundheitschecks festgestellt werden.Insgesamt würden 13 von 21 Pflegekräften den berufsbezogenen Gesundheitscheck weiterempfehlen, insbesondere deshalb, weil dieser die Teilnahme an unterschiedlichen Gesundheitsangeboten erst ermöglicht und eine Möglichkeit zur Verbesserung der Gesundheit und Lebensqualität aufzeigt.

Diskussion und Fazit

Trotz geringer Inanspruchnahme des speziell auf die Berufsgruppe der Pflegekräfte ausgerichteten Präventionsangebots kann zusammenfassend festgestellt werden, dass der berufsbezogene Gesundheitscheck ein gutes Angebot ist, von dem teilnehmende Pflegekräfte profitiert haben und von dem andere Berufsgruppen bei Einführung in die Regelversorgung vermutlich profitieren würden. Um die Bereitschaft der Versicherten mit Bedarf zur Teilnahme zu erhöhen, ist jedoch zu empfehlen, dass die Kommunikationswege z.B. in Form einer persönlichen Ansprache durch den Betriebsarzt oder Arbeitgeber optimiert und entsprechend der verschiedenen Berufsgruppen angepasst werden.

Literatur

--

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Das soziale Netzwerk als Ausgangspunkt für Präventionsmaßnahmen zum Erhalt der psychischen Gesundheit von Studierenden

Jens Knispel; Veneta Slavchova; Viktoria Arling
RWTH Aachen

Hintergrund und Zielstellung

In den letzten Jahren weisen Studien auf einen Anstieg psychischer Probleme bei Studierenden hin, die sich auch in der steigenden Nachfrage in Bezug auf psychosoziale Beratung und universitäre Unterstützungsangeboten widerspiegeln (vgl. Brandl-Bredenbeck et al., 2013). Vor dem Hintergrund, dass sich Studierende noch relativ weit am Anfang ihres Berufslebens befinden, gilt es bereits in diesem frühen Stadium Problemfelder aufzudecken, die sich im weiteren Verlauf des Lebens als gesundheitliches Problem manifestieren könnten und in der Folge ggf. die Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen erfordern.

Das Ziel der vorliegenden Studie bestand nun darin, im Sinne von Primär- bzw. Sekundärprävention Themenfelder zu identifizieren, auf die Präventionsmaßnahmen zum Erhalt der psychischen Gesundheit von Studierenden abzielen können. Dabei wurde der Fokus auf potenziell veränderliche Merkmale gelegt, die im Rahmen der Verhaltens- bzw. Verhältnisprävention aufgegriffen werden können (z.B. Kempf, 2010). Fokussiert wurde in der Studie insbesondere auf die soziale Einbindung bzw. das soziale Netzwerk der Studierenden.

Methoden

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde eine Online-Studie entwickelt. Einschlusskriterium war es, dass die Befragten aktuell in ein Studium eingeschrieben waren. Zur Erfassung der psychischen Gesundheit kam der General Health Questionnaire 12 (GHQ-12) in der Version von Goldberg und William (2011) zum Einsatz.

Die wahrgenommene sozialen Unterstützung wurde mit Hilfe des Fragebogens zur sozialen Unterstützung (F-SozU, Kurzform mit 14 Items) von Fydrich et al. (2007) erhoben. Die Empfindung von Einsamkeit bzw. sozialer Isolation wurde mittels einer Drei-Item-Skala operationalisiert (deutsche Version der Skala von Hughes et al., 2004). Weiterhin wurde die quantitative Größe des sozialen Netzwerkes erfasst (eigene Abfragen).

An der Online-Befragung nahmen im Zeitraum zwischen Dezember 2019 und Januar 2020 insgesamt 445 Studierende teil (341 Frauen, 103 Männer, 1x keine Angabe; Alter: AM = 24,52 Jahre, SD = 4,22 Jahre, Spanne: 18-50 Jahre; 86,3% deutscher Herkunft, 13,7% internationaler Herkunft). Gemäß dem Cut-Off (> 3) von Cano et a. (2001) waren 7,6% der Befragten im GHQ-12 klinisch auffällig (vierstufige Skala; AM = 2,23, SD = 0,53, Spanne: 1,17 – 3,83).

Ergebnisse

Für die nachstehenden Analysen wurden Zusammenhänge zwischen der Ausprägung des GHQ-12 und den Einschätzungen zum sozialen Netzwerk berechnet. Auf diese Weise wurden nicht nur bereits bestehenden klinischen Auffälligkeiten, sondern auch sich möglicherweise anbahnenden Risikokonstellationen Rechnung getragen (d.h. denjenigen Studierenden, die sich in Richtung des Cut-Offs bewegen). In Tabelle 1 sind die deskriptiven Statistiken der Skalen sowie die Zusammenhänge zum GHQ-12 dargestellt. Zur Einordnung der Korrelationen gilt, dass hohe Werte im GHQ-12 für eine problematische Einschätzung der psychischen Gesundheit sprechen.

Tab.1: Pearson-Korrelationen zwischen den Indikatoren des sozialen Netzwerkes mit der psychischen Gesundheit (GHQ-12: hohe Werte = psychische Auffälligkeiten)

Indikator des sozialen Netzwerkes	**AM**	**SD**	**Spanne**	**Zusammenhang zu GHQ-12**
Wahrgenommene soziale Unterstützung	4,26	0,73	1,57 – 5	r(443) = - 0.30, p < .001
Empfundene Einsamkeit bzw. soziale Isolation [2]	1,67	0,62	1 - 3	r(443) = 0.41, p < .001
Absolute Anzahl an „Unterstützern“ im sozialen Netzwerk	7,49 Personen	4,78 Personen	0 – 30 Personen	r(443) = - 0.14 p = .002
Absolute Anzahl an „wichtigen“ Personen im sozialen Netzwerk	6,07 Personen	3,76 Personen	0 – 30 Personen	r(443) = - 0.19 p < .001

Anmerkungen: [1] Skala von ‚1‘: *trifft nicht zu* bis ‚5‘: *trifft genau zu*; [2] Skala von ‚1‘: *nie* bis ‚3‘: *oft*

Je mehr wahrgenommene soziale Unterstützung empfunden wurde, desto günstiger fiel die Einschätzung der psychischen Gesundheit aus (r(443) = - 0.30, p < .001). Im Kontrast dazu waren Gefühle der Einsamkeit mit einer problematischeren Einschätzung der psychischen Gesundheit assoziiert (r(443) = 0.41, p < .001). Sowohl die absolute Anzahl aller Menschen, die als Unterstützung im sozialen Netzwerk wahrgenommen wurden (r(443) = - 0.14, p = .002) als auch die Anzahl an ausdrücklich „wichtigen“ Personen im sozialen Netzwerk (r(443) = - 0.19, p < .001) gingen mit weniger Auffälligkeiten der psychischen Gesundheit einher.

Diskussion und Fazit

Zusammenfassend gilt, dass sowohl Quantität als auch Qualität des sozialen Netzwerkes von Studierenden ein wichtiges Korrelat der psychischen Gesundheit bzw. drohenden psychischen Auffälligkeiten darstellen. Besonders ausdrücklich geäußerte Gefühle von Einsamkeit waren mit einer ungünstigen Bewertung der psychischen Gesundheit assoziiert.

Der GHQ-12 zielt in seiner Erfassung auf relativ globale Symptome ab, die ein Indiz für das Vorliegen einer psychischen Erkrankung sein können (z.B. Niedergeschlagenheit, Schlafprobleme), stellt jedoch keine störungsspezifische Diagnostik dar. Einschränkend gilt in diesem Zusammenhang, dass der Anteil an tatsächlich klinisch auffälligen Studienteilnehmern eher gering ausfiel. Möglicherweise wurden gerade diejenigen nicht erreicht, die einen ausdrücklichen Bedarf an Unterstützungsmaßnahmen gehabt hätten. Daher sollte zukünftig überprüft werden, wie die besonders vulnerable Stichprobe mit bereits bestehenden psychischen Problemen noch besser erreicht werden kann.

Das Thema sozialer Unterstützung gewinnt gerade vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie besondere Relevanz. Präventionsmaßnahmen zum Erhalt der psychischen Gesundheit sollten vor diesem Hintergrund (auch) auf die Förderung bzw. das Aufrechterhalten sozialer Netzwerke abzielen – besonders in Zeiten digital abgehaltener Veranstaltungen im Hochschulkontext.

Literatur

Brandl-Bredenbeck, H. P., Kämpfe, A., Köster, C. (2013): Studium heute–gesundheitsfördernd oder gesundheitsgefährdend? Eine Lebensstilanalyse. Aachen: Meyer & Meyer Verlag.

Jäger, S. & Franke, G. (2010): Der Fragebogen zur sozialen Unterstützung: Psychometrische Prüfung an einer Stichprobe Studierender. Klinische Diagnostik und Evaluation, 3. 427-446.

Goldberg, D., William, P. (2011): General Health Questionnaire (GHQ-12). Windsor, UK: NFER-Nelson.

Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., Cacioppo, J. T. (2004): A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results From Two Population-Based Studies. Research on aging, 26. 655–672. doi.org/10.1177/0164027504268574.

Kempf, H. D. (2010): Verhältnisprävention und Verhaltensprävention. In Kempf, H. D. (Hrgs.): Die Neue Rückenschule. Berlin: Springer Verlag. 203-221. doi.org/10.1007/978-3-540-89537-4_12.

Depression als Komorbidität bei Einschränkungen der beruflichen Teilhabe unter leitliniengerechter Therapie der rheumatoiden Arthritis

Sara Eileen Meyer[1]; Juliana Rachel Hoeper[2]; Torsten Witte[1]; Kirsten Hoeperr[1]; Dirk Meyer-Olson[3]

[1] Regionales Kooperatives Rheumazentrum Niedersachsen e.V., Medizinische Hochschule Hannover; [2] Center for Health Economics Research Hannover, Leibniz Universität Hannover; [3] m&i Fachklinik Bad Pyrmont und Medizinisches Forschungszentrum Weserbergland, Medizinische Hochschule Hannover

Hintergrund und Zielstellung

Die rheumatoide Arthritis (RA) ist die häufigste chronisch-inflammatorische Gelenkerkrankung (Zink & Albrecht, 2016). Nach den Auswirkungen am Bewegungsapparat zählen psychische Beeinträchtigungen, insbesondere die Depression, zu einer der häufigsten Manifestationen der RA (Murphy et al., 2012). Daten über das Ausmaß dieser Krankheitsmanifestation bei Patienten mit aktiver RA und ihre Beeinflussbarkeit durch medikamentöse Interventionen unter modernem Therapiemanagement sind begrenzt. Weiterhin ist unklar, inwieweit sich diese Manifestation auf Einschränkungen der beruflichen Teilhabe, insbesondere auf den Absentismus (Krankheitsausfälle), die einen wesentlichen Anteil der indirekten Krankheitskosten bei der RA ausmachen (Huscher et al., 2015), auswirkt und medikamentös beeinflusst werden kann. Wir konnten kürzlich zeigen, dass sich trotz optimalen Therapiemanagement Einschränkungen der beruflichen Teilhabe bei Patienten mit aktiver seropositiver RA nur zu einem geringen Teil innerhalb eines Jahres zurückbilden (Meyer et al., 2020). Diese Informationen sind relevant für die rehabilitationsmedizinische Therapieplanung, aber auch für die Erstellung der sozialmedizinischen Prognose in dieser Patientengruppe.

Methoden

In der multizentrischen ERFASS-Studie wurden Patienten mit Rheumafaktor- und/oder APCA-positiver RA unter medikamentöser Therapieintervention bei entzündlicher Krankheitsaktivität nach Treat-to-Target (T2T) prospektiv über zwölf Monate im Zeitraum von 01/2018 bis 12/2019 untersucht. In diese Auswertung wurden ausschließlich Patienten im erwerbsfähigen Alter (18 bis 67 Jahre) eingeschlossen (n=179). Die Krankheitsaktivität mittels DAS 28(CRP), die berufliche Teilhabe mittels des WPAI-Fragebogens und die Depressivität mittels des Gesundheitsfragebogens für Patienten (PHQ9) wurden zu Baseline, Monat 6 und Monat 12 untersucht.

Ergebnisse

Im Studienverlauf kam es zu einem signifikanten Abfall des DAS28 und am Studienende waren 63,4% der Patienten in Remission (DAS28 < 2,6) (Meyer SE, 2020).

Abbildung 1 zeigt die Depressivität (gemessen mittels PHQ9), über den Studienzeitraum bei Patienten mit Einschränkungen der beruflichen Teilhabe (keine Berufstätigkeit und/oder Absentismus zu mindestens einem Messzeitpunkt) und ohne Einschränkungen der beruflichen Teilhabe (durchgängige Berufstätigkeit und kein Absentismus). Bei Studienbeginn besteht bei Patienten mit eingeschränkter beruflicher Teilhabe ein deutlich erhöhter PHQ9

von 9,78 (SD 6,06) als im Vergleich zu dem PHQ9 von 5,83 bei Patienten ohne Einschränkungen der beruflichen Teilhabe (SD 4,26; p < 0,001). Bei Studienende persistierte der Unterschied mit einem PHQ9 von 6,37 (SD 5,15) bei Patienten mit eingeschränkter beruflicher Teilhabe im Vergleich zu Patienten ohne Einschränkungen mit einem PHQ9 von 3,27 (SD 2,90; p < 0,001).

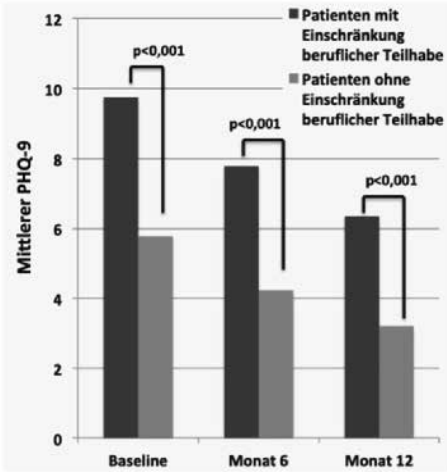


Abb. 1: Depressivität der Patienten im Studienverlauf

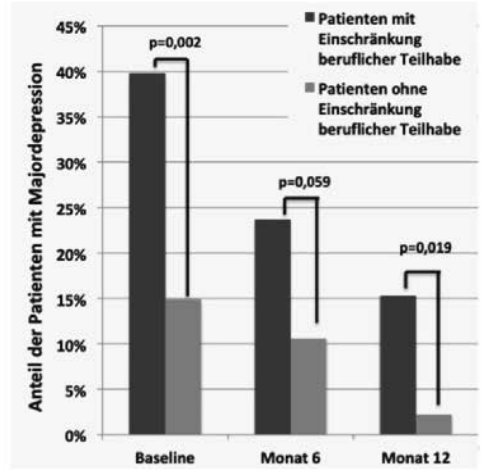


Abb. 2: Anteil der Patienten mit Majordepression im Studienverlauf

Beide Gruppen verzeichnen unter der medikamentösen Intervention einen deutlichen Rückgang der Depressivität, jedoch ist zu jedem Messzeitpunkt die Gruppe der Patienten mit Einschränkungen der beruflichen Teilhabe im Mittel signifikant depressiver (p < 0,001) als die Gruppe der Patienten ohne Einschränkungen der beruflichen Teilhabe.

Abbildung 2 zeigt den Anteil von Patienten mit einer Majordepression (PHQ9 ≥ 11) über den Studienzeitraum, aufgeteilt nach Patienten mit und ohne Einschränkungen der beruflichen Teilhabe. Auch hier ist ein starker Rückgang der Majordepressionen von 39,8% auf 15,3% bei Patienten mit Einschränkungen und von 14,9% auf 2,2% bei Patienten ohne Einschränkungen der beruflichen Teilhabe über 12 Monate unter medikamentöser Intervention zu verzeichnen. Anteilig leiden jedoch deutlich mehr Patienten mit Einschränkungen beruflicher Teilhabe unter einer Majordepression als Patienten ohne Einschränkungen beruflicher Teilhabe. Dieser Unterschied ist zu Baseline (p=0,002) und Studienende (p=0,019) signifikant. Zu Studienende zeigen fast sechsmal so viele Patienten mit Einschränkungen der beruflichen Teilhabe eine Majordepression wie Patienten ohne Einschränkungen der beruflichen Teilhabe.

Weiterhin fand sich bei Monat 12 eine Korrelation zwischen Absentismus und Depressivität nach PHQ9 (Korrelation nach Pearson 0,378, p < 0,001). Eine Majordepression (PHQ9 ≥ 11) war unter den durchgängig Berufstätigen signifikant mit dem Vorhandensein von Absentismus assoziiert (p=0,003) und ist bei Patienten in Remission ähnlich häufig, wie bei sich nicht in Remission befindlichen Patienten Von den Patienten mit Majordepression zu Baseline bestanden bei Studienende bei 52,8% keine Einschränkungen der beruflichen Teilhabe und

bei Patienten ohne Majordepression bestanden bei 45,3% keine Einschränkungen der beruflichen Teilhabe (p=0,4).

Diskussion und Fazit

Eine optimale medikamentöse Therapie führt neben einem Rückgang der Krankheitsaktivität nach DAS28 zu einer signifikanten Verbesserung der Depressivität. Unsere Daten demonstrieren eine deutliche Assoziation von Depression und beruflicher Teilhabe, wobei eine depressive Stimmungslage im Rahmen der aktiven Erkrankungsschübe keinen wesentlichen Einfluss auf berufliche Teilhabeeinschränkungen bei Studienende zu haben scheinen. Depressive Verstimmungen und Depressionen sollten in das rehabilitationsmedizinische Krankheitsmanagement von RA-Patienten, insbesondere nach erfolgreicher medikamentöser Intervention, einbezogen werden (Meyer-Olson et al., 2019), um die berufliche Teilhabe positiv zu beeinflussen und um so die indirekten Krankheitskosten zu senken. Unsere Daten zeigen, dass die Depression bei rheumatoider Arthritis einen wichtigen prognostischen Faktor bezüglich der beruflichen Teilhabe darstellt.

Literatur

Huscher D, Mittendorf T, von Hinuber U, Kotter I, Hoese G, Pfafflin A, et al. (2015): Evolution of cost structures in rheumatoid arthritis over the past decade. Ann Rheum Dis. 2015;74(4):738-45.

Meyer, SE, Hoeper, JR, Witte, T, Hoeper, K, Meyer-Olson, D. (2020): Substantial Work Limitations in Patients with Rheumatoid Arthritis despite Optimal Treat-to-Target (T2T) Drug Therapy Intervention [Poster]. ACR Convergence 2020, Washington D.C..

Meyer-Olson D, Hoeper K, Sturm C, Busche T, Brückle W, Roth K, et al. (2019): Rehabilitation von Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen. Akt Rheumatol. 2019;44(06):383-91.

Murphy LB, Sacks JJ, Brady TJ, Hootman JM, Chapman DP. (2012): Anxiety and depression among US adults with arthritis: prevalence and correlates. Arthritis care & research. 2012;64(7):968-76.

Zink A, Albrecht K. (2016): [How frequent are musculoskeletal diseases in Germany?]. Zeitschrift fur Rheumatologie. 2016;75(4):346-53.

Förderung: Gemeinsamer Bundesausschuss - Innovationsfond (2016-2019)

Depressive Erkrankungen in der Psychokardiologie: Vergleich der Diskriminationsleistung dreier Screening-Fragebögen

Sebastian Bock[1]; Christoph Schmitz[2]; Eike Langheim[1]; Volker Köllner[1]

[1] Reha-Zentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund, Teltow;

[2] Technische Universität Dresden

Hintergrund und Zielstellung

Eine Komorbidität von depressiven Störungen und Herzkrankheiten ist mittlerweile gut belegt (Correll et al., 2017). Durch eine Überlappung der Symptome werden jedoch depressive

Erkrankungen häufig bei kardiovaskulär erkrankten Patienten in der Praxis übersehen (Feinstein et al., 2006). Dabei zeigen kardiovaskulär erkrankte Patienten ein erhöhtes Mortalitätsrisiko, eine geringere Lebensqualität und häufigere Hospitalisierungen und koronare Ereignisse, wenn sie gleichzeitig an einer depressiven Störung leiden (Albus et al., 2018). Um solche Folgeschäden zu vermeiden, ist ein routinemäßiges Screening auf Depression bei kardiovaskulär erkrankten Patienten zwingend notwendig. Zu diesem Zweck vergleicht diese Studie die Diskriminationsleistung des Beck-Depressions-Inventars (BDI-II), des Beck-Depressions-Inventars Fast Screen (BDI-FS) und der deutschen Form der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) in der Erkennung depressiver Erkrankungen in der psychokardiologischen Rehabilitation.

Methoden

Die Stichprobe umfasst 324 psychokardiologische Patienten (46% Frauen, MAlter = 54.6 J., SD = 7.4) einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik. Bei Aufnahme füllten die Patienten das BDI-II, BDI-FS und die Depressionsskala der HADS-D selbstständig aus. Depressive Erkrankungen wurden durch das Fachpersonal der Klinik nach Facharztstandart diagnostiziert. Insgesamt erhielten 56% der Patienten eine Diagnose aus dem depressiven Störungsfeld. Ideale Schwellenwerte wurden mittels ROC-Analysen für die Fragebögen festgelegt. Dabei wurden Schwellenwerte mit einer möglichst hohen Sensitivität bei ausreichender Area Under the Curve (AUC) bevorzugt.

Ergebnisse

Ideale Schwellenwerte konnten für alle drei Fragebögen ermittelt werden (BDI-II = 14 , BDI-FS = 4 , HADS-D = 7). Unter Berücksichtigung dieser Schwellenwerte zeigten das BDI-II und BDI-FS eine höhere Sensitivität und eine geringere Spezifität als die HADSD-D. (BDI-II: Sensitivität = 93.9, Spezifität = 51.7; BDI-FS: Sensitivität = 91.2, Spezifität = 52.4; HADS-D: Sensitivität = 86.7, Spezifität = 61.7). Zudem zeigten alle Fragebögen ein hohes Cronbachs Alpha als Maß der internen Konsistenz (BDI-II α = .93, BDI-FS α = .87, HADS-D α = .89).

Diskussion und Fazit

Das BDI-II und BDI-FS zeigten sich in ihrer Screening-Leistung der HADSD-D überlegen. Für ein Screening in der Praxis empfehlen wir aus zeitökonomischen Gründen vor allem den Einsatz des BDI-FS, da dieses deutlich kürzer ist als das BDI-II. Weitere Studien sind jedoch notwendig um die hier ermittelten idealen Schwellenwerte zu replizieren. Die Ergebnisse bilden einen relevanten Grundstein in Richtung eines zuverlässigen und routinemäßigen Screenings von depressiven Störungen in der psychokardiologischen Rehabilitation.

Literatur

Albus, C., Waller, C., Fritzsche, K., Gunold, H., Haass, M., Hamann, B., Kindermann, I., Köllner, V., Leithäuser, B., Marx, N., Meesmann, M., Michael, M., Ronel, J., Scherer, M., Schrader, V., Schwaab, C., Weber, S., & Hermann-Lingen, C. (2018): Bedeutung von psychosozialen Faktoren in der Kardiologie. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie. Der Kardiologe, 12. 312-331.

Correll, C. U., Solmi, M., & Veronese, N., Bortolato, B., Rosson, S., Santonastaso, P., Thapachhetri, N., Fornaro, M., Gallicchio, D., Collantoni, E., Pigato, G., Favaro, A., Monaco, F., Kohler, C., Vancampfort, D., Ward, PB., Gaughran, F., Carvalho, AF & Stubbs,

B. (2017): Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls. World Psychiatry, 16. 163-180.

Feinstein, R. E., Blumenfield, M., & Orlowski, B. (2006): A national survey of cardiovascular physicians' beliefs and clinical care practices when diagnosing and treating depression in patients with cardiovascular disease. Cardiology in Review, 14. 164 – 169.

Eine verbesserte Falldefinition der SCL-90(r)-S bei Rehabilitationspatient*innen der Psychosomatik-Psychotherapie

Gabriele Helga Franke[1]; Melanie Jagla-Franke[1]; Robert Mestel[2]

[1] Hochschule Magdeburg-Stendal; [2] VAMED-Rehaklinik Bad Grönenbach

Hintergrund und Zielstellung

Die Auswertung der, in der psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation vielfach eingesetzten Symptomcheckliste SCL-90®-S (Franke, 2014) soll durch eine vertiefte Falldefinition verbessert werden. Daher wird eine neue Falldefinition mit vier, anstelle der bisherigen zwei (Bech, 2004) unterschiedlich psychisch belasteten Gruppen vorgestellt (Franke, 2020).

Methoden

Die vier neuen Gruppen von psychischer Belastung werden in aufsteigender Reihenfolge abhängig vom Ausmaß der T-Werte bei zwei Skalen und/oder dem globalen Kennwert GSI bestimmt: „keine (keine T[2 Skalen] >= 60)“, „leichte (T[2 Skalen] und/oder T[GSI] >= 60) und < 63“, „deutliche (T[2 Skalen] und/oder T[GSI] >= 63) und < 70)“ sowie „starke (T[2 Skalen] und/oder T[GSI] >= 70)“ psychische Belastung (Franke, 2020). Die Gruppen sollten in der klinisch-rehabilitativen Praxis mit aufsteigender Intensität weiter diagnostisch untersucht und therapeutisch behandelt werden (siehe Tab. 1). Die neue Falldefinition soll in einer Stichprobe von Patient*innen der stationären Psychosomatik-Psychotherapie überprüft werden.

Ergebnisse

In der Analyse einer Stichprobe von 13.998 Patient*innen der psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation führte die klassische Falldefinition bei der SCL-90®-S bei Aufnahme (t1) zu 78,5% auffallend psychisch belasteten Personen. Die neue Falldefinition differenziert wie folgt:

- Keine psychische Belastung fand sich bei 1.542 (11%) Patient*innen; hier lag der T-Wert für den globalen Kennwert GSI bei T = 51 (±6).
- 1.464 (10.5%) Personen zeigten leichte psychische Belastung (T[GSI] = 58 ±2).
- Deutliche psychische Belastung war bei 5.422 (38.7%) Betroffenen zu finden (T[GSI] = 64 ±3), die Skalenwerte rangierten zwischen T[Paranoides Denken]=58 (±7) und T[Depressivität] = 64 (±6).

- 5.570 (39.8%) der Patient*innen waren stark psychisch belastet (T[GSI] = 71 ±4) die Skalenwerte lagen zwischen T[Somatisierung]=66 (±8) und T[Unsicherheit im Sozialkontakt] = 71 (±6).

Nach durchschnittlich 58,2 Tagen ±20 fanden sich 34,7% in der Gruppe „keine“, 16% in der Gruppe „leichte“, 31,9% in der Gruppe „deutliche“ und 17,3% in der Gruppe „starke psychische Belastung“. Zu t1 waren die Gruppen „leichte“, „deutliche“ und „starke psychische Belastung“ in drei, vier sowie sechs IIP-D-Skalen (Strauß, Thomas & Kordy, 2017) belastet (StanineWerte >= 7). Zu t2 zeigte nur noch die Gruppe „starke Belastung“ vier auffallende Stanine-Werte (zu „introvertiert-sozial vermeidend“, zu „selbstunsicher-unterwürfig“, zu „ausnutzbar-nachgiebig“ und zu „fürsorglich-freundlich“, jeweils T = 7 SD = 2).

Diskussion und Fazit

Im Kontext von Psychosomatik und Psychotherapie kann das Konzept von Spitzer et al. (2019) der „pseudogesunden“ Patient*innen die Gruppe von 11% „keine psychische Belastung“ zu t1 versus 14% bei Spitzer et al. (2019) zur Aufnahme aufklären. Die Analyse der IIP-D-Ergebnisse zeigte auf, dass die neue Falldefinition sinnvolle Trennungen vornimmt, die sich auch in anderen psychodiagnostischen Verfahren abbilden lassen. Die neue Auswertungsmöglichkeit der SCL-90®-S wird zur Diskussion gestellt und soll Diagnostik und Intervention (nicht nur) in der Psychosomatik-Psychotherapie unterstützen und fortentwickeln.

Literatur

Bech, P. (2004): The impact of the SCL-90 on the validity of the DSM-IV neurotic or stress-related disorders. Acta Psychiatrica Scandinavia, 110, 161-162.

Franke, G.H. (2014): SCL-90®-S. Symptom-Checklist 90®-S – Standard – Deutsches Manual. Göttingen: Hogrefe.

Franke, G.H. (2020): Zur genaueren Bestimmung von psychischer Komorbidität durch die SCL-90®-S. Hannover: 29. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, (S. 44-46). Berlin: DRV.

Spitzer, C., Masuhr, O., Jaeger, U. & Euler, S. (2019): Pseudogesunde Patienten in der stationären Psychotherapie – Ein Annäherungsversuch. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, doi: 10.1055/a-0853-1762.

Strauß, B., Thomas, A. & Kordy, H. (2017): IIP-D: Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme – deutsche Version; 3., überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Einschätzungen zur Realisierbarkeit von Unterstützungswünschen wieder einzugliedernder Mitarbeiterinnen nach Brustkrebs

Katrin Hirsch; Siegfried Geyer; Dorothee Noeres

Medizinische Hochschule Hannover

Hintergrund und Zielstellung

Die gesetzliche Anforderung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) von langzeiterkrankten Beschäftigten gewinnt angesichts älter werdender Belegschaften zunehmend an Bedeutung. Insbesondere bei der Wiedereingliederung von Personen nach

einer Krebsbehandlung stehen Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber vor besonderen Herausforderungen, da die Erkrankung immer noch mit Stigmatisierungen einhergeht und die Kommunikation über die Gesundheitsfolgen und die Arbeitsfähigkeit als tabuisiert erscheint (Else-Quest et al., 2014). Es fehlen Informationen über die Bedürfnisse von Krebserkrankten im Wiedereingliederungsprozess. Die vorliegende Studie greift drei Wünsche von Brustkrebspatientinnen an ihre Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen auf und fragt, für wie realisierbar diese von ausgewählten Unternehmen gehalten werden.

Methoden

Im Rahmen der von der DRV Bund geförderten, langzeitlich angelegten multizentrischen Studie „Rückkehr zur Erwerbsarbeit nach Brustkrebs“ wurden neben einer Patientinnenbefragung (Noeres et al., 2019) leitfadenbasierte qualitative Interviews mit 43 Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern aus einer Stichprobe zufällig gezogener Unternehmen unterschiedlicher Größen und Branchen geführt. Im Fokus der Interviews standen Einschätzungen der Befragten zum gesamten Wiedereingliederungsprozess von Langzeiterkrankten, beginnend mit der eingehenden Krankschreibung bis hin zum Abschluss der erfolgreichen oder auch erfolglosen Reintegration der Mitarbeiterin.

Im Vorfeld der Befragung wurden in der Chemotherapie-Ambulanz der Medizinischen Hochschule Hannover Probing-Interviews mit 12 Brustkrebspatientinnen geführt, u.a. um zu erfahren, welche Unterstützung sie sich von ihren Vorgesetzten sowie Kolleginnen und Kollegen nach der Rückkehr an ihren Arbeitsplatz erhofften. Die Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen unserer vorab gezogenen Stichprobe wurden anschließend gefragt, inwiefern sie folgende drei der in den Probings vorgetragenen Patientinnenwünsche für realisierbar hielten:

1. eine Wiedereinführung, in der die zwischenzeitlichen Veränderungen am Arbeitsplatz erklärt werden;
2. Verständnis für die körperliche und psychische Situation nach einer derartig schweren Krankheit; und
3. eine bedarfsgerechte Anpassung der Arbeitszeiten bzw. des Arbeitsplatzes.

Die hier vorliegende Teilstudie bezieht sich ausschließlich auf die Antworten der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber auf diese drei Wünsche. Die Fragebogenentwicklung und -auswertung erfolgte in Anlehnung an Meuser et al. 1991, die Auswertung der transkribierten Interviews wurde mithilfe des QDA-Programms F4-Analyse (vgl. Kuckartz, 2010) durchgeführt.

Ergebnisse

Den ersten Wunsch nach einer Wiedereinführung in den Arbeitsplatz hielten 34 der 43 befragten Unternehmen (79%) für eindeutig realisierbar. Viele betonten, dass die Wiedereinführung der längerfristig Abwesenden eine Notwendigkeit sei, die selbstverständlich erfolgen würde. Fünf Befragte (12%) schätzten die Wiedereinführung je nach Länge der Abwesenheit als bedingt möglich ein, weitere drei Interviewpartner hatten stärkere Bedenken und hielten diese Maßnahme entweder für teilweise umsetzbar, für eher schwierig, oder für überhaupt nicht möglich.

Der zweite Wunsch nach Verständnis für die besondere körperliche und psychische Situation einer wegen Brustkrebs operierten Mitarbeiterin war aus Sicht von 21 der 43 Befragten ebenfalls gut zu erfüllen. Für die andere Hälfte stellte dieser Wunsch eine größere Herausforderung dar. Die Gründe dafür wurden dem Verhalten der erkrankten Mitarbeiterin zugewiesen, bspw. durch sich widersprechende „Nähe- und Distanzwünsche“, mangelnde Offenheit, eine zu stark abnehmende Arbeitsleistung oder kontraproduktives Verhalten. Zum Teil wurden hemmende Faktoren auch bei den Unternehmen selbst identifiziert, zum Beispiel im Fall wirtschaftlicher Nöte oder mangelnder Empathie unter den Kolleginnen und Kollegen. Es wurde deutlich, dass das aufeinander Zugehen und ins Gespräch kommen in manchen Unternehmen zwar gewünscht, aber zugleich mit größter Vorsicht angegangen wird.

Die Möglichkeit der Flexibilisierung der Arbeitszeit wurde von 20 Unternehmen (47%) klar bejaht und von 9 Interviewten als bedingt möglich beschrieben. Bei den anderen überwog die Skepsis. Drei Unternehmen lehnten eine Flexibilisierung ab, bzw. sahen im Schichtdienst oder bei Kraftfahrerinnen keine Möglichkeit dazu. Eine Anpassung des Arbeitsplatzes konnten nur noch 15 Interviewte (35%) ohne Einschränkungen als realisierbar beschreiben, sieben Interviewte hielten den Wunsch mit Einschränkungen für bedingt realisierbar und fünf machten es vom jeweiligen Arbeitsbereich abhängig. Zehn Befragte sahen größere Probleme bezüglich der Umsetzung, wobei insbesondere bemängelt wurde, dass zu wenige Informationen über die öffentliche Förderung von Anpassungsmaßnahmen vorlägen.

Diskussion und Fazit

Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass eine Reihe von gezielten Wiedereingliederungsmaßnahmen sowohl von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern als auch Arbeitnehmerinnen mit Brustkrebs als sinnvoll erachtet werden. Die gewünschten Unterstützungen sind jedoch nicht in allen Unternehmen gleichermaßen umsetzbar. Manche sehen aufgrund von Produktionsbedingungen, Schichtdiensten, Außendiensten etc. Grenzen. Für diese Betriebe sollte die Suche nach innovativen Arbeitskonzepten weitergehen, die bei der Wiedereingliederung von Menschen nach schwerer Erkrankung die nötige Unterstützung ermöglichen. Unsicherheiten und Schwächen waren insbesondere im Bereich Kommunikation aufzufinden. Fortbildungen für Führungskräfte sowie insbesondere auch Qualifizierungsmaßnahmen für BEM-Koordinatoren (Stöpel et al., 2019), die die Kommunikation mit schwer erkrankten Mitarbeiten noch mehr in den Mittelpunkt stellen, sind zu empfehlen. Aus Mitarbeiterinnensicht wäre eine früh einsetzende, gezielte Sozialberatung zur Kommunikation mit der Arbeitgeberin bzw. dem Arbeitgeber in der Klinik und/oder in der Rehabilitation wünschenswert.

Literatur

Else-Quest, N., Jackson, T. (2014): Cancer stigma. In: Corrigan, P.W., (Ed.): The stigma of dis-ease and disability: understanding causes and overcoming injustices. Washington DC: American Psychological Association. 165-181.

Kuckartz, U. (2010): Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten (3. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS Verlag für Sozialwissenschaften, 57-71.

Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (1991): ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht: ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Garz, D., Kraimer, K. (Hrsg.):

Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen. Opladen: Westdt. Verl., 441-471.
Noeres, D., Geyer, S., Röbbel, L. (2019): Klinische Sozialberatung nach Brustkrebsoperation aus Sicht von Beraterinnen und erwerbstätigen Patientinnen. Praxis Klinische Verhaltensmedizin & Rehabilitation, 106, 168-181.
Stöpel, F., Lange, W., Voß, J. (Hrsg.) (2019): Betriebliches Eingliederungsmanagement in der Praxis. Freiburg: Haufe-Lexware GmbH & Co. KG.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Entwicklung und erste psychometrische Überprüfung eines Fragebogens zum subjektiven Behandlungskonzept in der psychosomatischen Rehabilitation

Anne Nau[1]; Rieka von der Warth[1]; Matthias Sehlbrede[1]; Matthias Rudolph[2]; Jürgen Bengel[1]; Manuela Glattacker[1]

[1] Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
[2] Mittelrhein-Klinik, DRV-Fachklinik für psychosomatische Rehabilitation

Hintergrund und Zielstellung

Während die Effektivität der psychosomatischen Rehabilitation grundsätzlich belegt ist, zeigten sich in einer Übersichtsarbeit bei etwa 20-30% der Rehabilitand*innen keine Verbesserungen (Reuter et al., 2014). Als Prädiktoren des Reha-Outcomes wurden bereits verschiedene krankheits- und prozessbezogene sowie patientenseitige Variablen identifiziert. Auch das subjektive Behandlungskonzept (BK) wurde dabei als eine wichtige Determinante des Outcomes für verschiedene Erkrankungen bzw. Behandlungskontexte indikationsspezifisch operationalisiert und untersucht (Horne et al., 2013).

Auch für den Rehabilitationskontext gibt es Befunde, wonach das – generisch operationalisierte - BK das Behandlungsergebnis vorhersagt (Glattacker et al., 2013). Das Ziel der vorliegenden Studie war daher die Entwicklung und erste psychometrische Überprüfung eines Fragebogens zum BK für den Bereich der psychosomatischen Rehabilitation.

Methoden

Auf Basis qualitativer Interviews mit Rehabilitand*innen (von der Warth et al., 2019) sowie auf Basis des Forschungsstands wurde ein Itempool generiert, welcher Fragen zum BK in der psychosomatischen Rehabilitation umfasste. Der Itempool wurde zwischen April 2019 und Januar 2020 vor Beginn einer psychosomatischen Rehabilitation in der Mittelrhein-Klinik der DRV Rheinland-Pfalz eingesetzt. Darüber hinaus wurden das subjektive Krankheitskonzept mittels des IPQ-R (Gaab et al., 2004) sowie soziodemografische Angaben erhoben.

Zunächst wurden mittels Itemanalyse Items mit nicht akzeptablen Kennwerten (Missings > 5%, Schiefe > ±2, Kurtosis > ±7, schwache Interkorrelationen) aus dem Itempool entfernt.

Anhand des Bartlett-Test auf Sphärizität und des KMO-Wert wurde die Eignung für eine Faktorenanalyse geprüft. In einem mehrstufigen Prozess wurden Hauptachsenanalysen berechnet und jeweils Items mit niedrigen Faktorladungen (< 0,32; weniger als 10% Varianzaufklärung), geringer Kommunalität (< 0,30) oder hohen Querladungen (Komplexität > 2,00) entfernt. Es wurde ein schiefes Rotationsverfahren (Oblimin) gewählt, da die Faktoren nicht unabhängig voneinander sind. Anschließend wurden die korrigierten Trennschärfen der Items und McDonalds Omega hierarchisch (ωh) als Maß für die Reliabilität der Skalen berechnet. Zu einer ersten Überprüfung der Konstruktvalidität wurden Produkt-Moment-Korrelationen zwischen den Skalen des neu entwickelten Fragebogens mit Skalen des IPQ-R berechnet, nachdem Hypothesen zu den erwarteten Zusammenhängen formuliert wurden. Alle Berechnungen wurden mit dem Programm R durchgeführt.

Ergebnisse

Die Stichprobe umfasste N=264 Personen. Diese waren im Durchschnitt 50,4 Jahre alt (SD=9,8), 50% waren weiblich.

Von initial k=125 Items wurden k=40 Items aufgrund nicht akzeptabler Item-Kennwerte entfernt. Die k=85 verbleibenden Items waren geeignet für eine exploratorische Faktorenanalyse (Bartlett-Test auf Sphärizität: Chi-Quadrat (4186) = 15298,12, p=.001; KMO =0,84). Weitere k=54 Items wurden im Verlauf der schrittweise durchgeführten Hauptkomponentenanalysen ausgeschlossen.

In der finalen Faktorenanalyse ergab sich für k=31 Items eine 6-Faktoren-Lösung. Diese erklärten 57% der Gesamtvarianz. Die Faktoren stellen inhaltlich verschiedene Aspekte des Behandlungskonzepts dar und wurden wie folgt benannt: „Ergebniserwartungen“ (6 Items), „Erwartungen an Freizeit und Kontakte“ (4 Items), „Erwartungen an Partizipation und Therapiegestaltung“ (4 Items), „Erwartungen an Information“ (5 Items), „Notwendigkeit der Reha“ (3 Items) und „Befürchtungen (8 Items)“. Die höchste Skaleninterkorrelation betrug r=0,52. Die Reliabilität erwies sich mit einem McDonalds Omega (hierarchisch) von 0,67 bis 0,94 als akzeptabel. Die Trennschärfen der Items betrugen je nach Skala zwischen 0,48 und 0,83. Es zeigten sich signifikante, mittelhohe Korrelationen in der erwarteten Richtung zwischen der Skala „Ergebniserwartungen“ und der IPQ-R-Skala Behandlungskontrolle (r=0,27), zwischen der Skala „Notwendigkeit“ und der IPQ-R-Skala Krankheitsidentität (r=0,26) sowie zwischen der Skala „Befürchtungen“ und den IPQ-R-Skalen Konsequenzen (r=0,45) und Emotionale Repräsentation (r=0,41).

Diskussion und Fazit

Die Faktoren bilden inhaltlich relevante Aspekte des subjektiven BK ab. Die psychometrischen Kennwerte der Skalen sowie der einzelnen Items der Endversion sind als befriedigend zu bewerten. Die mittleren Interkorrelationen mit inhaltlich ähnlichen Skalen des IPQ-R ergeben erste Hinweise auf die Konstruktvalidität. Der Fragebogen sollte an weiteren Stichproben eingesetzt werden, um die Ergebnisse zu replizieren und anhand konfirmatorischer Faktorenanalysen die faktorielle Struktur des Fragebogens zu überprüfen. Auch die Analyse weiterer Validitäts- und Reliabilitätsmaße wäre wünschenswert.

Mit dem vorgestellten Fragebogen liegt ein Instrument zur Erhebung des subjektiven reha-bezogenen Behandlungskonzepts für die psychosomatische Rehabilitation vor. Der Fragebogen könnte dazu beitragen, das reha-bezogene Behandlungskonzept einzubeziehen

und u.a. ungünstige Erwartungen der Patient*innen frühzeitig im Behandlungskonzept zu fokussieren.

Literatur

Gaab, J., Bunschoten, S. L., Sprott, H., & Ehler, U. (2004): Psychometric evaluation of a German translation of the Illness Perception Questionnaire. Paper presented at the 62. Annual Scientific Meeting of the American Psychosomatic Society (APS), Orlando, USA.

Glattacker, M., Heyduck. K., Meffert, C. (2013): Illness beliefs and treatment beliefs as predictors of short-term and medium-term outcome in chronic back pain. Journal of Rehabilitation Medicine, 45 (3). 268-276.

Horne, R., Chapman, S. C., Parham, R., Freemantle, N., Forbes, A., Cooper, V. (2013): Understanding patients' adherence-related beliefs about medicines prescribed for long-term conditions: a meta-analytic review of the Necessity-Concerns Framework. PLoS One. 8 (12). e80633.

Reuter, L., Bengel, J., Scheidt, C. E. (2014): Therapie-Non-Response in der psychosomatischen Krankenhausbehandlung und Rehabilitation - Eine systematische Übersicht. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 60 (2). 121-145.

von der Warth, R., Nau, A., Rudolph, M., Bengel, Stapel, M., J., Glattacker, M. (2019): Das subjektive Behandlungskonzept von Rehabilitanden in der Psychosomatik – eine qualitative Analyse. 18. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF), 09.-11.10.2019, Berlin.

Interessenkonflikt: Herr Dr. Matthias Rudolph arbeitet für die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

Essverhalten und Merkmale psychosozialer Gesundheit 3 Monate nach Abschluss eines Programms zur Rehabilitation bei Metabolischem Syndrom: Ergebnisse einer Evaluation des META-Programms

Jürgen M. Giesler[1]; Ute Dederichs-Masius[2]; Manuela Glattacker[1]

[1] Universitätsklinikum Freiburg; [2] Drei-Burgen-Klinik der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

Hintergrund und Zielstellung

Entsprechend einem multifaktoriellen biopsychosozialen Modell der Entstehung, Aufrechterhaltung und Folgen des metabolischen Syndroms („MetS“; Hauner et al., 2015; IDF, 2006) bezieht die medizinische Rehabilitation davon betroffener Patient/inn/en neben somatischen auch verhaltensbezogene (wie Ernährungsverhalten oder Sport) und psychosoziale Zielgrößen (wie Depressivität oder Ängstlichkeit als Merkmale psychosozialer Gesundheit) ein. Wie wir in einer früheren Arbeit zeigen konnten (Giesler et al., 2020), verändern sich viele dieser Zielgrößen im Laufe eines fünfwöchigen, speziell auf

Rehabilitand/inn/en mit MetS abgestimmten stationären Gruppenprogramms (META-Programm) z.T. deutlich. Daran anschließend wird in der vorliegenden Untersuchung geprüft, inwieweit sich drei Monate nach Teilnahme an diesem Programm Verbesserungen von Merkmalen des Essverhaltens und der psychosozialen Gesundheit im Vergleich mit dem Beginn des Programms nachweisen lassen.

Methoden

Von Mai 2018 bis Juni 2019 wurden insgesamt N = 114 Rehabilitand/inn/en mit MetS in die Studie eingeschlossen, die an dem META-Programm der Drei-Burgen-Klinik der DRV-Rheinland-Pfalz (in der Regel maximal 12 Betroffene pro Durchgang) teilnahmen. Von diesen konnten 3 Monate nach Ende des Programms noch 74 erreicht werden. Zur Erfassung verhaltensbezogener und psychosozialer Zielgrößen bearbeiteten die Rehabilitand/inn/en zu Beginn, Ende und 3 Monate nach Abschluss des META-Programms jeweils einen Fragebogen. Die Erhebung der 3-Monatskatamnese erfolgte postalisch.

Ihrer Zielsetzung entsprechend umfasst die vorliegende Auswertung die zu Beginn und 3 Monate nach Ende des Programms erfragten Merkmale des Essverhaltens und der psychosozialen Gesundheit. Das Essverhalten wurde mittels der Skalen Mittlere Kontrolle, Sport, Empfehlungen umsetzen, Genuss, Emotionsessen, Störbarkeit sowie Präferenzen für Gesundes, Deftiges und Snacks des AD-EVA erhoben. Als Merkmale psychischer Gesundheit wurden Somatoforme Beschwerden, Depressivität, Phobische Ängste, psychisches Wohlbefinden, interaktionelle Schwierigkeiten, Selbstwirksamkeit, Aktivität und Partizipation, soziale Unterstützung und soziale Belastung mit dem HEALTH-49 erfasst.

Die Datenanalyse erfolgte anhand von t-Tests für abhängige Stichproben. Als Effektstärkemaß dienten SES (standardized effect sizes). Für die Studie lag ein positives Votum der Ethikkommission der Universität Freiburg vor.

Ergebnisse

Die Studienteilnehmer/innen waren im Mittel M = 51 Jahre alt (SD = 8.4), 74% waren männlich. 56% der Rehabilitand/inn/en verfügten über einen Hauptschul-, 20% über einen Realschulabschluss, 80% waren zu Reha-Beginn erwerbstätig. Im Hinblick auf zu Beginn des META-Programms erhobene Merkmale unterschieden sich Studienteilnehmer/innen, die 3 Monate nach Ende des Programms noch erreicht wurden, von denjenigen, die nicht mehr erreicht wurden, signifikant und bei mittlerer Effektstärke (d = .60) lediglich durch größere Aktivität und Partizipation.

3 Monate nach Ende der Rehabilitation zeigten sich in 8 von 10 erfassten Parametern des Essverhaltens signifikante Verbesserungen gegenüber dem Reha-Beginn: Bei großen Effektstärken (d > 0.80) sahen sich die Rehabilitand/inn/en besser in der Lage, ihr Essverhalten zu steuern, Spaß bei Sport und Bewegung zu empfinden und Empfehlungen zu gesunder Ernährung umzusetzen. Die Rehabilitand/inn/en beschrieben ihr Essverhalten als weniger durch externe Reize (z.B. andere essen zu sehen) oder eigene Gefühle wie Ärger gesteuert. Die Effektstärken lagen im niedrigen bis mittleren Bereich. Die Präferenz für Gesundes nahm signifikant und leicht zu (d = 0.32), Präferenzen für Deftiges bzw. Snacks nahmen signifikant und deutlicher ab (d = -0.59 bzw. d = -0.72). Von den 10 erfassten Merkmalen psychischer Gesundheit waren 3 Monate nach Ende der Rehabilitation 8 ebenfalls

signifikant verbessert. Psychisches Wohlbefinden und Aktivität und Partizipation waren hierbei mit mittleren Effektstärken am deutlichsten verändert (d > 0.50).

Diskussion und Fazit

Wie die Auswertung zeigt, verbesserten sich selbst-berichtete Merkmale des Essverhaltens von Rehabilitand/inn/en mit MetS 3 Monate nach Ende eines entsprechend angelegten stationären Rehabilitationsprogramms gegenüber dem Beginn der Rehabilitation signifikant. Für Merkmale psychischer Gesundheit ließen sich 3 Monate nach Rehabilitation ebenfalls signifikante und teilweise deutliche Verbesserungen feststellen. Diese Veränderungen entsprechen solchen, die für diese Merkmale bereits bei Ende der Rehabilitation zu beobachten waren (Giesler et al., 2020). Sie liegen aber ähnlich wie diese über denjenigen einer Referenzstichprobe von Patient/inn/en aus Hausarztpraxen (Rabung et al., 2016).

Insgesamt entsprechen die Befunde den mit dem META-Programm angestrebten Zielen. Sie deuten zudem eine mögliche Stabilität der Veränderung von Merkmalen psychischer Gesundheit über das Ende des Programms hinaus an. Limitationen stellen das nicht-randomisierte Design, mögliche Tendenzen zu sozial erwünschtem Antwortverhalten sowie Selektionseffekte dar. Grundsätzlich stehen die Befunde aber im Einklang mit Studien zu Effekten multimodaler primärpräventiver wie auch rehabilitativer Programme im Bereich kardiovaskulärer Erkrankungen (vgl. Korczak et al., 2011 sowie Haaf, 2005). Künftige Forschung sollte jedoch u.a. klären, wie die in den hier untersuchten Merkmalsbereichen beobachteten Veränderungen stabilisiert werden können.

Literatur

Giesler, J. M., Dederichs-Masius, U.und Glattacker, M. (2020): Die Veränderung somatischer, verhaltensbezogener und psychosozialer Zielgrößen im Verlauf der Rehabilitation bei Metabolischem Syndrom: Eine Evaluation des META-Programms. DRV Schriften, 120, 457-459.

Haaf, H. G. (2005): Ergebnisse zur Wirksamkeit der Rehabilitation. Rehabilitation (Stuttg), 44(5), 259-276.

Hauner, H. et al., (2015): Prävention und Therapie der Adipositas. Diabetologie und Stoffwechsel, 10 (Suppl 2), 152-157.

IDF (International Diabetes Federation) (2006): The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome. http://www.idf.org/metabolic-syndrome (Zugriff 6.12.2016).

Korczak, D., Dietl, M. und Steinhauser, G. (2011): Der Effektivität von Maßnahmen im Rahmen primärer Prävention am Beispiel kardiovaskulärer Erkrankungen und des metabolischen Syndroms. GMS Health Technol Assess, 7, Doc02.

Rabung, S., Harfst, T., Koch, U. und Schulz, H. (2016): „Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH)“ – Referenzdaten zur verkürzten 49-Item-Version „Health-49“ (Stand: 15.01.2007). 4., überarbeitete Auflage, 25.11.2016. https://www.yumpu.com/de/document/read/21769629/referenzwerte-zum-health-49-hamburger-module (Zugriff 21.10.2019).

Förderung: Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

Dank: Wir danken der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz und den Teilnehmer/innen der Studie für ihre Unterstützung dieser Untersuchung.

Evaluation des PAULI-Konzepts „Psychosomatik – auffangen, unterstützen, leiten und integrieren“

Ellen Gaus[1]; Theresa Kölle[1]; Tivadar Buzasi[1]; Rainer Kaluscha[1]; Ulrich Vieregge[2]; Gert Krischak[1]

[1] IFR Ulm; [2] medicos.AufSchalke Reha GmbH & Co. KG

Hintergrund und Zielstellung

Die 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen bei Erwachsenen zwischen 18 und 79 Jahren in Deutschland liegt bei rund 28% (Jacobi et al., 2014). Obwohl die Betroffenen eine hohe Krankheitslast aufweisen, bestehen für eine Behandlung beim niedergelassenen Psychotherapeuten oft Wartezeiten, in denen bei etwa einem Viertel der Betroffenen eine weitere Verschlechterung ihrer Symptomatik auftritt (Huckert et al., 2012).

Um die derzeitigen ambulanten Versorgungsangebote zu ergänzen und Patienten eine frühzeitige und wohnortnahe Behandlung zu ermöglichen, wurde das sechswöchige Behandlungsprogramm PAULI (Psychosomatik – auffangen, unterstützen, leiten und integrieren) entwickelt. Das Behandlungsprogramm setzt zu einem möglichst frühen Zeitpunkt des Auftretens psychosomatischer Symptome an. Das Ziel ist die Reduktion psychosomatischer Symptome sowie die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit bzw. die berufliche Reintegration und damit auch die Vermeidung einer Chronifizierung. Das Therapieprogramm PAULI richtet sich an Patienten, die aufgrund eines psychischen Leidens arbeitsunfähig sind und sich (noch) nicht in einer laufenden fachärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung befinden.

Methoden

Zu Beginn der PAULI-Maßnahme (P0), bei Beendigung der Maßnahme (P1) sowie zwölf Monate nach Abschluss des PAULI-Programms (P2) wurden die Teilnehmer befragt. Dabei ging es sowohl um den Umgang mit bestehenden Problematiken im privaten Kontext als auch zu Problemsituationen im Arbeitsalltag sowie um ihre derzeitige Symptomatik. Um die Therapeutenperspektive zu erfassen, schätzten die Therapeuten für jeden Patienten zu Beginn (T0) und nach Beendigung der Maßnahme (T1) die gesundheitliche Situation ein.

Ergebnisse

Datengrundlage bildeten die Fragenbogenangaben von 43 Probanden, die mit Hilfe von deskriptiven Methoden ausgewertet wurden. Die Ergebnisse der Studie zeigen eingangs ein klares Versorgungsdefizit bei Behandlungs- und Versorgungsstrukturen, die den psychosomatischen Indikationsbereich umfassen. Die psychosomatischen Beschwerden dauerten bei 20 Probanden bereits länger als ein Jahr an. Dennoch hatten 12 Probanden im Jahr vor Eintritt in das PAULI-Programm noch keinen Arzt aufgesucht, weitere 25 Probanden hatten in diesem Zeitraum lediglich einen Allgemeinmediziner konsultiert. Dies verdeutlicht,

dass die Erkrankung eher im Verborgenen stattfindet und die Betroffenen sich scheuen, Psychologen oder Psychiater aufzusuchen.

Bei der Patienten-Selbst-Einschätzung (PSE) erzielte die PAULI-Maßnahme statistisch signifikante Verbesserungen in den Skalen Allgemeinbefinden (Vorzeichentest, p=0,0023) und in der seelischen Verfassung (Vorzeichentest, p < 0,001) der Teilnehmer, siehe Tabelle 1. Während etwa bei Maßnahmebeginn noch 38 Patienten (88%) ihre seelische Verfassung als sehr schlecht oder schlecht bezeichnen, sind es am Ende der Maßnahme nur noch 21 (49%).

Tab. 1:Patienten-Selbst-Einschätzung, Verteilung in absoluten Werten, Beginn (P_0) und nach Beendigung (P_1) der Pauli Maßnahme, Vorzeichentest

	sehr gut	gut	zufriedenstel-lend	schlecht	sehr schlecht	Signifi-kanz
Allgemeinbefinden (PSE)						
P_0	0	1	15	24	2	p=0,0023
P_1	0	5	17	14	0	
Seelische Verfassung (PSE)						
P_0	0	1	4	24	14	p<0,001
P_1	0	3	14	17	4	

Das Pendant zur PSE-Befragung stellte die Befragung der Therapeuten mit Hilfe des Beeinträchtigungsschwerescores (BSS) dar. Die Einschätzung der Therapeuten zur psychischen und sozialkommunikativen Beeinträchtigung der Teilnehmer ergab ebenfalls eine statistisch signifikante Verbesserung in beiden Subskalen (Vorzeichentest, p < 0,001), siehe Tabelle 2.

Tab. 2:Beeinträchtigungsschwerescore, Verteilung in absoluten Werten, Beginn (T_0) und nach Beendigung (T_1) der Pauli Maßnahme, Vorzeichentest

	gar nicht	geringfügig	deutlich	stark	extrem	Signifi-kanz
Psychische Beeinträchtigung (BSS)						
T_0	0	0	10	26	4	p<0,001
T_1	0	15	16	7	1	
Sozialkommunikative Beeinträchtigung						
T_0	1	16	11	9	3	p<0,001
T_1	5	23	7	3	1	

Die Auswertung des Erhebungsinstruments SCL-90-R ergab, dass Probanden mit Symptomen einer Depression am Meisten von dem neuen Behandlungskonzept profitierten. Die Veränderung von depressionstypischen Symptomen wurde signifikant (med.=1.83 (P0), med.= 1.65 (P1); p=0,0183 Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test, Skala: überhaupt nicht=0 bis sehr stark=4). Des Weiteren trug das PAULI Programm dazu bei, dass 27 Probanden zur besseren Bewältigung ihrer Probleme eine Rehabilitation anstrebten, wobei 16 Probanden eine ambulante und 11 Probanden eine stationäre Maßnahme bevorzugen würden.

Diskussion und Fazit

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass ein möglichst frühzeitiger Beginn der psychosomatischen Behandlung erfolgsversprechende Ergebnisse bei individuellen Problemstellungen der Patienten liefert. Einer der größten Erfolge von PAULI ist es Probanden das Hemmnis zu nehmen, sich in professionelle medizinische Hände zu begeben und gleichzeitig die Sensibilität für die Erkrankung zu wecken. Die Intervention hilft den Probanden dabei, sich erstmals bewusst zu werden, dass professionelle Hilfe sinnvoll ist. Das Programm ermöglichte weiterhin, die Zeit der Krankschreibung nicht ungenutzt zu lassen, sondern sich in dieser Zeit bereits bewusst für eine Verbesserung der Erkrankung einzusetzen, damit ein Behandlungserfolg möglichst frühzeitig eintreten konnte. Die Evaluation des hier beschriebenen Modellprojekts Pauli zeigt also einen deutlichen Nutzen für die Betroffenen auf.

Literatur

Huckert, T. F., Hank, P., Krampen, G. (2012): Veränderungen in der Symptombelastung während der Wartezeit auf einen ambulanten Psychotherapieplatz. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 62 (8), S. 301–309.

Jacobi, F., Höfler, M., Siegert, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L. et al., (2014): Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). In: International journal of methods in psychiatric research 23 (3), S. 304–319.

Explorative Analyse von Infrarotaufnahmen bei Patienten nach Knie-Totalendoprothese im Verlauf der stationären Rehabilitation

Sebastian Knapp; Belinda Hoffmann; Gert Krischak

IFR Ulm

Hintergrund und Zielstellung

Patienten nach einer Knie-Totalendoprothese (TEP) zeigen im Verlauf der postoperativen Wundheilungsphase oft eine erhöhte Temperatur am operierten Kniegelenk. Die Überwärmung im betroffenen Bereich ist dabei ein akutes Entzündungszeichen. Ein Temperaturunterschied zwischen operiertem und gesundem Knie kann dabei bereits durch einen Tastbefund mit dem Handrücken des behandelnden Therapeuten subjektiv erkannt werden (Bartrow, 2015), jedoch ist dieser so nicht quantitativ messbar.

Im Rahmen eines Forschungsprojektes, zur Evaluation einer assistiven Kniebewegungsschiene (Knapp, 2019) mit multiparametrischer Sensorik, kam eine Infrarotkamera zum Einsatz, um den Reizzustand am endoprothetisch versorgten Kniegelenk über die gemessene Temperatur zu quantifizieren.

Die Infrarot-Thermografie ermöglicht es über Temperaturveränderungen an der Hautoberfläche Anzeichen für physiologische Auffälligkeiten, wie bspw. Reizzustände oder Entzündungen, abzubilden. Die auf der Erfassung der Infrarotstrahlung basierende

Temperaturmessung kann zur Diagnosestützung, aber auch als Ergebnisparameter zur Überprüfung therapeutischer Maßnahmen verwendet werden.

Es wurde exploriert, inwiefern im Verlauf der stationären Rehabilitation Temperaturerhöhungen im operierten Kniegelenk auftreten, welche klinische Relevanz diese haben und ob sich die über die Infrarot-Thermografie objektivierte Temperatur zur Präzisierung bzw. Individualisierung der Therapiemaßnahme mit einer Kniebewegungsschiene eignet.

Methoden

Eingeschlossen wurden insgesamt 20 Knie-TEP operierte Patienten, die eine stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB) durchführten und mindestens 50 Jahre alt waren. Die primäre Knie-TEP-Operation (ICD-10: Z96.65) erfolgte im Zeitraum von ein bis drei Wochen vor der ersten Messung (t1). Unmittelbar vor und nach einer ca. 20-minütigen Übungseinheit mit einer assistiven Kniebewegungsschiene wurde die Hauttemperatur an beiden Kniegelenken gemessen. Die Messungen erfolgten einmal pro Woche (t1 – t3) im Verlauf der stationären AHB, wochentags zwischen 8 Uhr und 12 Uhr, und wurden durch eine Wärmebildkamera der Fa. FLIR (Modell: FLIR E5 Wifi) im Abstand von 50 cm jeweils frontal, lateral und medial auf Höhe des Kniegelenkspalts durchgeführt. Der auszuwertende Bereich des Kniegelenkes (ROI – region of interest) wurde pro Ebene festgelegt (Windisch, 2017). Dazu wurde jeweils ein Kreis aufgespannt, dessen Durchmesser auf Höhe des Kniegelenkspaltes lag und 80% des Durchmessers des Kniegelenks entsprach (siehe Abbildung 1).

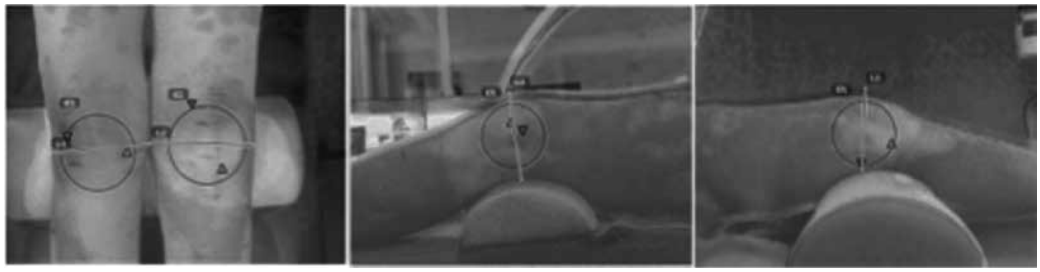


Abb.1: Frontales, laterales und mediales Wärmebild mit markiertem Kniegelenksspalt und aufgespanntem Kreis (ROI)

Ergebnisse

Die Patienten waren zu 65% weiblich und im Durchschnitt 64 Jahre alt (51 – 79 J.). Der BMI lag im Mittel bei 31,5 kg/m² (22,7 – 50,2 kg/m²).

Die Mittelwerte der frontal, lateral und medial gemessenen Temperatur blieben über den Verlauf der dreiwöchigen Rehabilitation praktisch konstant. Der Unterschied am operierten zum nicht operierten Knie lag für die frontale Messung je nach Messzeitpunkt bei +2,3°C bis 2,9°C, für die laterale Messung bei +1,5°C bis 2,0°C und für die mediale Messung bei +1,3°C bis 2,0°C.

Der Vergleich der frontal, lateral sowie medial gemessenen Temperatur vor und nach der jeweiligen Übungseinheit (Prä-Post-Vergleich) zeigte keinen Unterschied zwischen den Messungen. Das galt für alle drei Messzeitpunkte.

Diskussion und Fazit

Die frontale Temperaturmessung zeigte den größten Temperaturunterschied zwischen operiertem und nicht operiertem Kniegelenk. Da sich die Temperaturwerte der lateralen und medialen Messungen kaum unterschieden, sollte für die Praxis die frontale Wärmemessung genutzt werden, um etwaige Temperaturunterschiede und damit ggf. einhergehende Reizzustände bzw. Entzündungen abzubilden. Zwar zeigten sich insbesondere für die frontale Messung Temperaturunterschiede zwischen operiertem und nicht operiertem Kniegelenk von +2,3°C bis 2,9°C, jedoch beeinflussten diese die Therapie mit der Kniebewegungsschiene nicht und können somit als normal und für den Wundheilungsprozess als unkritisch angesehen werden.

Eine Überwärmung des Kniegelenkes zeigten die Messungen nicht. Bei den Patienten lag die Operation im Schnitt 18 Tage zurück und es waren keine akuten Reizzustände gegeben. Bei Temperaturmessungen in den ersten postoperativen Tagen wären ggf. höhere Temperaturen gemessen worden.

Die Übungseinheit an der Kniebewegungsschiene zeigte keine Temperaturveränderung (Prä-Post-Vergleich) des operierten und durch die Schiene bewegten Kniegelenks. Somit zeigte sich die Therapie mit einer Kniebewegungsschiene als sicher und den physiologischen Zustand des operierten Kniegelenks nicht negativ beeinflussend. Daher musste keine Individualisierung der Übungseinheit mit der Kniebewegungsschiene (z.B. Pausieren) aufgrund einer Überwärmung des Kniegelenkes durchgeführt werden.

Literatur

Bartrow, K. (2015): Untersuchen und Befunden in der Physiotherapie. Untersuchungstechniken und Diagnoseinstrumente. 2nd ed. Berlin, Heidelberg: Springer.

Knapp, S, Stöppler, H., Knoll, A., Krischak, G., Ivlev, O. (2019): Überprüfung von Sicherheit und Anwenderfreundlichkeit einer assistiv-aktiven Kniebewegungsschiene mit Selbstanpassung an den Patienten (SE_BURG). Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin 2019; 29: 83-93.

Windisch, C., Brodt, S., Röhner, E., Matziolis, G. (2017): Effects of Kinesio taping compared to arterio-venous Impulse System™ on limb swelling and skin temperature after total knee arthroplasty. International Orthopaedics (SICOT) 2017; 41:301–307.

Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung

First Impression Formation als Thema in der psychosomatischen Rehabilitation: Man kann Menschen ansehen, ob sie Arbeitsprobleme haben

Michael Linden

Charité - Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund und Zielstellung

Bei zwischenmenschlichen Begegnungen machen sich Personen innerhalb von Sekunden aufgrund äußerer Merkmale ein Bild vom Gegenüber. Hierzu gibt es eine umfangreiche Forschung unter dem Stichwort „First Impression Formation“ (Linden et al., 2016). Dieser psychologische Prozess, den man auch bereits bei Rudeltieren beobachten kann, spielt eine wesentliche Rolle bzgl. Sympathie, Kontaktaufnahme, Kompetenzzuschreibung usw. Fast jeder hat schon erlebt, dass bei Vorstellungsgesprächen sich die Anwesenden einig waren, einen Kandidaten nicht zu nehmen, noch bevor dieser Guten Tag gesagt hatte, weil er „unsympathisch“ wirkte. Da sich psychische Störung negativ auf die Impression Formation auswirken, muß das ein Thema in der psychosomatischen Rehabilitation sein.

First Impression hat eine hoher Interrater-Reliabilität (Hüttner & Linden, 2017). Ziel der vorliegenden Studie war, die Validität abzuschätzen.

Methoden

Es wurde ein Zufallsstichprobe von 102 Passagieren in der Bahn gebeten, einen kurzen Fragebogen auszufüllen mit Globalangaben zum psychischen und somatischen Wohlbefinden, der Arbeitszufriedenheit und zur Einschätzung ihrer Leistungsfähigkeit in Anlehnung an das Mini-ICF-APP-S (Linden et al., 2019). Gleichzeitig gab die Untersucherin eine Einschätzung zur Impression Formation auf einer bipolaren Ratingskala ab (Hüttner & Linden, 2017). Sie hatte ansonsten keine Information zu der Person.

Ergebnisse

Eine Faktorenanalyse der Beurteilungsskala ergab 5 Faktoren. In der Tabelle sind die Items gemäß dieser Faktoren geordnet. Es werden die signifikanten Korrelationen angezeigt. Weibliches Geschlecht ist mit Freundlichkeit korreliert, Alter mit Bildung.

Wesentliche Korrelationen finden sich zwischen Freundlichkeit, Selbstsicherheit und Entspanntheit einerseits und Arbeitszufriedenheit bzw. höherem Funktionsniveau am Arbeitsplatz andererseits.

Tab. 1:

Eindrucks-items (Nr)	Geschlecht	Alter	Psych. Wohlbe-finden	Somat. Wohlbe-finden	Lebens-zufrieden-heit	Arbeits-zufrie-den-heit	Mini-ICF-APP-S (Mittelwert)
1. konventionell	r=0,21 p=0,04						
5. durchschnittlich							
11.unscheinbar							
2. unaggressiv	r=0,20 p=0,05					r=-0,41 p<0,001	r=-0,27 p=0,01
6. freundlich	r=0,29 p=0,003						r=-0,30 p=0,002

Eindrucks-items (Nr)	Geschlecht	Alter	Psych. Wohlbe-finden	Somat. Wohlbe-finden	Lebens-zufrieden-heit	Arbeits-zufrie-den-heit	Mini-ICF-APP-S (Mittelwert)
7. sympathisch	r=0,26 p=0,01					r=-0,23 p=0,02	r=-0,25 p=0,01
3. intelligent		r=-0,25 p=0,01					
4. gebildet		r=-0,21 p=0,03					
16. belastbar					r=0,19 p=0,049		
17. verläßlich							
19. klarer Ausdruck					r=0,21 p=0,03		
20. zugewandt	r=0,26 p=0,01						
8. maskulin							
9. raumgreifend						r=0,24 p=0,01	r=0,21 p=0,03
10. selbstbestimmt							r=0,31 p=0,002
15. dickhäutig						r=0,20 p=0,02	
12. entspannt						r=0,19 p=0,048	
14. heiter						r=0,19 p=0,049	
18. kommunikativ							
13. gestylt							

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die First Impression Psychologie nicht nur etwas Äußerliches ist, sondern tatsächlich auch etwas über die Person aussagt. Es ist plausibel, dass jemand der selbstbewußt oder freundlich wirkt im Beruf weniger Probleme hat. Interessant ist, dass der äußere Ausdruck offenbar weniger etwas über die aktuelle Stimmung sagt, als über die überdauernde Persönlichkeitsstruktur und die soziale Anpassung. In der Psychotherapie sollte die Impression Formation angemessene Beachtung finden und speziell auch unter Gesichtspunkten der beruflich orientierten Rehabilitation ein eigener Therapiegegenstand sein. Wer auf seine Mitmenschen sympathischer wirkt, hat bessere Chancen im Beruf. Das kann nach durchaus bewußt gestaltet werden.

Literatur

Hüttner, S-M., Linden, M. (2017): Modification of first impression and interpersonal attractiveness by manipulating outer appearance. Psychopathology, 50: 141-145.

Linden, M., Dymke, T., Hüttner, S.M., Schnaubelt, S. (2016): Der „allgemeine Eindruck (Impression Formation)“ in der Diagnostik und Therapie psychischer Störungen. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychotherapie, 66: 221-226.

Linden M, Keller L, Noack N (2019): First Impression Formation allows judgements in regard to coping in life rather than subjective well-being. Journal of Psychology and Psychotherapy Research, 6: 24-29.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Gesundheit- digital und inklusiv. Eine Lernsoftware barrierearm gestalten

Inga Klose; Jessica Bröhl; Lisa Kadatz; Lena Sube
TU Dortmund

Hintergrund und Zielstellung

Trotz eindeutiger rechtlicher Forderungen nach gleichberechtigtem Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle Menschen, zeigt sich, dass Menschen mit Beeinträchtigung und darunter insbesondere Menschen mit Lernschwierigkeiten vielschichtigen Barrien ausgesetzt sind und dadurch in ihrer Teilhabe eingeschränkt sind (Frings, 2019). Neben baulichen Barrieren fehlt es im Werkstattkontext an Gesundheitsskonzepten, die die Betroffenen aufklären und mit einbeziehen (ebd.). Hier ist ein deutlicher Handlungsbedarf erkennbar, denn für Menschen mit Beeinträchtigung zeigt sich eine deutlich höhere Zahl an Krankheitstagen (ebd.). Außerdem gelten sie in vielen Fällen als Risikopersonen (RKI). Mit Blick auf die ganzheitliche Komponente von Gesundheit zeigt sich der Bedarf am Erwerb von positiven Bewältigungsstrategien für Menschen mit Lernschwierigkeiten insbesondere vor dem Hintergrund der einschneidenden Veränderungen durch die Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie. Hier braucht es neue, aktualisierte Konzepte.

Eine Möglichkeit, den Barrieren und mangelbehafteten Konzepten entgegenzuwirken, stellen digitale Software dar. Diese bilden bedarfsorientiert bspw. den jeweiligen Arbeitskontext ab und vermitteln den Menschen mit Lernschwierigkeiten anhand multimedialer und barrierearmer Inhalte Kompetenzen zum Arbeitsschutz sowie zur Gesundheitsförderung.

Der vorliegende Beitrag hat das Ziel, die bestehende Spaltung zwischen Menschen mit und ohne Behinderung in Bezug auf Teilhabechancen an Arbeitsschutz und Gesundheitsversorgung zu überbrücken. Auf diese Weise soll die Gesundheitsbefähigung von allen Beteiligten gestärkt werden. Auf Basis einer qualitativen Erhebung sollen daher Leitlinien für eine digitale barrierearme Gesundheitsförderung herausgestellt werden.

Methoden

Forschungsgrundlage ist ein Projekt, das im Zeitraum von Oktober 2019 bis Mai 2020 von Studierenden der TU Dortmund in Kooperation mit den WfbM der Diakonie Recklinghausen gestaltet wurde. Das Projekt verfolgte einen partizipativen Forschungsansatz, der in Form von drei Fokusgruppentreffen (FGT) je 60 Minuten umgesetzt wurde. Teilnehmende der ersten beiden FGT, die in den Räumlichkeiten der WfbM durchgeführt wurden, waren drei Mitarbeitende und fünf Beschäftigte der WfbM. Aufgrund der Covid- 19- Pandemie konnte das dritte FGT nur über Videokonferenz stattfinden, an dem vier weitere Mitarbeitende teilnahmen.

Ablauf und Durchführung der drei FGT orientierte sich am Ablaufmodell von Gruppendiskussionen nach Mayring (2016) und an den Regeln nach Lamnek und Krell (2016). Die Diskussionen erfolgten leitfadengestützt und behandelten u.a. Themen wie Gesundheitsverständnis, Arbeitsschutz und digitale Kompetenzen. In Anlehnung an Mayring (2016) wurden die erhobenen Daten mit einer strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet.

Ergebnisse

Die Befragten definieren Gesundheit als einen kontinuierlichen Prozess, der durch gesundheitsfördernde Schulungen in den verschiedenen Thematiken positiv beeinflusst wird. Die Maßnahmen sollen dabei auf die individuellen Lernstrategien der adressierten Menschen mit Behinderung sowie den Gegebenheiten der Einrichtung ausgerichtet sein. Bei einer softwarebasierten Vermittlung von Gesundheitsthematiken soll die Anwendung von Leichter Sprache durch nicht realitätsgetreue Bilder unterstützt werden, da realistische Bilder die Menschen mit Lernschwierigkeiten ablenken. Vor allem Abbildungen von (blutenden) Verletzungen können von der eigentlichen Intention wegführen sowie die Aufmerksamkeit verringern. Außerdem merkten die Befragten eine Visualisierung anhand von selbstgedrehten Videos in der gewohnten Umgebung als förderlich für die softwarebasierte Vermittlung von Maßnahmen zur Gesundheitförderung an. Hierdurch entstehen Wiedererkennungseffekte, die das Bewusstsein für die Relevanz der Inhalte stärkt sowie die anschließende Umsetzung in der jeweiligen Einrichtung erleichtert. Die Videos sollten zusätzlich durch Gebärden oder Untertitel unterstützt werden und eine maximale Länge von 1:50 Minuten haben, um die Aufmerksamkeit der Menschen zu erhalten. Darüber hinaus präferieren die Beteiligten eine Darstellung anhand von Text und Bildern sowie Überprüfungsfragen nach den jeweiligen Lerneinheiten. Dies fördert das kleinschrittige Lernen sowie der Vorbeugung von Irritationen. Grundlage für die zuvor genannten didaktischen Aspekte zur digitale Vermittlung von Kompetenzen zur Gesundheitsbefähigung ist der elementare Zugang zu digitalen Medien, der durch technische Hilfsmittel sowie menschlicher Assistenz ermöglicht werden kann.

Diskussion und Fazit

Die Fokusgruppentreffen sind nach Wright et al. (2013) der Vorstufe der Partizipation zuzuordnen, da die Betroffenen nur teilweise Zugang zu dem Forschungsprozess hatten, und alle Entscheidungen unterlagen den Projektverantwortlichen. Jedoch wurden alle Meinungen und Beiträge in spätere Entscheidungen eingebunden. Die Zusammensetzung aus Mitarbeitenden und Beschäftigten kennzeichnet eine heterogene Fokusgruppe. Teilweise übernahmen die Mitarbeitenden für die Beschäftigten das Wort, welches ein Machtgefälle verdeutlicht. Diesem Machtgefälle wurde aus Seiten der Projektleitung durch die Verwendung von Symbolkarten sowie durch eine gleichberechtigte Anrede in Form von Siezen entgegengewirkt. Der offene Gesprächscharakter förderte die Berücksichtigung von zielgruppenspezifischen Bedürfnissen zur Gesundheitsbefähigung von Menschen mit Lernschwierigkeiten. Zudem liefert die Studie einen Beitrag zum praktischen Abbau von Barrieren in der digitalen Vermittlung von Arbeitsschutzmaßnahmen und ermöglicht durch den partizipativen Forschungsstil die zielgruppengerechte Entwicklung von digitalen Gestaltungsmöglichkeiten.

Literatur

Frings, S. (2019): Gesundheitsförderung in Werkstätten für Menschen mit Behinderung (WfbM). In: Walther K, Römisch K (Hrsg) Gesundheit inklusive. Gesundheitsförderung in der Behindertenarbeit. Springer, Wiesbaden, S 297–312.

Lamnek, S., Krell C. (2016): Qualitative Sozialforschung (6., überarb. Aufl.) Beltz, Weinheim.

Mayring, P. (2016): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken (6., überarb. Aufl.) Beltz, Weinheim.

RKI (2020): https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogruppen.html. Zugegriffen: 17.11.2020.

Wright, M. T., Block, M., Kilian, H., Lemmen, K. (2013): Förderung von Qualitätsentwicklung durch Partizipative Gesundheitsforschung. Prävention und Gesundheitsförderung, 8(3): 147-154.

Handlungs- und Forschungsbedarf in der Rehabilitation aus Sicht von Betroffenen und in der Versorgung Tätigen

Lisa Ann Baumann[1]; Anja Gieseler[1]; Aike Hessel[2]; Natalie Schüz[2]; Anna Levke Brütt[1]

[1] Carl von Ossietzky Universität Oldenburg; [2] Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen | Koordinationsmanagement Sozialmedizin

Hintergrund und Zielstellung

Wie Menschen trotz bestehender Beeinträchtigungen weiterhin am gesellschaftlichen Leben teilhaben können und welche Faktoren die Teilhabe fördern oder einschränken, ist ein großer Schwerpunkt der Rehabilitationsforschung (Kirschning et al., 2013; Brütt et al., 2016). Um die Forschung selbst vermehrt an den Bedürfnissen und der Lebenswelt von Patient*innen auszurichten, wird zunehmend die Beteiligung von Rehabilitand*innen und in der Versorgung Tätigen an Forschungsprozessen gefordert (Kirschning et al., 2012; Brütt et al., 2016). Durch die Einbeziehung dieser beiden Gruppen in Forschungsprozesse können aus Patient*innensicht relevante Problemfelder besser erkannt und bearbeitet werden. Forschung wird zudem zielführender und praktisch anwendbar (Kirschning et al., 2013).

Die Beteiligung an Forschungsprozessen kann auf verschiedenen Wegen erfolgen. Jedoch ist eine erste und wichtige Entscheidung die Bestimmung zentraler Handlungs- und Forschungsfelder (Cowan & Oliver, 2018). Das hier vorgestellte Projekt „ReHaFe – Rehabilitationspraktische und rehabilitationswissenschaftliche Handlungsfelder“ zielt daher darauf ab, unter Beteiligung von Rehabilitand*innen und Mitarbeitenden im Bereich der orthopädischen und psychosomatischen Rehabilitation relevante Handlungsfelder und Forschungsthemen für diese Bereiche zu identifizieren und in einem späteren Schritt zu priorisieren.

Methoden

Zwischen August und November 2020 wurden 3873 ehemalige Rehabilitand*innen (Reha im Jahr 2019) sowie 266 Mitarbeitende der DRV Oldenburg-Bremen (DRV OLB) (235 Mitarbeitende aus drei Rehabilitationskliniken und 31 Mitarbeitende aus rehabilitationsstrategischen und sozialmedizinischen Bereichen der DRV OLB) aus dem Bereich der psychosomatischen und orthopädischen Reha zur Studienteilnahme eingeladen. Mittels einer explorativen schriftlichen Befragung (Papier- und Onlinefragebogen) haben wir zunächst praktische und wissenschaftliche Handlungsfelder gesammelt. Die Studienteilnehmenden wurden dabei gebeten, die aus ihrer Sicht relevanten und noch nicht ausreichend bearbeiteten Handlungsfelder in einem offenen Textfeld zu nennen. Zur

Beschreibung der Studienpopulation haben wir zusätzlich soziodemographische Daten erhoben.

Die benannten Handlungsfelder werden qualitativ ausgewertet. Hierfür wird ein im Konsensverfahren entwickeltes, induktives Code-System verwendet. Aus den übergeordneten Codes werden praktische sowie wissenschaftliche Handlungsfelder formuliert.

Ergebnisse

Die Rücklaufquote liegt für die Rehabilitand*innen bei rund 5,5% (n=211) und für die Mitarbeitenden der DRV OLB bei rund 12,4% (n=33).

Etwas mehr als die Hälfte der Befragten ist männlich (52%). Der Großteil ist zwischen 50 und 59 Jahre alt (54%) und hat einen Haupt- oder Realschulabschluss (28% und 42%). 58% der teilnehmenden Rehabilitand*innen haben an einer orthopädischen Reha teilgenommen, 33% an einer psychosomatischen Rehabilitation und 7% haben sowohl eine orthopädische als auch eine psychosomatische Reha erhalten. Deutlich mehr als die Hälfte der Studienteilnehmenden war, unabhängig von der Indikation, sehr zufrieden oder zufrieden mit der eigenen Rehabilitation (orthopädisch: 30% und 49%, psychosomatisch: 33% und 47%).

Die teilnehmenden Mitarbeitenden der Reha-Kliniken sind vorwiegend weiblich (67%), die Hälfte ist unter 45 Jahre alt (48%). Der Großteil ist als Sozialarbeiter*in oder therapeutisches Personal tätig (43%) und überwiegend zufrieden mit dem aktuellen Rehabilitations-System (86%). Die meisten Rückmeldungen haben wir von Mitarbeitenden aus dem Bereich der orthopädischen Reha erhalten (71%). Die Mitarbeitenden der DRV OLB intern sind ebenfalls häufiger weiblich (58%), der größere Teil ist älter als 44 Jahre (58%) und zufrieden mit dem derzeitigen Rehabilitations-System (75%). Die Rückmeldungen kommen zu gleichen Anteilen von Mitarbeitenden aus der Sozialmedizin und der Verwaltung (jeweils 50%).

Erste qualitative Auswertungen lassen bereits erkennen, dass besonders die Reha-Nachsorge, die interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie die Teilhabe von Patient*innen an ihrer eigenen Reha häufig benannte Handlungsfelder sind. In anstehenden Analysen werden die Handlungsfelder und Forschungsthemen weiter differenziert und analysiert.

Diskussion und Fazit

Die identifizierten rehabilitationspraktischen und rehabilitationswissenschaftlichen Handlungsfelder liefern Auskunft darüber, wie Betroffene und in der RehabilitationTätige die aktuelle rehabilitative Versorgung wahrnehmen und wo aus ihrer Sicht Handlungsbedarf besteht. In einem weiteren Schritt sollen diese Handlungsfelder mit den Studienteilnehmenden gemeinsam priorisiert werden, um anschließend aus den am relevantesten betrachteten Handlungsfeldern patient*innen- und praxisorientierte Forschungsprojekte abzuleiten. Weiterführend sollen im Zuge einer Implementierungsphase gemeinsam mit der DRV OLB und den kooperierenden Reha-Kliniken Strategien zur Bearbeitung der priorisierten Handlungsfelder diskutiert werden, um den Versorgungsalltag von Rehabilitand*innen zu verbessern.

Durch den im Forschungsprojekt gewählten partizipativen Ansatz kann die Patient*innen-Orientierung in der Forschung sowie im Versorgungsalltag der Rehabilitationskliniken gestärkt werden. Sollten sich die Methoden als grundsätzlich praktikabel erweisen, könnten Studien

mit weiteren Indikationen durchgeführt werden und so zur Teilhabe von Rehabilitand*innen und in der Versorgung Tätigen an der Ausrichtung der Rehabilitation und der Rehabilitationsforschung beitragen.

Literatur

Brütt, A. L., Buschmann-Steinhage, R., Kirschning, S., Wegscheider, K. (2016): Teilhabeforschung - Bedeutung, Konzepte, Zielsetzung und Methoden. Bundesgesundheitsbl, 59. 1068–1074.

Cowan, K., Oliver, S. (2020): The James Lind Alliance Guidebook. URL: www.JLAguidebook.org, Abruf: 04.11.2020.

Kirschning, S., Pimmer, V., Matzat, J., Brüggemann, S., R. Buschmann-Steinhage, R. (2012): Beteiligung Betroffener an der Forschung. Die Rehabilitation, 51. 12-20.

Kirschning, S., Matzat, J., Buschmann-Steinhage, R. (2013): Partizipative Rehabilitationsforschung. Präv Gesundheitsf, 8. 191-199.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen

Herausforderungen, Kompetenzen und wahrgenommene Unterstützung bezüglich krankheitsrelevanter Informationen bei Rehabilitandinnen mit Brustkrebs und gynäkologischen Tumoren

Natascha Fahmer[1]; Hermann Faller[1,5]; Dirk Engehausen[2]; Holger Hass[3]; Monika Reuss-Borst[4]; Peter Heuschmann[1,5]; Karin Meng[1]; A. Wöckel[5]

[1] Julius-Maximilians-Universität Würzburg; [2] Sinntalklinik Bad Brückenau
[3] Paracelsus-Klinik Scheidegg; [4] Rehazentrum Bad Bocklet; [5] PAKO Projektgruppe

Hintergrund und Zielstellung

Bei einem erheblichen Anteil der Brustkrebspatientinnen bestehen hinsichtlich ihrer Erkrankung und Behandlung Informationsbedürfnisse, sowohl zu Beginn der Erkrankung als auch im weiteren Behandlungsverlauf (Halbach et al., 2016; Faller et al., 2019). Bei der Informationsgewinnung liegt neben der psychosozialen Versorgung der größte Unterstützungsbedarf vor (Fiszer et al., 2014). Dabei spielt die Gesundheitskompetenz (health literacy), d.h. die Fähigkeit der Patientinnen, relevante Informationen zu beschaffen, verstehen, bewerten und zu nutzen, eine Rolle. Brustkrebspatientinnen mit geringer Gesundheitskompetenz berichten von mehr unerfüllten Informationsbedürfnissen (Halbach et al., 2016). Gesundheitskompetenz kann dabei als Zusammenspiel zweier Komponenten verstanden werden: von persönlichen Kompetenzen einerseits und jeweiligen situativen Anforderungen bzw. der Komplexität der Systeme andererseits (Parker & Ratzan, 2010).

Bisher ist weitgehend unklar, inwiefern Patientinnen Herausforderungen in Bezug auf die Informationsgewinnung/-nutzung bewältigen können, über welche Kompetenzen sie verfügen und welche Unterstützung sie benötigen. Im Projekt „Transsektorale Entwicklung der Patientenkompetenz bei Frauen mit Brustkrebs und gynäkologischen Tumoren (PAKO)“

wurden daher die folgenden Fragestellungen u.a. in der onkologischen Rehabilitation explorativ untersucht:

F1: Welche Herausforderungen benennen Rehabilitandinnen bezüglich der Gewinnung, Verarbeitung und Nutzung krankheitsrelevanter Informationen?

F2: Welche Kompetenzen nutzen sie im Umgang mit diesen Herausforderungen?

F3: Welche Unterstützung wird dabei als hilfreich wahrgenommen?

Methoden

Es wurden teilstrukturierte, leitfadengestützte Interviews mit Patientinnen mit Brustkrebs oder gynäkologischen Tumoren (ICD-10: C50, C53, C54, C56) in drei Rehabilitationskliniken geführt. Dabei wurde (als Teil eines umfangreicheren Leitfadens) gefragt, wie zufrieden die Rehabilitandinnen mit dem Informationsstand sind, inwiefern sie Informationen selbst beschaffen, verstehen, bewerten und im Umgang mit der Erkrankung nutzen können und welche Schwierigkeiten es dabei gab. Zudem wurde erfragt, welche Unterstützung im Umgang mit benannten Herausforderungen hilfreich war und was die Informationsgewinnung und -nutzung erleichterte. Die Interviews wurden aufgezeichnet und transkribiert. Die Datenanalyse erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse (Mayring, 2015) mit Atlas.ti.

Die Stichprobe umfasste 20 Rehabilitandinnen, davon 14 mit Brustkrebs und 6 mit gynäkologischem Tumor. Das Durchschnittsalter war 56.4 Jahre (SD=8.7). 6 hatten einen Volks-/Hauptschulabschluss, 7 die Mittlere Reife, 3 (Fach-)Abitur, 4 Fachhochschul-/Universitätsabschluss. 15 lebten in Partnerschaft. Der Median des Zeitpunkts nach Diagnosestellung lag bei 11.5 Monaten (IQR=20.8). Eine Anschlussheilbehandlung erhielten 12 Patientinnen.

Ergebnisse

Ein Kategoriensystem mit drei Ebenen wurde definiert. Oberkategorien wurden deduktiv nach den Fragestellungen festgelegt. Insgesamt wurden 190 Kodierungen gesetzt, daraus ergaben sich durch schrittweise Zusammenfassung 45 Subkategorien und 21 Hauptkategorien.

F1/Folgende Herausforderungen wurden benannt: Informationsgewinnung entsprechend eigener Bedürfnisse (z.B. Informationen qualitativ, quantitativ, zeitlich passend zu erhalten); Internet als Informationsquelle (z.B. Information bewerten/relativieren und mit bedrohlichen Informationen umgehen); Informationsbewertung und Entscheidungen (z.B. Umgang mit widersprüchlichen Informationen von Behandlern). Folgende Barrieren der Informationsgewinnung/-verarbeitung wurden gefunden: Barrieren im Arzt-Patient-Gespräch (z.B. internale, strukturelle); persönlich-situative Barrieren (z.B. Informationsverarbeitung nach Diagnosemitteilung eingeschränkt); sonstige Barrieren (z.B. strukturell: fehlende Angebote).

F2/Als erforderliche Kompetenzen wurden genannt: Selbstregulation Informationsbedürfnis (z.B. Informationen zur eigenen Entlastung meiden oder dosieren); selbstgesteuerte Informationsgewinnung: mediale und soziale Kompetenz (z.B. multiple Informationsquellen nutzen, Austausch mit Betroffenen); Kommunikationskompetenzen im Arzt-Patient-Gespräch (z.B. Informationen aktiv erfragen, Angehörige aktiv einbeziehen); Internetkompetenz (z.B. verlässliche Informationsquellen kennen und nutzen); selbstbestimmte Entscheidungen entsprechend eigener Bedürfnisse treffen. 3 Hauptkategorien betreffen persönliche

Determinanten/Ressourcen: Interesse und Selbstverständnis (z.B. Interesse an Krankheitsinformationen, aktive Patientenrolle); Vorkenntnisse (z.B. durch berufliche Tätigkeit); Vertrauen in den Arzt.

F3/Hilfreiche Unterstützung wurde v.a. durch Behandler und Angehörige wahrgenommen. Behandler: bedürfnisorientierte Aufklärung und Information (z.B. durch Gesprächsangebote); Behandler: patientenorientierte Gesprächsführung; Angehörige beim Arztgespräch unterstützen bei Informationsgewinnung/-verarbeitung; Angehörige und Freunde/Bekannte: Austausch (z.B. Beteiligung an Informationsgewinnung); Rehabilitation: Informationsquelle mit vielfältigem Angebot; situative Determinante: Vernetzung und interdisziplinäre Zusammenarbeit (z.B. guter Informationsfluss zwischen Behandlern).

Diskussion und Fazit

Die Studie liefert explorative Ergebnisse zu Aspekten der Gesundheitskompetenz aus Patientensicht und Ansatzpunkte zu deren Förderung.

Einerseits wurden situative Anforderungen (z.B. Herausforderungen der Informationsgewinnung entsprechend eigener Bedürfnisse, Barrieren im Arztgespräch) benannt, welchen in der (psycho-) onkologischen Arbeit begegnet werden kann. Gleichermaßen umfasst die Förderung der Gesundheitskompetenz die Stärkung persönlicher Kompetenzen im Umgang mit diesen Anforderungen. Auch hier weisen die Ergebnisse auf relevante Fertigkeiten und Ressourcen der Rehabilitandinnen hin (z.B. Kommunikationskompetenzen, Vorkenntnisse), welche es zu erkennen bzw. zu erweitern gilt. Für beide Komponenten der Gesundheitskompetenz zeigt die berichtete Unterstützung konkrete Hilfestellungen auf. Beispielsweise können Behandler durch bedürfnisorientierte Angebote und Angehörige durch Teilnahme an Arztgesprächen zu einer verbesserten Informationsversorgung beitragen oder der Austausch mit Angehörigen die Kompetenzen der Patientinnen stärken.

In unserer Studie werden die Fragestellungen neben der Rehabilitation in Akutsetting und Selbsthilfe untersucht. Die nächste Studienphase erfasst quantitativ die Entwicklung der Kompetenzen im Krankheitsverlauf bis zu einem Jahr nach Primärbehandlung.

Für die PAKO-Projektgruppe (Leitung: Prof. P. Heuschmann, Prof. H. Faller, Prof. A. Wöckel)

Literatur

Faller, H., Hass, H. G., Engehausen, D., Reuss-Borst, M., Wöckel, A. (2019): Supportive care needs and quality of life in patients with breast and gynecological cancer attending inpatient rehabilitation. A prospective study. Acta Oncologica, 58. 417-424.

Fiszer, C., Dolbeault, S., Sultan, S., & Brédart, A. (2014): Prevalence, intensity, and predictors of the supportive care needs of women diagnosed with breast cancer: a systematic review. Psycho-Oncology, 23. 361-374.

Halbach, S. M., Ernstmann, N., Kowalski, C., Pfaff, H., Pförtner, T. K., Wesselmann, S., & Enders, A. (2016): Unmet information needs and limited health literacy in newly diagnosed breast cancer patients over the course of cancer treatment. Patient Education and Counseling, 99. 1511–1518.

Mayring, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken (12. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Parker, R., Ratzan, S. C. (2010): Health literacy: A second decade of distinction for Americans. Journal of Health Communication, 15. 20-33.

Förderung: Deutsche Krebshilfe

Kardiologische Rehabilitation bei einem 42-Jährigen nach peripherer Lungenarterienembolie im Rahmen einer SARS-CoV-Infektion

Malte Ossenberg[1]; Dietrich Stoevesandt[2,1]; Stefan Schwarz[3]; Axel Schlitt[3,1]

[1] Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg; [2] Universitätsklinikum Halle (Saale)
[3] Paracelsus-Harz-Klinik Bad Suderode

Hintergrund und Zielstellung

Die Coronavirus-Krankheit 2019 (COVID-19) ist durch die Infektion mit dem „schwere akute respiratorische Syndrom Coronavirus-2“ (SARS-CoV-2) verursacht. Bei dieser Erkrankung dominieren pulmologische Symptome das klinische Erscheinungsbild. COVID-19 kann sich jedoch auch durch schwerwiegende kardiovaskuläre Erkrankungen wie Lungenembolie, Myokarditis, akutes Koronarsyndrom, Schlaganfall, u.a. manifestieren bzw. den Verlauf der Erkrankung komplizieren. Kardiovaskuläre Komplikationen/Manifestationen können mit systemischer Inflammation, erhöhtem Sympathikotonus, direkter Virusinfektion von Myokard- und Endothelzellen sowie potentieller Hypoxie aufgrund von Atemversagen assoziiert sein (Boukhris et al., 2020).

Die Rolle einer kardiologischen Rehabilitation ist in der Therapie von Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Sinne der Sekundär- und Tertiärprävention etabliert (Bjarnason-Wehrens et al., 2019). Übertragen auf eine stationäre Rehabilitation nach COVID-19, stellt die Durchführung einer modernen multimodalen Rehabilitationsmaßnahme einen effektiven Therapieansatz zur Unterstützung der Krankheitsverarbeitung und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit von kardiopulmonalen Folgen einer SARS-CoV-2 dar.

Methoden

Im Rahmen eines Fallberichtes wurde über den stationären Aufenthalt eines 42-jährigen Diplomkaufmannes ohne Vorerkrankungen in einer Rehabilitationseinrichtung berichtet.

Im März 2020 wurde bei dem Patienten nach der Rückkehr aus dem Skiurlaub eine SARS-CoV-2 Infektion nachgewiesen. In der vierwöchigen Quarantäne manifestierten sich die Symptome trockener Husten, ein abgeschwächter Geruchssinn und allgemeine Schwäche. Nach kurzzeitiger Verbesserung des Gesundheitszustandes folgte in der achten Woche nach primären Infektionsnachweis eine Verschlechterung des Allgemeinzustandes mit Fieber bis 39 Grad Celsius und zunehmender Belastungsdyspnoe. Es erfolgte die Einweisung des 42-jährigen Patienten in ein Krankenhaus der Maximalversorgung.

Bei erhöhten D-Dimeren und einschlägiger Symptomatik bestätigte sich mittels Lungen-Perfusions-Ventilations-Szintigrafie der Verdacht einer LAE. Als Therapie wurde eine Antikoagulation mit Rivaroxaban (20mg/Tag) für sechs Monate empfohlen. Der Patient wurde

nach neuntägigem stationärem Aufenthalt mit der Diagnose periphere LAE im rechten Unterfeld entlassen.

Bei Aufnahme in die Rehabilitationsklinik acht Wochen nach der stationären Entlassung zeigte sich der Patient postviral nach COVID-19 und LAE in reduziertem Allgemeinzustand. Der Patient berichtet vor allem über eine weiterhin verminderte Belastbarkeit, wodurch die Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit nicht möglich gewesen sei.

In der transthorakalen Echokardiographie ergab sich eine leichtgradig reduzierte systolische Funktion und linksventrikulär eine diskrete apikale sowie diskrete posteriore Hypokinesie, die in der transthorakalen Echokardiographie im Akutkrankenhaus nicht nachzuweisen war. Zum Ausschluss einer myokardialen Beteiligung der stattgefundenen COVID-19 Erkrankung wurde eine externe Kardio-MRT durchgeführt. Diese zeigte jedoch einen Normalbefund.

Auf Grundlage der erhobenen Befunde in der Lungenfunktionsdiagnostik, einer Spiroergometrie und dem zugrundeliegenden Krankheitsbild wurde unter leitliniengerechter Antikoagulation ein kontinuierliches und der Belastbarkeit angepasstes Herz- und Kreislauf-Funktionstraining sowie die Teilnahme an krankheitsspezifischen Vorträgen und Seminaren durchgeführt (DGPR 2020).

Ergebnisse

Zum Abschluss des Rehabilitationsaufenthaltes wurde zur Einschätzung der Leistungsfähigkeit im Sinne einer Wiedereingliederung ins Berufsleben eine Spiroergometrie durchgeführt. Die erbrachte Leistung des Patienten zeugte von einer verbesserten kardiopulmonalen Leistungsfähigkeit. Eine hypoxämische Insuffizienz und eine Gasaustauschstörung konnten ausgeschlossen werden. Auch zeigte sich kein Hinweis auf eine chronisch thromboembolische pulmonale Hypertonie (CTEPH).

Nach erfolgreicher Kardiopulmonaler Rehabilitation ist der Patient mit normaler kardialer Funktion und einer deutlich verbesserten Belastbarkeit entlassen worden. Es wurde die sozialmedizinische Empfehlung ausgesprochen, dass der Patient für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit wieder vollschichtig einsetzbar ist.

Damit zeigt sich, dass eine kardiale Rehabilitation in Gestalt eines regelmäßigen Ausdauertrainings, einer aktivierenden Therapie sowie Wassergymnastik und unter Anleitung durchgeführtes Kraftausdauertraining zum Wiederaufbau der peripheren Muskulatur eine notwendige Therapie zur Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit sein kann. Durch Vorträge und individuelle Schulungen zu den Themen Tiefe Beinvenenthrombose und Lungenarterienembolie, gesunder Ernährung bei Herz-Kreislauferkrankungen und Stressbewältigung wurden zusätzlich das Krankheitsverständnis und die Gesundheitsbildung geschult.

Diskussion und Fazit

Im hier vorgestellten Fallbeispiel litt der Patient unter einer LAE als Komplikation einer SARS-CoV-2-Infektion. Es resultierte eine über mehrere Wochen eingeschränkte Leistungsfähigkeit, eine reduzierte soziale Teilhabe sowie die Arbeitsunfähigkeit.

Auch nach ausgeheilter COVID-19 besteht die Gefahr kardiovaskulärer Komplikationen, weshalb Verlaufskontrollen und eine engmaschige Betreuung auch über den Zeitraum der Infektion hinaus zu empfehlen sind. Die teils langwierige und problematische Rekonvaleszenz

unterstreicht die Notwendigkeit und die Effektivität einer kardiologischen Rehabilitationsmaßnahme.

Literatur

Bjarnason-Wehrens, B., Nebel, R., Jensen, K., Hackbusch, M., Grilli, M., Gielen, S., Schwaab, B., Rauch, B. (2020): German Society of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation (DGPR). Exercise-based cardiac rehabilitation in patients with reduced left ventricular ejection fraction: The Cardiac Rehabilitation Outcome Study in Heart Failure (CROS-HF): A systematic review and meta-analysis. Eur J Prev Cardiol. 2020 Jun;27(9):929-952. doi: 10.1177/2047487319854140. Epub 2019 Jun 8. PMID: 31177833; PMCID: PMC7272131.

Boukhris, M., Hillani, A., Moroni, F., Annabi, M.S., Addad, F., Ribeiro, M.H., Mansour, S., Zhao, X., Ybarra, L.F., Abbate, A., Vilca, L.M., Azzalini, L. (2020): Cardiovascular Implications of the COVID-19 Pandemic: A Global Perspective. Can J Cardiol. 2020 Jul;36(7):1068-1080. doi: 10.1016/j.cjca.2020.05.018. Epub 2020 May 16. PMID: 32425328; PMCID: PMC7229739.

S3 – Leitlinie zur kardiologischen Rehabilitation (LL-KardReha) im deutschsprachigen Raum Europas, Deutschland, Österreich, Schweiz (D-A-CH), Langversion - 2020 AWMF Registernummer: 133/001.

Klinik-Weiterempfehlung bei Reha-Erfolg: Erfahrungsberichte von Rehabilitanden auf einer Klinik-Bewertungsplattform

Uwe Sander; Irina Biedermann; Anna-Lena Hofmann; Felix Hopf; Susann Kiss; Anja Schindler; Christiane Patzelt

Hochschule Hannover

Hintergrund und Zielstellung

Feedback von Patienten über erlebte Versorgungsaspekte erfolgt auch in der Rehabilitation inzwischen zunehmend online, beispielsweise auf Bewertungsportalen. Daher soll untersucht werden, welche von Rehabilitanden auf der für Reha-Kliniken führenden Bewertungsplattform Klinikbewertungen.de veröffentlichten Versorgungsaspekte mit der Weiterempfehlung einer Rehaklinik und welche negativen Aspekte mit der Nicht-Weiterempfehlung assoziiert sind.

Methoden

Mit einem Mixed-Methods-Ansatz wurden aus acht Indikationsgruppen nach Zufriedenheitsstufen stratifizierte freitextliche Erfahrungsberichte von Rehabilitanden inhaltsanalytisch ausgewertet. Der Zusammenhang zwischen positiven (negativen) Aussagen mit der (Nicht-)Weiterempfehlung wurde untersucht.

Ergebnisse

Die Inhaltsanalyse von 911 Erfahrungsberichten ergab 20 Kategorien. Der von Rehabilitanden wahrgenommene „Reha-Erfolg“ war am häufigsten mit der Weiterempfehlung bzw. Nicht-Weiterempfehlung signifikant assoziiert. In fünf QS-Vergleichsgruppen war das Thema „Verpflegung“ assoziiert. In allen QS-Vergleichsgruppen war mindestens ein

prozessorientiertes Rehabilitationsthema assoziiert: „Reha-Maßnahmen“, „Reha-Plan und Reha-Ziele“ und/oder „Diagnose bis Entlassung“.

Diskussion und Fazit

Reha-Kliniken können auf Basis der vorgestellten Ergebnisse indikationsspezifisch die für die Klinik-Weiterempfehlung relevanten Versorgungsaspekte identifizieren. Die Einbeziehung von Online-Erfahrungsberichten schafft zusätzliche Erkenntnisse über die Gründe der (Un-) Zufriedenheit von Rehabilitanden. Potenziellen Rehabilitanden steht das Erfahrungswissen als niederschwellige Informationsquelle und Entscheidungshilfe zur Verfügung.

Literatur

--

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation in der Psychosomatik – Studienprotokoll einer randomisierten kontrollierten Multicenterstudie

Miriam Markus[1]; Nina Gabriel[2]; Markus Bassler[2]; Matthias Bethge[1]

[1] Universität zu Lübeck; [2] Hochschule Nordhausen

Hintergrund und Zielstellung

Arbeitsunfähigkeitstage und gesundheitsbedingte Frühberentungen aufgrund psychischer Störungen haben in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2016). In der rehabilitativen Versorgung der Deutschen Rentenversicherung wird gut ein Sechstel der stationär erbrachten Leistungen aufgrund psychischer Störungen (ohne Sucht) erbracht (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2016). Die rehabilitative Versorgung im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung zielt auf berufliche Wiedereingliederung und die Vermeidung erwerbsminderungsbedingter Rentenzugänge. Die zunehmend stärkere Orientierung an diesen Zielen spiegelt sich u. a. in der Dissemination medizinisch-beruflich orientierter Rehabilitationsprogramme (MBOR) wider. Für die Umsetzung derartiger Programme haben die Rentenversicherungsträger gemeinsame Empfehlungen erarbeitet, die Zielgruppe, Inhalte und Umfang betreffen. Diese Empfehlungen wurden in einem Anforderungsprofil zusammengefasst (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2019). Ziel der MBOR ist es, durch eine verstärkte Berücksichtigung individueller Arbeitsanforderungen und der dafür erforderlichen Fähigkeiten die beruflichen Teilhabechancen besonders stark beeinträchtigter Personen zu verbessern.

Bisher stützt sich die Evidenz bezüglich der Wirksamkeit der MBOR bei psychischen Erkrankungen auf zwei randomisierte kontrollierte Studien, die einen sehr spezifischen Ansatz geprüft haben (externe Belastungserprobung mit begleitenden therapeutischen Gruppen). Ein klarer Nachweis zur Wirksamkeit der in der realen Versorgungspraxis auf der Grundlage des Anforderungsprofils umgesetzten MBOR (Effectiveness) fehlt bisher. Die randomisierte kontrollierte und multizentrische Studie soll überprüfen, ob Teilnehmerinnen und Teilnehmer

einer MBOR gegenüber vergleichbaren Teilnehmerinnen und Teilnehmern einer herkömmlichen medizinischen Rehabilitation (MR) nach einem Jahr häufiger stabil in Arbeit sind (Deutsches Register Klinischer Studien: DRKS00023175).

Methoden

Die Studie wird als multizentrische randomisierte kontrollierte Studie in sechs Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland durchgeführt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden im Verhältnis Eins-zu-Eins zufällig der MBOR oder MR zugewiesen. Eingeschlossen werden 18- bis 60-jährige Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit psychischen Erkrankungen, für die in den teilnehmenden Einrichtungen der Bedarf an einer MBOR durch mindestens 27 Punkte auf dem SIMBO-C festgestellt wird (Streibelt, 2009).

Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden der Interventionsgruppe erhalten eine MBOR entsprechend dem Anforderungsprofil der Deutschen Rentenversicherung. Kontrollen werden in der herkömmlichen MR behandelt. Die Rehabilitation folgt den Empfehlungen des Anforderungsprofils für stationäre Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation von Erwachsenen mit psychosomatischen und psychischen Störungen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2010). Primäres Zielkriterium ist die stabile Rückkehr in Arbeit (durchgehende Beschäftigung von mindestens vier Wochen ohne Fehlzeiten). Sekundäre Zielkriterien umfassen verschiedene Aspekte von Lebensqualität und Gesundheit. Die Zielkriterien werden mittels Fragebogen drei und zwölf Monate nach der Rehabilitation erfasst. Darüber hinaus werden Daten zu durchgeführten therapeutischen Leistungen aus den Entlassungsberichten extrahiert. Um pro Studienzentrum eine 20-prozentige Erhöhung des Anteils der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit stabiler Beschäftigung abzusichern (MR: 40 %; MBOR: 60 %; Teststärke: 80 %; Irrtumswahrscheinlichkeit: 5 %), ist eine Analysestichprobe von 194 Personen, d. h. 97 Personen pro Interventionsarm, notwendig. Bei einem Rücklauf nach einem Jahr von 65 % sind dafür 300 Personen pro Einrichtung zu rekrutieren. Bei sechs beteiligten Einrichtungen kann in der Gesamtstichprobe von 1164 Personen ein Unterschied von neun Prozentpunkten abgesichert werden. Der geplante Rekrutierungszeitraum umfasst 15 Monate und begann im Oktober 2020.

Für die Analysen werden aufgrund der unterschiedlichen Ansätze, die in den Rehabilitationseinrichtungen implementiert sind, Random-Effects-Modelle verwendet. Für dichotome Zielkriterien werden logistische Modelle verwendet, für kontinuierliche Zielkriterien lineare Modelle.

Neben den quantitativen Erhebungen werden leitfadengestützte Fokusgruppen und Interviews mit den Rehabilitationsteams, den Teamleitungen, den ärztlichen Leitungen der Einrichtungen und Teilnehmerinnen und Teilnehmern der MBOR sowie Klinikvisitationen durchgeführt. Die Fokusgruppen, Interviews und Visitationen sollen die quantitativen Daten zu den dokumentierten therapeutischen Leistungen ergänzen, um die tatsächlichen Inhalte auch qualitativ beschreiben zu können.

Diskussion und Fazit

Eine MBOR soll die Wiederaufnahme der Arbeit unterstützen und zum Erhalt des Arbeitsplatzes beitragen. Ein klarer Nachweis zur Wirksamkeit der in der realen Versorgungspraxis auf der Grundlage des Anforderungsprofils umgesetzten MBOR fehlt jedoch bisher. Ziel unserer randomisierten kontrollierten Studie ist daher, die MBOR im

psychosomatischen Behandlungssetting weiterzuentwickeln und die Wirksamkeit dieser Rehabilitationsstrategie zu prüfen.

Literatur

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016): Zweiter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2010): Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Erwachsenen mit psychosomatischen und psychischen Störungen. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2016): Rentenversicherung in Zahlen 2016. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2019): Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung (4. Aufl.). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

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

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

ML-basierte Prädiktionsmodelle in der psychosomatischen Rehabilitation

Lilia Papst[1]; Volker Köllner[2]

[1] Charité – Universitätsmedizin Berlin; [2] Rehazentrum Seehof der deutschen Rentenversicherung, Teltow; Charité - Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund und Zielstellung

Rehabilitand*innen sind eine heterogene Zielgruppe. Sie unterscheiden sich hinsichtlich körperlicher und psychischer Diagnosen, Anzahl und Komplexität von Komorbiditäten und der Therapieziele. Machine Learning-Algorithmen können dabei helfen Patientensubgruppen anhand von biologischen, psychologischen und arbeitsplatzbezogenen Faktoren zu identifizieren und die Behandler bei der Therapiegestaltung zu unterstützen (Shah et al., 2019). Darüber hinaus können Variablen ermittelt werden, deren Verbesserung während der Rehabilitation den besten Prädiktor für vollschichtige Leistungsfähigkeit im Bezugsberuf darstellt und Interventionen, die eine solche Verbesserung am besten vorhersagen.

Methoden

Die Daten umfassten Eingangs- und Abschlussdiagnostik von N=543 Rehabilitand*innen, demographische und sozialmedizinische Angaben, ICD-10-Diagnosen und erfolgte Interventionen. Die computergestützte Diagnostik bestand aus den Fragebogenverfahren Screening-Instrument zur Erkennung des Bedarfs an Medizinisch-beruflich orientierter Rehabilitation (SIMBO-C), Beck Depressionsinventar (BDI-II), Hamburger Module (Health-

49), Abridged Cognitive Effort Scale (ACES), Skalen zur Erfassung von Arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern (AVEM), Insomnie Schweregrad Index (ISI-G), Impact of Event Scale – Revised (IES-R) und dem Fragebogen zur Erfassung von Anpassungsstörungen (ADNM-20). Die statistische Auswertung erfolgte mit R (Version 4.0.2) und R Studio (Version 1.3.959) unter Nutzung des Classification and Regression Training (caret) package (Kuhn, 2008). Patientengruppen wurden mit Hilfe des CluMix package (Hummel et al., 2017) identifiziert, welches die Bildung von Clustern auf der Basis gemischter Datentypen ermöglicht. Zunächst wurde die Verbesserung auf den erhobenen Variablen als Differenz zwischen Eingangs- und Abschlussdiagnostik berechnet und normalisiert. Es wurde ein Prädiktionsmodell für vollschichtige Leistungsfähigkeit mit dem Multivariate Adaptive Regression Spline-Modell und automatischem Hyperparameter-Tuning und für das Ergebnis erneut ein Modell mit KTL-klassifizierten Interventionen als Prädiktoren berechnet. Das optimale Modell wurde anhand des kleinsten Wertes des RMSE (Root Mean Square Error) bestimmt.

Ergebnisse

Eine Verbesserung auf der Skala „Offensive Problembewältigung“ des AVEM-Fragebogens war der beste Prädiktor für eine Entlassung bei vollschichtiger Leistungsfähigkeit (nprune=2, degree=1, RMSE=0.000003, R2=1, MAE=0.000002). Die Verbesserung auf der Skala „Offensive Problembewältigung“ selbst wiederum wurde am besten durch die KTL C552 (Ärztliche Beratung zu Krankheit und Therapie einzeln) vorhergesagt (nprune=2, degree=1, RMSE= 3.25, R2=0.01, MAE=2.46).

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse des hierarchischen Clusterings lassen erkennen, dass verminderte Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit im Vergleich zur vollschichtigen Leistungsfähigkeit besonders häufig bei Rehabilitand*innen mit den Diagnosen F83 (kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen) und F61 (kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen) festgestellt wird. In der Tat handelt es sich bei diesen um zeitlich überdauernde Störungen mit schwieriger Prognose bezüglich der Anpassung an die Anforderungen des Arbeitsmarktes. Über alle Patientengruppen hinweg war eine Verbesserung in der Variable „Offensive Problembewältigung“ der beste Prädiktor für vollschichtige Leistungsfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung. Die Veränderung selbst war zum größten Anteil auf das Ärztliche Einzelgespräch zurückzuführen, wenn auch mit geringer Varianzaufklärung, wie bei einem multimodalen Konzept und einem komplexen Veränderungsprozess als Outcome zu erwarten. Die Ergebnisse reihen sich nahtlos an bisherige Erkenntnisse über Arbeitsplatzphobie und berufliche Partizipation (Linden & Muschalla, 2009). Arbeitsplatzbezogene Ängste gehen mit Vermeidung einher, welche langfristig zur Chronifizierung psychischer und körperlicher Symptome, Langzeitkrankschreibung und Frühberentungsverfahren führen kann. Rehabilitand*innen benötigen folglich häufig Unterstützung dabei, zu einer problemlöseorientierten Haltung zurückzufinden. Gelingt dies jedoch, so verspricht die Verbesserung der Problembewältigung den größten Erfolg hinsichtlich der Wiederherstellung oder Aufrechterhaltung der Leistungsfähigkeit. Im vorliegenden Datensatz konnte die Problemlöseorientierung am besten im Einzelgespräch hergestellt werden. Es könnten jedoch zukünftig medizinisch-beruflich orientierte

Rehabilitationskonzepte (MBOR) eine noch bessere Passung an die Problemlagen spezifischer Berufsgruppen ermöglichen.

Literatur

Hummel, M., Edelmann, D., & Kopp-Schneider, A. (2017): Clustering of samples and variables with mixed-type data. PloS one, 12(11), e0188274.

Kuhn, M. (2008): Building predictive models in R using the caret package. Journal of statistical software, 28(5), 1-26.

Linden, B., & Muschalla, M. (2009): Arbeitsplatzängste und Arbeitsplatzphobie und ihre Auswirkungen auf die berufliche Partizipation. Versicherungsmedizin, 61(2).

Shah, P., Kendall, F., Khozin, S., Goosen, R., Hu, J., Laramie, Schork, N. (2019): Artificial intelligence and machine learning in clinical development: A translational perspective. NPJ digital medicine, 2(1), 69.

Prevention of chronic work ability problems: Needs analysis for interventions to promote mental health in a state organization

Lilly Werk; Beate Muschalla

TU Braunschweig

Hintergrund und Zielstellung

Mental health problems are often associated with work problems, a poor person-job-fit and work disability. Work ability problems are frequently occurring in employees in public organizations (Linden et al., 2014). In order to improve mental health and work ability in public institutions and small and medium-sized enterprises, the EU project H-Work is concerned with the implementation of health-promoting multi-level interventions in public organizations in five EU countries. The important first research question is to explore needs and interventions for mental health prevention in order to safe mental work ability.

Methoden

13 manager interviews and 5 employee focus groups (N = 20) from a large state organization were conducted between August and November 2020. The interviews have been done by a psychologist trained in prevention and rehabilitation of chronic illness at work. The evaluation of the qualitative data was done by qualitative content analysis with a deductive approach.

Ergebnisse

The analysis revealed particular needs for mental health prevention at individual and management levels. The results show that managers and employees think there are already numerous resources available for the creation of a health-promoting workplace. But, the high bureaucratic burden of the organization is a major challenge and leads to work overload for employees as well as managers. Since numerous general interventions (seminars, information) are already offered by the occupational health management of the organization, needs have been expressed to add low-threshold interventions according to different contents. Support is rather needed for management of individual cases (e.g. employee on

long-term sick leave or with recurring episodes of work ability problems), instead of more seminars or general training. An overview of the mainly reported needs are shown in Table 1.

Diskussion und Fazit

The needs analysis showed the importance of a pronounced occupational health management in public institutions. As Reynolds already noted (1997), problem-related counselling services at the individual level are more effective than preventive stress management. Goldgruber & Ahrens (2010) confirm the higher effectiveness of individual problem solving at the workplace instead of preventive measures for the entire workforce. For further research, work-related individual case coaching (according to evaluated approaches, e.g. Linden et al., 2014; Muschalla, 2017) will be implemented and evaluated in the investigated organization.

Tab 1. Main results of the needs analysis on mental health prevention in a state organization

Position	Needs for interventions	Key issues for mental health	Hindering and/or facilitating aspects
Managers from development and research units of the organization	Seminars for managers to raise awareness of employees' mental health Work-related individual case advice for employees Desire for gentle workplaces for employees with chronic health impairments	Regular team meetings once a week It is not helpful to talk about mental health if there are no concrete problems ("Sensitization") Building good relationships with employees	Pronounced information channels Lack of opportunities for action in cases of long-term incapacity to work Working environment already optimised
Managers from the administration units of the organization	Seminars for managers to raise awareness of employees' mental health Work-related individual case advice for employees Open group offers: Stress, work-life balance Include information about mental health in welcome brochure	Communication channels Good climate within the department Openness and appreciation from all sides	Missing registrations for seminars on mental health for fear of "coming out" Contact persons are well communicated Basic satisfaction through public service and work context
Employees development and research units of the organization	Administrative burden must be reduced at a higher level Professorship programme for all managers Work-related individual case advice for employees	Open team communication Managers should also communicate openly about their own weaknesses or mistakes Self Management	Administrative activities that have to be learned in addition to the contents Flexibility in terms of location & time Good working atmosphere
Employees administration units of the organization	Work-related individual case advice for employees Seminars for managers to raise awareness of employees' mental health Mentoring programme for new/fresh managers	Talk openly about mental health University promotes an open approach to the topic Openness and high transparency of managers	Appreciation from the team and from students Office equipment (technology and furniture) Wide range of sports offers
Non participant's position	**Reason for non-participation**		
Manager from administration	Sees no need for mental health interventions, is not a priority at his workplace.		
Employee from administration	Has no relation to mental health.		
Manager from development and research	Due to COVID-19 lack of time for the interview participation.		
Manager from development and research	Due to COVID-19 lack of time for the interview participation.		
Security Officer	Work overload, does not take part in the interview to take care of her own mental health.		
Manager from administration	His team would be too small for him to make a statement about mental health as a manager.		
Drop-outs			
Employee from administration	After reading the consent form, he decided not to participate, as too personal data is collected.		

Literatur

Goldgruber, J., & Ahrens, D. (2010): Effectiveness of workplace health promotion and primary prevention interventions: a review. Journal of Public Health, 18(1), 75-88.

Linden, M., Muschalla, B., Hansmeier, T., & Sandner, G. (2014): Reduction of sickness absence by an occupational health care management program focusing on self-efficacy and self-management. Work: A Journal of Prevention, Assessment, and Rehabilitation, 47, 485-489.

Muschalla, B. (2017): Work-Anxieties and their Treatment in Medical Rehabilitation – Hand Tools for Capacity Training and Psychotherapy. Rehabilitation, 56, 38–46.

Reynolds, S. (1997): Psychological well-being at work: is prevention better than cure? Journal of psychosomatic research, 43(1), 93-102.

Förderung: Horizon "H-Work" 847386

Psychoonkologisches Zusatzangebot in der Psychosomatischen Rehabilitation

Rayshat Liyanov; Michael Kroll; Claudia Böttcher

VAMED Klinik Schwedenstein

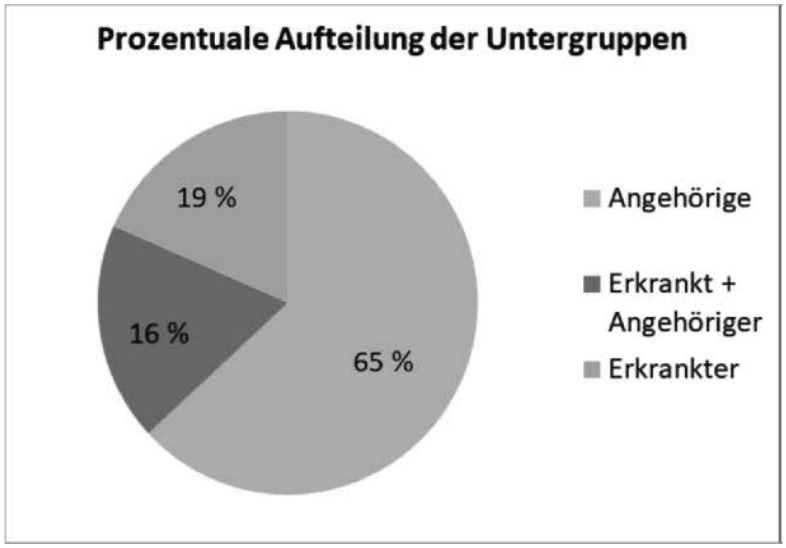
Hintergrund und Zielstellung

Beobachtungen im klinischen Alltag der Psychosomatischen Rehabilitation legen die Vermutung nahe, dass eine psychoonkologische Unterversorgung von Krebspatienten und deren Angehörigen besteht. Die psychische Verarbeitung einer onkologischen Diagnose und der notwendigen Therapien ist bei vielen Patienten nicht umfassend gegeben, die Aufarbeitung erfolgt oft erst nach Abschluss der onkologischen Therapie (Künzler & Lenz, 2010). Die Kontakte im familiären Umfeld sind belastet durch die Fokussierung auf die onkologische Erkrankung, die Angst vor dem Verlust des Familienmitgliedes oder einem Rezidiv beherrschen die Kommunikation (Hamm et al., 2016). Eine professionelle psychoonkologische Begleitung der Betroffenen, bei denen eine Manifestation der psychischen Erkrankung bzw. eines Rezidivs auf die die Belastung durch die Krebserkrankung bzw. entsprechende Therapiemaßnahmen zurückzuführen ist, scheint in vielen Fällen nicht zu erfolgen. Das mag u.a. an der Schwierigkeit der Identifikation psychosozial betreuungsbedürftiger Personen liegen – ein weiteres Problem des psychoonkologischen Fachgebietes (Mehnert, 2016).

Ist die unzureichende psychoonkologische Versorgung auf fehlende Informationen über unterstützende Angebote zurückzuführen? Werden die Angehörigen von Krebserkrankten in der Versorgung schlichtweg vergessen? Werden relevante Nebendiagnosen wie das Fatigue Syndrom aufgrund uneinheitlicher Standards der Symptomerfassung nicht adäquat gestellt? (Weis & Heim, 2015). Welche Personengruppen werden von Unterstützungsangeboten besser oder schlechter erreicht als andere? Können Rehabilitationsziele durch psychoonkologische Zusatzangebote besser erreicht werden?

Methoden

Mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens wurden Patienten der Klinik Schwedenstein mit onkologischer Erkrankung nach psychoonkologischen Vorbehandlungen befragt und ob sie Informationen zu Angeboten der Deutschen Krebshilfe und den Krebsberatungsstellen erhalten hatten. Von Oktober 2017 bis September 2018 konnten 99 vollständig ausgefüllte Anamnesebögen mit onkologischem Hintergrund gesammelt und in die Datenanalyse eingeschlos-sen werden. 75 Prozent der Befragten waren weiblich, 25 Prozent männlich, die Geburtsjahrgänge umfassten die Jahre 1935 bis 1988. Die Hauptdiagnose der Rehabilitanden war in 90% der Fälle eine Depression oder rezidivierende Depression, in 10% der Fälle eine Anpassungsstörung und Reaktion auf schwere Belastungen.



Drei Subgruppen, Krebserkrankte, deren Angehörige oder Angehörige, die selbst an Krebs erkrankt waren, wurden danach gefragt, ob sie während der Therapie psychoonkologische Unterstützungsangebote oder Informationen der Deutschen Krebshilfe bzw. Krebsberatungsstellen erhalten oder wahrgenommen haben, wobei auch Alters- und Genderaspekte in den Blick genommen wurden. Wenn die Befragten familiäre Belastungen durch die Krebserkrankung angaben, wurde ihnen eine umfassende psychoonkologische Behandlung während der Rehabilitation angeboten, wobei 89 von 99 Rehabilitanden in das intensivierte Therapieangebot eingebunden werden konnten. Zum Ende der Rehabilitation wurde die Akzeptanz der psychoonkologischen Behandlung und die Ergebnisse bzw. Zielerreichung der Rehabilitationsmaßnahme ausgewertet.

Ergebnisse

Insgesamt konnte bei mehr als 75% der Rehabilitanden eine fehlende psychoonkologische Versorgung nachgewiesen werden. Bei der Betrachtung der Subgruppen wurden große Unterscheide in der Versorgung deutlich. So erhielten Krebskranke nur in etwa 50% der Fälle Informationen oder Angebote. Bei Diagnose Mammakarzinom war der Anteil mit ca. 45% noch etwas geringer. Rehabilitanden die sowohl selbst an Krebs erkrankt als auch Angehöriger eines Krebserkrankten waren, erhielten nur in 40% der Fälle relevante Informationen. Deutlich geringer war der Anteil der Patienten, die entsprechende Angebote erhalten hatten, in der

Gruppe der Angehörigen mit nur ca. 16 Prozent. In der Altersgruppe unter 55 Jahren waren es lediglich ca. 8 Prozent.

Insgesamt wurden männliche Rehabilitanden durch die bestehenden Angebote mit 10% schlechter erreicht als Rehabilitandinnen mit 28%. Eine Auswertung der Erkrankungszeiträume (n=60) deutet darauf hin, dass sich die Information der Rehabilitanden über Unterstützungsangebote in den letzten Jahren eher verschlechtert hat. Die Gründe für diesen Befund sollen in Folgeerhebungen eruiert werden. Durch die standardmäßig bei allen Rehabilitanden angewendeten Testverfahren (PGI, PHQ, WAI) wurde deutlich, dass 93% der Rehabilitanden mit psychoonkologischem Zusatzangebot ihre Rehabilitationsziele vollständig erreichen konnten, 7% erreichten diese zumindest teilweise. In der Gruppe der Rehabilitanden ohne Zusatzangebot erreichten dagegen nur 70% ihre Reha-Ziele vollständig und 30% teilweise.

Diskussion und Fazit

Trotz einer unbestritten besseren psychoonkologischen Versorgungstruktur in den letzten Jahren werden die Patienten und vor allem deren Angehörige nicht umfassend erreicht und die Phase der Reintegration in Alltag- und Berufsleben trotz immenser Vulnerabilität in der Versorgung vernachlässigt. Wir stellen dem ein intensiviertes Versorgungsangebot an unserer Klinik entgegen. Die Rehabilitanden erhalten die Möglichkeit einer psychoonkologischen Begleitung mit dem Ziel der Optimierung des Ressourcenzuganges, erreichbar über die Stärkung der Patientenkompetenz, Krankheitsverarbeitung, Stärkung der Aktivitäten, Teilhabe und Inklusion gemäß den rehabilitativen Grundannahmen der ICF.

Literatur

Gruppenmitglieder Wessels, Korsukéwitz, Fischer, Schumacher, Singer, Englert, Marquard, Martinsohn-Schittkowski, Schopperth, Mandel, Wickert, Overbeck-Schulte, Mühr, Herschbach (2010): Nationaler Krebsplan, Handlungsfeld 2: Weiterentwicklung der onkologischen Versor-gungsstrukturen und der Qualitätssicherung, Ziel 9: Alle Krebspatienten erhalten bei Bedarf eine angemessene psychoonkologische Versorgung. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/nationaler-krebsplan/was-haben-wir-bisher-erreicht/ziel-9.html, Abruf:31.10.2019.

Hamm, C.E., Freyberger, H.J., Hamm, A.O. (2016): Psychoonkologie in der Nachsorge. Stuttgart: Schattauer GmbH. 3-6.

Künzler, A., Lenz, S. (2010): Psychoonkologie. In: Künzler, A., Böttcher, C., Hartmann, R., Nussbaum, M.-H. (Hrsg.): Körperzentrierte Psychothera¬pie im Dialog. Heidelberg: Springer Medizin. 261-273.

Mehnert, A. (2016): Psychoonkologische Diagnostik in der Onkologie. In: Mehnert, A., Koch, U. (Hrsg.): Handbuch Psychoonkologie. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH &Co.KG. 216-223.

Weis, J., Heim, M. (2015): Definition und Epidemiologie. In: Heim, M., Weis, J. (Hrsg.): Fatigue bei Krebserkrankungen. Stuttgart: Schattauer GmbH. 3-8.

REHAgieren – Evaluation eines innovativen onlinebasierten Trainings- und Coachingskonzepts zum Einstieg in die berufliche Rehabilitation

Svenja Gimbel[1]; Esther Duschl[2]; Alexander Seiler[2]; Andrés Steffanowski[1]; Nadia Sosnowsky-Waschek[1]

[1] SRH Hochschule Heidelberg; [2] SRH Berufliche Rehabilitation Heidelberg GmbH

Hintergrund und Zielstellung

Im Reha-Vorbereitungslehrgang (RVL) des SRH Berufsförderungswerkes Heidelberg werden Rehabilitanden auf eine Umschulung vorbereitet, die ihren Beruf gesundheitsbedingt nicht mehr ausüben können (Zoyke, 2012). Hierzu wurde ein innovatives problemlösungs- und ressourcenorientiertes Gruppentrainingskonzept „REHAgieren“, auf der Grundlage gesundheitspsychologischer Handlungstheorien (TTM) sowie den Erkenntnissen der Wirkfaktorenforschung von Therapie und Beratung konzipiert und zielt auf die Vorbereitung von Verhaltensänderung ab. Die schwierige Ausgangslage der Rehabilitanden impliziert eine modifizierte Intervention und Evaluation. REHAgieren zielt darauf ab, dass die Rehabilitanden ihr Veränderungsgeschehen besser akzeptieren und aktiver steuern können. Motivationsaufbau und Planung von Veränderungsschritten sind wichtige Anliegen des Trainings, um defizitorientierte Sichtweisen auf persönliche Ziele und Bewältigungsmöglichkeiten umzulenken. Das zweiwöchige Basistraining (online oder in Präsenz) umfasst vier 90-Minuten-Module: Situation nach Berufsausstieg („Wo stehe ich?“); Ziele/Motivationsförderung („Wo möchte ich hin?“); Ressourcen/Handlungspläne („Was kann ich tun?“); Veränderungsprozesse/Handlung-Ergebnis-Erwartungen („Wie gehe ich mit neuen Herausforderungen um?“). Ein anschließendes Online-Coaching mit kollegialer Beratung soll

die Effekte des Basistrainings durch Förderung von Selbstreflexion/Alltagsbewältigung weiter verbessern. Nachfolgend werden erste Evaluationsergebnisse vorgestellt

Methoden

Die Pilotstudie umfasste 26 Rehabilitanden mit einer Dreipunkt-Messung zu Beginn (T1), Ende des Zwei-Wochen-Basistrainings (T2) sowie Follow-Up (T3) sechs Wochen nach T2. Bei T2 wurden die Teilnehmenden freiwillig zu zwei Untersuchungsbedingungen A (n=15) mit bzw. B (n=11) ohne anschließendem Online-Coaching zugeordnet (quasi-experimentelles Design). Die Evaluation erfolgte nach Wittmann, Nübling und Schmidt (2002). Aus den Outcome-Maßen SWE, VM, HO, TEN, FLEX (siehe Tabelle 1) wurde ein multiples Ergebniskriterium MEK berechnet (Cronbachs-Alpha=.72 bei T1). Es wurden zwei Hypothesen mit MIXED-ANOVAs überprüft: (a) Die Outcome-Maße aller 26 Rehabilitanden verbessern sich zwischen T1 und T3. (b) Die Verbesserung der Outcome-Maße zwischen T1 und T3 fällt in der Interventionsbedingung mit Online-Coaching (B) größer aus als in der Kontrollbedingung ohne Online-Coaching (A). Zur Klassifikation kleiner (d>0.20), mittlerer (d>0.50) und großer (d>0.80) Effekte wurden d-Effektstärken (Cohen, 1992) anhand der T1-Streuungen berechnet.

Ergebnisse

Tabelle 1 zeigt die Ergebnisse zur Überprüfung von Hypothese (a). Sämtliche Skalen wiesen Verbesserungen zwischen T1 und T3 auf, die mit Ausnahme von TEN mittlere bis große Effekte erreichten. MEK wies eine große Effektstärke von 0.97 auf. Aus Tabelle 1 ist weiter ersichtlich, dass sich die zu T2 erzielten Effekte bis T3 sechs Wochen später konsolidiert bzw. weiter verbessert hatten. Für MEK ergaben sich bei allen drei Post-Hoc Einzelvergleichen T1-T2, T2-T3 sowie T1-T3 statistisch signifikante Verbesserungen ($p < .001$). Somit konnte Hypothese (a) bestätigt werden.

Tabelle 2 zeigt den Vergleich zwischen Bedingung A und B hinsichtlich der Veränderungen T1-T3. Der Gesamteffekt für MEK war in Gruppe B mit Online-Coaching (d=1.53) fast dreimal so groß ist wie in Bedingung A ohne Online-Coaching (d=0.57). Der Verlaufsunterschied zwischen den zwei Gruppen entsprach einem großen Effekt (partielles Eta-Quadrat=.41; $p < .001$). Auch bei den Einzelskalen SWE und HO zeigten sich signifikante ($p < .05$) bzw. bei FLEX ($p < .10$) marginal signifikante mittlere bis große Effekte. Weitere Post-Hoc-Einzelvergleiche ergaben, dass die Verbesserung von MEK zwischen T2 und T3 lediglich in Bedingung B signifikant wurde (p=.009), in Bedingung A jedoch nicht (p=.459). Damit konnte auch Hypothese (b), abgesehen von den Skalen VM und TEN, bestätigt werden.

Tabelle 1. Effekte zwischen T_1, T_2 und T_3 für die Gesamtgruppe.

Messung	**T_1**		**T_2**		**T_3**		**Vergleich**	
Skala	**M_1**	**SD_1**	**M_2**	**SD_2**	**M_3**	**SD_3**	**d_{1-3}**	**p**
SWE	27.23	4.90	30.08	5.00	31.73	4.97	0.92	< .001
VM	43.27	5.91	45.96	6.78	46.85	7.69	0.61	.006
HO	38.04	5.19	39.12	7.50	42.62	6.96	0.88	< .001
TEN	3.27	0.60	3.26	0.57	3.45	0.65	0.30	.019
FLEX	3.07	0.55	3.46	0.53	3.44	0.57	0.67	< .001
MEK	**60.33**	**9.73**	**65.78**	**10.23**	**69.81**	**12.91**	**0.97**	**< .001**

Anmerkungen. N = 26. T_1 Prä-Messung zu Beginn des RLV-Basistrainings, T_2 Post-Messung am Ende des RLV-Basistrainings nach zwei Wochen, T_3 Follow-Up-Messung sechs Wochen nach T_2. $d_{1-3} = (M_3-M_1) / SD_1$ (=Effektgröße Cohens d zwischen T_1 und T_3). p Signifikanzwert Messwiederholungsfaktor (MIXED ANOVA). Skalen: Outcome-Maße Rohwerte für SWE Selbstwirksamkeit (Codierung: 10-40), Schwarzer & Jerusalem (1999); FERUS VM Veränderungsmotivation (Codierung: 12-60) und HO Hoffnung (Codierung: 10-50), Jack (2007); TEN Tenazität der Zielverfolgung und FLEX Flexibilität der Zielanpassung (Codierung 1-5), Brandstädter und Renner (1990). MEK Multiples Ergebniskriterium (Codierung: 0-100), gemittelt aus den zuvor auf einen Wertebereich von 0-100 lineartransformierten fünf Skalen SWE, VM, HO, TEN und FLEX.

Tabelle 2. Vergleich der Gesamteffekte T1-T3 zwischen Bedingung A (ohne Online-Coaching nach T2) und Bedingung B (mit Online-Coaching nach T2).

Gruppe	**A: Ohne Coaching (n=15)**				**B: Mit Coaching (n=11)**				**Vergleich**	
Skala	**M_{A1}**	**M_{A2}**	**M_{A3}**	**d_{A1-A3}**	**M_{1B}**	**M_{2B}**	**M_{3B}**	**d_{B1-B3}**	**p**	**Eta²**
SWE	27.80	29.80	30.13	0.48	26.45	30.45	33.91	1.52	.014	.23
VM	40.47	42.86	42.87	0.41	47.09	50.18	52.27	0.88	.279	.05
HO	37.80	36.53	40.40	0.50	38.36	42.64	45.64	1.40	.030	.18
TEN	3.24	3.22	3.32	0.13	3.33	3.31	3.64	0.52	.150	.08
FLEX	3.13	3.51	3.39	0.45	2.98	3.38	3.51	0.96	.093	.11
MEK	**59.52**	**63.09**	**65.05**	**0.57**	**61.44**	**69.45**	**76.29**	**1.53**	**< .001**	**.41**

Anmerkungen. M_{A1}, M_{A2}, M_{A3} bzw. M_{B1}, M_{B2}, M_{B3} Mittelwerte der Prä-, Post- und Follow-Up-Messung für die Versuchsbedingungen A bzw. B. Die Effektgrößen d_{A1-A3} bzw. d_{B1-B3} zum Vergleich zwischen T_1 und T_3 wurden aus Gründen der Vergleichbarkeit einheitlich anhand der Skalenstreuungen der Prä-Messung SD_1 standardisiert (vgl. Tabelle 1). Skalenkürzel und Codierungen sind ebenfalls in Tabelle 1 erläutert. p und Eta²: Signifikanztest sowie partielles Eta² für den Interaktionsfaktor Messwiederholung x Versuchsbedingung (MIXED ANOVA).

Eine formative Kurzevaluation der Prozessqualität ergab bei T3 zudem eine hohe Zufriedenheit der 11 Coaching-Teilnehmenden mit durchschnittlich 93 von 100 Qualitätspunkten (Beispielfragen: „Für meinen Alltag habe ich viel Nützliches mitgenommen“; „Das Coaching war eine sehr gute Ergänzung zum Training“; „Ich würde grundsätzlich noch einmal ein Coaching zu Rehabeginn besuchen und es weiterempfehlen“).

Diskussion und Fazit

Das innovative Trainingskonzept REHAgieren hat in der Pilotstudie mit einer großen Gesamteffektstärke von d=0.96 seine Wirksamkeit eindrucksvoll demonstriert. Optional an das zweiwöchige Basistraining anschließende Online-Coachings konnten die Erfolgsaussichten des RVL-Lehrgangs deutlich steigern und wurden von den Rehabilitanden gut angenommen.

Für die in Tabelle 1 und 2 berichteten Ergebnisse wurde trotz der kleinen Stichprobe von N=26 angesichts der großen Effekte bei MEK eine akzeptable Teststärke erreicht. Offene Fragen zur internen und externen Validität bestehen in der bei T1 höheren Veränderungsmotivation der späteren Coaching-Teilnehmer. Eine Auspartialisierung der bei T1 gemessenen Veränderungsmotivation als Kovariate ergab jedoch keinen Bias hinsichtlich der in Tabelle 1 und 2 berichteten Effekte für MEK bei T3.

Zu Beginn motivierte Rehabilitanden nehmen eher am anschließenden Online-Coaching teil und verbessern ihre Erfolgsaussichten damit weiter. Eine frühzeitige Diagnostik und Förderung von Veränderungsmotivation, Selbstwirksamkeit, Hoffnung und Flexibilität bei der Zielanpassung sind wesentliche Erfolgsfaktoren für den Einstieg in die RVL-Maßnahme. Das Online-Coaching reagiert dabei auf den gesellschaftlich zunehmenden Bedarf für digitale Formate und schafft neue Möglichkeiten zur Unterstützung, was eine wertvolle Ergänzung zu ortsgebundenen Angeboten darstellt.

Literatur

Brandtstädter, J. & Renner, G. (1990): Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. Psychology and Aging, 5, 1, 58-67.

Jack, M. (2001): FERUS - Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten. Göttingen: Hogrefe.

Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (Hrsg.) (1999): Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. Berlin: Freie Universität Berlin.

Wittmann, W.W., Nübling, R. & Schmidt, J. (2002): Evaluationsforschung und Programmevaluation im Gesundheitswesen. Zeitschrift für Evaluation, 2002, (1), 39-60.

Zoyke, A. (2012): Individuelle Förderung zur Kompetenzentwicklung in der beruflichen Bildung: Eine designbasierte Fallstudie in der beruflichen Rehabilitation. Paderborn: Eusl.

Strategien und Empfehlungen zur Bewältigung der Herausforderungen der COVID-19-Pandemie in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation - Ergebnisse eines Scoping Reviews

Diana Wahidie[1]; Kübra Altinok[1]; Yüce Yilmaz-Aslan[2]; Patrick Brzoska[1]

[1] Universität Witten/Herdecke; [2] Universität Witten/Herdecke & Universität Bielefeld

Hintergrund und Zielstellung

Die COVID-19-Pandemie ist mit zahlreichen gesellschaftlichen Veränderungen verbunden, die auch die Gesundheitsversorgung betreffen. Um die Ausbreitung von SARS-CoV-2 zu verhindern, wurden unterschiedliche Maßnahmen ergriffen, die sowohl Mitarbeiter/innen als auch Patienten/innen in der Gesundheitsversorgung vor besondere Herausforderungen stellen. Unter anderem Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation sehen sich zahlreichen Herausforderungen gegenüber, da die erforderlichen Maßnahmen zur Minimierung der Infektionsrisiken in Settings, in denen enge Interaktionen zwischen Patienten/innen und Behandelnden unvermeidlich sind, die Behandlung selbst behindern können (Rick, 2020). Verstärkt werden diese Herausforderungen dadurch, dass in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen häufig Patienten/innen zusammenkommen, die ein hohes Risiko für einen schweren Verlauf einer COVID-19-Erkrankung haben (Jessen, 2020; Deutsche Rentenversicherung, 2020). Darüber hinaus können Patienten/innen aufgrund der Pandemie Unsicherheiten und Ängste entwickeln, die sich negativ auf das Inanspruchnahmeverhalten auswirken können. Um die dargestellten Herausforderungen zu bewältigen, müssen flexible Strategien zum Einsatz kommen, die den Bedürfnissen der verschiedenen Akteure Rechnung tragen.

Das Ziel der vorliegenden Studie bestand darin, bestehende Strategien, Richtlinien und Empfehlungen darüber, wie sich Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation an die Herausforderungen der Pandemie anpassen können, auf der Grundlage eines Scoping Reviews zu ermitteln.

Methoden

Die Recherche fand in den Datenbanken Pubmed, CINAHL, Web of Science, PsycInfo und Livivo statt. Eingeschlossen wurden alle deutsch- und englischsprachigen Veröffentlichungen seit Januar 2020. Artikel, die keine nachvollziehbare Beschreibung der betreffenden Strategie, Richtlinie oder Empfehlung enthielten, wurden ausgeschlossen. Neben der Suche in den Datenbanken fand eine Suche nach „grauer Literatur“ in Google Search und Google Scholar statt. Zudem wurden relevante Monographien und Buchbeiträge recherchiert und auch die Literaturlisten der identifizierten Veröffentlichungen berücksichtigt. Die Publikationen wurden auf der Basis der Titel und Abstracts sowie der Volltexte von einer Reviewerin auf ihren Ein- oder Ausschluss überprüft. Bei Unsicherheiten der ersten Reviewerin bezüglich des Ein- oder Ausschlusses einer Veröffentlichung wurde eine zweite Reviewerin herangezogen. Unterschiedliche Einschätzungen wurden diskutiert, bis ein Konsens über den Ein- oder Ausschluss gefunden wurde.

Ergebnisse

Insgesamt konnten 2.188 relevante Artikel identifiziert werden. Nach der Entfernung von Duplikaten und der Überprüfung der eingeschlossenen Veröffentlichungen auf Basis ihrer Titel und Abstracts wurden 2.092 Artikel hiervon ausgeschlossen, da sie nicht relevant für die Fragestellung der vorliegenden Studie waren oder lediglich Herausforderungen der COVID-19-Pandemie thematisierten und keine Empfehlungen zur Bewältigung dieser gaben. Die verbliebenen 96 Veröffentlichungen wurden im Volltext geprüft und wiederum auf ihren Ein- oder Ausschluss bewertet. Volltexte, die keine konkreten Strategien, Richtlinien oder Empfehlungen enthielten, wurden ausgeschlossen. Schließlich resultierten 17 eingeschlossene Publikationen. Anhand dieser Veröffentlichungen ist zu erkennen, dass viele Einrichtungen Maßnahmen zur Infektionskontrolle wie beispielsweise die tägliche Überwachung der Körpertemperatur sowie das Abfragen von Erkältungssymptomen beim Klinikpersonal und den Rehabilitanden/innen neu etabliert haben. Zudem berichtet ein Großteil der Artikel von veränderten strukturellen Maßnahmen wie der physischen Aufteilung des Personals in Teilteams und der Isolierung von Patienten, bei denen während des Rehabilitationsaufenthalts eine SARS-CoV-2-Infektion festgestellt wurde. Die Verwendung digitaler Kommunikationstools und die Schulung und Aufklärung von Mitarbeiter/innen und Patienten/innen über den richtigen Gebrauch der persönlichen Schutzausrüstung oder im Hinblick auf Hygienemaßnahmen werden als weitere Empfehlungen genannt, um den Herausforderungen der COVID-19-Pandemie gerecht zu werden. Konkrete Erfahrungen mit der Umsetzung dieser Empfehlungen werden nur sehr vereinzelt berichtet. Nur eine geringe Anzahl der eingeschlossenen Publikationen thematisiert Strategien zur psychosozialen Unterstützung von Mitarbeiter/innen und Rehabilitanden/innen.

Diskussion und Fazit

Seit dem Ausbruch der COVID-19-Pandemie mussten Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation Strategien entwickeln, um die Herausforderungen, die sich hieraus für den Versorgungsprozess ergeben, zu bewältigen. Was diese Strategien sind, ist bisher unklar. Zielsetzung der vorliegenden Studie war es daher, bestehende Strategien sowie Empfehlungen, auf die Einrichtungen bei der Formulierung dieser Strategien zurückgreifen können, im Rahmen eines Scoping-Reviews zu ermitteln. Die eingeschlossenen Publikationen zeigen auf, dass vor allem Maßnahmen zur Infektionskontrolle und strukturelle Strategien dominieren. Auch die Verwendung digitaler Technologien als Instrument zur Kommunikation steht häufig im Vordergrund. Eine weitere Bewältigungsstrategie stellt die fortlaufende Schulung und Aufklärung von Mitarbeiter/innen und Patienten/innen dar. Kritisch anzumerken ist, dass nur wenige Artikel Empfehlungen zur psychischen Unterstützung von Personal und Patienten/innen geben, die notwendig ist, um eine Überforderung der Mitarbeiter/innen zu verhindern und einer sozialen Isolation von Patienten/innen entgegenzuwirken.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund, (2020): Reha-Bericht 2018. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Jessen, A. (2020): Erhöhtes Risiko bei COVID-19: Alter, Vorerkrankung, Demenz. Heilberufe 2020: 72(5), 18-19.

Rick, O. (2020): Rehabilitation in Zeiten von COVID-19. InFo Hämatologie + Onkologie 2020: 23(9), 18-22.

Förderung Deutsche Rentenversicherung Bund

Unterstützungsbedürfnisse onkologischer Patienten während und nach Abschluss einer Rehabilitation

Heike Kähnert[1]; Harald Fischer[2]; Eva-Maria Kalusche-Bontemps[3]; Birgit Leibbrand[4]

[1] Institut für Rehabilitationsforschung, Norderney; [2] Klinik Rosenberg;
[3] Paracelsus-Klinik am See, Bad Gandersheim; [4] Salzetalklinik

Hintergrund und Zielstellung

Onkologische Patienten gelten als hochbelastet, da neben physischen Funktionseinschränkungen gehäuft psychische und soziale Probleme auch noch Jahre nach der Diagnose auftreten können, die die Teilhabe am Arbeitsleben und an dem gesellschaftlichen Leben einschränken (Mehnert et al., 2012). Entsprechend benötigen sie Unterstützungsangebote in den stationären und ambulanten Sektoren. Die stationäre Rehabilitation stellt mit ihrem Entlassungsmanagement ideale Ausgangsbedingungen für eine sektorenübergreifende Versorgung bereit. In diesem Zusammenhang soll die Frage beantwortet werden: Welche (gesundheitlichen) Beeinträchtigungen und Unterstützungsbedürfnisse äußern onkologische Patienten am Ende einer stationären Rehabilitation?

Methoden

Im Rahmen der EmoR-Studie (EmoR=Entlassungsmanagement in der onkologischen Rehabilitation) haben 392 onkologische Patienten (Brustkrebs, gastrointestinale Tumore, Systemerkrankungen) aus drei Reha-Kliniken am Ende der Rehabilitation schriftlich Fragen zu ihrer (gesundheitlichen) Situation (u.a. Lebensqualität und Funktionsskalen des EORTC-QLQ-C30 (Aaronson et al., 1993) und Teilhabeeinschränkung (IMET (Deck et al., 2015)) beantwortet. Zudem wurden 14 Fokusgruppeninterviews mit insgesamt 41 Studienteilnehmenden jeweils in der letzten Reha-Woche u.a. zu dem Thema Unterstützungsbedürfnisse während und nach Abschluss einer Rehabilitation geführt. Die Fragebogendaten wurden varianzanalytisch und die Interviews inhaltanalytisch ausgewertet (Mayring, 2015).

Ergebnisse

Die EORTC-Skalenwerte der Patienten wiesen am Ende der Rehabilitation im Vergleich zu denen einer deutschen Bevölkerungsstichprobe (Nolte et al., 2019) geringere Durchschnittwerte auf, woraus eine stärkere Beeinträchtigung abgeleitet werden kann: globale Lebensqualität (63,1±19,9 vs. 67,0±21,8 Punkte), physische Funktion (67,3±23,7 vs. 82,8±21,2 Punkte), emotionale Funktion (68,6±28,0 vs. 73,9±24,7 Punkte), soziale Funktion (64,9±31,2 vs. 84,8±25,5 Punkte), kognitive Funktion (73,7±27,8 vs. 83,9±22,7) und

Rollenfunktion (57,3±30,2 vs. 80,8±27,2 Punkte). Auffällig ist der niedrige Durchschnittswert der Skala Rollenfunktion was verdeutlicht, dass sich zum Ende der Rehabilitation onkologische Patienten bei ihrer Arbeit, ihren tagtäglichen Beschäftigungen sowie in der Freizeit noch stark eingeschränkt fühlen. Auch die Teilhabeeinschränkung unter den onkologischen Studienteilnehmenden ist mit einem mittleren IMET-Summenwert von 27,2±21,5 Punkte höher ausgeprägt als in einer deutschen Normstichprobe (17,4±20,7 Punkte (Deck et al., 2015)).

Aus den Fokusgruppeninterviews zum Thema Unterstützungsbedürfnisse geht zusammenfassend hervor, dass die Reha-Nachsorgeangebote noch intensiver auf die Bedürfnisse der Patienten ausgerichtet werden sollten, indem neben der Tumorerkrankung weitere Teilhabe-Beeinträchtigungen sowie die jeweilige Lebenssituation der Patienten mit berücksichtigt werden. Des Weiteren sollten individuelle Handlungs-/Bewältigungspläne mit den Patienten abgestimmt, Kontaktadressen benannt und bei Bedarf Kontakte aus der Rehabilitation heraus angebahnt werden. Zudem wird sich mehr Klarheit und Flexibilität über die Verordnungspraxis von Nachsorgeleistungen der DRV in der Onkologie gewünscht. Organisatorisch sollte am Ende der Rehabilitation ein Einzelgespräch zum Thema ‚individuelle Nachsorgestrategien' angeboten werden, was auch durch ein zeitlich ausgedehntes ärztliches Abschlussgespräch realisiert werden kann. Letzteres entspräche auch den Erwartungen der Patienten und würde deren Reha-Zufriedenheit erheblich steigern. Da die Mit-Patienten eine entscheidende Rolle in der Krankheitsbewältigung der befragten Rehabilitanden einnehmen, besteht ein Mehrbedarf an Gesprächskreisen, anfangs moderiert durch einen Therapeuten. Diese ‚Gruppen' sollten auch nach Abschluss der Rehabilitation bspw. über digitale Medien weiter fortgeführt werden. Zudem sollte eine Zusammenarbeit zwischen Rehabilitation und Selbsthilfe gefördert werden.

Für Patienten mit einer komplexen Problemlage wird ein Case-Management nach Abschluss der Rehabilitation für wichtig und notwendig erachtet. Regelmäßige telefonische oder E-Mail Kontakte werden als mögliche Kommunikationsformen hierbei genannt. Mit einem Case-Management eng verbunden, besteht zudem der Wunsch nach einer engen Zusammenarbeit zwischen den Reha-Mitarbeitenden und den weiterbehandelnden Ärzten bzw. nach einem Netzwerk, indem ein patientenorientierter Informationsaustausch zwischen den Beteiligten, wie Reha-Kliniken, niedergelassene Ärzte, Psychotherapeuten, Beratungseinrichtungen, realisiert wird.

Letztendlich wird auch eine eHealth Nachsorge als mögliche Unterstützungsmaßnahme gewünscht, um hierüber qualitätsgesicherte Informationen zu erhalten und bei der Umsetzung ihrer Nachsorgeziele unterstützt zu werden. Auch die Möglichkeiten mithilfe eines Chats Fragen mit einem Therapeuten zu klären und Kontakte zu Mit-Patienten mithilfe eines Forums fortzuführen, wurden mit einer eHealth Nachsorge positiv verbunden.

Diskussion und Fazit

Die Studienergebnisse zeigen, dass onkologische Patienten am Ende einer Rehabilitation noch vielfältige Beeinträchtigungen und Teilhabe-Einschränkungen aufweisen, die eine nahtlose Weiterversorgung notwendig machen. Aus Sicht onkologischer Rehabilitanden ist für eine optimale (Weiter-)Versorgung entscheidend, dass mehr individualisierte anstelle standardisierte Nachsorgekonzepte vorgehalten werden. Diese beinhalten eine

patientenorientierte Nachsorge(planung) und intensivere Zusammenarbeit/Vernetzung mit Akteuren in der ambulanten Versorgung einschließlich der Selbsthilfe sowie der Ausbau von eHealth- und Case-Management Angeboten. Eine patientenorientierte Nachsorge(planung) ist unter den bestehenden personellen und strukturellen Bedingungen von Reha-Kliniken in dieser Form und Komplexität kaum umsetzbar. Wünschenswert wäre, wenn die Kostenträger überprüfen, inwieweit ein Nachsorgebeauftragter in den Kliniken eingesetzt oder DRV-Nachsorgeleistungen sowie ein Case-Management auch für onkologische Rehabilitation mit komplexen Problemlagen ausgebaut werden könnten.

Literatur

Aaronson, N.K., Ahmedzai, S., Bergman, B. et al., (1993): The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. J Natl Cancer Inst 85:365–376.

Deck, R., Walther, A.L., Staupendahl, A., Katalinic, A. (2015): Einschränkungen der Teilhabe in der Bevölkerung - Normdaten für den IMET auf der Basis eines Bevölkerungssurveys in Norddeutschland. Die Rehabilitation 54:402–408.

Mayring, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (Beltz Pädagogik, 12. aktualisierte und überarb. Aufl.). Weinheim [u.a.]: Beltz.

Mehnert, A., Härter, M., Koch, U. (2012): Langzeitfolgen einer Krebserkrankung. Anforderungen an die Nachsorge und Rehabilitation. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 55: 509–515.

Nolte, S., Liegl, G., Petersen, M.A., Aaronson, N.K., Costantini, A., Fayers, P.M., Groenvold, M., Holzner, B., Johnson, C.D., Kemmler, G., Tomaszewski, K.A., Waldmann, A., Young, T.E., Rose, M. (2019): General population normative data for the EORTC QLQ-C30 health-related quality of life questionnaire based on 15,386 persons across 13 European countries, Canada and the Unites States. European Journal of Cancer 107: 153-163.

Interessenkonflikt: Frau Dr. Leibbrand und Herr Dr. Fischer sind im Vorstand des VfR, Norderney

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

Who is at risk für das Stress-Folge-Syndrom der ICD-11 Anpassungsstörung? - die Typ-D Persönlichkeit als Risikofaktor

Alexa Kupferschmitt; Eike Langheim; Wilma Rademacher; Christoph Schmitz; Volker Köllner

Reha-Zentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund, Teltow

Hintergrund und Zielstellung

Die ICD-11 Anpassungsstörung (APS) beschreibt psychische Schwierigkeiten nach entscheidenden, nicht traumatischen Lebensveränderungen im privaten oder beruflichen Kontext (z.B. Trennung, Arbeitsplatzverlust, Krankheit), welche sich in Symptomen von Präokkupation (z.B. wiederkehrende und belastende Gedanken), Fehlanpassung (z.B.

mangelnde Erholungsfähigkeit), Vermeidung (von mit der Belastung assoziierte Stimuli), depressive Verstimmung, Angst und Störung der Impulskontrolle äußern können (Bachem & Casey, 2018). Als gesundheitlich ungünstige Bewältigungsformen von Krankheit oder anderen Stressoren und gesundheitliche Risikofaktoren gelten eine erhöhte negative Affektivität bei gleichzeitig gehemmtem Gefühlsausdruck – Kernkomponenten der Typ-D Persönlichkeit (Denollet, 1998, 2000), welche insbesondere bei kardiovaskulär Erkrankten gut untersucht ist, jedoch bisher wenige Erkenntnisse im Kontext der psychosomatischen Rehabilitation mit Fokus auf die ICD-11 APS vorliegen.

Methoden

N = 208 konsekutive psychokardiologische Patienten des Reha-Zentrums Seehof, Teltow, wurden hinsichtlich des Vorliegens einer Typ-D Persönlichkeit und der ICD-11 APS-Symptomatik im Zeitraum 01/2019 bis 03/2020 untersucht. Bei Aufnahme (t1) und bei Entlassung (t2) kam als Maß für die APS das Selbstbeurteilungsverfahren Adjustment Disorder – New Module 20 (ADNM-20; Glaesmer et al., 2015) zum Einsatz; die Typ-D Persönlichkeit wurde mittels der deutschen Version der 14-Item-Typ-D-Skala (DS-14; Grande et al., 2010) erfasst. Mittelwertunterschiede zwischen den Gruppen und zwischen den Messzeitpunkten (ANOVAs) und Effektstärken wurden gerechnet.

Ergebnisse

Von N = 208 konsekutiven psychokardiologischen Patienten (Altersdurchschnitt 54.75, SD = 37, 43% weiblich) erfüllten 66% die Kriterien einer Typ-D Persönlichkeit und 64% aller psychokardiologischen Patienten wiesen eine klinisch relevante ICD-11 APS-Symptomatik auf. Bei Patienten mit Typ-D Persönlichkeit lag zu t1 signifikant häufiger eine klinisch relevante APS vor (76%), als bei Patienten ohne Typ-D Persönlichkeit (59%). Insgesamt waren Patienten mit Typ-D Persönlichkeit in den Maßen der APS zu t1 und zu t2 signifikant belasteter. Der Mittelwert des ADNM-20 in der Typ-D Subgruppe lag bei 56.62 (SD = 18.01), was einer deutlich ausgeprägten Symptomatik entspricht. Die Ergebnisse der Analyse finde sich in Tabelle 1.

Im Reha-Verlauf sank die Symptomlast in beiden Subgruppen auf allen Skalen signifikant, wobei die Effekte der Reha auf die Gesamtsymptomlast als auch die einzelnen Symptome in der Gruppe der Typ-D Patienten klein ausfiel (d = -0.26 bis -0.487), die Effekte in der Gruppe der Patienten ohne Typ-D Persönlichkeit fielen klein bis mittel stark aus (d = -0.393 bis -0.599). Bei der Betrachtung der Mittelwertsunterschiede beider Gruppen sowohl zu t1 als auch zu t2 im Vergleich, so zeigte sich, dass überwiegend mittlere bis starke Effekte zu verzeichnen sind (d = -0.558 bis -0.981). Folglich sind die signifikanten Unterschiede in der Symptomlast zwischen Patienten mit Typ-D Persönlichkeit und Patienten ohne Typ-D Persönlichkeit sowohl zu t1 als auch zu t2 von deutlicher klinischer Relevanz. Ferner profitieren beide Patientengruppen signifikant und klinisch bedeutsam von der Reha, die Effekte sind jedoch in der Gruppe der Typ-D Patienten deutlich geringer als in der Gruppe der Nicht Typ-D Patienten. Die Effektstärken zu den Mittelwertsunterschiede in der APS-Symptomlast (Tabelle 1) finden sich in Tabelle 2.

Tab. 1 ANOVA: Gruppenunterschiede Typ-D Persönlichkeit vs. Nicht Typ-D Persönlichkeit hinsichtlich der APS-Symptomatik

Variablen	Typ-D		nicht Typ-D		
	Aufnahme (t1)	Entlassung (t2)	Aufnahme (t1)	Entlassung (t2)	
	M (*SD*)	M (*SD*)	M (*SD*)	M (*SD*)	*p**
Präokkupation	12.24 (4.07)	10.74 (4.42)	9.74 (4.24)	7.96 (4.80)	<.001
Fehlanpassung	11.24 (4.19)	9.77 (4.53)	8.31 (3.54)	6.66 (4.13)	<.001
Vermeidung	11.24 (4.19)	9.90 (4.18)	8.59 (3.63)	6.79 (4.04)	<.001
Depressive Stimmung	9.09 (2.67)	7.61 (3.37)	6.40 (2.88)	5.07 (3.12)	<.001
Angst	5.45 (2.28)	4.80 (2.44)	4.19 (2.21)	3.16 (2.21)	<.001
Störung Impulskontrolle	8.00 (3.20)	7.15 (3.33)	6.01 (2.78)	4.50 (3.03)	<.001
ADNM-20 Gesamtwert	56.62 (18.01)	49.97 (20.64)	43.24 (16.82)	32.13 (20.14)	<.001

Tab. 2:Effektstärken nach Cohen zu den Gruppenunterschieden Typ-D Persönlichkeit vs. Nicht Typ-D Persönlichkeit hinsichtlich der APS-Symptomatik (Tabelle 1)

Variablen	Typ-D t1 zu t2	Nicht Typ-D t1 zu t2	Typ-D vs nicht Typ-D t1	Typ-D vs nicht Typ-D t2
	d_{Cohen} *(CI)*	d_{Cohen} *(CI)*	d_{Cohen} *(CI)*	d_{Cohen} *(CI)*
Präokkupation	-0.353 (-0.592 - -0.114)	-0.393 (-0.728 - -0.059)	-0.606 (-0.899 - -0.312)	-0.611 (-0.905 - -0.317)
Fehlanpassung	-0.337 (-0.575 - -0.098)	-0.429 (-0.764 - -0.094)	-0.736 (-1.032 - -0.439)	-0.707 (-1.003 - -0.411)
Vermeidung	-0.32 (-0.559 - -0.082)	-0.469 (-0.805 - -0.133)	-0.633 -0.927 - -0.339	-0.752 (-1.049 - -0.455)
Depressive Stimmung	-0.487 (-0.727 - -0.247)	-0.443 (-0.778 - -0.108)	-0.981 (-1.284 - -0.678)	-0.773 (-1.07 - -0.475)
Angst	-0.275 (-0.513 - -0.037)	-0.466 (-0.802 - -0.13)	-0.558 (-0.851 - -0.265)	-0.693 (-0.989 - -0.398)
Störung der Impulskontrolle	-0.26 (-0.498 - -0.022)	-0.519 (-0.856 - -0.182)	-0.649 (-0.944 - -0.355)	-0.82 (-1.118 - -0.521)
ADNM-20 Gesamtwert	-0.343 (-0.582 - -0.105)	-0.599 (-0.937 - -0.26)	-0.759 (-1.057 - -0.462)	-0.871 (-1.171 - -0.571)

Cohen (1988) gibt für d die folgenden Intervalle an: 0.2 bis 0.4 kleiner Effekt; 0.5 bis 0.7 mittlerer Effekt; 0.8 und höher starker Effekt

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass sowohl die APS-Symptomatik als auch die Typ-D Persönlichkeit für die psychosomatische Reha bedeutsame Krankheitsbilder sind und Patienten mit Typ-D Persönlichkeitsstruktur insgesamt zu einer höheren APS-Symptomausprägung neigen. Unabhängig davon, von der Typ-D Persönlichkeitsstruktur profitieren beide Patientengruppen signifikant von der Reha-Maßnahme, wobei die Gruppe der Typ-D Patienten sowohl bei Aufnahme als auch Entlassung insgesamt deutlich stärker belastet war und im Vergleich zu nicht Typ-D Patienten in einem geringeren Maß profitieren kann. Demnach scheint die Typ-D Persönlichkeit ein Risikofaktor für die Entwicklung und Krankheitsverarbeitung des Stress-Folge-Syndroms der ICD-11 APS zu sein. Da es sich beim Konstrukt der Typ-D Persönlichkeit um ein eher stabiles Persönlichkeitsmerkmal handelt wäre es daher in künftigen Untersuchungen indiziert, die Wechselwirkungsprozesse zwischen den Kernaspekten der Typ-D Persönlichkeit und der APS-Symptomatik näher zu beleuchten, um ein auf die

speziellen Bedürfnisse der Typ-D Betroffenen zugeschnittenes Therapieprogramm entwickeln zu können.

Literatur

Bachem, R., & Casey, P. (2018): Adjustment Disorder: A diagnosis whose time has come. Journal of Affective Disorders, 227, 243–253.

Denollet, J. (1998): Personality and coronary heart disease: The Type-D Scale-16 (DS16). Annals of Behavioral Medicine, 20(3), 209–215. https://doi.org/10.1007/BF02884962.

Denollet, J. (2000): Type D personality: A potential risk factor refined. Journal of Psychosomatic Research, 49(4), 255–266. https://doi.org/10.1016/S0022-3999(00)00177-X.

Glaesmer, H., Romppel, M., Brähler, E., Hinz, A., & Maercker, A. (2015): Adjustment disorder as proposed for ICD-11: Dimensionality and symptom differentiation. Psychiatry Research, 229(3), 940–948. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.010.

Grande, G., Romppel, M., Glaesmer, H., Petrowski, K., & Herrmann-Lingen, C. (2010): The type-D scale (DS14) - Norms and prevalence of type-D personality in a population-based representative sample in Germany. Personality and Individual Differences, 48(8), 935–939. https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.02.026.

Who is at risk? – Typ-D Persönlichkeit bei Patienten in der psychosomatischen Reha als Risikofaktor für sozialmedizinische Problemstellungen

Alexa Kupferschmitt; Eike Langheim; Wilma Rademacher; Christoph Schmitz; Volker Köllner

Reha-Zentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund, Teltow

Hintergrund und Zielstellung

Negative Affektivität und ein gehemmter Gefühlsausdruck sind Kennzeichen der Typ-D-Persönlichkeit, welche als kardiovaskulärer Risikofaktor gilt und mit einer ungünstigen Krankheitsverarbeitung einhergeht. Personen, die als Reaktion auf nicht-traumatische, potenziell Stress erzeugende Ereignisse (z.B. berufliche Themen), von welchen ein hoher Bevölkerungsanteil betroffen sein kann, entwickeln, sind typischerweise weniger extrovertiert, stärker neurotisch und haben höhere Werte für Psychotizismus (Vallejo-Sánchez & Pérez-García, 2017). Dies legt nahe, dass Persönlichkeitsstrukturen bei der Verarbeitung von potenziellen Stressoren ein zentraler Faktor sind. Repräsentative Daten zeigen, dass sich seit dem Jahr 2000 die Arbeitsunfähigkeitsdauer aufgrund von Stress-Folge-Störungen fast verdreifacht hat und mit 51 Fehltagen je 100 Versicherter in 2018, gegenüber dem Jahr 2000 (18,7 AU-Tage) einen Anstieg von 175% verzeichnet wurde (DAK, 2019). Krankheitssymptome, wie z.B. heftiger emotionaler Stress mit exzessivem Grübeln oder Bitterkeit haben erhebliche Folgen für die Bewältigungsfähigkeit beruflicher oder privater Aufgaben (Michailidis & Cropley, 2017), mit erheblichen Folgen im beruflichen Kontext, insbesondere hinsichtlich sozialmedizinischer Parameter (Arbeitsfähigkeit, Leistungsfähigkeit).

Methoden

N = 208 konsekutive psychokardiologische Patienten des Reha-Zentrums Seehof, Teltow, wurden hinsichtlich des Vorliegens einer Typ-D-Persönlichkeit im Zeitraum 01/2019 bis 03/2020 untersucht. Bei Reha-Beginn wurde die Typ-D-Persönlichkeit mittels der deutschen Version der 14-Item-Typ-D-Skala (DS-14; Grande et al., 2010) erfasst. Als sozialmedizinische Parameter galten die Krankschreibungsdauer innerhalb der letzten zwölf Monate, Arbeitsfähigkeit bei Reha-Beginn/-Ende, Leistungsfähigkeit im Bezugsberuf und für den allgemeinen Arbeitsmarkt bei Reha-Ende. Gruppenunterschiede (ANOVAs) wurden berechnet.

Ergebnisse

Von N = 208 konsekutiven psychokardiologischen Patienten (Altersdurchschnitt 54.75, SD = 37, 43% weiblich) erfüllten 66% die Kriterien einer Typ-D-Persönlichkeit. In den zu Reha-Beginn relevanten sozialmedizinischen Parametern zeigten sich signifikante Gruppenunterschiede (siehe Tabelle 1). Entgegen der Erwartungen wurden Patienten mit Typ-D-Persönlichkeit signifikant häufiger arbeitsfähig aufgenommen als Patienten ohne Typ-D-Persönlichkeit. Mit Blick auf die Arbeitsunfähigkeitsdauer vor Reha-Beginn waren Patienten mit Typ-D-Persönlichkeit jedoch signifikant häufiger langzeiterkrankt als Patienten ohne Typ-D-Persönlichkeit. Waren Patienten ohne Typ-D-Persönlichkeit vor Reha-Beginn krankgeschrieben, so war die Dauer der Krankschreibung deutlich kürzer als bei jenen Patienten mit Typ-D Persönlichkeit, die krangeschrieben waren. Die Ergebnisse der Gruppenunterschiede zu Reha-Beginn finden sich in Tabelle 1.

Tab. 1:ANOVA: Gruppenunterschiede zwischen Typ-D und nicht Typ-D in den zu Reha-Beginn relevanten sozialmedizinischen Parametern

Variablen	Typ-D Persönlichkeit (*n* = 137)		nicht Typ-D Persönlichkeit (*n* = 70)		
	n	%	*n*	%	*p*
Arbeitsfähigkeit bei Aufnahme					
arbeitsfähig	62	45	28	40	.040
arbeitsunfähig	75	55	42	60	
Krankschreibung innerhalb der letzten 12 M.					
keine	1	1	3	4	.007
bis unter 3 Monate	49	36	37	53	
3-6 Monate	15	11	9	13	
6 Monate und mehr	60	44	19	27	
nicht erwerbsfähig	11	8	2	3	

Auch in den zu Reha-Ende relevanten sozialmedizinischen Parametern zeigten sich signifikante Gruppenunterschiede. Patienten mit Typ-D-Persönlichkeit wurden häufiger arbeitsunfähig entlassen als Patienten ohne Typ-D-Persönlichkeitsmerkmale. Zudem kehrten Patienten mit Typ-D-Persönlichkeit häufiger mit einer stufenweisen Wiedereingliederung ins Erwerbsleben zurück. In der Patientengruppe mit Typ-D-Persönlichkeit waren bei Entlassung somit mehr Patienten formal arbeitsunfähig als bei Aufnahme. Ein vergleichbares Bild zeigte sich hinsichtlich der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung; es wurden mehr Patienten ohne Typ-D Persönlichkeit mit einer positiven Leistungsbeurteilung (mehr als sechs Stunden täglich leistungsfähig) für den Bezugsberuf und den allgemeinen Arbeitsmarkt entlassen, als

Patienten mit Typ-D-Persönlichkeit. Hinsichtlich einer negativen Leistungseinschätzung (weniger als drei Stunden täglich leistungsfähig) konnten sowohl für den Bezugsberuf als auch für den allgemeinen Arbeitsmarkt keine signifikanten Unterschiede zwischen den Patientengruppen festgestellt werden (siehe Tabelle 2).

Tab. 2:ANOVA: Gruppenunterschiede zwischen Typ-D und nicht Typ-D in den zu Reha-Ende relevanten sozialmedizinischen Parametern

Variablen	Typ-D Persönlichkeit (*n* = 137)		nicht Typ-D Persönlichkeit (*n* = 70)		
	n	*%*	*n*	*%*	*p*
Arbeitsfähigkeit bei Entlassung					
arbeitsfähig	46	34	43	61	.000
stufenweise Wiedereingliederung	16	12	4	6	
arbeitsunfähig	74	54	23	33	
Leistungsbeurteilung					
volle Leistungsfähigkeit im Bezugsberuf	81	59	60	86	.010
volle Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt	92	67	62	87	.004

Diskussion und Fazit

Das Vorliegen einer Typ-D-Persönlichkeit war in dieser Studie mit mehr Problemen hinsichtlich beruflicher Aspekte verbunden (längere Krankschreibung, schlechtere sozialmedizinische Leistungsbeurteilung). Da Patienten mit Typ-D-Persönlichkeit zu Reha-Beginn eine höhere APS-Symptomlast aufwiesen, dennoch häufiger arbeitsfähig zur Reha kamen, legt dies ein dysfunktionales Durchhaltestrebens nahe. Die deutlich längeren Arbeitsunfähigkeitszeiten im Falle einer Krankschreibung könnte auf eine deutlich spätere Inanspruchnahme von Hilfsangeboten durch Patienten mit Typ-D-Persönlichkeit hinweisen. Ähnlich ungünstig waren die Ergebnisse der zu Reha-Ende relevanten sozialmedizinischen Parametern, der Leistungsbeurteilung für den Bezugsberuf und den allgemeinen Arbeitsmarkt. Keine Unterschiede gab es, wenn ein vollschichtiges Leistungsvermögen vorlag. War das Leistungsvermögen jedoch aufgehoben, so war dies häufiger bei Patienten mit Typ-D-Persönlichkeit der Fall. In Zusammenschau der Ergebnisse der sozialmedizinischen Parameter scheint es, dass Patienten mit Typ-D-Persönlichkeit deutlich stärker belastet sind und sich dabei seltener krankschreiben lassen. Im Falle einer Krankschreibung sind sie länger arbeitsunfähig und werden auch häufiger mit einem aufgehobenen Leistungsvermögen entlassen. Folglich kann die Typ-D-Persönlichkeit als Risikofaktor für das Beschwerdeausmaß und die sozialmedizinische Beurteilung gesehen werden.

Literatur

DAK-Psychoreport 2019: dreimal mehr Fehltage als 1997 | DAK-Gesundheit. (n.d.). Retrieved October 28, 2020, from https://www.dak.de/dak/bundesthemen/dak-psychoreport-2019-dreimal-mehr-fehltage-als-1997-2125486.html#/.

Grande, G., Romppel, M., Glaesmer, H., Petrowski, K., & Herrmann-Lingen, C. (2010): The type-D scale (DS14) - Norms and prevalence of type-D personality in a population-based representative sample in Germany. Personality and Individual Differences, 48(8), 935–939. https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.02.026.

Michailidis, E., & Cropley, M. (2017): Exploring predictors and consequences of embitterment in the workplace. Ergonomics, 60(9), 1197–1206. https://doi.org/10.1080/00140139.2016.1255783.

Vallejo-Sánchez, B., & Pérez-García, A. M. (2017): The role of personality and coping in adjustment disorder. Clinical Psychologist, 21(3), 245–251. https://doi.org/10.1111/cp.12064.

Wie erleben Patienten in der Psychosomatischen Rehabilitation die COVID-19-Pandemie?

Lorena Brenner[1]; Ursula Melicherova[1]; Jürgen Hoyer[2]; Daniela Füsti-Molnar[3]; Volker Köllner[3]

[1] Charité – Universitätsmedizin Berlin; [2] Technische Universität Dresden;
[3] Reha-Zentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund, Teltow

Hintergrund und Zielstellung

Die aktuelle COVID-19-Pandemie belastet das Gesundheitssystem und die Bevölkerung seit Ende Dezember 2019 weltweit auf unterschiedlichsten Ebenen und stellt diese vor neue Herausforderungen (Greenberg et al., 2020; Wang et al. 2020; Yao et al., 2020). Ziel unserer Arbeit ist es, die Auswirkungen der COVID-19 Pandemie und den damit einhergehenden Sicherheits- und Hygienemaßnahmen auf das Erleben der Patienten in der Psychosomatische Rehabilitation zu erfassen. Erfasst werden sollten hierbei sowohl die Belastung durch die Pandemie und die hiergegen ergriffenen Maßnahmen allgemein als auch, wie die veränderte Situation in der Klinik von ihnen erlebt wurde. In der Klinik waren die Gruppen auf 6 - 9 TeilnehmerInnen (je nach Raumgröße) verkleinert worden, um die Abstandsregeln konsequent einhalten zu können. Auf das Tragen von Masken konnte daher in der Therapie verzichtet werden.

Methoden

Zwischen Juli und August 2020 wurden im Rahmen der Abschlussdiagnostik 277 Patienten (70% Frauen, Alter: M = 53.3 SD = 8.6 Jahre) einer Psychosomatischen Rehabilitationsklinik untersucht. Das Erleben bzw. die Belastung der Patienten wurde mit einem Selbstbeurteilungsfragebogen auf 13 Items erhoben.

Ergebnisse

Die Mehrheit der Patienten schätzten die Einhaltung der Sicherheitsregeln in der Klinik als „gut“ (52.3%) bis „sehr gut“ (27.8%) ein. Hingegen empfanden 5,7% diese als „genügend“ bzw. 2.2% als ungenügend. Rund 22% hätten sich wohler gefühlt, wenn auch während der Therapie eine Maske getragen worden wäre, 77.9% präferierten hingegen die Therapie ohne Maske. Bei den Auswirkungen auf die Gruppentherapie empfanden die Mehrheit der Patienten die reduzierte Gruppengröße als eher positiv (53.8%) bzw. stark positiv (37.5%). Bei den Auswirkungen der Distanzregelung auf die Gruppentherapie gab die Mehrheit „keinen Einfluss“ (52.3%) bzw. „eher positiv“ (33.9%) an. Patienten mit Gruppentherapie-Vorerfahrung (43,7%) meinten zu 58,5%, die veränderten Bedingungen hätten keine Auswirkung auf die

Effektivität der Gruppentherapie, 41,5% hielten die Therapie unter COVID-19-Bedingungen eher für effektiver.

Die Belastung durch die Pandemie insgesamt wurde auf einer numerischen Analogskala im mittleren Bereich eingeschätzt. Bei der Einschätzung der Gefährlichkeit des COVID-19-Virus gaben 46.9 % „mäßig“ und 30.3% „gefährlich“ an. Hinsichtlich der Auswirkungen auf unterschiedliche Lebensbereiche gaben 36.8 % „Kontaktbeschränkungen“, 20.2% „Freizeit/ Hobbys“, 17.3% Arbeit/ finanzielle Absicherung und 9% „Gesundheit geliebter Menschen“ bzw. 6.9% „eigene Gesundheit“ an.

Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse liefern erste Erkenntnisse über die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf Patienten der Psychosomatischen Rehabilitation. Die überwiegende Mehrheit der Patienten erlebte den Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik als sicher und die von der Klinik ergriffenen Maßnahmen als effektiv. Das entsprach auch dem Anteil an Patienten, die sich durch das COVID-19-Virus „eher wenig“ oder nur „mäßig“ bedroht fühlten. Rund 20% erlebten die persönliche Bedrohung stärker und hätten sich intensivere Schutzmaßnahmen gewünscht. Kleinere Gruppengröße wurde von den Patienten überwiegend als positiv erlebt, während für die Abstandsregelung eher kein Einfluss auf die Therapie gesehen wurde. Insgesamt sprechen die Daten dafür, dass den Patienten die Adaptation an die neue Situation gut gelang und dass auch unter Pandemie-Bedingungen psychosomatische Rehabilitation effektiv durchgeführt werden kann.

Literatur

Greenberg, N., Docherty, M., Gnanapragasam, S., Wessely, S. (2020): Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. BMJ, 26;368.

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., et al. (2020): Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. Int J Environ Res Public Health, 17(5):1729.

Yao, H., Chen, J. H., Xu, Y. F. (2020): Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. Lancet Psychiatry, 7(4).

Wie sichtbar ist die Reha-Forschung? Die Verbreitung der Publikationen zu Verlaufseffekten der medizinischen Rehabilitation (VEMA)

Katharina M. A. Gabriel; Peter Heuschmann; Hermann Faller; Michael Schuler

Universität Würzburg

Hintergrund und Zielstellung

Die Verbreitung von Ergebnissen ist in wissenschaftlichen Studien von großer Bedeutung. Zur Kommunikation der Ergebnisse wird idealerweise ein Verfahren gewählt, welches das Zielpublikum anspricht und erreicht (vgl. Yore et al., 2006).

Die medizinische Rehabilitation wird fachlich sowohl von naturwissenschaftlichen als auch von sozial- und humanwissenschaftlichen Arbeitsgebieten geprägt (Koch and Bengel, 2000). Damit treffen hier unterschiedliche Konzepte der wissenschaftlichen Forschung und der Ergebniskommunikation aufeinander: Während in vielen sozial- und humanwissenschaftlichen Fachrichtungen das Verfassen von Büchern und Buchkapiteln verbreitet ist, präferieren naturwissenschaftliche Fachrichtungen die Publikation von Artikeln (Glänzel and Schoepflin, 1999).

In dem Projekt VEMA wird in einem systematischen Review relevante Literatur hinsichtlich der Beschreibung von Verlaufseffekten in der medizinischen Rehabilitation identifiziert (Schuler et al., 2019). Die Publikationen werden – soweit möglich – in Projekten gruppiert und die extrahierten Daten in einer Meta-Analyse zusammengefasst.

Ziel dieser Sekundärstudie ist es, die in VEMA verwendete Literatur hinsichtlich bibliographischer Eigenschaften zu analysieren sowie die Reichweite ihrer Verbreitung festzustellen.

Methoden

In einem ersten Schritt werden die in VEMA eingeschlossenen Publikationen sowohl auf Textebene als auch auf Projektebene auf Art des Textes und die verwendete Publikationssprache hin untersucht.

In einem zweiten Schritt wird die Verbreitung der verwendeten Artikel beschrieben.

Die Sichtbarkeit der einzelnen Texte wird durch die jährliche Zitationsrate (cit/a) aus den Literaturdatenbanken ‚Web of Science' (WoS) und ‚Google Scholar' (GS) operationalisiert, wobei nach der Publikationssprache unterschieden wird.

Um die Sichtbarkeit auf Projektebene darzustellen, werden Projekte mit jeweils drei Artikeln auf ihre cit/a untersucht, gegliedert nach dem Verhältnis der Publikationssprache. Zudem wird hier anhand der zitierenden Institutionen die räumliche Verbreitung ermittelt.

Ergebnisse

Bibliographische Analyse

Die 500 der Analyse zugrundeliegenden Publikationen können sechs verschiedenen Arten von Texten zugeordnet werden: Artikel in gedruckten und in elektronischen Zeitschriften (62%), Büchern (3%) und Buchkapiteln in herausgegebenen Büchern (10%) sowie Abschlussberichte und Dissertationen. Die zugrundeliegenden Publikationen sind überwiegend in deutscher Sprache verfasst (80 %), der Rest liegt in englischer Sprache vor.

Von den 325 Projekten veröffentlicht die Mehrheit (73%) ihre Ergebnisse ausschließlich in deutscher Sprache (vgl. Tabelle). Zudem werden zwei Drittel der Projekte durch eine einzelne Publikation repräsentiert, die vorzugsweise in Form eines Artikels vorliegt.

Analyse der Verbreitung

Insgesamt können von den 311 in VEMA berücksichtigten Artikeln in GS mehr Zitierungen gefunden werden als in WoS, wobei von den deutschen Artikeln 20% in WoS nicht gelistet sind. Allgemein liegt cit/a für Artikel in englischer Sprache höher als für solche in deutscher Sprache.

In Projekten mit drei Artikeln (n=13) steigt die mittlere cit/a in WoS von 0,44 bei ausschließlich deutschen Artikeln (3-0 in der Abbildung) auf 2,02 bei ausschließlich englischen Artikeln (0-3 in der Abbildung), in GS ist der Anstieg von 0,61 auf 7,70 noch stärker. Die mittlere jährliche Zitationsrate der sprachlich gemischten Projekte (2-1 und 1-2 in der Abbildung) steigt mit zunehmenden englischen Artikeln an (WoS: 0,96 und 1,16; GS: 1,36 und 2,03). Der Anteil der nicht-deutschsprachigen zitierenden Institutionen nimmt von 7% auf 63% zu.

Tab. 1:Publikationen nach Sprache und die Anzahl der Projekte, die durch ihre Kombination repräsentiert werden. (de: Publikationen in deutscher Sprache; en: Publikationen in englischer Sprache)

en \ de	0		1		2		3		gesamt	
0	---	---	48	(15%)	1	(<1%)	2	(<1%)	51	(16%)
1	170	(52%)	15	(5%)	3	(1%)	1	(<1%)	189	(58%)
2	40	(12%)	8	(2%)	0	(0%)	0	(0%)	48	(15%)
3	21	(6%)	7	(2%)	3	(1%)	0	(0%)	31	(9%)
4	4	(1%)	1	(<1%)	0	(0%)	0	(0%)	5	(2%)
7	1	(<1%)	0	(0%)	0	(0%)	0	(0%)	1	(<1%)
gesamt	236	(73%)	79	(24%)	7	(2%)	3	(1%)	325	(100%)

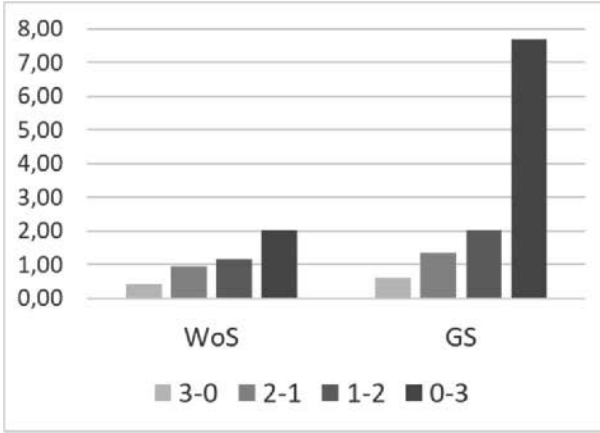


Abb. 1:Mittlere jährliche Zitationsrate in Projekten mit drei Artikeln, unterschieden nach Datenbank. (die erste Zahl gibt die Anzahl der deutschen Artikel, die zweite Zahl die Anzahl der englischen Artikel an)

Diskussion und Fazit

Untersucht werden 500 VEMA zugrundeliegende Publikationen, die 325 Projekten zugeordnet werden können.

Die bibliographische Analyse verdeutlicht die fachliche Einordnung der medizinischen Rehabilitation zwischen Naturwissenschaften sowie Sozial- und Humanwissenschaften: Ergebnisse werden überwiegend in Artikeln veröffentlicht, jedoch machen Bücher und Buchkapitel 13% aus. Dieser Schwerpunkt kann auf die Fragestellung in VEMA zurückgeführt werden, der mit prä-post-Untersuchungen auf eine naturwissenschaftlich geprägte Methodik fokussiert.

Die Analyse der Artikel zeigt, dass die Sichtbarkeit der Ergebnisse sowie ihre globale Verbreitung mit der Publikation in Englisch deutlich gesteigert werden kann. Inwiefern damit die Ergebniskommunikation innerhalb der medizinischen Rehabilitation in Deutschland gewährleistet wird, bleibt zu diskutieren.

Literatur

Glänzel, W., Schoepflin, U. (1999): A bibliometric study of reference literature in the sciences and social sciences. Information Processing & Management, 35, 1. 31-44.

Koch, U., Bengel, J. (2000): Definition und Selbstverständnis der Rehabilitationswissenschaften. In: Bengel, J. and Koch, U. (Hrsg.): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Berlin, Heidelberg, New York: Springer. 3-18.

Schuler, M., Murauer, K., Stangl, S., Grau, A., Gabriel, K., Podger, L., Heuschmann, P. U., Faller, H. (2019): Pre-post changes in main outcomes of medical rehabilitation in Germany: protocol of a systematic review and meta-analysis of individual participant and aggregated data. BMJ Open, 9, 5. e023826. (8 p.)

Yore, L. D., Florence, M. K., Pearson, T. W., Weaver, A. J. (2006): Written Discourse in Scientific Communities: A conversation with two scientists about their views of science, use of language, role of writing in doing science, and compatibility between their epistemic views and language. International Journal of Science Education, 28, 2-3. 109-141.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Wie sind Rehabilitationseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen mit COVID-19 umgegangen?

Simone Schönfeld; Anne Exner; Oliver Razum

Universität Bielefeld

Hintergrund und Zielstellung

Rehabilitationseinrichtungen sind aktuell wie zukünftig herausgefordert, auch bei pandemieähnlichen Zuständen möglichst arbeitsfähig zu bleiben. Erfahrungswerte zum Umgang mit (Verdachts-) Covid-19-Fällen zusammenzutragen, zu diskutieren und mit verfügbaren Planungshilfen (z. B. Cwojdzinski et al., 2020; Qualitätskliniken.de, 2020) abzugleichen ist elementar, um auf zukünftige pandemieähnliche Situationen besser vorbereitet zu sein. Presseberichte sind die derzeit einzig öffentlich zugängliche Informationsquelle, die Informationen zu pandemiebezogenen Maßnahmen und Herausforderungen der Rehabilitationskliniken liefern können. Basierend darauf soll folgende Frage beantwortet werden: Wie sind Rehabilitationseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen mit Verdachtsfällen von COVID-19 oder positiv getesteten Personen umgegangen?

Methoden

Es wurde eine systematische Literaturrecherche in den Pressedatenbanken Genios und Nexis (31.11.2020) sowie Google (03.11.2020) mit vorab definierten Suchstrings durchgeführt. Es werden Berichte eingeschlossen, in denen mindestens ein SARS-CoV-2 Fall

(positiver Test, nicht näher spezifiziert) auftritt. Entsprechende Hinweise werden durch eine gezielte Recherche bei google ergänzt. Es wurden alle eingeleiteten und präventiven Maßnahmen eingeschlossen.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 1047 (266 Nexis, 633 Genios, 148 Google) Treffer gesichtet. Es konnten fünf Ausbrüche (mind. 1 positiv Getesteter) in Rehabilitationskliniken identifiziert werden (Tabelle 1). Bis auf den Fall in Bad Wildungen und Horn Bad-Meinberg ist die Berichterstattung auf einen Tag begrenzt.

Die eingeleiteten Maßnahmen werden so präzise dargestellt, wie es auf Basis der Presseberichte möglich war. Begriffliche Unschärfen sind nicht vollständig zu vermeiden.

Maßnahmen bei Verdachtsfällen wurden nur in einer Quelle aus Ende März 2020 erwähnt: Entsprechend der damaligen Regelungen, wurden Patient*innen mit Symptomen nicht getestet, wenn kein epidemiologischer Zusammenhang nahelag (kein Kontakt zu nachweislich Infizierten oder Aufenthalt in Risikogebiet). Jedoch erfolgte bei Erkältungssymptomen eine räumliche Trennung von anderen Patient*innen (z. B. Essen aufs Zimmer). Bei der Entlassung entsprechender Patient*innen wurde das Tragen von Schutzkleidung zuhause zum Schutz von Risikopersonen empfohlen, es wurde aber keine entsprechende Kleidung bereitgestellt (Schwarzer, 2020).

Nach Bekanntwerden von positiv getesteten Personen wurde ein sofortiger Behandlungs- und Therapiestopp (nicht näher spezifiziert, wahrscheinlich für den gesamten Klinikbetrieb) (Schmitz, 2020; Schwarzer, 2020) bzw. ein Aufnahme- und Besuchstop (Rheinische Post, 2020) verhängt. Kontaktpersonen (Patient*innen und Mitarbeitende) wurden ermittelt und unter Quarantäne gestellt (Althaus, 2020; Bosch, 2020; Rheinische Post, 2020). Auch wurden Screeningmaßnahmen (nicht näher spezifiziert, aber vermutlich PCR) bei allen Mitarbeiter*innen und Patient*innen durchgeführt (Rheinische Post, 2020).

Zur Wiederaufnahme von Therapiemaßnahmen bei nicht infizierten Patient*innen wurde in den betroffenen Räumlichkeiten eine umfassende Flächendesinfektion (Flächen, Türgriffe, Geräte) durchgeführt und Therapien nur noch mit Mund-Nasenschutz angeboten. Auch wurden Transportbusse mit einer Scheibe ausgestattet, die Busfahrer und Fahrgäste trennen sowie Transportfahrten nur für max. zwei Personen erlaubt (Schmitz, 2020). Patient*innen ohne Symptome konnten auf Wunsch entlassen werden, jedoch nur nach Negativ-Testung sowie einer anschließenden 14-tägigen häuslichen Quarantäne (Lippische Landeszeitung, 2020).

Der Umgang mit infizierten Personen war unterschiedlich. Sofern diese in der Klinik blieben, erfolgte die Pflege nur noch mit kompletter Schutzkleidung (Schwarzer, 2020). Eine Klinik entließ infizierte Patient*innen. Unter Wahrung von Sicherheitsmaßnahmen reisten diese in ihre Heimat-Landkreise zurück (Althaus, 2020).

Tab. 1: Beschreibung der eingeschlossenen Berichte

Quellen	**Veröffentlicht am**	**Ort**	**Klinikname**	**Anzahl an Infizierten**
März - Mai 2020				
Schmitz, 2020	23.03.2020	Lüdenscheid	Märkische Reha-Kliniken	4 Mitarbeiter*innen
Haverkamp, Teschner, 2020; Schwarzer, 2020 Welt, 2020 Westdeutscher Rundfunk, 2020 Dabir et al., 2020	31.03.2020 02.04.2020 27.04.2020 07.05.2020	Horn-Bad Meinberg	MEDICLIN Rose Klinik	17.03.2020 1 Patient*in1 (Verdacht) 24.03.2020 1 Mitarbeiter*in 26.03.2020 6 Patient*innen 4 Mitarbeiter*innen 27.03.2020 7 Patient*innen (inkl. Patient*in 1) 4 Mitarbeiter*innen 31.03.2020 32 Patient*innen 15 Mitarbeiter*innen 02.04.2020 78 Patient*innen 27 Mitarbeiter*innen
Bosch, 2020	25.04.2020	Köln	UniReha	1 Patient*in
September - Oktober 2020				
Rheinische Post, 2020	02.09.2020	Strümp	St.Mauritius Therapieklinik	2 Patient*innen
Heimbuchner, 2020 Westfalen Blatt Warburg, 2020 Althaus, 2020	14.10.2020 15.10.2020 15.10.2020	Bad Wildungen	Mutter Kind Klinik Talitha	30 Personen (nicht näher beschrieben)

In einem Fall war die Anzahl der Infizierten (>100) zuletzt so hoch, dass die Versorgung nicht mehr sichergestellt werden konnte und eine komplette Räumung der Klinik erforderlich war. Dafür wurde ein Einzeltransport durch den Rettungsdienst und die Feuerwehr innerhalb von 24 Stunden durchgeführt. Nach ca. vierwöchiger Schließung wurde die Klinik wieder geöffnet. Davor wurden die Räumlichkeiten und Hygienemaßnahmen durch das Gesundheitsamt geprüft (Dabir et al., 2020). Genesene Mitarbeiter*innen durften erst nach negativem Testergebnis wieder arbeiten. Insgesamt wurde der Klinikbetrieb nur vorsichtig und schrittweise wiederaufgenommen (Westdeutscher Rundfunk, 2020).

Diskussion und Fazit

Die hier gesammelten Informationen geben einen ersten Einblick in das Geschehen in Rehabilitationskliniken in Nordrhein-Westfalen mit mindestens einem positiv getesteten Fall. Aufbauend auf diesen, zukünftig fortlaufend aktualisierten, Ergebnissen sollen in einem Folgeprojekt unter Einbindung der Klinikleitungen Minimalstandards für Pandemieplanungen (weiter-)entwickelt werden. Sie ergänzen die aktuell laufende Literaturdurchsicht zu Pandemie-Planungshilfen für Rehabilitationseinrichtungen und ähnlichen Settings (Projekttitel: PanCov-Reha 1 - Pandemieplanung am Beispiel von Covid-19 und deren zukünftige Weiterentwicklung in Rehabilitationseinrichtungen der DRV Westfalen und ausgewählten privaten Einrichtungen in Ostwestfalen-Lippe und angrenzenden Kreisen).

Die Stärke dieser Untersuchung besteht daran, dass die Recherche replizierbar ist und zwei der umfangreichsten Datenbanken zu Pressemitteilungen in Deutschland genutzt wurden. Das systematische Vorgehen gewährleistet, dass innerhalb der Datenbanken ein möglichst hohes Maß an Vollständigkeit erreicht werden konnte. Limitiert sind die Pressedatenbanken Nexis und Genios jedoch dadurch, dass nicht alle Lokalzeitungen in Deutschland vollumfänglich gelistet sind.

Literatur

Althaus, M. (2020): Schärfere Regeln drohen: 30 Coronafälle in Bad Wildunger Klinik. Lokalo24.de. URL: https://www.lokalo24.de/lokales/waldeck-frankenberg/coronavirus-infektionszahlen-waldeck-frankenberg-reha-klinik-wildungen-infizierten-patienten-13919487.html, Abruf: 26.11.2020.

Bosch, C. (2020): Kölner Reha-Klinik macht Kurzarbeit. Kölner Express.URL: https://advance.lexis.com/api/document?collection=news&id=urn:contentItem:5YRS-HCD1-DYJR-P2CT-00000-00&context=1516831, Abruf: 26.11.2020.

Cwojdzinski, D., Sander, D. Solarek, A., Peich, M. (2020): Checkliste für Krankenhäuser zur Vorbereitung und Überprüfung der Maßnahmen in einer Pandemie Version 2.0. Stand 28.04.2020. URL: https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Downloads/GesBevS/Checkliste_fuer_Krankenhaeuser_KAEP.html, Abruf: 26.11.2020.

Dabir, S., Haverkamp, S., Teschner, D. (2020): Coronavirus im Kreis Lippe: Immer mehr Gesundete. URL: https://www.owl24.de/owl/coronavirus-kreis-lippe-aktuell-live-infizierte-tote-nrw-covid-19-lockerungen-13636143.html, Abruf: 26.11.2020.

Haverkamp, S., Teschner, D. (2020): Kreis Lippe: Corona-Ausbruch in Reha Klinik. URL: https://www.owl24.de/owl/coronavirus-kreis-lippe-nrw-infizierte-personen-pandemie-covid-19-rki-todesfall-kontaktverbot-13610451.html, Abruf: 26.11.2020.

Heimbuchner, A. (2020): Viele Neuinfektionen in Bad Wildungen. Nationalparkgemeinde Edertal. URL:https://edertal.de/2020/10/14/viele-neuinfektionen-in-bad-wildunger-reha-klinik/, Abruf: 26.11.2020.

Qualitätskliniken (2020): Kurzfassung Corona-Checkliste. Kurzversion der Handlungsempfehlungen zum Schutz von PatientInnen und MitarbeiterInnen vor COVID-1. URL: https://www.qualitaetskliniken.de/fileadmin/user_upload/Corona_Leitfaden_Public_kurz_20200623_4qd.pdf, Abruf: 26.11.2020.

Rheinische Post (2020): Zwei Corona-Fälle in St. Mauritius Therapieklinik. Rheinische Post. URL: https://advance.lexis.com/api/document?collection=news&id=urn:contentItem:60RG-DTD1-JC2W-50YN-00000-00&context=1516831, Abruf: 26.11.2020.

Schmitz, J. (2020): Reha-Klinik im MK muss schließen - vier Mitarbeiter positiv auf Coronavirus getestet. Come-on.de. URL: https://www.come-on.de/luedenscheid/reha-klinik-muss-schliessen-vier-mitarbeiter-positiv-coronavirus-getestet-13610596.html, Abruf: 26.11.2020.

Schwarzer, M. (2020): 47 Corona-Infizierte in der Rose-Klinik in Bad Meinberg. Lippische Landeszeitung. URL: https://www.lz.de/lippe/kreis_lippe/22740168_47-Infizierte-in-der-Rose-Klinik-in-Bad-Meinberg.html, Abruf: 26.11.2020.

Waldeckische Landeszeitung (2020): Bad Wildungen: Mutter-Kind-Klinik Talitha nimmt nach Corona-Ausbruch den Betrieb wieder auf. Waldeckische Landeszeitung. URL: https://www.wlz-online.de/waldeck/bad-wildungen/neustart-mit-kontrolltests-90099475.html, Abruf: 26.11.2020.

Welt.de (2020): Rehaklinik: Über 100 Patienten und Pfleger infiziert. Welt online. URL: https://advance.lexis.com/api/document?collection=news&id=urn:contentItem:5YK4-VS71-F16N-00J0-00000-00&context=1516831, Abruf: 26.11.2020.

Westdeutscher Rundfunk (2020): Nach Corona: OWL-Reha-Klinik darf wieder öffnen. URL: https://www1.wdr.de/nachrichten/westfalen-lippe/rehaklinik-lippe-corona-oeffnet-wieder--100.html, Abruf: 26.11.2020.

Westfalen Blatt Warburg (2020): 30 Coronafälle in Wildunger Reha-Klinik. Westfalen Blatt Warburg.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Westfalen

(Wie) unterscheiden sich geschlossene Gruppen und offene Gruppen in ihrer therapeutischen Wirkung in der medizinischen Rehabilitation? Literaturreview und Forschungsfragen

Beate Muschalla[1]; Kai Lorenz[2]; Scott Stock Gissendanner[2]

[1] TU Braunschweig; [2] Berolina Klinik GbmH & Co. KG

Hintergrund und Zielstellung

Gruppentherapie kann in geschlossenen oder offenen Formen durchgeführt werden. Geschlossene Gruppen bestehen aus einer stabilen Gruppe, in der Einzelpersonen gleichzeitig mit der Therapie beginnen. Es können keine weiteren Gruppenmitglieder in die Therapie aufgenommen werden, auch wenn bestehende Gruppenmitglieder ausscheiden und ihre Plätze zu einem späteren Zeitpunkt frei werden. Offene Gruppen können von allen geeigneten Patienten besucht werden. Während der Therapie können neue Gruppenmitglieder hinzukommen und alte Gruppenmitglieder können ausscheiden. Die Gruppengröße variiert daher.

Gelegentlich werden für geschlossene Gruppen vorteilhaftere therapeutische Effekte hypothetisiert als für offenen Gruppen (Tschuschke, 2001). Obwohl die geschlossene Gruppenform in der Reha-Praxis Akzeptanz genießt — die DRV Bund (2017) fordert zum Beispiel die Bildung von geschlossenen Gruppen in der verhaltensmedizinisch orientierten

Rehabilitation (VOR) — soll gefragt werden, ob die Evidenz konkrete therapeutische Vorteile erkennen lässt.

Methoden

Wir haben unter Einbeziehung der internationalen Datenbanken (PsycArticles, PsycInfo, Psyndex, PubMed/Medline, Google Scholar) ein Scoping Review zu Vergleichen von geschlossenen und offenen Gruppentherapien durchgeführt. Es fand sich eine randomisierte kontrollierte Therapiestudie, die anderen Studien waren korrelative oder quasi-experimentelle Studien. Meta-Analysen waren nicht verfügbar.

Ergebnisse

Als Wirkfaktoren von Gruppen werden Förderung von Optimismus bezüglich der Therapiewirksamkeit, das Entgegentreten von Gefühlen der sozialen Isolation, Gruppenkohäsion, sowie Vertrauen als grundlegende Aspekte postuliert (Yalom, 2016, Caspar, 2016). Gruppenspezifische psychotherapeutische Methoden sind zum Beispiel freie Diskussion und Interaktion mit anderen Personen in ähnlichen Situationen, Rollenspiele, Beobachtungslernen und interpersonelles Lernen (Caspar, 2016; Yalom, 2016; Bandura, 1986).

Auf der Grundlage der bisherigen wenigen Studien lässt sich keines der Gruppenformate als überlegen hinsichtlich der Wirksamkeit identifizieren. Es lassen sich intrapsychische und interaktionelle Aspekte vorrangig als Outcomes der geschlossenen Gruppen erkennen, während offene Gruppen eher mit Verbesserung von Aktivitäten assoziiert sind. Möglich ist, dass weitere Gruppenparameter die Wirksamkeit von Therapien moderieren können, vor allem Therapieinhalte und die Häufigkeit des Therapeutenwechsels. Hierzu gibt es keine Studien.

Auch potentielle unerwünschte Effekte von Gruppenbehandlungen müssen Berücksichtigung finden. Bislang zeigt sich, dass in verschiedensten Gruppentherapiesettings mehr als 90% der Patienten Nebenwirkungen berichten. Es gibt in der Gruppenforschung bislang keine Therapieform, die bedeutsam geringere Nebenwirkungen gezeigt hat als andere (Linden et al., 2015).

Diskussion und Fazit

Ob eine Therapiegruppe offen oder geschlossen durchgeführt wird, kann bestimmte Therapieoutcomes in unterschiedlicher Weise beeinflussen. Dies kann auch in rehabiliations-medizinischen Settings mit Gruppentherapien der Fall sein. Im Reha-Alltag mit seinen ökonomischen Zwängen bestimmt oft das Diktat der organisatorischen Effizienz die Zusammensetzung von Gruppen. Gleichwohl muss es Freiräume für die therapeutische Gestaltung von Behandlungsmaßnahmen geben, die benutzt werden sollen, wenn sie dem Therapieerfolg dienlich sind.

In Zukunft sollen empirische Untersuchungen folgenden Fragen nachgehen:

1. Welche Gruppeneffekte sind für die Realisierung von Reha-Zielen besonders vorteilhaft?
2. (Wie) variieren diese nach Therapieform (offene oder geschlossene Gruppe)?
3. Welche unterschiedlichen Nebenwirkungen treten in offenen und geschlossenen Gruppen auf?

Literatur

Bandura, A. (1986): Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Caspar, F. (2016): Gruppentherapie. In: Petermann, F., Gründer, G., Wirtz, M. A., Strohmeier, J. (Hrsg.). Dorsch — Lexikon der Psychotherapie und Psychopharmakotherapie. Göttingen: Hogrefe, S. 369.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2017): Verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation. Anforderungsprofil der Deutschen Rentenversicherung Bund für die verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (VOR). Berlin: DRV Bund.

Linden, M., Walter, M., Fritz, K., & Muschalla, B. (2015): Häufigkeiten und Spektrum von unerwünschten Therapiewirkungen bei verhaltenstherapeutischer Gruppentherapie, Der Nervenarzt, 86, 1371-1382.

Tschuschke, V. (2001): Geschlossene versus offene Gruppen. In: Tschuschke, V. (Hrsg.). Praxis der Gruppenpsychotherapie (S. 202-205). Thieme.

Yalom, I. (2016): Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. Ein Lehrbuch. Stuttgart: Klett-Cotta.

Work Anxiety and Capacity Impairments in a National Representative Sample

Beate Muschalla

TU Braunschweig

Hintergrund und Zielstellung

Work anxieties are common mental health problems which are often overseen. However, there are often long periods of sick leave due to work anxiety. Until now there are no epidemiological data on the frequency of high work anxiety in the general population. It is also unknown to which degree work-related capacity limitations (work ability problems) are accompanying work anxiety.

Methoden

A national representative sample of 2030 persons in Germany has been done. Participants gave ratings on their work anxiety (Workplace Phobia Scale, Muschalla & Linden, 2009), their psychological capacity profile (Mini-ICF-APP-S, Linden et al., 2018), sick leave duration and socio demographics.

Ergebnisse

From all participants in working age (18-67 years), 7% had increased work anxiety of a moderate (5% with scores >1.5-2.5 on a scale from 0-4) and high (2% with scores >2.5-4) degrees. In the group of high work anxiety there were proportionally more blue collar workers and state employees than in the low work anxiety group. In those with high work anxiety there were also fewer catholics (20%) and more persons without religious denomination (39%) than in the group with low work anxiety (36%, 28%). Persons with high work phobic anxiety had the longest sick leave durations within the past 12 months (8 weeks), and most unemployment periods in the professional past. The three groups were similar concerning distribution of age, sex, partnership status. In almost all psychological capacity dimensions persons with high work anxiety perceived themselves as less competent than persons without work anxiety (Table 1).

Tab. 1:Characteristics of representative general population sample and groups with low, moderate and high work anxiety. Means (standard deviations) are reported. For the capacities the percentages of persons with observable impairment in the respective capacity (Mini-ICF-APP-S score 5-7 on a scale of 0-7) are reported.

Capacities (Mini-ICF-APP-S)	**Low work anxiety** **L** **(0-1,5)** **n=1883** **92.8% of the total sample**	**Moderate work anxiety** **M** **(>1,5-2,5)** **n=101** **4.97% of the total sample**	**High work anxiety** **H** **(>2,5-4)** **n=46** **2.26% of the total sample**	**Total representative sample age 18-67 years *N*=2030**	**Significance of difference between the 3 groups ANOVA with Bonferroni correction *p***
Work Anxiety (WPS)	0.23 (0.36)	1.92 (0.26)	3.26 (0.51)	0.38 (0.68)	LvsM .000 MvsH .000 LvsH.000
Capacity level global (Mini-ICF-APP) 0=This is a strength of mine 7=I cannot do this at all Percentages show the proportion of persons with observable capacity impairment who need support by thirds to fulfill the respective duties. Percentages relate to the subsample (column).	1.89 (0.79) 0.1%	2.73 (0.87) 0.0%	3.37 (1.46) 17.4%	1.97 (0.87) 0.4%	LvsM .000 MvsH .000 LvsH.000
Adherence to regulations	1.76 (1.11) 1.9%	2.59 (1.46) 11.1%	3.22 (1.98) 26.7%	1.83 (1.19) 2.9%	LvsM .007 MvsH .000 LvsH.000
Planning and structuring tasks	1.83 (1.17) 2.8%	2.74 (1.35) 9.1%	3.44 (1.85) 31.1%	1.92 (1.24) 3.8%	LvsM .000 MvsH .003 LvsH.000
Flexibility	2.05 (1.12) 2.8%	2.80 (1.17) 7.1%	3.68 (1.75) 31.8%	2.13 (1.17) 3.6%	LvsM .000 MvsH .000 LvsH.000
Capacity to judge and decide	1.86 (1.04) 1.5%	2.68 (1.31) 9.1%	3.18 (1.67) 22.7%	1.93 (1.10) 2.4%	LvsM .000 MvsH .029 LvsH.000
Endurance	1.97 (1.16) 2.6%	3.02 (1.48) 20.2%	3.91 (2.08) 41.9%	2.06 (1.26) 4.3%	LvsM .000 MvsH .000 LvsH.000
Contacts with others	1.96 (1.25) 3.1%	2.60 (1.30) 9.9%	3.33 (2.01) 30.4%	2.02 (1.30) 4.1%	LvsM .000 MvsH .005 LvsH.000
Teamwork capacity	1.98 (1.12) 2.6%	2.95 (1.36) 13.9%	3.43 (1.98) 37.0%	2.06 (1.20) 3.9%	LvsM .000 MvsH .057 LvsH.000

Capacities (Mini-ICF-APP-S)	**Low work anxiety** **L** **(0-1,5)** **n=1883** **92.8% of the total sample**	**Moderate work anxiety** **M** **(>1,5-2,5)** **n=101** **4.97% of the total sample**	**High work anxiety** **H** **(>2,5-4)** **n=46** **2.26% of the total sample**	**Total representative sample age 18-67 years *N*=2030**	**Significance of difference between the 3 groups ANOVA with Bonferroni correction *p***
Assertiveness	2.06 (1.22) 3.7%	3.02 (1.33) 16.2%	3.25 (1.94) 25.0%	2.13 (1.27) 4.8%	LvsM .000 MvsH .930 LvsH.000
Mobility	1.55 (1.07) 1.5%	2.35 (1.31) 5.9%	2.98 (1.80) 19.6%	1.62 (1.14) 2.2%	LvsM .000 MvsH .004 LvsH.000
Applying expertise	1.80 (1.05) 1.4%	2.68 (1.20) 6.3%	3.34 (1.92) 31.8%	1.88 (1.12) 2.3%	LvsM .000 MvsH .002 LvsH.000
Proactivity	2.06 (1.23) 3.9%	3.02 (1.33) 12.1%	3.25 (1.94) 36.4%	2.13 (1.28) 5.0%	LvsM .000 MvsH .003 LvsH.000
Dyadic (familiar and intimate) relationships	1.96 (1.20) 3.1%	2.87 (1.35) 11.0%	3.24 (2.07) 32.6%	2.03 (1.26) 4.2%	LvsM .000 MvsH .109 LvsH.000
Self care	1.81 (1.17) 2.4%	2.67 (1.27) 7.9%	3.24 (2.04) 28.3%	1.89 (1.23) 3.3%	LvsM .000 MvsH .025 LvsH.000

Diskussion und Fazit

This is a representative investigation in a large national sample and thus representative for this population. As research from other countries show (even if these are not representative) the frequencies of persons with high work anxiety are about 5-10% over different professional groups and nations (e.g. Mocovei, 2016; Mishra et al., 2013). This is a hint towards the content validity of the work anxiety concept and shows that it is relevant not only in so-called the western industrial societies.

Future research should investigate the impact of work anxiety on the economic conditions and life participation of affected persons and potential differences in international comparison. Rehabilitation clinicians as well as work and organizational psychologists, managers and occupational physicians should be aware of work anxiety and should be informed about preventive and rehabilitative possibilities (Muschalla, 2017). Work anxiety is not a seldom phenomenon in the general population (here: 7%), but potentially not always recognized adequately.

Literatur

Macovei, C. M. (2016): Measuring job anxiety in military organization. International Conference Knowledge-based Organization, 22, 451-456.

Mishra, S. K., & Yadav, B. (2013): Job anxiety and personality adjustment of secondary school teachers in relation of gender and types of teacher. Educational Research International, 1, 105-126.

Muschalla, B. (2017): Work-anxiety coping intervention improves work-coping perception while a recreational intervention leads to deterioration. Results from a randomized controlled trial. European Journal of Work and Organizational Psychology, 26, 858-869.

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.

Vignoli, M., Muschalla, B., & Mariani, M.G. (2017): Workplace Phobic Anxiety as a Mental Health Phenomenon in the Job Demands-Resources Model. BioMed Research International, 2017, ID 3285092.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Zusammenhang von Arbeitsbelastungen und sozialmedizinischem Verlauf 24 Monate nach Rehabilitation. Eine Routinedatenanalyse

Martin Brünger; Sebastian Bernert; Antonia Graf; Karla Spyra

Charité - Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund und Zielstellung

Physische und psychosoziale Arbeitsbelastungen sind mit gesundheits- und erwerbsbezogenen Merkmalen assoziiert. Hierzu gehören Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderung (Dragano et al., 2016). Berufsbedingte Belastungen können auch die Rückkehr in den Beruf nach Rehabilitation erschweren. Allerdings stehen Informationen zu Arbeitsbelastungen in Routinedaten nicht direkt zur Verfügung. Es konnte jedoch gezeigt werden, dass ein auf Basis der Berufstätigkeit über Job-Exposure-Matrizen gebildeter Arbeitsbelastungsindex berufstypische Belastungen von Rehabilitand*innen grundsätzlich valide abbilden kann (Brünger, Spyra, 2018). In einer vorherigen Studie wurde bereits der Zusammenhang von hohen Arbeitsbelastungen zu einer negativen Return-to-Work-Prognose am Rehabilitationsende dargelegt (Brünger et al., 2020). Über den tatsächlichen Verlauf nach Rehabilitation in Abhängigkeit von Arbeitsbelastungen liegen bislang hingegen keine Untersuchungen vor. In dieser Studie wird daher die Assoziation von Arbeitsbelastungsindex und sozialmedizinischem Verlauf 24 Monate nach medizinischer Rehabilitation mithilfe von Routinedaten untersucht.

Methoden

Es wurde eine retrospektive längsschnittliche Beobachtungsstudie auf Basis des Scientific Use File „Abgeschlossene Rehabilitation im Versicherungsverlauf 2008 - 2015“ (SUFRSDLV15B) des Forschungsdatenzentrums der Deutschen Rentenversicherung durchgeführt (Forschungsdatenzentrum der Deutschen Rentenversicherung, 2018). Eingeschlossen wurde die erste abgeschlossene, mindestens 7-tägige medizinische Rehabilitationsmaßnahme im Zeitraum 2008 bis 2013 von n=597.021 Versicherten zwischen 18 und 63 Jahren, die im sechsmonatigen Zeitraum vor Reha-Antragstellung wenigstens einen Monat berufstätig waren.

Arbeitsbelastungen wurden mithilfe des globalen Arbeitsbelastungsindex nach Kroll operationalisiert (Kroll, 2015) und nach Dezilen in niedrige, mittlere und hohe Arbeitsbelastung kategorisiert (1.-3., 4.-7., 8.-10. Dezil). Hierzu wurde die Berufstätigkeit

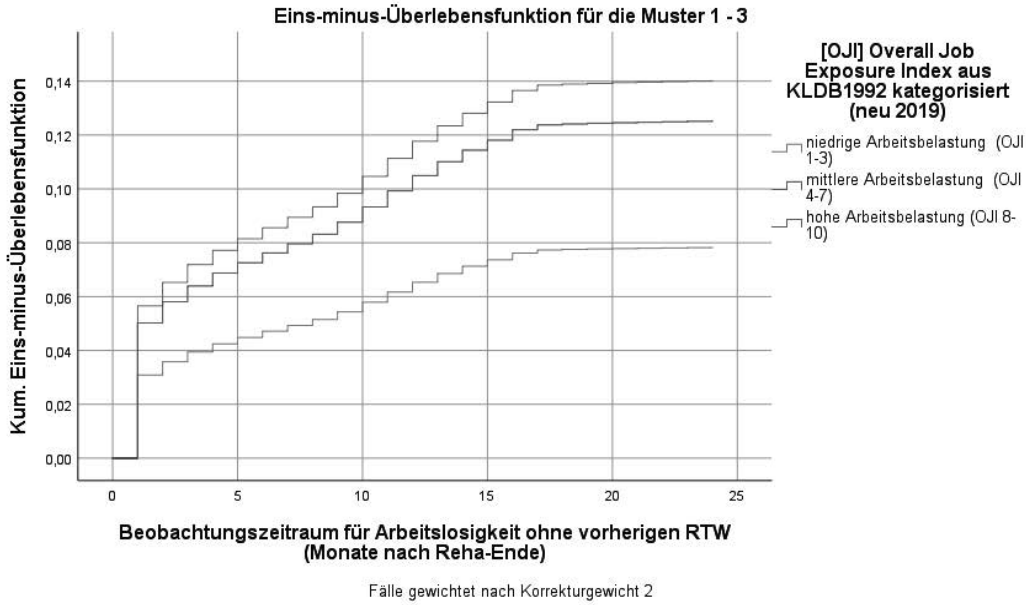
gemäß Klassifikation der Berufe (KldB) 1988 im Jahr vor Antragstellung herangezogen und in KldB 92 transformiert.

Der sozialmedizinische Verlauf wurde mithilfe der Pflicht- und freiwilligen Beitragszeiten sowie Anrechnungszeiten bis 24 Monate nach Rehabilitationsende untersucht. Die Assoziation zwischen Arbeitsbelastungsindex und Return-to-Work (mindestens ein Monat erwerbstätig außer geringfügige Beschäftigung), Arbeitslosigkeit ohne vorherige Erwerbstätigkeit und Erwerbsminderungsrenteneintritt wird deskriptiv und mittels Cox-Regressionen und Eins-minus-Überlebensfunktionen berichtet. Hierbei wurde jeweils nur das erstmalige Eintreffen des Ereignisses berücksichtigt. In den Cox-Regressionen wurden neben rohen Zusammenhängen (Modell 1) Hazard Ratios adjustiert für Geschlecht und Alter (Modell 2) und zusätzlich adjustiert für den Erwerbsstatus im Zeitraum 12 Monate vor Beginn der Rehabilitation (durchgehend vs. nicht durchgehend erwerbstätig) (Modell 3) berechnet.

Ergebnisse

21,1% der in die Analyse eingeschlossenen 597.021 Rehabilitand*innen übten eine Berufstätigkeit mit niedriger Arbeitsbelastung aus, 33,9% eine mit einer mittleren und 44,9% eine Tätigkeit mit einer hohen Arbeitsbelastung. 92,6% der Rehabilitand*innen mit niedriger Arbeitsbelastung waren im Zeitraum 24 Monate nach Ende der Rehabilitation wenigstens einen Monat erwerbstätig im Vergleich zu 88,8% der Versicherten mit mittlerer und 87,6% mit hoher Arbeitsbelastung. Mindestens einen Monat arbeitslos gemeldet ohne vorherige Erwerbstätigkeit waren 7,7% der Rehabilitand*innen mit niedriger Arbeitsbelastung im Vergleich zu 12,4% mit mittlerer und 13,9% mit hoher Arbeitsbelastung. 4,4% der Rehabilitand*innen mit niedriger Arbeitsbelastung bezogen wenigstens einen Monat Erwerbsminderungsrente, bei mittlerer und hoher Arbeitsbelastung lag der Anteil bei 4,9% bzw. 4,8%.

In den Cox-Regressionen zeigten sich für alle drei untersuchten sozialmedizinischen Parameter statistisch signifikante Zusammenhänge zum Arbeitsbelastungsindex (Modell 1), die auch unter Adjustierung für Geschlecht und Alter (Modell 2) sowie zusätzlich für den Erwerbsstatus vor Rehabilitation (Modell 3) im Wesentlichen stabil blieben. Die Eins-Minus-Überlebenskurven legen für alle Indikatoren dar, dass bereits im ersten Monat nach Rehabilitationsende Unterschiede zwischen Versicherten in Abhängigkeit vom Arbeitsbelastungsniveau auftreten, die sich für Arbeitslosigkeit (siehe Abb. 1) und Erwerbsminderungsrenteneintritt im Verlauf der 24 Monate zunehmend vergrößern, während sie für Return-to-Work im Zeitverlauf stabil bleiben.



Diskussion und Fazit

Die Prävalenz hoher Arbeitsbelastungen ist mit 45% bei Rehabilitand*innen gegenüber der allgemeinen Erwerbsbevölkerung mit 30% erhöht. Das Vorliegen hoher Arbeitsbelastungen steht in einem Zusammenhang zu Return-to-Work, zu Arbeitslosigkeit und zu Erwerbsminderungsrentenbezug im Zeitraum 24 Monate nach Rehabilitation. Diese Assoziation besteht auch nach Adjustierung für Geschlecht, Alter und den Erwerbsstatus vor Rehabilitation.

Diese Ergebnisse könnten dazu beitragen, besonders vulnerable Gruppen von Versicherten auf Basis von Routinedaten unter Einbezug des Tätigkeitsschlüssels und des daraus abgeleiteten Arbeitsbelastungsindex frühzeitig zu identifizieren und damit die Steuerung von Leistungen der Deutschen Rentenversicherung zu unterstützen. Daneben bieten sich zahlreiche Einsatzmöglichkeiten für die rehabilitationswissenschaftliche Forschung, da Arbeitsbelastungen mithilfe des Index ohne zusätzlichen Erhebungsaufwand Berücksichtigung finden können, sofern Angaben über die Berufstätigkeit vorliegen.

Literatur

Brünger, M., Spyra, K. (2018): Bedeutung von Arbeitsbelastungen bei Rehabilitanden – Anwendung eines Index für Berufstätigkeiten. Rehabilitation, 57(4). 239-247.

Brünger, M., Bernert, S., Spyra, K. (2020): Occupation as a proxy for job exposures? Routine data analysis using the example of rehabilitation. Gesundheitswesen, S1. S41-S51.

Dragano, N., Wahrendorf, M., Müller, K., Lunau, T. (2016): Arbeit und gesundheitliche Ungleichheit: Die ungleiche Verteilung von Arbeitsbelastungen in Deutschland und Europa. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 59(2). 217-27.

Forschungsdatenzentrum der Deutschen Rentenversicherung (2018). Codeplan Scientific Use File. Abgeschlossene Rehabilitationen 2008-2015 im Versicherungslauf. SUFRSDLV15B. Berlin.

Kroll, L. E. (2015): Job Exposure Matrices (JEM) for ISCO and KldB (Version 2.0). Updated for ISCO-08 and KldB-2010 and including an additional Heavy Work Index. datorium, doi: 10.7802/1102.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Autorenindex

A

Adami, S. 159
Altinok, K. 283
Altstidl, R. 72
Anneken, V. 122
Apfelbacher, C. 130
Arling, V. 37, 79, 101, 237

B

Bablok, I. 143
Badke, M. 191
Bamborschke, S. 164
Banaschak, H. 46
Bassler, M. 136, 143, 270
Baumann, L. A. 262
Baumann, S. 154
Baumeister, H. 193
Baur, N. 212
Becker, P. 195
Beckmann, M. W. 111
Bengel, J. 184, 248
Benninghoven, D. 68
Bernert, S. 306
Bestmann, A. 156
Bethge, M. 13, 46, 68, 82, 88, 198, 219, 270
Biedermann, I. 269
Bischof, G. 154
Bitzer, E.-M. 151
Blümel, B. 37
Bock, S. 242
Bökel, A. 229
Boschmann, J. 161
Botosch, K. 169
Böttcher, C. 276
Breidenbach, C. 106, 232
Breitling, M. 222
Brenner, H. 113
Brenner, L. 293
Bröhl, J. 260
Brünger, M. 306
Brütt, A. L. 262
Brzoska, P. 283
Buntrock, C. 193
Bürger, W. 52
Buschmann-Steinhage, R. 35
Buzasi, T. 91, 115, 146, 253

C

Carl, J. 132, 217
Chang-Claude, J. 113
China, C. 68
Choi, K-E.(A.) 210

D

Dahmen, A. 195
Deck, R. 191
Decker, M. 33
Dederichs-Masius, U. 124, 250
Deeg, P. 187
Dettmers, C. 98, 104
Dings, W. 75
Duncker, C. 86
Duschl, E. 279

E

Ebert, D. D. 193
Ebert, F. 230
Egen, C. 229
Eilerts, A.-L. 70
Enders, A. 106, 232
Engehausen, D. 264
Epe, F. 72
Ernstmann, N. 106, 232
Ertas, F. 41
Exner, A. 297

F

Fahmer, N. 264
Faller, H. 27, 264, 294
Fauser, D. P. 88, 198
Fauth, P. 212
Feeser, B. 96
Finke, K. 79
Fischer, H. 285
Fittig, E. 159
Flaig, S. 151
Flüter-Hoffmann, C. 33
Franke, G. H. 176, 244
Freidel, K. 96
Freyer-Adam, J. 154
Füsti-Molnar, D. 293

G

Gabel, A. 41
Gabriel, K. 27, 294
Gabriel, N. 270
Gaertner, B. 154
Gao, L. 195
Gaus, E. 253
Geidl, W. 132
Geyer, S. 245
Gieseler, A. 262
Giesler, J. M. 124, 250
Gimbel, S. 279
Glattacker, M. 124, 173, 184, 248, 250
Golla, A. 88, 198, 207
Graf, A. 306
Grau, A. 27
Grüne, E. 217
Gutenbrunner, C. 229

H

Hampel, P. 178
Hass, H. 111, 264

Hayden, M. 169, 230
Hedwig, A. 98
Heide, M. 77
Heidkamp, P. 106, 232
Heimer, M. 45
Henke, J. 135
Henn, J. 15
Hergesell, J. 212
Hessel, A. 262
Hetzel, C. 146
Heuschmann, P. 27, 264, 294
Hiltrop, K. 106, 232
Hirsch, K. 245
Höcker, K. 18
Hoeper, J. R. 118, 224, 240
Hoeper, K. 118, 224, 240
Hoffmann, B. 255
Hoffmann, J. 98
Hoffmeister, M. 113
Hofmann, A.-L. 269
Höhn, C. 173
Hopf, F. 269
Hoyer, J. 135, 139, 293
Hummel, S. 130

I

Icks, A. 130
Ixmeier, S. 31

J

Jackels, M. 172
Jagla-Franke, M. 176, 244
Jankowiak, S. 115, 214
Jansen, L. 113
Jöbges, M. 98, 104
Jochheim, R.-J. 191
John, U. 154
Jost, M. 86, 214, 234

K

Kadatz, L. 260
Kähnert, H. 285
Kaiser, U. 15, 22, 52, 91, 93, 149
Kaltenbach, C. 120
Kaluscha, R. 15, 22, 86, 91, 93, 115, 146, 149, 214, 234, 253
Kalusche-Bontemps, E-M. 285
Keller, F.M. 195
Kessemeier, F. 143
Kirsch 227
Kiss, S. 269
Klaus, S. 50
Kleineberg-Massuthe, H. 136
Klose, I. 260
Knapp, S. 255
Knispel, J. 79, 237
Kobelt-Pönicke, A. 143
Köhler, M. 43
Köhn, S. 25
Kölle, T. 234, 253
Köllner, V. 135, 136, 139, 242, 272, 287, 290, 293
König, V. 166
Körner, M. 66, 159
Kowalski, C. 106, 232
Kranzmann, A. 146
Krischak, G. 115, 120, 214, 234, 253, 255
Kroll, M. 276
Kuntz, L. 151
Kunzmann, V. 111
Kupferschmitt, A. 287, 290

L

Lange-Drenth, L. 43
Langheim, E. 242, 287, 290
Leddin 227
Lehr, D. 195
Leibbrand, B. 285
Leible, J. 104
Leinberger, S. 146
Leisse, M. 96
Leopold, M. 41
Limbach, M. 132, 169
Linck-Eleftheriadis, S. 96
Linden, M. 180, 258
Lindert, L. 210
Lippke, S. 195
Liyanov, R. 276
Loerbroks, A. 130
Lorenz, K. 301
Lorenz, T. 41
Lueger, S. 72, 187
Lueger, T. 187
Lukasczik, M. 61

M

Maier, L. 58
Markus, M. 270
Marquardt, M. 25
Mau, W. 56, 88, 198, 207
Mayer, A.-K. 200
Mayer-Berger, W. 70
Melicherova, U. 135, 139, 293
Meng, K. 72, 264
Menke, E. 68
Menzi, L. 25
Merkl, S. 169
Merten, F. 58
Meschnig, A. 50
Mestel, R. 244
Metzner, G. 173
Meyer, C. 154
Meyer, G. 207
Meyer, S. E. 118, 224, 240
Meyer-Olson, D. 118, 224, 240
Mikolajczyk, R. 207
Mitschele, A. 146, 151
Mockenhaupt, J. 122
Mooren, F. 45
Moraß, A. 75
Muco, B. 111
Müller, S. V. 41
Müller-Simon, B. 156
Murauer, K. 27
Muschalla, B. 180, 274, 301, 303

N

Nau, A. 184, 248
Neubauer, K. 43
Neuderth, S. 61
Niehaus, M. 77

Nock, H. 149
Noeres, D. 245
Nowak, D. 169, 230
Nübling, R. 15, 22, 52, 91, 93, 143, 149

O

Ohmes, L. 46
Ommert, J. 84
Ossenberg, M. 267

P

Paganini, S. 193
Papst, L. 136, 272
Patzelt, C. 269
Peters, A.-K. 31
Pfaff, H. 106, 210, 232
Pfeifer, K. 132, 217
Pfeiffer, W. 136
Pieper, C. 70
Pleger, M. 41
Popp, J. 217
Puhlemann, L. 61

Q

Quaschning, K. 66

R

Rademacher, W. 287, 290
Razum, O. 297
Retznik, L. 56
Reuss-Borst, M. 161, 166, 264
Rick, O. 108, 166
Riedl, E. 75
Röckelein, E. 61
Röhrig, B. 96
Röttele, N. 159
Rudolph, M. 184, 248
Rumpf, H.-J. 154
Rundel, M. 159
Rusche, A. 156

S

Saal, S. 207
Salandi, J. 130
Sallmann, D. 166
Salman, R. 46
Sander, L. 193
Sander, U. 269
Scheiermann, G. 31
Scherer-Trame, S. 113
Schiering, I. 41
Schindl, M. 18
Schindler, A. 269
Schirmer-Petri, A. 172
Schlitt, A. 267
Schlomann, L. 210
Schlumbohm, A. 25
Schmid, R. 75
Schmidt, J. 15, 22, 52, 91, 93, 149
Schmidt, N. 146
Schmitt, N. 88, 198
Schmitz, B. 45
Schmitz, C. 242, 287, 290
Schönau, E. 172
Schönfeld, S. 297
Schott, T. 135, 139
Schrader, M. 164
Schroeder, F. 68
Schröer, S. 70
Schubin, K. 210
Schuler, M. 27, 132, 230, 294
Schultz, K. 130, 132, 169, 230
Schulz, H. 43
Schumann, L. 58
Schüz, N. 262
Schwarz, S. 267
Schwarzkopf, L. 230
Schwarzl, G. 169
Sehlbrede, M. 173, 248
Seiler, A. 279
Semrau, J. 217
Seywald, M. 111
Sheikh, A. 130
Sievert, C. 176
Slavchova, V. 37, 101, 237
Sosnowsky-Waschek, N. 279
Spanier, K. 13, 219
Spyra, K. 25, 306
Stachow, R. 178
Stangl, S. 27
Steffanowski, A. 279
Sternberg, A. 82
Sterr, A. 164
Stock Gissendanner, S. 301
Stoevesandt, D. 267
Streibelt, M. 127, 200, 203
Stuby, F. 120
Sturm, C. 229
Sube, L. 63, 260

T

Tanriverdi, M. 111
Tepohl, L. 86, 115, 120
Terhorst, Y. 193
Teschler, M. 45
Thiede, M. 151
Thomas, J. 75
Tillmann, V. 122
Tischendorf, R. 72
Toepler, E. 15, 22, 91, 93, 149
Trippolini, M. 18

U

Uloth, V. 212

V

Vieregge, U. 253
Vogel, H. 61
von der Heiden, S. 101
von der Warth, R. 184, 248
von Kardorff, E. 50
Vreuls, R. 122

W

Wahidie, D. 283
Waldeck, E. 173
Wassipaul, S. 18
Wenk, S. 50
Werk, L. 274
Widmann, T. 115
Wiederer, R. 43
Wiest, M. 164

Wissen, S. 70
Witte, T. 118, 224, 240
Wöckel, A. 111, 264
Wolf, H.-D. 61

Y

Yilmaz-Aslan, Y 283

Z

Zeidler, J. 118
Zerban, N.-L. 61
Zimmer, J.-M. 88, 198
Zollmann, P. 127, 203

Vorankündigung:

Das

31. Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium

Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung

findet voraussichtlich vom

7. bis 9. März 2022

im Messe und Congress Centrum Halle Münsterland

in Münster

statt.

Veranstalter:

Deutsche Rentenversicherung Bund

Deutsche Rentenversicherung Westfalen

in Zusammenarbeit mit

Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)

Ansprechpartner

Deutsche Rentenversicherung Bund
Bereich Reha-Wissenschaften
10704 Berlin

Telefon: 030 865-39350
Telefax: 030 865-28879
E-Mail: reha-kolloquium@web.de
Internet: wwww.reha-kolloquium.de

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

Die Zeitschrift DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG erscheint 4-mal jährlich und ist über die Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Kommunikation, – Vertrieb –, Postanschrift: 10704 Berlin, E-Mail: Abo-Service@drv-bund.de, Telefon: 030 86524536, für 30,00 Euro (Ausland 60,00 Euro) inklusive Versandkosten jährlich zu beziehen, das Einzelheft für 8,00 Euro (Ausland 15,00 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: Druck- und Verlagshaus Zarbock GmbH & Co. KG, Frankfurt am Main.

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

ISBN: 978-4-947949-14-4

FSC
www.fsc.org
MIX
Papier aus verantwortungsvollen Quellen
FSC® C003425