

Bedeutung psychischer Komorbidität in der medizinischen Rehabilitation aus rehabilitationswissenschaftlicher Sicht

- Dr. Hans-Günter Haaf
Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Erkner, 24. Februar 2017

Gliederung

- Einführung
- Psychische Komorbidität im Spiegel von Routinedaten
- Zentrale Forschungsprojekte
- Die DIBpS-Studie
- Aktuelle reha-wissenschaftliche Ergebnisse
- Fazit

Komorbidie Störungen in der medizinischen Rehabilitation (Somatik)

- sind häufig
- unabhängig von der Art der Grunderkrankung
- rund 20% der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden betroffen
- jede(r) Fünfte in der Rehabilitation hat neben der somatischen Erkrankung mindestens eine - jede(r) Zwölfte hat mehr als eine psychische Störung
- häufigste Diagnosen: depressive Störungen und Angsterkrankungen

→ Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen werden in der klinischen Praxis nur unzureichend erkannt
(z. B. bei orthopädischen und kardiologischen Reha-Patienten < 50%;
Diagnosestellung nur in 25% der Fälle)

Komorbide psychische Störungen...

- erhöhen Morbidität und Mortalität^{1,2,3}
- verlängern die stationäre Versorgung^{3,4}
- tragen zur Chronifizierung bei⁵
- reduzieren Compliance und Lebensqualität⁶
- erhöhen Inanspruchnahme und Kosten^{3,7,8,9}

¹Barth et al., 2004; ²Lustman & Clouse, 2002; ³Baumeister & Härter, 2005; ⁴Wancata et al., 2001; ⁵Linton, 2000; ⁶Baumeister et al., 2005; ⁷Creed et al., 2002; ⁸Chiechanowski et al., 2000; ⁹Hutter et al., 2010

Bedeutung psychischer Komorbidität

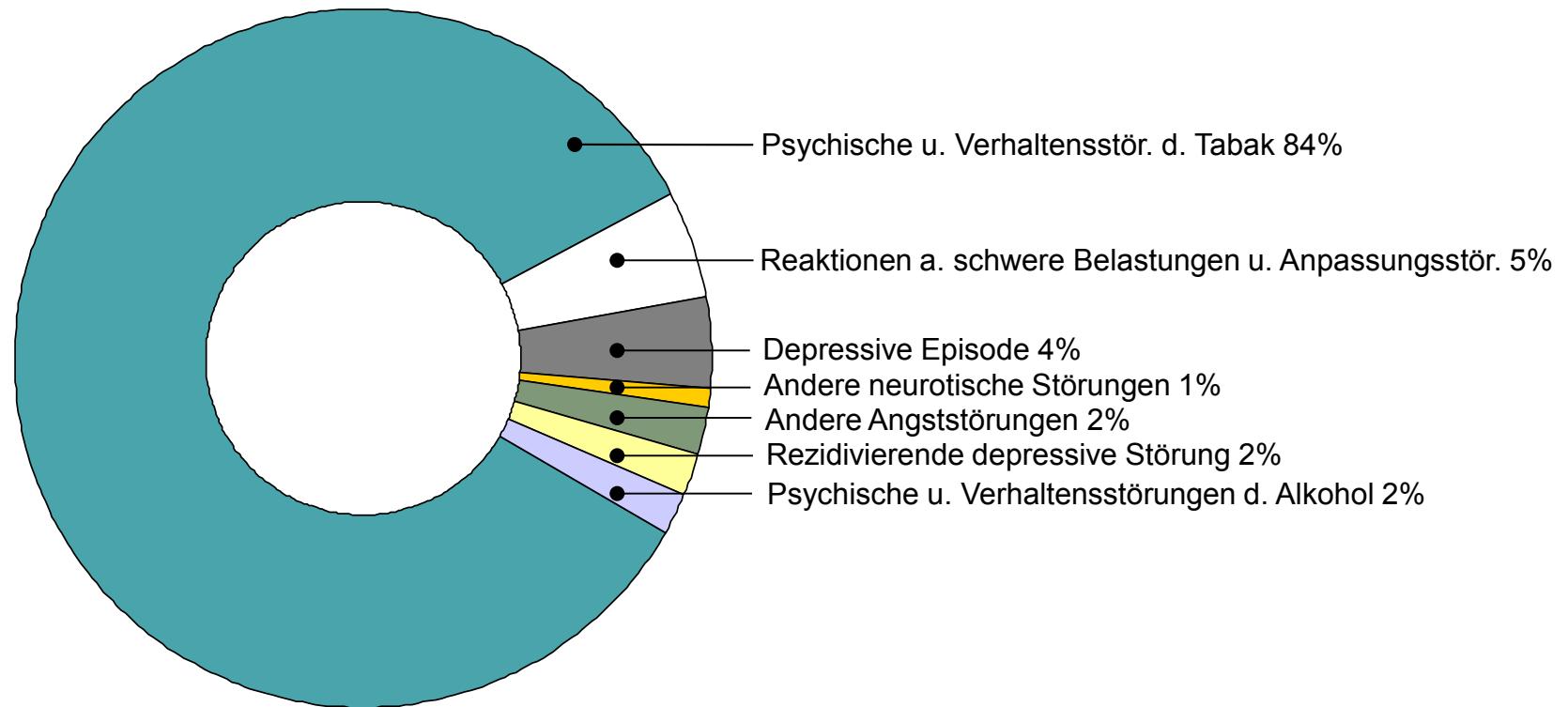
Psychische Komorbidität im Spiegel von Routinedaten

Beispiel: Rehabilitation bei kardiologischen Erkrankungen

DRV – Kardiologische Reha

Begleitdiagnosen - Psychische und Verhaltensstörungen

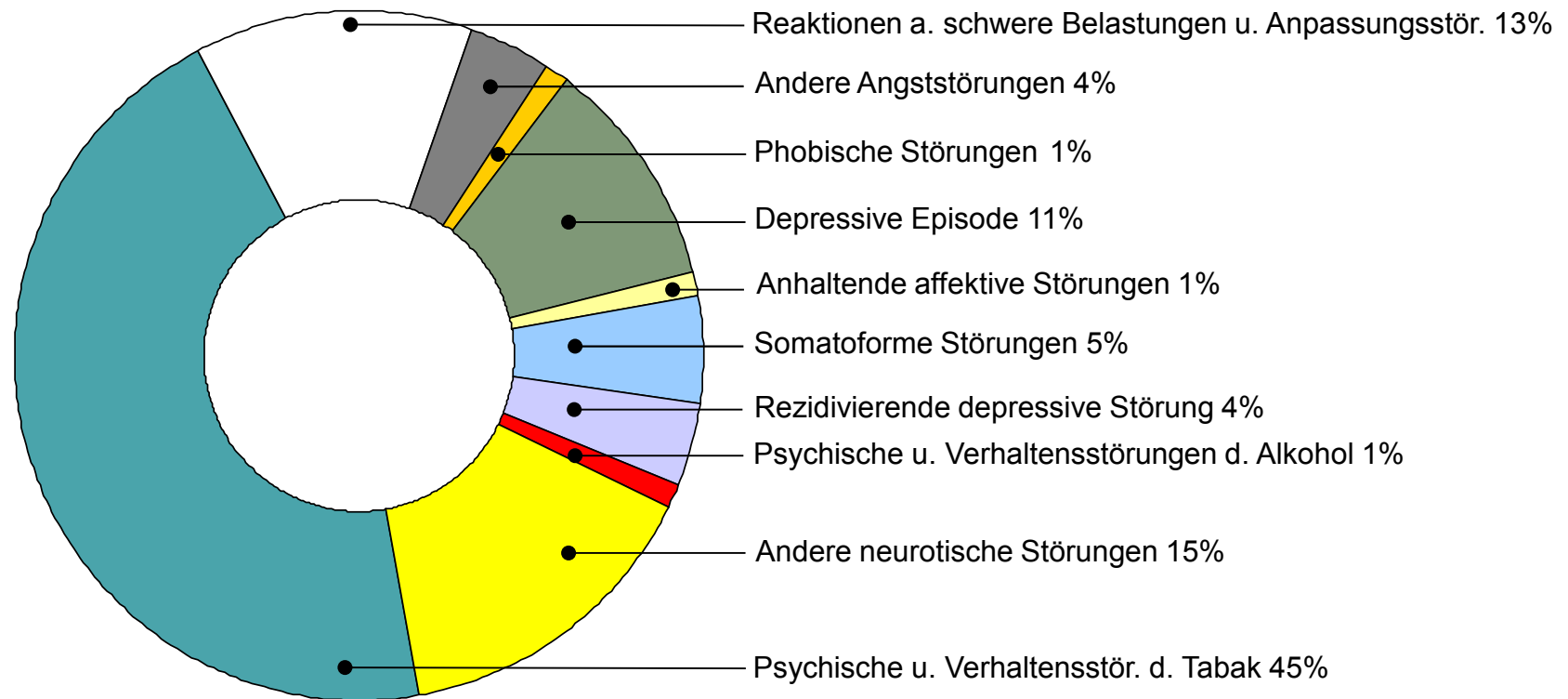
Anschlussrehabilitation – kardiologische Rehabilitation



DRV – Kardiologische Reha

Begleitdiagnosen - Psychische und Verhaltensstörungen

Antragsverfahren – kardiologische Rehabilitation



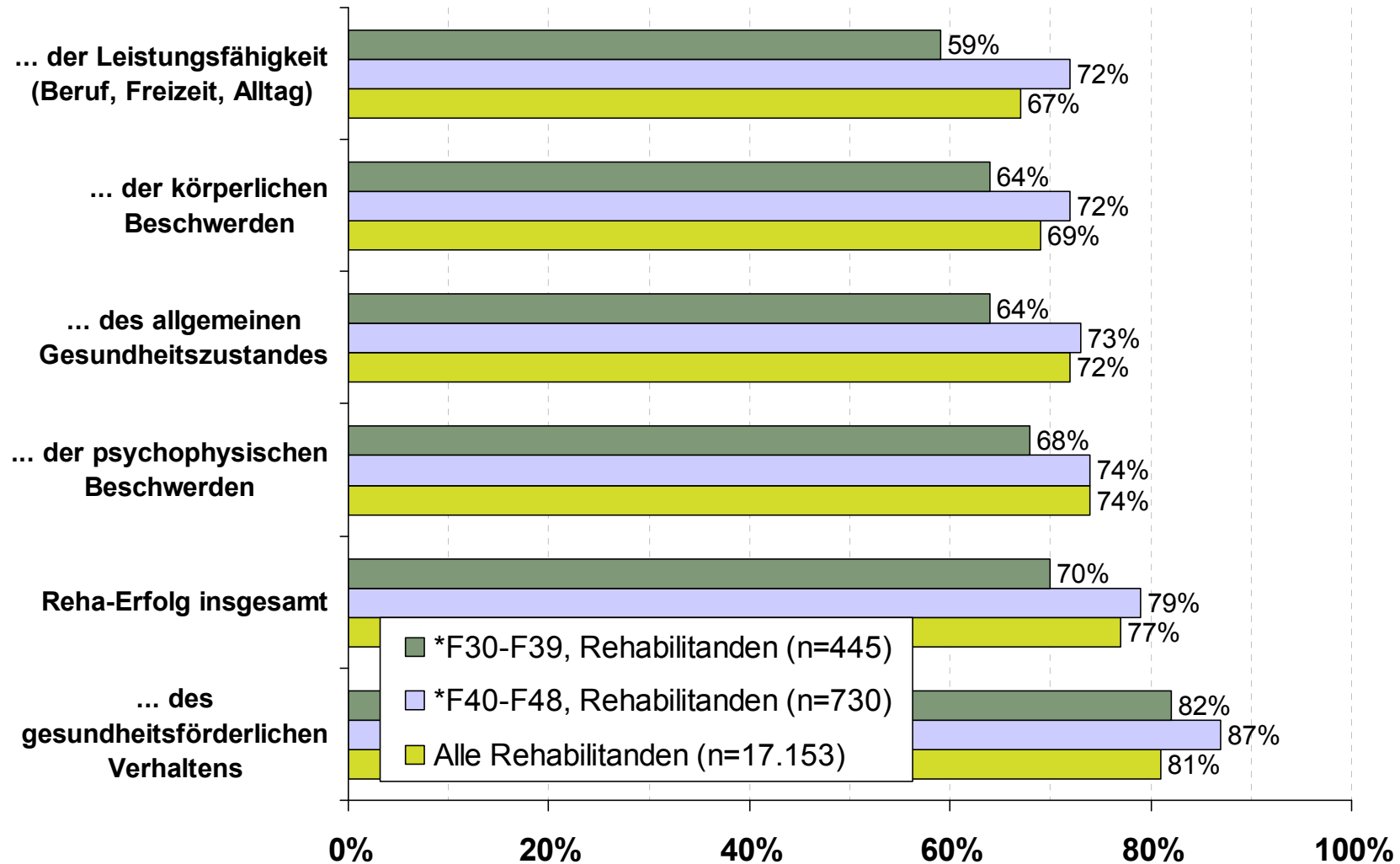
DRV – Kardiologische Reha Therapeutische Versorgung (KTL) nach Begleitdiagnosen - Psychische und Verhaltensstörungen

KTL – Kapitel	n=56.014		n=2.904		n=1.694	
	Alle		*ICD-10-GM F40-F48		*ICD-10-GM F30-F39	
	Anteil behandelter Rehabilitanden	Dauer der Reha-Leistungen (Stunden pro Woche)	Anteil behandelter Rehabilitanden	Dauer der Reha-Leistungen (Stunden pro Woche)	Anteil behandelter Rehabilitanden	Dauer der Reha-Leistungen (Stunden pro Woche)
Sport- und Bewegungstherapie	100%	6,5	100%	6,9	100%	6,4
Physiotherapie	64%	1,2	68%	1,4	70%	1,3
Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapien	23%	0,8	26%	1,3	30%	1,1
Klinische Psychologie, Neuropsychologie	85%	1,8	94%	2,4	93%	2,3
Psychotherapie	6%	0,7	17%	1,1	16%	1,2
Physikalische Therapie	81%	1,5	90%	1,6	88%	1,6
Rekreationstherapie	40%	1,6	42%	1,5	46%	1,6

DRV – Kardiologische Reha – Begleiterkrankungen

Rehabilitandenbefragung

subjektive Besserung ...nach der Reha



Quelle: Rehabilitandenbefr., RYD 01.10.2012 bis 30.09.2013, Auswertung: 23.09.2014/0433

DRV – Kardiologische Reha – Begleiterkrankungen

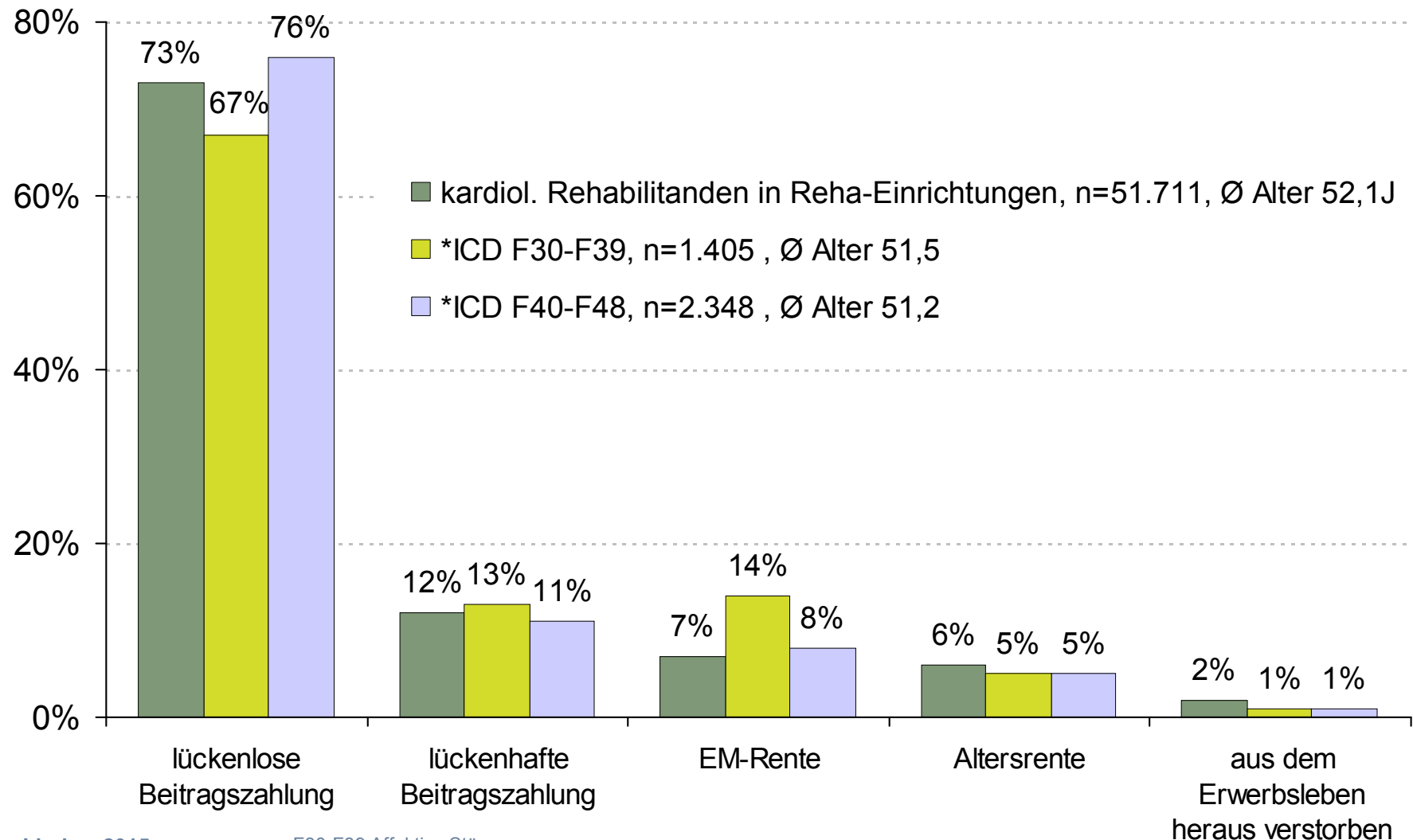
Rehabilitandenstruktur nach ausgewählten Merkmalen

Leistungsfähigkeit (allgemeiner Arbeitsmarkt)	Alle n=69.754	*F40-F48 n=3.214	*F30-F39 n=1.935
6 Stunden und mehr	93%	95%	90%
3 bis unter 6 Stunden	2%	2%	3%
unter 3 Stunden	4%	3%	6%
keine Angaben erforderlich	1%	1%	1%

Quelle: RYD 2013, Auswertung: 22.09.2014/0433

DRV – Kardiologische Reha Sozialmedizinischer 2-Jahres-Verlauf

Pflichtversicherte Rehabilitanden der DRV



DRV – Kardiologische Reha – Begleiterkrankungen

Rehabilitandenstruktur nach ausgewählten Merkmalen

Empfehlungen für nachfolgende Maßnahmen	Alle, n=69.754	F40-F48, n=3.214	F30-F39, n=1.935
Psychologische Behandlung/Psychotherapie	8%	39%	53%
Selbsthilfegruppe	2%	4%	5%
Rehabilitationssport	45%	37%	37%
Funktionstraining	1%	1%	1%
Stufenweise Wiedereingliederung*	7%	6%	5%
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben prüfen	7%	9%	11%
Reha-Nachsorge	7%	7%	7%
Quelle: RYD 2013, Auswertung: 22.09.2014/0433			
* Stufenweise Wiedereingliederung nur erwerbstätige Rehabilitanden, daher können die Fallzahlen abweichen			

Bedeutung psychischer Komorbidität

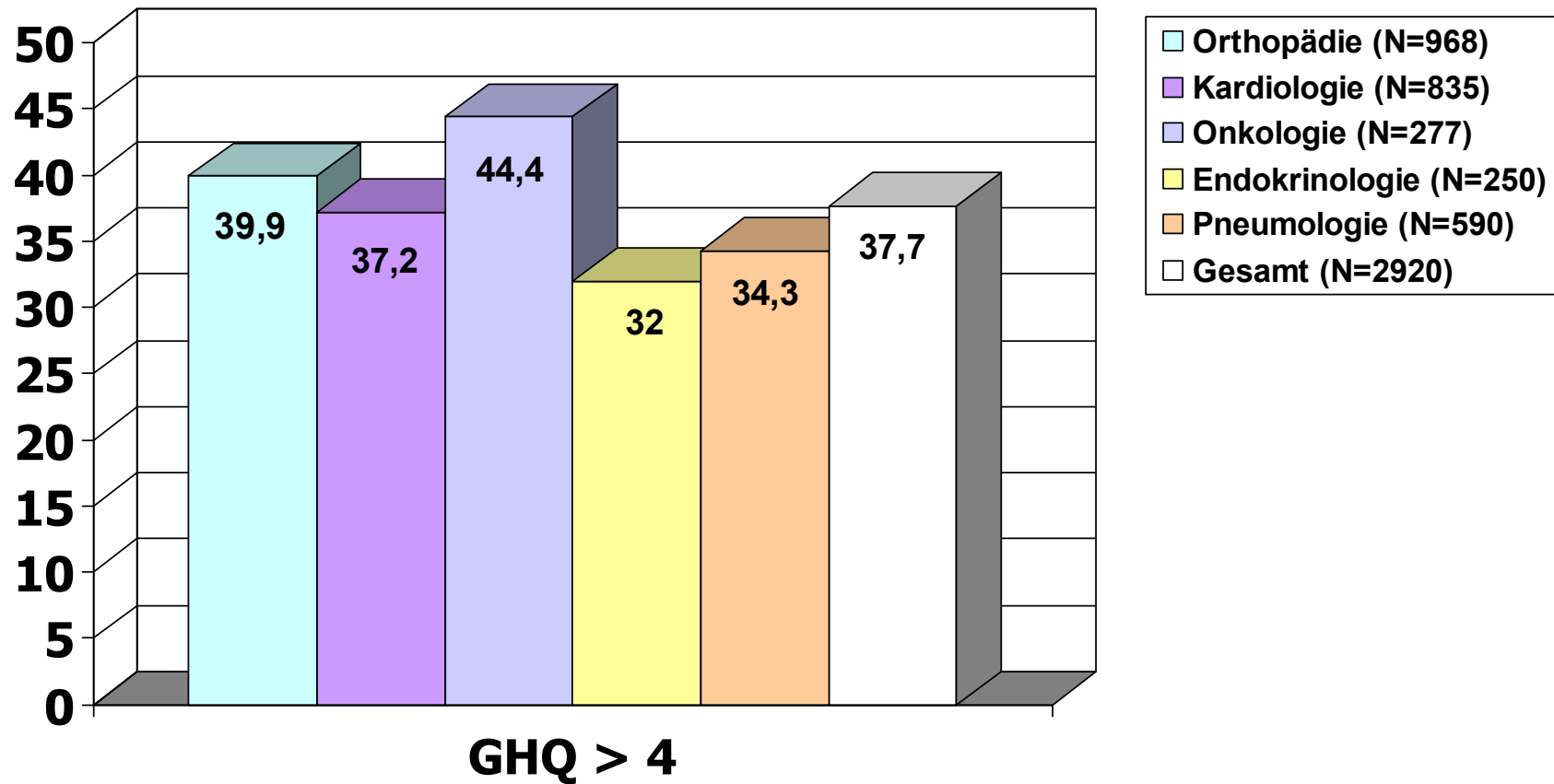
Zentrale Forschungsprojekte

Durch die DRV geförderte Projekte

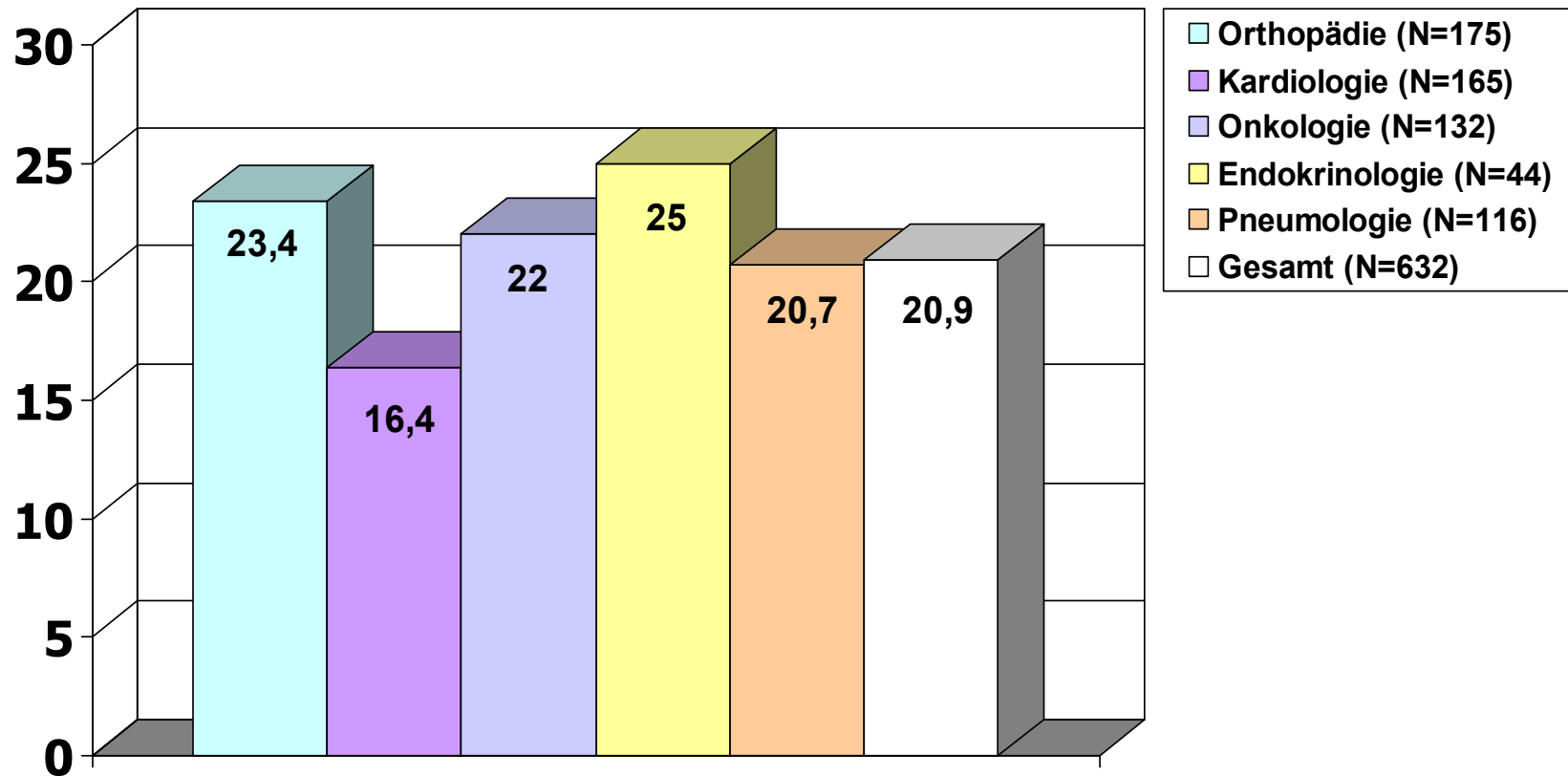


- Epidemiologie psychischer Störungen in der medizinischen Rehabilitation
Härter & Bengel (2005)
- Effektivität und Effizienz einer leitlinienorientierten Behandlung von Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen und komorbiden depressiven Störungen (PROTeCD-Studie)
Barth, Härter & Bengel (2005)
- Empfehlungen für die Umsetzung von Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung psychisch belasteter PatientInnen in der medizinischen Rehabilitation bei somatischen Indikationen
Speyerer Empfehlungen 2004
- Diagnostik, Indikation und Behandlung von psychischen Störungen in der medizinischen Rehabilitation (DIBpS). Ein Leitfaden zur Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation.
Baumeister, Jahed, Vogel, Härter, Barth & Bengel (2011)

Psychische Belastungen in %



Psychische Störungen in % (4-Wochen Prävalenz)

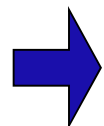


Ziele der DIBpS-Studie

- Struktur: Implementierung und Evaluation einer routinemäßigen, abgestuften Diagnostik, Differentialdiagnostik und Indikationsstellung hinsichtlich psychischer Störungen
- Erstellung und Weiterentwicklung eines Implementierungsmanuals zur selbstständigen Anwendung
- Behandler: Verbesserung der diagnostischen Kompetenz sowie der etablierten diagnostischen Routinen mittels Fortbildung
- Patienten: Verbesserung der Behandlung in der Rehabilitation und Nachsorge psychisch belasteter Patienten

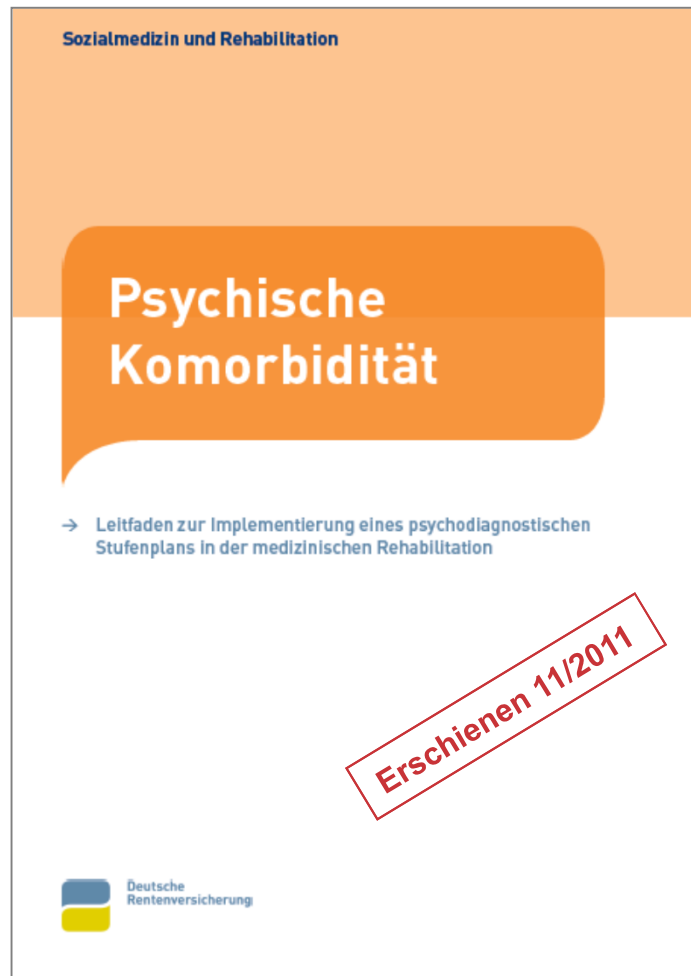
Psychodiagnostischer Stufenplan

1. Eingangsscreening
 - z. B. mittels PHQ-9 oder HADS
2. Vertiefende psychodiagnostische Untersuchung screening-positiver Patienten
 - z. B. mittels 15 Screeningfragen
 - z. B. mittels Internationaler Diagnose-Checklisten für ICD-10
3. Indikationsstellung und Behandlung
 - für spezifische psychologische, psychotherapeutische oder psychopharmakologische Behandlung
4. Dokumentation
 - Dokumentation psychischer Belastungen und Störungen im ärztlichen Entlassungsbericht
 - Aussprechen einer Behandlungsempfehlung für die postrehabilitative Versorgung



Vermittlung notwendiger Kompetenzen erfolgt mittels Fortbildung

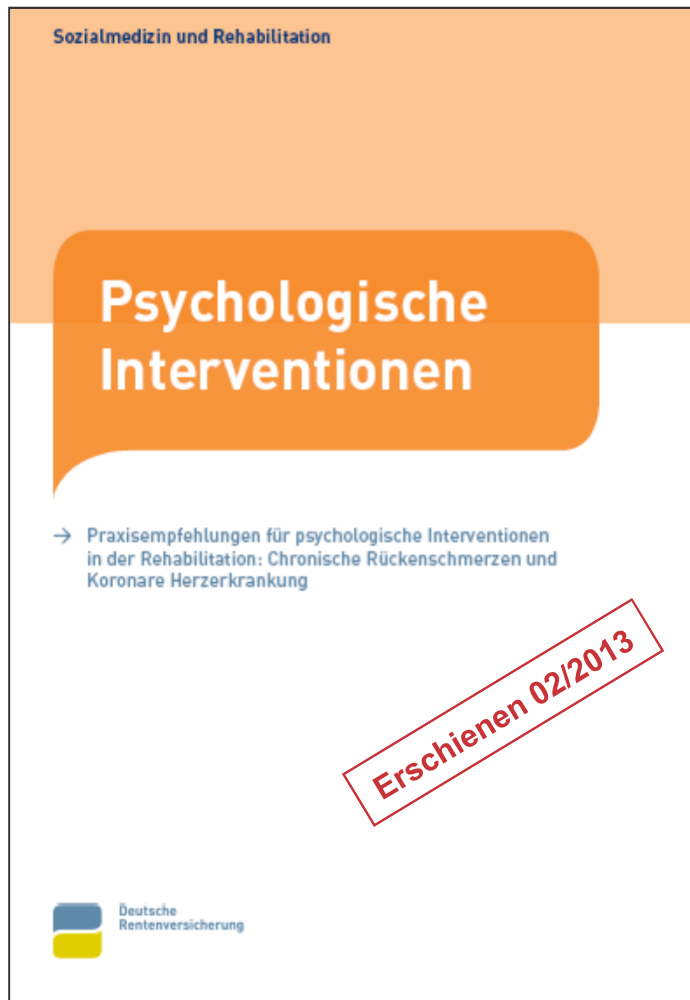
Psychische Komorbidität in der Rehabilitation



Leitfaden zur Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation

- Teil I: Psychische Belastungen und Störungen: Epidemiologie, Ätiologie, Diagnostik und Behandlung
- Teil II: Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans

Psychologische Interventionen



Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation

- Teil I: Chronische Rückenschmerzen
- Teil II: Koronare Herzerkrankung

Die Praxisempfehlungen sind als evidenzbasierte Entscheidungshilfe für psychologische Interventionen bei konkreten Problemlagen konzipiert.

Sie sollen Reha-Einrichtungen unterstützen bei der gezielten Zuweisung zu psychologischen Interventionen, beim effizienten Personaleinsatz sowie dabei, eine gute Wirksamkeit und hohe Zufriedenheit bei Patienten und Mitarbeitern zu erreichen

Bedeutung psychischer Komorbidität

Aktuelle rehabilitationswissenschaftliche Ergebnisse

Prävalenz psychischer Störungen oder Belastungen

Autoren	Indikation	N	Messinstrument	Anteil
Schwaighofer et al. 2016	Pneumologie	309	Depressivität: PHQ-9 Angst: GAD-7	27,2 % Depressivität 22,7 % Angst 16,5% beides
Kaiser et al. 2016	Pneumologie	629 ¹	HADS-D (≥ 11 Angst / ≥ 9 Depressivität)	21,6% Depressivität oder Angst 12,7% beides
Nübling et al. 2014	Pneumologie / Dermatologie	892	HADS-D (≥ 11) HADS-D (8 bis 10)	28% Depressivität oder Angst 25% Depressivität oder Angst

1) 19% Akutpatienten

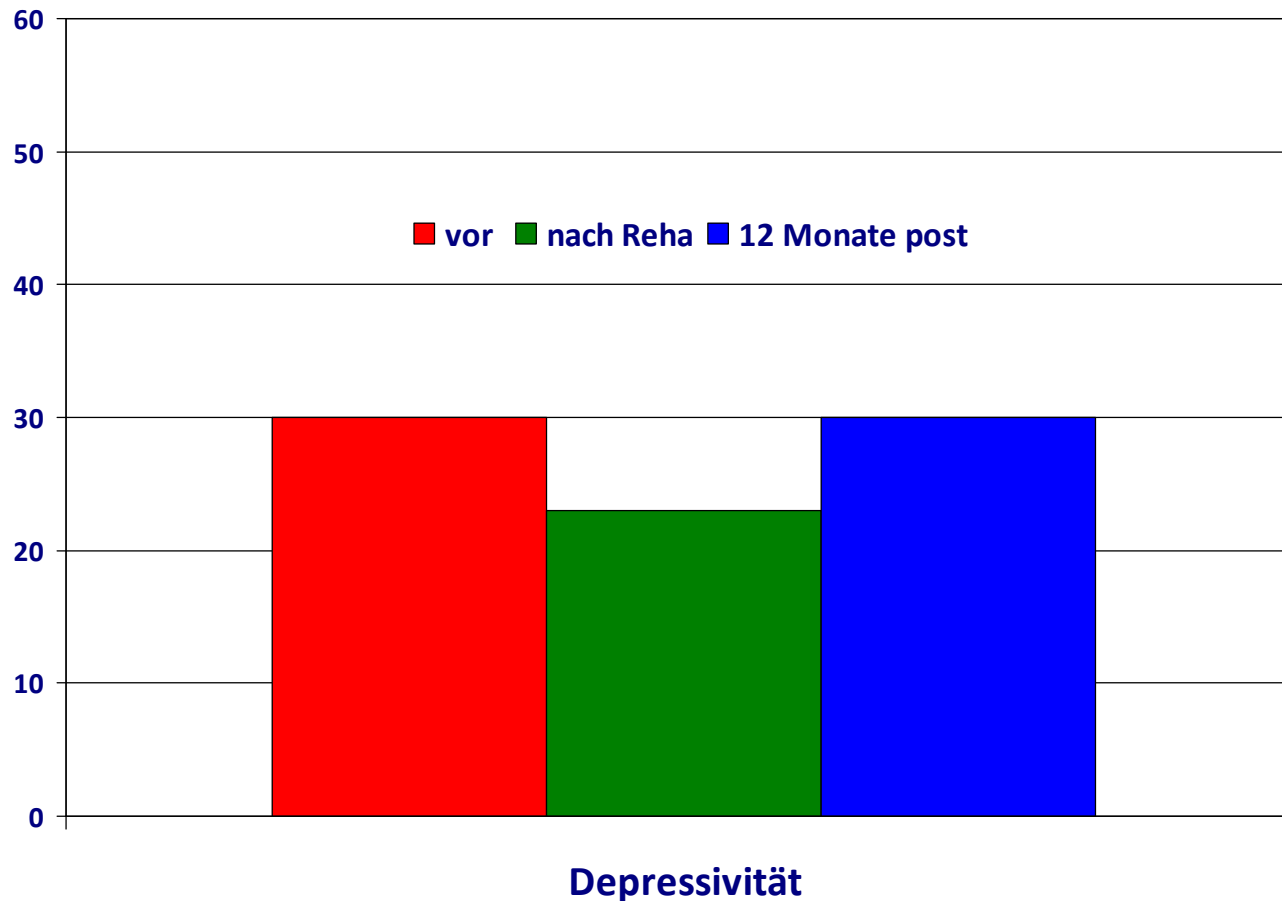
Prävalenz psychischer Störungen oder Belastungen

Autoren	Indikation	N	Messinstrument	Anteil
Schmidt & Bernert 2016	Rücken- schmerzen	15.271 SUF	E-Bericht (SUF)	15,6%
Schmidt, Bernert & Spyra 2014	Rücken- schmerzen	1762 - 2400	E-Bericht (SUF 2002- 2009)	2002-04: 17,6 - 17,9 % 2005-09: 18,9 - 20,9 %
Gutt et al. 2015	Orthopädie	292	BSI-18; HADS-D; PHQ-4	37%; 31%; 18% psychisch auffällige Rehabilitanden
Schlittenhardt et al. 2015	Orthopädie	13.447	IRES – Psychisches Befinden	31 % extrem auffällig 28 % sehr auffällig 18 % auffällig

Prävalenz psychischer Störungen oder Belastungen

Autoren	Indikation	N	Messinstrument	Anteil
Rabe et al. 2016	Kardiologie Rehabili- tanden mit BBPL	342	HADS-D (≥ 11)	29,4% Depressivität 21,6% Angst
Mühlig et al. 2015	Onkologie	16.279 SUF	E-Bericht	13,1% psychische Komorbidität
Brünger et al. 2014, 2015	Somatische Indikationen	1.992	PHQ-4 (Screening vor Reha-Beginn)	26,3% psychische Beeinträchtigungen

Veränderung von psychischen Belastungen nach der Rehabilitation Raspe 2011

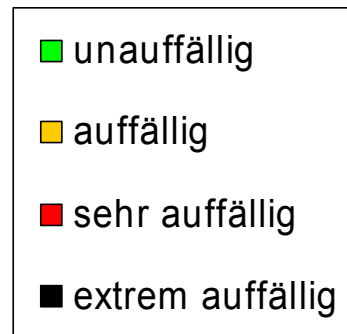
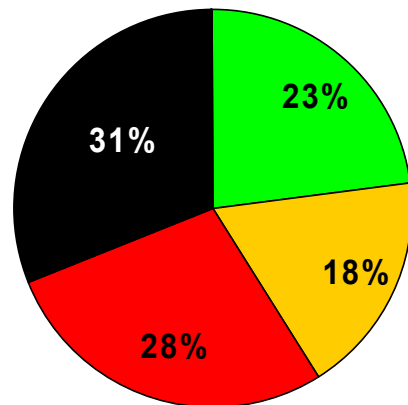


Reha-Motivation bei Rückenschmerzen, 1995-1999 (n = 307)
Mittelwert, normiert, hohe Werte bedeuten hohe Beeinträchtigungen

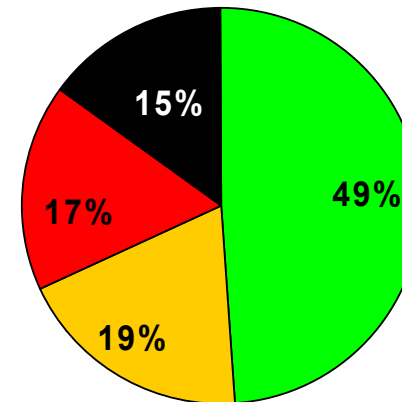
Psychische Belastungen zu Beginn und am Ende einer orthopädisch-rheumatologischen Rehabilitation (Schlittenhardt et al. 2015)

IRES-Werte: Schweregrade Psychisches Befinden

bei
Aufnahme



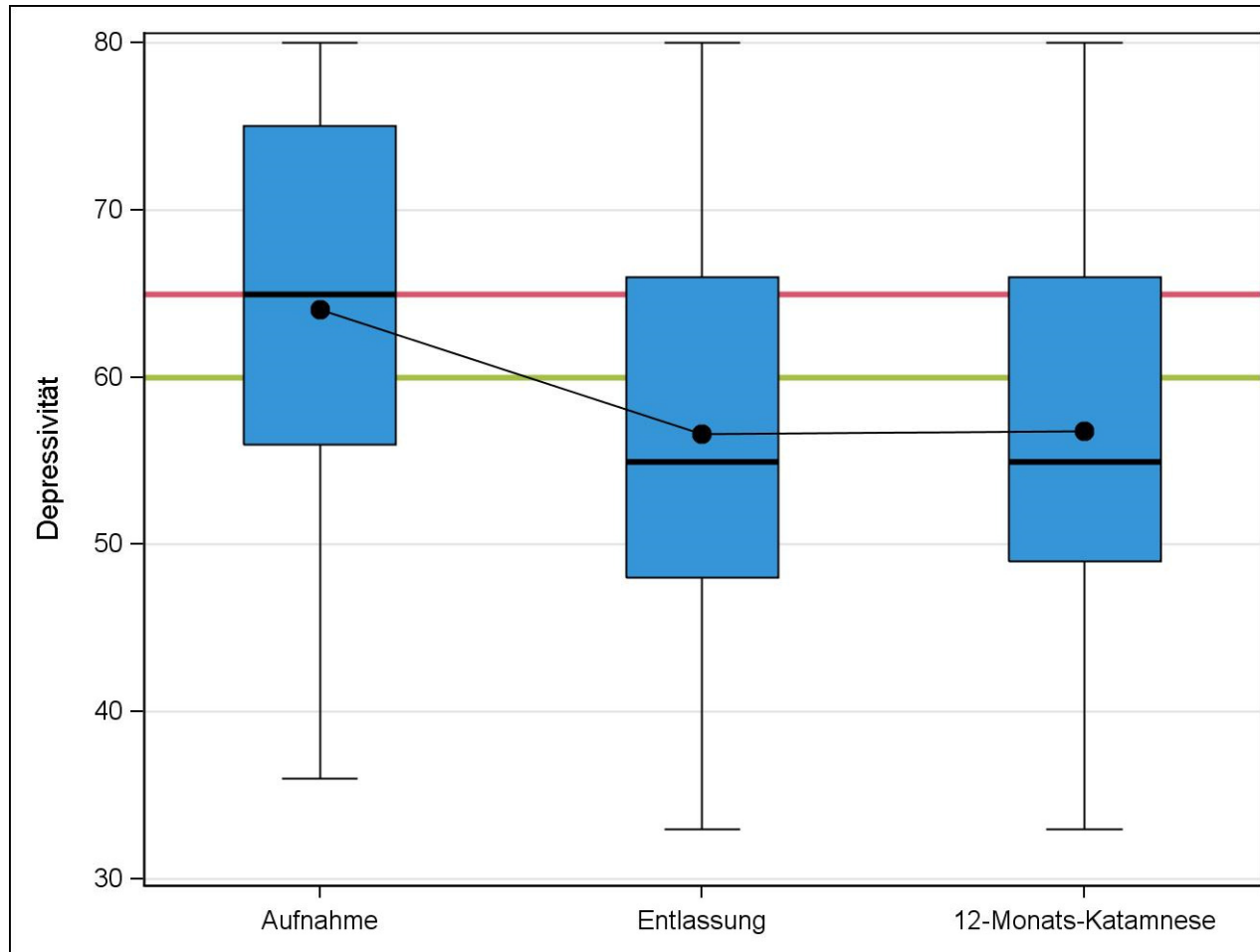
bei
Entlassung



Vollerhebungen in den Jahren 2009 bis 2014 (n=15.763)

Nachhaltigkeit einer Verbund-Rehabilitation Orthopädie-Psychosomatik (VOP) Dannenmeier et al. 2016

Depressivität – Skala des SCL-90



H₀ **p-Wert**

T₁=T₂=T₃ <0,0001

T₁=T₂ <0,0001

T₂=T₃ 0,7051

T₁=T₃ <0,0001

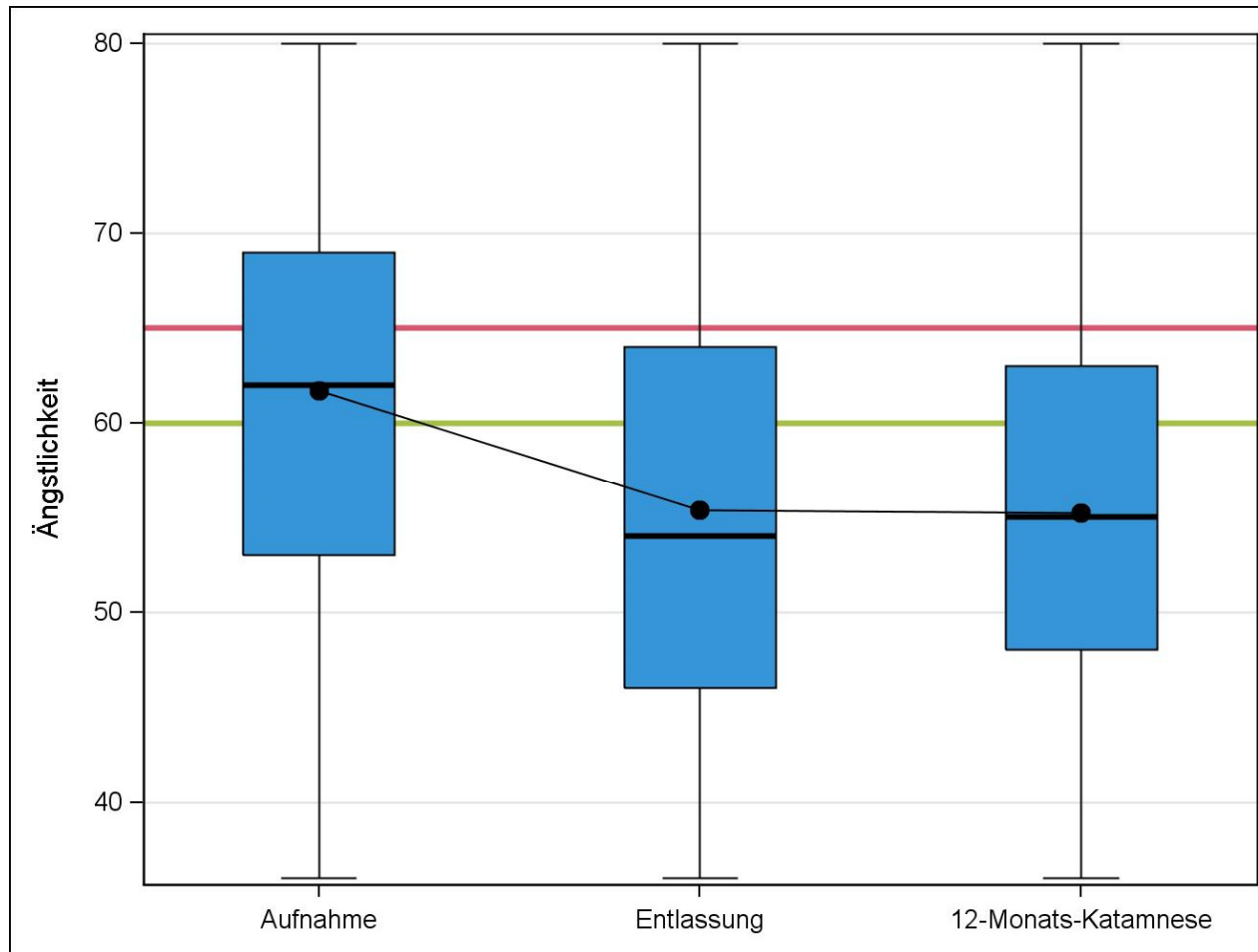
N₁ = 417

N₂ = 416

N₃ = 262

Nachhaltigkeit einer Verbund-Rehabilitation Orthopädie-Psychosomatik (VOP) Dannenmeier et al. 2016

Ängstlichkeit– Skala des SCL-90



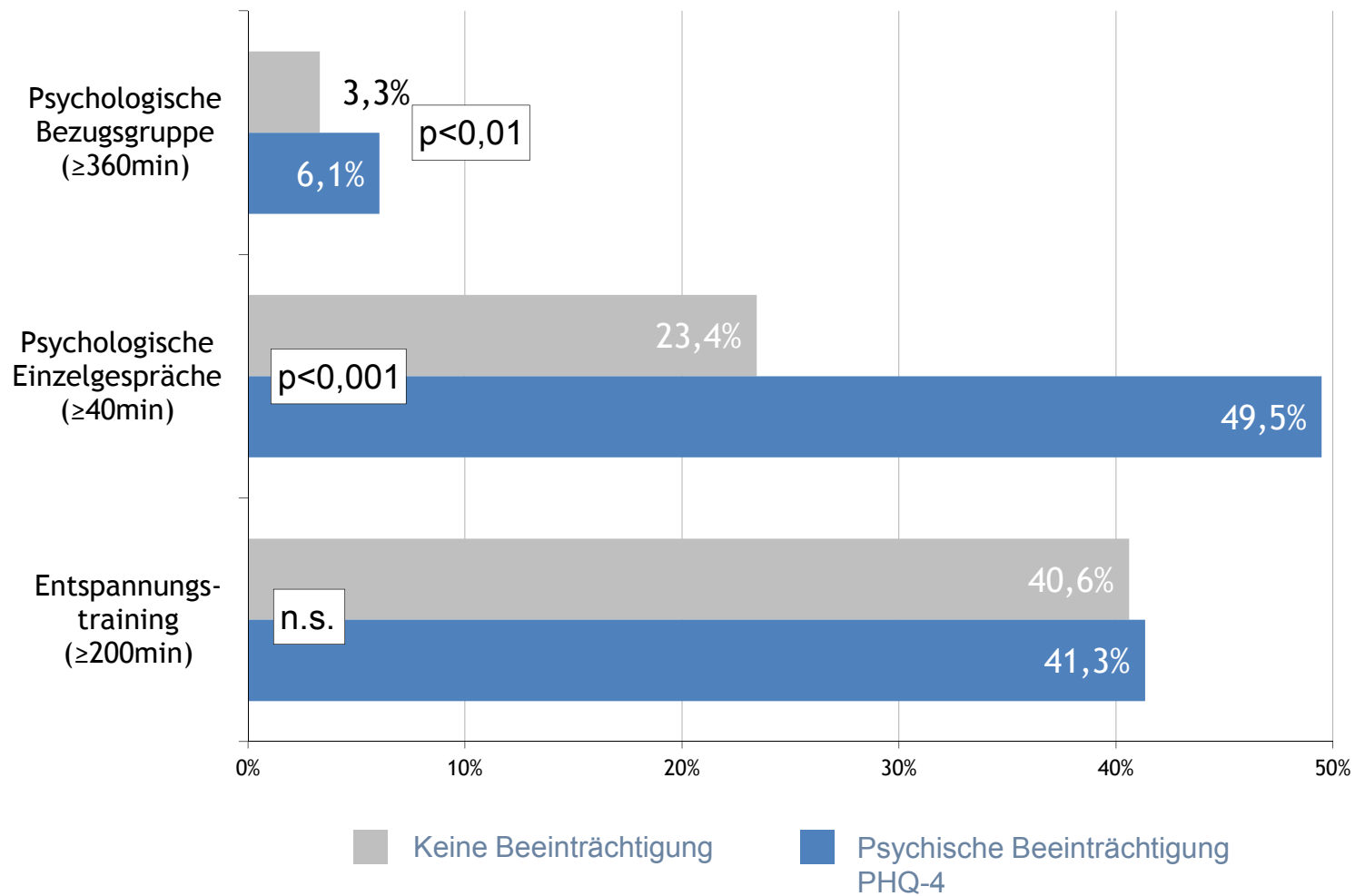
H_0	p-Wert
$T_1=T_2=T_3$	<0,0001
$T_1=T_2$	<0,0001
$T_2=T_3$	0,9673
$T_1=T_3$	<0,0001

$N_1 = 417$

$N_2 = 425$

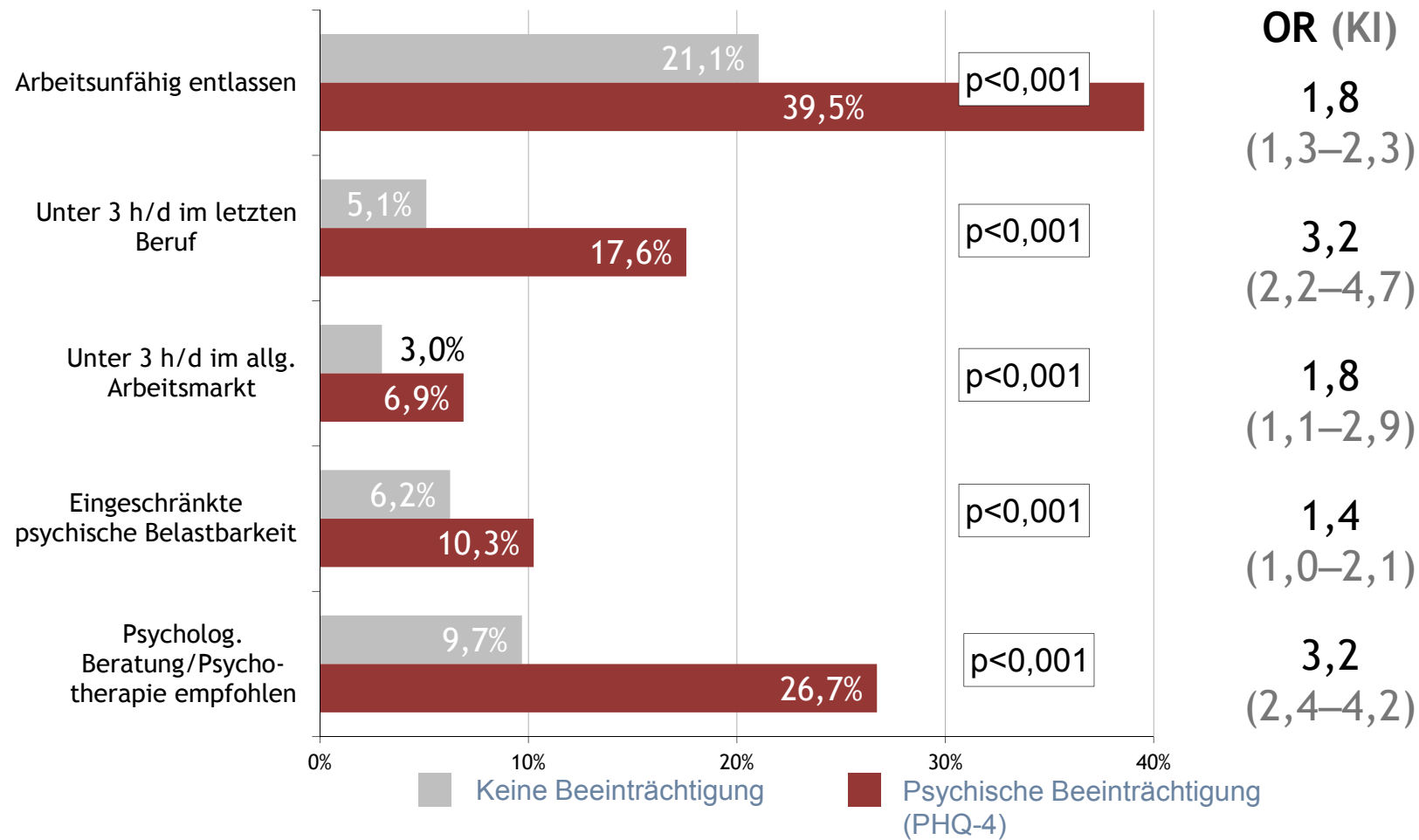
$N_3 = 258$

Psychische Komorbidität und Erfüllung psychologischer Kernangebote (Brünger et al. 2015)



Nach Angaben im Entlassungsbericht (KTL) ; X²-Test
Befragung von n=1.809 vor Reha-Beginn

Psychische Komorbidität und sozialmedizinische Leistungsbeurteilung (Brünger et al. 2015)



Nach Angaben im ärztlichen Entlassungsbericht; X²-Test.
Binäre logistische Regressionen jeweils adjustiert für Alter, Geschlecht, deren Interaktion und BBPL
Befragung von n=1.809 vor Reha-Beginn

Bedeutung psychischer Komorbidität

Fazit

- Psychische Komorbidität für medizinische Rehabilitation höchst relevant
- Spannungsfeld „Psychische Belastung vs. Psychische Störung“
- Praxisrelevante Ergebnisse der Reha-Forschung
- Psychische Belastungen haben Einfluss auf Therapiesteuerung in der Reha
- Nachhaltigkeit der Besserung von psychischen Belastungen bei entsprechenden Angeboten gegeben
- Rehabilitation mit wichtiger Steuerungsfunktion für die Weiterbehandlung

Bedeutung psychischer Komorbidität in der medizinischen Rehabilitation aus rehabilitationswissenschaftlicher Sicht

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

dr.hans-guenter.haaf@drv-bund.de