Internetausgabe des Tagungsbandes

zum

18. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium

erschienen im März 2009 innerhalb der DRV-Schriften als Band 83

Herausgeber
Deutsche Rentenversicherung Bund,
Berlin

18. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium

Innovation in der Rehabilitation
- Kommunikation und Vernetzung

vom 9. bis 11. März 2009 in Münster

veranstaltet von

Deutsche Rentenversicherung Bund
Deutsche Rentenversicherung Westfalen

in Zusammenarbeit mit

Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)

Wissenschaftliche Leitung
Dr. Rolf **Buschmann-Steinhage**,
Dr. Hans-Günter **Haaf**,
Deutsche Rentenversicherung Bund
Prof. Dr. Dr. Uwe **Koch**, DGRW

Organisationskomitee
Werner **Limke**, Peter **Wilking**,
Deutsche Rentenversicherung Westfalen
Maja **Mrugalla**, Astrid **Rosendahl**,
Deutsche Rentenversicherung Bund

Programmkomitee

Prof. Dr. H.H. **Bartsch** (Freiburg), Prof. Dr. C.P. **Bauer** (Gaißach), Prof. Dr. J. **Behrens** (Halle), Prof. Dr. Dr. J. **Bengel** (Freiburg), Prof. Dr. W.F. **Beyer** (Bad Füssing), Dr. S. **Brüggemann** (Berlin), Dr. C. **Büchner** (Düsseldorf), Dr. I. **Ehlebracht-König** (Bad Eilsen), Prof. Dr. Dr. H. **Faller** (Würzburg), Prof. Dr. G. **Grande** (Leipzig), Prof. Dr. B. **Greitemann** (Bad Rothenfelde), Dr. E. **Grosch** (Laatzen), Prof. Dr. C. **Gutenbrunner** (Hannover), Prof. Dr. Dr. M. **Härter** (Hamburg), Prof. Dr. P. **Hampel** (Bremen), Prof. Dr. S. **Hesse** (Berlin), Prof. Dr. W.H. **Jäckel** (Freiburg), Prof. Dr. M. **Karoff** (Ennepetal), Dr. R.J. **Knickenberg** (Bad Neustadt), Prof. Dr. T. **Kohlmann** (Greifswald), Dr. C. **Korsukéwitz** (Berlin), Prof. Dr. W. **Kohte** (Halle), Prof. Dr. M. **Linden** (Teltow), Prof. Dr. W. **Mau** (Halle), Prof. Dr. M. **Morfeld** (Stendal), PD Dr. R. **Muche** (Ulm), Prof. Dr. F. **Petermann** (Bremen), Prof. Dr. K. **Pfeifer** (Erlangen), Dr. H. **Pollmann** (Bad Neuenahr), Prof. Dr. Dr. H. **Raspe** (Lübeck), Dr. H.M. **Schian** (Köln), Dr. W. **Schupp** (Herzogenaurach), Prof. Dr. W. **Slesina** (Halle), Prof. Dr. W. **Spijkers** (Aachen), Prof. Dr. H. **Teschler** (Essen), Prof. Dr. J. **Wasem** (Essen), Prof. Dr. K. **Wegscheider** (Berlin), Prof. Dr. F. **Welti** (Neubrandenburg), Prof. Dr. A. **Wirth** (Bad Rothenfelde).

Tagungsband

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

zum 18. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium dürfen wir Sie herzlich in Münster begrüßen.

Das Gesundheitssystem unterliegt zurzeit weitreichenden Veränderungen. Diese Neuerungen betreffen sowohl Versorgungskonzepte (u. a. Integrierte Versorgung) als auch Finanzierung (u. a. DRG) und Behandlungsverfahren (u. a. Fast-Track-Chirurgie). Die Entwicklung insbesondere im Bereich der Informationstechnologie ist ein wesentlicher Treiber für Innovationen. Es ergeben sich neue Möglichkeiten für Dokumentation (u. a. elektronische Krankenakte), Prozessoptimierung (u. a. Behandlungspfade) und Vernetzung (u. a. Telemedizin). Die digitale Verfügbarkeit von patientenbezogenen Daten (u. a. elektronische Gesundheitskarte) wird demgegenüber auch kritisch betrachtet.

Für Patientinnen und Patienten ergeben sich vielfältige Informationsmöglichkeiten. Sie können sich mittlerweile im Internet nicht nur über Behandlungsverfahren sowie Krankenhäuser und behandelnde Ärzte informieren, sondern auch in entsprechenden Portalen ihre Erfahrungen mit der Versorgung austauschen. An den informierten Patienten richten sich dementsprechend innovative Konzepte der Patientenorientierung und partizipativen Entscheidungsfindung.

Die Rehabilitation wird von den skizzierten Innovationen unmittelbar berührt. Immer kürzer werdende Verweildauern im Krankenhaus und häufigere ambulante Operationen stellen neue Anforderungen an die rehabilitative Versorgung. Integrierte Konzepte lassen Akutversorgung und Rehabilitation näher zusammenrücken und erfordern einen intensiven Datenaustausch. Informierte Rehabilitandinnen und Rehabilitanden haben oft nicht nur konkrete Vorstellungen über die geeignete Rehabilitationseinrichtung, sondern möchten auch in therapeutische Entscheidungen eingebunden werden. Die Frage der Wohnortnähe wird relativiert, wenn sich Reha-Einrichtungen überregional vernetzen und über internetgestützte Nachsorgeangebote den Kontakt mit den Rehabilitanden aufrechterhalten.

Das diesjährige Rahmenthema "Innovation in der Rehabilitation - Kommunikation und Vernetzung" spricht neben konzeptuellen auch technische Neuentwicklungen an. Zur Gestaltung eines patientenorientierten und nachhaltigen Rehabilitationsprozesses sind Kommunikation und Vernetzung unerlässliche Elemente. Innovative Konzepte und Technologien tragen dazu bei, den Dialog zwischen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden einerseits und den handelnden Akteuren in der Versorgungskette andererseits zu intensivieren und die Rehabilitation als unverzichtbaren Teil eines ausdifferenzierten Gesundheitssystems weiter zu stärken.

Um die Teilnahmemöglichkeiten v. a. für Reha-Praktiker zu erweitern und den Austausch über innovative einrichtungsbezogene Konzepte bzw. Modelle anzuregen, wurde beim 17. Reha-Kolloquium 2008 die Innovationswerkstatt eingeführt. Auch beim 18. Kolloquium werden in drei Sessions aktuelle Konzepte aus den Themenbereichen "Patientenorientierte Interventionen", "Nachsorge" und "Psychische Erkrankungen" präsentiert.

Der Tagungsband ist auch im Internet (www.deutsche-rentenversicherung-bund.de) zum Herunterladen verfügbar.

Dr. Rolf Buschmann-Steinhage Dr. Hans-Günter Haaf Prof. Dr. Dr. Uwe Koch

Inhaltsübersicht

Plenarvorträge 23
Reha-Nachsorge 28
Innovationswerkstatt: Nachsorge 37
Patientenorientierte Interventionen 47
Innovationswerkstatt: Patientenorientierte Interventionen 58
Patientenpartizipation 67
Patientenpartizipation (Poster) 78
Reha-Technik und Tele-Rehabilitation 82
Reha-Technik und Tele-Rehabilitation (Poster) 89
Methodische Aspekte von Wirksamkeitsstudien 94
Methodische Aspekte von Wirksamkeitsstudien (Poster) 103
Assessmentinstrumente 106
Assessmentinstrumente (Poster) 117
Entwicklung von Itembanken und adaptives Testen in der Rehabilitation 124
Leitlinien in der Rehabilitation 135
Qualitätsmanagement 144
Qualitätsmanagement (Poster) 156
Ergebnisqualität der Rehabilitation in der gesetzlichen Unfallversicherung 165
Epidemiologie und Reha-Bedarf 176
Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation 188
Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (Poster) 198
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben I 204
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben II 216
Betriebliches Gesundheits- und Eingliederungsmanagement 227
Betriebliches Gesundheits- und Eingliederungsmanagement (Poster) 236
Sozialmedizin 238
Sozialmedizin (Poster) 250
Rehabilitationspsychologie I 252
Rehabilitationspsychologie II 262
Rehabilitationspsychologie (Poster) 272
Rechtswissenschaften 280
Rechtswissenschaften (Poster) 289
Orthopädische/rheumatologische Rehabilitation 292
Orthopädische/rheumatologische Rehabilitation (Poster) 302
Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen 318
Rehabilitation nach Hüft- oder Knie-TEP 330
Neurologische Rehabilitation 340
Neurologische Rehabilitation (Poster) 350
Kardiologische Rehabilitation I - in Kooperation mit der DGPR 357
Kardiologische Rehabilitation II 365

Kardiologische Rehabilitation (Poster) 374
Onkologische Rehabilitation 384
Onkologische Rehabilitation (Poster) 393
Gastroenterologische Rehabilitation - in Kooperation mit der GRVS 395
Gastroenterologische Rehabilitation (Poster) 403
Pneumologische Rehabilitation 405
Psychosomatische Rehabilitation I 415
Psychosomatische Rehabilitation II 423
Psychosomatische Rehabilitation (Poster) 432
Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen I 438
Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen II 447
Innovationswerkstatt: Psychische Erkrankungen 455
Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen 465
Rehabilitation bei adipösen Kindern und Jugendlichen 475
Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen (Poster) 482
Andere Indikationsbereiche (Poster) 490

Autorenindex 493
Verzeichnis der Erstautoren 497

Inhaltsverzeichnis

Plenarvorträge 23
Veränderungen in stationären Einrichtungen sind machbar! Ergebnisse einer deutschlandweiten Studie
Schultz, C. 23
Reha-Forschung als Innovationsmotor - der Förderschwerpunkt "Chronische Krankheiten und Patientenorientierung"
Buschmann-Steinhage, R. 25
Reha-Nachsorge 28
Standardisierte individualisierte Ergebnisbewertung in der psychosomatischen Rehabilitation: Persönliche Problemprofile als Schnittstelle zur ambulanten psychotherapeutischen Nachsorge
Steffanowski, A., Schmidt, J., Nübling, R., Kriz, D., Wittmann, W.W 28
Nachsorge im Rehabilitationsprozess nach Schlaganfall: wer erreicht die Therapiefortsetzung, wer verbleibt in der Erwerbstätigkeit?
Zimmermann, M., Behrens, J., Schaepe, C., Schubert, M. 31
Was wird aus den Nachsorge-Empfehlungen der Reha-Kliniken?
Vogel, H., Konrad, S., Holderied, A. 33
Ambulante Folgeleistungen: Manche sollen sie haben, viele wollen sie haben - und wer bekommt sie tatsächlich?
Niemeyer, C., Schaidhammer, M., Greitemann, B. 34
Innovationswerkstatt: Nachsorge 37
Rehabilitationsnachsorge (NaSo) - Ein neues Credo für Rehabilitationskliniken - Konzeption und Durchführung des Modellprojekts
Schramm, S., Deck, R., Hüppe, A., Raspe, H. 37
W-RENA: Eine web-basierte Rehabilitationsnachsorge zur Transferförderung nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation - Konzept und erste Ergebnisse der Patientenbefragung
Tarnowski, T., Ebert, D., Dippel, A., Sieland, B., Berking, M. 39
Die Zwischenergebnisse des Forschungsprojektes "Wirksamkeit einer internetgestützten Nachsorge nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation"
Golkaramnay, V., Cicholas, B., Vogler, J. 41
Ambulante Schmerznachsorge für Patienten mit muskuloskelettalen Erkrankungen und psychosozialen Problemen
Pönicke, J., Ehlebracht-König, I., Bönisch, A., Dorn, M. 43
Reha-Nachsorge per Internet: Akzeptanz und Kompetenzen bei Patienten mit abdomineller Adipositas in der kardio-diabetologischen Rehabilitation
Theissing, J., Deck, R. 44
Patientenorientierte Interventionen 47
Partizipative Vereinbarung von Rehabilitationszielen aus Patientensicht: Wunsch und Wirklichkeit
Glattacker, M., Dudeck, A., Dibbelt, S., Schaidhammer-Placke, M., Greitemann, B., Jäckel, W.H. 47
Haben Patienten Reha-Ziele, und wenn ja, welche? Ergebnisse einer Analyse von Freitextangaben
Dudeck, A., Glattacker, M., Gustke, M., Dibbelt, S., Schaidhammer-Placke, M., Greitemann, B., Jäckel, W.H. 49

Schwierige Gespräche in der Rehabilitation: Effekte eines Interaktionstrainings für Ärzte
Dibbelt, S., Schaidhammer-Placke, M., Greitemann, B. 52
Maßnahmen zur nachhaltigen Lebensstilmodifikation bei KHK aus Sicht von PatientInnen und Angehörigen
Romppel, M., Grande, G. 54
"Berufliche Zukunft" - Zwischenergebnisse zur Evaluation eines Behandlungsprogramms für Patienten mit beruflicher Problemlage in der medizinischen Rehabilitation
Bönisch, A., Dorn, M., Ehlebracht-König, I. 56

Innovationswerkstatt: Patientenorientierte Interventionen 58
Partizipative Zielvereinbarung in der Rehabilitation - Eine Intervention zur Optimierung der Kommunikation zwischen Arzt und Rehabilitand
Schaidhammer-Placke, M., Dibbelt, S., Glattacker, M., Dudeck, A. 58
Der Rehabilitanden-Informationstag - Ein rehabilitandenzentriertes Programm zur Zielorientierung der medizinischen Rehabilitation
Pohontsch, N., Deck, R., Höder, J., Schönrock-Nabulsi, P., Meyer, T. 60
Individualisierte Patienteninformationssysteme zur Förderung partizipativer Entscheidungsfindung bei chronischen Erkrankungen
Buchholz, A., Simon, D., Härter, M. 61
Interprofessionelles Trainingsprogramm zur partizipativen Entscheidungsfindung für Führungskräfte in der medizinischen Rehabilitation
Körner, M., Steger, A.-K., Ehrhardt, H. 63
Einfluss von Shared-Decision-Making (SDM) auf die Motivation zur Bearbeitung beruflicher Problemlagen in der medizinischen Rehabilitation
Gerlich, C., Neuderth, S., Botterbusch, I. 64

Patientenpartizipation 67
Die Patient-Behandler-Kommunikation: Kommunikationsbezogene Präferenzen von chronisch kranken Patienten in der Rehabilitation
Kosiol, D., Gramm, L., Farin, E. 67
"…also im Prinzip […], bin ich jetzt ein bisschen allein gelassen…" - Das Erleben von Autonomie und Partizipation in der poststationären Nachsorge im Rehabilitationsprozess nach dem Ereignis eines Schlaganfalls
Schaepe, C., Behrens, J., Schubert, M., Zimmermann, M. 69
Wunsch- und Wahlrechte in der Rehabilitation: Dokumentation der Patientenpräferenzen durch ein Discrete Choice Experiment in Rehabilitationskliniken
Bethge, S., Mühlbacher, A.C. 71
Delphi-Befragung zum Thema Interne Partizipative Entscheidungsfindung in der medizinischen Rehabilitation
Ehrhardt, H., Steger, A.-K., Körner, M. 73
5-Jahreskatamnese zum Pilotprojekt: Verbessert die "Patientenunterschrift" die Reha?
Kaluscha, R., Cziske, R., Jacobi, E. 75

Patientenpartizipation (Poster) 78
Bedürfnisse und Präferenzen von Patienten in der medizinischen Rehabilitation zu Partizipativer Entscheidungsfindung - eine qualitative Studie
Steger, A.-K., Ehrhardt, H., Körner, M. 78

Patientenpräferenzen und Wartebereitschaft für eine medizinisch-beruflich orientierte orthopädische Rehabilitation: Ein Discrete Choice Experiment
Bethge, M. 80

Reha-Technik und Tele-Rehabilitation **82**

Telemedizinisch basierte Risikostratifizierung bezüglich schlafbezogener Atmungsstörungen in einer kardiologischen Rehabilitationsklinik
Böhning, N., Wrenger, M., Kujumdshieva, B., Böhning, W. 82

Telemedizinische Erfassung körperlicher Aktivität, Ruhe und der Ernährung bei Kindern und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes mellitus
Schiel, R., Kaps, A., Bieber, G. 84

Robotik in der neurologischen Rehabilitation
Spranger, M., Prenzel, O., Gräser, A. 85

Berufliche Teilhabe hörbehinderter Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer durch barrierefreie Kommunikation
Weber, A., Prinz, R., Schlenker-Schulte, C. 87

Reha-Technik und Tele-Rehabilitation (Poster) **89**

Teletherapeutische Versorgung in der Bewertung durch Schlaganfallpatienten mit Aufmerksamkeitsstörungen
Mohnberg, I., Radoschewski, F.M. 89

Einsatz neuer Medien in der psychosomatischen Rehabilitation
- Erste Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie
Ebert, D., Wyler, H., Tarnowski, T., Sieland, B., Berking, M. 91

Methodische Aspekte von Wirksamkeitsstudien **94**

Externe Validität meta-analytischer Befunde zur Effektivität stationärer psychosomatischer Rehabilitation
Rabung, S., Mösko, M., Kawski, S., Koch, U., Schulz, H. 94

Willingness to pay als Methode zur Erfassung von Patientenpräferenzen in der Ergebnisbewertung: Verständlichkeit und Akzeptanz
Kriesch, M., Farin, E. 95

Das Problem der klinisch bedeutsamen Veränderung ("clinically significant change")
- Zusammenhänge zwischen indirekter Veränderungsmessung und direkter Veränderungsmessung
Mittag, O. 97

Wirksamkeitsstudien in der Rehabilitationsforschung - ja, aber wie?
Raspe, H., Hüppe, A., Richter, S. 100

Methodische Aspekte von Wirksamkeitsstudien (Poster) **103**

Die Bedeutung sozialer Faktoren für die Rehabilitation onkologischer und psychischer/psychosomatischer Erkrankungen - Ergebnisse einer systematischen Literaturanalyse
Hofreuter-Gätgens, K., Bergelt, C., Hergert, A., Koch, U., Melchior, H., Pfau-Effinger, B., Schulz, H., Watzke, B., Morfeld, M. 103

Assessmentinstrumente **106**

Ein generisches Instrument zur Erkennung besonderer beruflicher Problemlagen bei chronischen Erkrankungen (SIMBO-C) - Analysen zu Validität und Reliabilität
Streibelt, M. 106

Eingeschränkte Arbeitsfähigkeit als Indikator für Rehabilitationsbedarf
- Einsatz des Work Ability Index (WAI) in einer Versichertenbefragung
Radoschewski, F.M., Müller-Fahrnow, W.†, Bethge, M. 108

SINGER-online: Ein internetbasiertes Programm zur Dateneingabe und -auswertung des "Selbständigkeits-Index für die Neurologische und Geriatrische Rehabilitation"
Gerdes, N., Rusch, S., Funke, U.N., Pfeiffer, G., Kunze, H., Walle, E., Jäckel, W.H. *111*

Merkmale der deutschen Fassung des Chronic Pain Acceptance Questionaire (CPAQ-D) in einer Stichprobe von Patienten mit Somatoformer Schmerzstörung
Schneider, J. *113*

Entwicklung und psychometrische Prüfung eines Fragebogens zur patientenseitigen Erfassung rehabilitativer Behandlungskonzepte
Glattacker, M., Heyduck, K., Meffert, C. *114*

Assessmentinstrumente (Poster) 117

Reliabilität und Validität des Hannoverschen Screenings der subjektiven Rehabilitationsbedürftigkeit für den Einsatz in der ärztlichen Praxis, in den Krankenkassen und im Betrieb
Kobelt, A., Gutenbrunner, C., Ehlebracht-König, I., Schmid-Ott, G., Jacobi, C., Schulz, K., Nounla, J., Machens, R., Feige, A., Stumpf, R., v. Bremen, W., Ricken, U., Geib, U., Backhaus, S., Schuler, U., Karpinski, N., Grosch, E., Petermann, F. *117*

Evaluation von Performance-Tests of lower limb activities (Polla)
Weinhold, W. *120*

Einschätzungen der Leistungsfähigkeit zur Vorhersage beruflicher Teilhabe oder: Ist der EFL-Test ein Männer-Test? Eine Analyse geschlechtsspezifischer Validität
Streibelt, M., Blume, C. *121*

Entwicklung von Itembanken und adaptives Testen in der Rehabilitation 124

Entwicklung und Einsatz adaptiver Testverfahren in der Rehabilitation am Beispiel der Erfassung von "Funktionsfähigkeit im Alltag"
Wirtz, M., Forkmann, T., Böcker, M., Eberle, N., Müller, E., Frey, C., Gauggel, S., Bengel, J. *124*

Entwicklung und erste Validierung der Aachener Funktionsfähigkeits-Itembank
Böcker, M., Eberle, N., Wirtz, M., Hesse, M., Gauggel, S. *126*

Entwicklung des adaptiven Depressionsscreenings (A-DESC)
Forkmann, T., Böcker, M., Wirtz, M., Norra, C., Gauggel, S. *128*

Entwicklung eines adaptiven Assessments zur Erfassung "beruflicher Funktionsfähigkeit": Itembanken für zentrale Zielkonstrukte
Müller, E., Prinz, E., Frey, C., Bengel, J., Wirtz, M. *130*

Der MOSES-Fragebogen: Ein adaptives, ICF-orientiertes Assessmentinstrument zur Erfassung von Mobilität und Selbstversorgung
Farin, E. *132*

Leitlinien in der Rehabilitation 135

Methodische Qualität von Leitlinien in der Rehabilitation
Gülich, M., Wiegele, C., Glattacker, M., Helbing, G., Jäckel, W.H. *135*

Bedeutung der S3-Leitlinie "Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms" für die medizinische Rehabilitation
Köllner, V., Bernardy, K. *137*

Entwicklung einer Prozessleitlinie für die Rehabilitation von Patienten mit Depression - Phase 2: Ergebnisse einer Analyse von KTL-Daten
Barghaan, D., Dirmaier, J., Koch, U., Schulz, H. *139*

Entwicklung einer evidenzbasierten Prozessleitlinie zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit Asthma bronchiale - Phase 1: Bewertende Literaturanalyse
Ahnert, J., Löffler, S., Müller, J., Vogel, H. *141*

Prozessleitlinie für die stationäre Rehabilitation von Kindern- und Jugendlichen - Phase 2: Ergebnisse der KTL-Analyse am Beispiel der Indikation Asthma bronchiale
Löffler, S., Ahnert, J., Schuler, M., Müller, J., Vogel, H. *142*

Qualitätsmanagement **144**

Entwicklung einer Implementierungsstrategie zur Einführung von Outcome Measures in einem multiprofessionellen Rheumazentrum
Hoeps, K., Lauterbach, A., Takken, T., Grüneberg, C. *144*

Prädiktoren der Patientenzufriedenheit in der Rehabilitandenbefragung der Deutschen Rentenversicherung
Farin, E., Jäckel, W.H., Widera, T. *146*

Kontinuierliche Patientenbefragungen - Zur Vorhersagbarkeit von Behandlungsergebnissen im Rahmen eines Routinemonitoringsystems
Nübling, R., Rieger, J., Steffanowski, A., Kriz, D., Schmidt, J. *148*

Bewertung von Instrumenten und Verfahrensweisen hinsichtlich ihres Nutzens für die externe Qualitätssicherung aus Sicht von Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen
Neuderth, S., Lukasczik, M., Musekamp, G.., Heide, M., Gerlich, C., Vogel, H. *151*

Befragung von Rehabilitanden in der medizinischen Rehabilitation - Fragebogenanpassungen für Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen
Zwingmann, C., Richter, J., Boywitt, D., Blatt, K., Widera, T. *153*

Qualitätsmanagement (Poster) **156**

Reha-Vorbereitung online! Wie wird die Rehabilitation auf den Websites stationärer Einrichtungen zur kardiologischen und orthopädischen Rehabilitation präsentiert?
Sewöster, D., Haaf, H.-G. *156*

Ein Qualitätsbericht Rehabilitation aus der Sicht von Patienten und Verbrauchern
Seidel, G., Haase, I., Walle, E., Dierks, M.L. *158*

Qualität in der Patientenschulung: Entwicklung von Qualitätsmerkmalen der Schulungsumsetzung
Ströbl, V., Küffner, R., Müller, J., Reusch, A., Faller, H. *160*

RehaProDok: die Entwicklung eines EDV-technisch generierten Dokumentes als Alternative zum Reha-Entlassungsbericht für das Peer Review-Verfahren
Kalwa, M., Greitemann, B. *162*

Ergebnisqualität der Rehabilitation in der gesetzlichen Unfallversicherung **165**

Evaluation der Ergebnisqualität des besonderen Heilverfahrens der gesetzlichen Unfallversicherung: Eine internetbasierte Delphi-Befragung zur Auswahl geeigneter Verletzungsarten
Moock, J., Bahr, K., Bak, P., Kohlmann, T. *165*

Evaluation der Ergebnisqualität des besonderen Heilverfahrens der gesetzlichen Unfallversicherung: Eine systematische Literaturstudie zu eingesetzten patientennahen Assessmentverfahren (2003-2008)
Bahr, K., Moock, J., Bak, P., Kohlmann, T. *167*

Optimierung der berufsgenossenschaftlichen stationären Weiterbehandlung (BGSW) nach schweren Verletzungen der unteren Extremitäten durch systematischen Einsatz von Assessmentinstrumenten
Müller, W.-D., Lohsträter, A., Kropf, U., Smolenski, U.C., Bak, P. *168*

Verzahnung zwischen medizinischer Rehabilitation und beruflicher Reintegration bei Beschäftigten eines Bergwerkbetriebes mit Rückenschmerzen
- Implementierung eines optimierten Reha-Konzeptes
Müller, W.-D., Knufinke, R., Kleinhans, W., Smolenski, U.C., Bak, P. 171
Assessmentgesteuerte ergebnisorientierte Optimierung von Effekten der Berufsgenossenschaftlichen Stationären Weiterbehandlung (BGSW) in der Rehabilitation von Unfallverletzten - eine multizentrische Studie
Bak, P., Müller, W.-D., Lohsträter, A., Froese, E., Smolenski, U.C. 173

Epidemiologie und Reha-Bedarf 176
Beschäftigung, Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit im 2-Jahresverlauf nach medizinischer Rehabilitation 2004 - Neue Ergebnisse aus der Reha-Statistik-Datenbasis
Buschmann-Steinhage, R., Zollmann, P. 176
"Reha vor Rente": Inanspruchnahme bei Menschen mit Rheuma
Kalwa, M., Irle, H. 179
Migration und rehabilitative Versorgung in Deutschland - Versorgungsbedarf und subjektive Bedürfnisse türkischer und türkischstämmiger Migranten im System der medizinischen Rehabilitation
Schott, T., Reutin, B., Yilmaz, Y., Brause, M., Spallek, J., Razum, O. 181
Partizipationsstörungen und Rehabilitationsbedarf bei Patienten in der ambulanten primärärztlichen Versorgung
Muschalla, B., Mielisch, S., Lawall, C., Lewerenz, M., Linden, M. 183
Identifikation von potentiellem Reha-Bedarf in der Hausarztpraxis: Wunsch und Wirklichkeit
Deck, R., Raspe, H. 185

Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation 188
Berufliche Leistungsfähigkeit nach einer medizinisch-beruflich orientierten orthopädischen Rehabilitation: Eine cluster-randomisierte Studie zur Wirksamkeit eines multimodalen Programms mit kognitiv-behavioralem Ansatz
Bethge, M., Herbold, D., Trowitzsch, L., Jacobi, C. 188
Evaluation des Stresskompetenztrainings BUSKO - erste ausgewählte Ergebnisse
Küch, D., Roßband, H., Morfeld, M. 190
Ergebnisse eines Projekts zur Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation
Beck, L., Faulstich, I., Mau, W. 192
Stufenweise Wiedereingliederungen zu Lasten der Gesetzlichen Rentenversicherung - Ergebnisse einer bundesweiten Evaluationsstudie
Bürger, W. 193
Berufsorientierte Rehabilitation berufshomogener Gruppen an Rehabilitationskliniken am Beispiel des RehaBau-Programms für Bauhandwerker
Horbach, G., Philipp, J. 195

Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (Poster) 198
Trägerübergreifende Zusammenarbeit bei der Erhaltung von Arbeits- und Erwerbsfähigkeit - Chronische Krankheit, Arbeitsunfähigkeit und Rehabilitationserfolg
Stapel, M., Kulick, B., Herkner, H.-J., Schmidt, J. 198
Physische und psychosoziale berufliche Belastungen, Kontrollüberzeugungen und berufliche Leistungsfähigkeit
Bethge, M., Radoschewski, F.M., Müller-Fahrnow, W.† 200

Evaluation des Behandlungskonzeptes Medizinische Rehabilitation von Bezieher/innen von Arbeitslosengeld II (ALG II)
Wolf, H.-D., Löffler, S., Holderied, A., Fritschka, E., Kottmann, J., Vogel, H. 202

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben I **204**

Reha-Abbrüche bei unterschiedlichen beruflichen Bildungsmaßnahmen - Eine vergleichende Betrachtung
Rennert, D., Slesina, W. 204

Risikofaktoren für eine nicht-erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung hirnverletzter Menschen
Sokoll-Potratz, K., Kobelt, A. 206

Der Einfluss von Persönlichkeitsfaktoren auf die Leistung im Reha-Assessment und die Reintegrationsprognose
Arling, V., Schellmann, C., Sostmann, A., Spijkers, W., Zergiebel, W. 209

Berufliche Wiedereingliederung von Rehabilitanden nach unterschiedlichen beruflichen Bildungsmaßnahmen: Vergleich der Prognosemodelle
Slesina, W., Rennert, D. 211

Der Weg zur Wiedereingliederung durch Bewerbungshandeln von RehabilitandInnen während der beruflichen Rehabilitation
Flach, T., Begerow, B., Schmidt, C. 214

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben II **216**

Gesetzliche und sozialpolitische Rahmenbedingungen für den Einsatz von behinderungskompensierenden Technologien am Arbeitsplatz
Groskreutz, H., Welti, F. 216

Evaluation der individualisierten Qualifizierung mit Blended Learning in der beruflichen Rehabilitation
Spijkers, W., Griesbach, A., Kleon, S., Lüdtke, J. 218

"Integrative Berufliche Rehabilitation für Personen mit Aphasie (IBRA)" - Konzept und Ergebnisse der Evaluation einer neuen Teilhabeleistung
Faßmann, H., Staab, E., Hüttlinger, S. 220

"Was ich sonst noch sagen wollte!" - Eine Auswertung von Freitextangaben einer Befragung nach beruflicher Rehabilitation
Mohnberg, I., Radoschewski, F.M., Erbstößer, S. 222

Evaluation und Optimierung des Aachener Profilmoduls (ProMo) - eines standardisierten Qualitätssicherungsinstruments des individuellen beruflichen Rehabilitationsverlaufs
Kleon, S., Griesbach, A., Kosanke, D., Spijkers, W. 224

Betriebliches Gesundheits- und Eingliederungsmanagement **227**

Betriebliches Eingliederungsmanagement und betriebliche Gesundheitsförderung - Eine neue Kooperationsform?
Kohte, W. 227

"Stärke durch Vernetzung" - Potential einer Kooperation im betrieblichen Eingliederungsmanagement mit Großbetrieben
Kulick, B., Stapel, M. 228

Betriebliches Eingliederungsmanagement bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen von Lehrerinnen und Lehrern
Marfels, B., Niehaus, M. 230

Betriebliche Gesundheitsförderung in klein- und mittelständischen Handwerksbetrieben - Das Neubrandenburger Modell
Neumann, W., Claßen, G., Brückner, S. 231

Zum Stand des Gesundheitsmanagements in kleinen und mittleren Unternehmen - eine repräsentative Studie
Zelfel, R.C., Alles, T., Mozdzanowski, M., Weber, A. 233

Betriebliches Gesundheits- und Eingliederungsmanagement (Poster) 236
Betriebsärztliche Einleitung der Rehabilitationsmaßnahme und Begleitung der Rückkehr an den Arbeitsplatz
Leitner, A., Jacobi, E., Enderle, G. 236

Sozialmedizin 238
Sozialmedizinische Begutachtung: Die Bedeutung unterschiedlicher Qualitätskriterien bei Gutachten zu Erwerbsminderungsrenten
Gehrke, J. 238
Fortbildungen und Implementierungen im Zusammenhang mit der Einbeziehung von Functional Capacity Evaluation in die Regelbegutachtung des Ärztlichen Dienstes der Bundesagentur für Arbeit - Erste Schritte
Glatz, A., Kaltheier, O., Nutt, N., Heipertz, W., Weber, A. 240
Problematik der Begutachtung von somatoformen Schmerzstörungen unter besonderer Berücksichtigung des Analgetika- und Antidepressivanachweises im Serum
Walk, H.-H., Wehking, E. 241
Eignet sich ein PC-basiertes neuropsychologisches Trainingsprogramm zur Erkennung suboptimalen Leistungsverhaltens?
Brachmann, K., Grüneberg, C., Egle, U.T., Köllner, V. 244
Bemessung des Rehabilitationserfolgs durch Leistungsträger bei der Drogenrehabilitation - eine Verlaufsuntersuchung
Stapel, M., Kulick, B. 248

Sozialmedizin (Poster) 250
Sozialmedizinische Begutachtung: Wie groß ist die Übereinstimmung von Ärzten bei der Beurteilung von Gutachten im Rentenverfahren
Gehrke, J., Mai, H. 250

Rehabilitationspsychologie I 252
Lebensqualität und Versorgungskosten von somatisch erkrankten Patienten mit komorbiden psychischen Störungen - Eine Metaanalyse
Baumeister, H., Hutter, N., Härter, M. 252
Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation
Jahed, J., Vogel, B., Baumeister, H., Barth, J., Härter, M., Bengel, J. 254
Psychische Komorbidität bei bandscheibenoperierten Patienten
Zieger, M., Schwarz, R.†, König, H.-H., Wieacker, J.C., Schwarzer, C., Günther, L., Winkler, D., Meixensberger, J., Meisel, H.J., Toussaint, R., Riedel-Heller, S.G. 256
Chronische Stressfaktoren bei Patienten mit chronischen Schmerzen in der orthopädischen Rehabilitation
Hewig, M., Schlotz, W., Sequeira, A., Quarz, M., Schulz, P., Becker, P., Krampen, G. 258
Mobbingerfahrungen bei Versicherten der Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, die ein medizinische Rehabilitation beginnen - Eine psychometrische Untersuchung
Kobelt, A., Gutenbrunner, C., Grosch, E., Petermann, F. 259

Rehabilitationspsychologie II **262**
Rehabilitation aus Patientensicht - Eine qualitative Analyse der subjektiven Behandlungskonzepte von Patienten in der stationären Rehabilitation
Heyduck, K., Glattacker, M., Meffert, C. *262*
Subjektive Krankheits- und Behandlungskonzepte bei PatientInnen mit Fibromyalgie
Opitz, U., Glattacker, M., Bengel, J., Jäckel, W.H. *264*
Psychische Beeinträchtigung und Bewältigungsfähigkeit bei Patienten mit dem Fibromyalgiesyndrom
Holtz, M.C., Petermann, F., Krohn-Grimberghe, B. *266*
Die Veränderung bewältigungsbezogener Selbstwirksamkeitsüberzeugungen im Laufe der onkologischen Rehabilitation - Eine Studie auf der Basis der deutschsprachigen Kurzform des Cancer Behavior Inventory
Giesler, J.M., Reuter, K., Weis, J. *268*
Stabilisierung der Rehabilitationserfolge durch realistische Vorstellungen der Rehabilitanden an die Zeit danach
Kretzschmann, C., Grande, G. *269*

Rehabilitationspsychologie (Poster) **272**
Psychotherapiemotivation und tatsächliche Inanspruchnahme: Eine Befragung von somatischen Rehabilitationspatienten
Vogel, B., Jahed, J., Baumeister, H., Barth, J., Härter, M., Bengel, J. *272*
Schweregrad somatischer Erkrankung und Angsterleben
Muschalla, B., Glatz, J., Kiwus, U., Linden, M. *273*
Psychosoziale und funktionale Eingangsbelastungen von Patientinnen und Patienten in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter, Väter und Kinder
Lukasczik, M., Musekamp, G., Gerlich, C., Heide, M., Neuderth, S., Vogel, H. *275*
Theorie und Intervention: Theoretische Fundierung eines Patientenschulungs-programms
Meng, K., Seekatz, B., Faller, H. *277*

Rechtswissenschaften **280**
Antidiskriminierungsrecht für Menschen mit Behinderung aus rehabilitationsrechtlicher Sicht: Ein Vergleich mit den USA
Fuerst, A.-M. *280*
Kooperationsmodelle zur Überwindung von Kommunikations- und Akzeptanzschwierigkeiten bei der Stufenweisen Wiedereingliederung
Nebe, K. *281*
Das Integrierte Budget als Beitrag zur Überwindung der Systemgrenzen zwischen Rehabilitation und Pflege
Klie, T., Siebert, A. *283*
Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu Zuständigkeitsabgrenzungen der beanspruchten Leistungsträger
Masuch, P. *284*
Einstweiliger Rechtsschutz im Rehabilitationsrecht
Lode, M. *286*
Streitigkeiten zwischen behinderten und kranken Menschen und Rehabilitationsträgern - Ergebnisse zweier Untersuchungen
Welti, F., Braun, B. *287*

Rechtswissenschaften (Poster) 289
Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation - gute Servicestellenarbeit heißt gute Netzwerkarbeit und Kommunikation
Ritter, J. 289

Orthopädische/rheumatologische Rehabilitation 292
Stationäre Rehabilitation am Beispiel degenerativer Wirbelsäulenerkrankungen - von der Patienten-Fallgruppenbildung zur Entwicklung bedarfsorientierter Behandlungsstandards
Peters, A., Blau, J.-R. 292
Rehabilitanden-Management-Kategorien - Entwicklung eines Screenings zu den Behandlungsbedürfnissen in der Rehabilitation bei Patienten mit muskuloskeletalen Erkrankungen
Blume, C., Böttcher, J., Möllmann, C., Spyra, K. 294
Erhalten Patienten mit einer rheumatoiden Arthritis eine bedarfsgerechte Hilfsmittelversorgung?
Mau, W., Müller, A. 296
Praktischer Nutzen der ICF im Zusammenspiel mit Leitlinien und Hausstandards
Kaluscha, R., Leitner, A., Jacobi, E. 298
ICF-Kategorien des XSMFA im Abgleich zum Core-Set Arthrose
Karstens, S., Froböse, I. 300

Orthopädische/rheumatologische Rehabilitation (Poster) 302
Auswirkungen der DRG-Einführung auf die Rehabilitation - Eine Befragung von Rehakliniken
Schade, N., von Eiff, W., Niehues, C. 302
Geschlechtsunterschiede in psychosozialen Kennwerten bei Patienten in der stationären orthopädischen Rehabilitation von chronisch unspezifischen Rückenschmerzen
Tlach, L., Gräf, T., Krohn-Grimberghe, B., Hampel, P. 304
Entwicklungsansätze von Qualitätskriterien für die Integrierte Versorgung in der Endoprothetik. Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung
Bartel, S., Streibelt, M. 306
Neue Aufgaben- und Rollenverteilung in der medizinischen Rehabilitation
Höder, J., Deck, R., Möller, J. 308
Sind Alkoholprobleme eine relevante Komorbidität bei Rückenschmerzen?
Kaluscha, R., Leitner, A., Jacobi, E. 310
Die Rückkehr zur Arbeit von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen nach stationärer medizinischer Rehabilitation
Hofreuter-Gätgens, K., Koch, U., Morfeld, M. 312
Geschlechtsunterschiede bei der Prädiktion des Langzeitverlaufs der Erwerbstätigkeit sowie der Inanspruchnahme von stufenweiser Wiedereingliederung und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
Beck, L., Mau, W. 314
Reha und "aut idem"
Kaluscha, R., Leitner, A., Jacobi, E. 316

Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen 318
Kurzfristige Effektivität des Curriculums Rückenschule des Gesundheitstrainingsprogramms der Deutschen Rentenversicherung Bund
Meng, K., Seekatz, B., Roßband, H., Worringen, U., Faller, H., Vogel, H. 318

Langfristige Effekte eines multimodalen Behandlungsprogramms für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen in der stationären orthopädischen Rehabilitation: Können die Effekte des Integrierten orthopädisch-psychosomatischen Konzepts repliziert werden?
Fröhlich, S.M., Greitemann, B., Niemeyer, R. 320

Zur Wirksamkeit eines Trainings zur Depressionsbewältigung für Patienten mit chronisch unspezifischem Rückenschmerz in der stationären Rehabilitation - Eine 1-Jahres-Follow up-Studie
Hampel, P., Tlach, L., Gräf, T., Krohn-Grimberghe, B., Mantel, F., Mohr, B. 322

Kraftausdauertraining an Geräten in der stationären Rehabilitation von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen
Hartmann, U., Wentrock, S., Reuss-Borst, M. 325

Ergebnisse und Anwendbarkeit von drei ausgewählten Assessmentinstrumenten im Rahmen medizinischer Rehabilitation von Rückenschmerz-Patienten
Alles, T., Flach, T., Drüke, T. 327

Rehabilitation nach Hüft- oder Knie-TEP 330

Einfluss Integrierter Versorgung auf die Qualität der Behandlung in der Endoprothetik - Erste Ergebnisse einer kontrollierten Studie
Streibelt, M., Thren, K., Lassahn, C. 330

Verringerung postoperativer Komplikationen durch Vernetzung der Akteure - Eine Analyse bei Patienten mit Hüft- und Knietotalendoprothetik
Thren, K., Streibelt, M. 332

Therapiespektrum in der Rehabilitation von Patienten mit Hüft- und Kniegelenksendoprothesen - Ergebnisse einer KTL-Analyse
Gülich, M., Mittag, O., Uhlmann, A., Müller, E., Jäckel, W.H. 334

Aktivität und Teilhabe nach Hüft- und Knie-TEP: Evaluation des stationären und poststationären Rehabilitationsverlaufes und Einfluss von Kontextfaktoren
Schaller, A., Froböse, I., Kausch, T. 336

"Leiden ohne Liebe? Lieben ohne Leiden!" Deskriptive Studie zum Sexualverhalten von orthopädischen AHB-Patienten
Höltershinken, C. 338

Neurologische Rehabilitation 340

Die berufliche Wiedereingliederung nach neurologischen Erkrankungen: Ergebnisse aus dem MBO®-Neurologie-Konzept
Pohl, M., Hipler, C., Presl, A. 340

Berufsorientierte Behandlung schriftlicher Textproduktion bei Patienten mit aphasischen und nicht-aphasischen Sprachstörungen
Claros-Salinas, D., Greitemann, G. 342

Fahreignung nach neurologischen Erkrankungen: Fahrverhalten und Therapie
Küst, J., Jacobs, U., Karbe, H. 344

Differenzielle Kortikale Aktivierung während Bewegungsbeobachtung und -vorstellung
Wenkeler, V., Hassa, T., Hamzei, F., Weiller, C., Tüscher, O., Dettmers, C. 345

Welche Faktoren beeinflussen die weitere Versorgung von Schlaganfallpatienten mit ambulanten Heil- und Hilfsmitteln nach stationärer neurologischer Rehabilitation? - Eine Langzeitstudie
Hoeß, U., Schupp, W., Schmidt, R., Gräßel, E. 347

Neurologische Rehabilitation (Poster) 350
Erlebte Patientenpartizipation von drei Schlaganfallbetroffenen in ihrem Rehabilitationsverlauf - Qualitative Einzelfallanalyse
Thümmler, K., Schmidt, A. 350
Entwicklung und Erprobung eines Assessment für Patienten der Phase C der Neurologischen Rehabilitation
Greitemann, G., Starrost, K. 352
Handlungsbeobachtung und -vorstellung führen bei linkshemisphärischen Infarkten zu einer stärkeren Aktivierung als bei rechtshemisphärischen
Wenkeler, V., Hassa, T., Hamzei, F., Weiller, C., Tüscher, O., Liepert, J., Dettmers, C. 353
Kardiologische Rehabilitation I - in Kooperation mit der DGPR 357
Intensivierte Nachsorge zur Verbesserung der kardiovaskulären Risikofaktoren sowie anderer relevanter Reha-Outcomes bei Patienten mit manifester koronarer Herzerkrankung mittels Telefonnachsorge
Keck, M. 357
Rehabilitation nach Herzklappenoperationen
Karoff, M. 358
Morbidität und gesundheitliche Lebensqualität von Frauen und Männern drei Jahre nach erstem Herzinfarkt. Ergebnisse einer Follow-up-Studie mit Patienten aus der kardiologischen Rehabilitation
Härtel, U., Klein, G. 360
Auswirkungen einer 15-wöchigen Interventionsmaßnahme auf die Herzfrequenz-variabilität bei Patienten mit hohem kardiovaskulären Risiko
Heming, C., Latsch, J., Bjarnason-Wehrens, B., Gysan, D., Gogol, C., Albus, C., Schneider, C., Montiel, G., Predel, H.J. 361
Effekte einer metabolisch gesteuerten Trainingstherapie bei Patienten mit Koronarer Herzkrankheit und Diabetes Mellitus Typ 2 in der kardiologischen Rehabilitation der Phase II
Schwaab, B., Kafsack, F., Markmann, E., Zwick, N., Schütt, M. 362
Kardiologische Rehabilitation II 365
Entwicklung und Erprobung eines Zielvereinbarungskonzepts für die Phase III der kardiologischen Rehabilitation - erste Ergebnisse
Nowossadeck, E., Ladstätter, A. 365
AUTARK - Telemedizinisch basierte ambulante Rehabilitation nach Koronar-/Klappen-Operationen
Körtke, H., Beckers, R., Hoffmann-Koch, A., Frisch, S., Wagner, O., Körfer, R. 367
1-Jahres-Prognose von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 nach akutem Koronarsyndrom und kardiologischer Rehabilitation
Völler, H., Reibis, R., von Horlacher, J., Jannowitz, C., Wegscheider, K., Bestehorn, K. 368
Interaktion der kardiovaskulären autonomen Regulation mit der HHNA-Achse bei Hypertonikern unter Stressbelastung
Mussgay, L., Wirtz, P.H., Bickmann, M., Rüddel, H. 370
Motivation zur Sporttherapie in der kardiologischen Rehabilitation
- Ergebnisse zur Reliabilität und Validität eines neu entwickelten Fragebogens
Bönisch, R., Bremer, F.J., Schweidtmann, W., Ohnesorge, W., Muthny, F.A. 372

Kardiologische Rehabilitation (Poster) 374
Krankheitsbezogene Kontrollüberzeugungen und Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nach kardialer Rehabilitation: Genderspezifische Aspekte
Döbler, A., Mittag, O. 374
Veränderungen des Körpergewichts bei KHK-Patienten während und nach der Rehabilitation
Ladstätter, A., Nowossadeck, E. 376
Entwicklung und formative Evaluation eines Schulungsseminars zum Thema "Herzklappenerkrankungen" für die AHB nach Herzklappenoperationen
Schubmann, R., Seekatz, B., Folttmann, C., Meng, K. 378
Evaluation der Nachhaltigkeit von Viniyoga in der stationären Rehabilitation von Patienten mit arterieller Hypertonie
Fusshöller, C., Mayer-Berger, W., Moebus, S., Pieper, C., Marr, A. 379
Herzgruppen in Rheinland-Pfalz
- Erste Ergebnisse einer TeilnehmerInnenbefragung
Schmidt, J., Nübling, R., Keck, M., Ritter, P., Krönig, B., Stahlheber, R. 381

Onkologische Rehabilitation 384
Medizinische und berufliche Rehabilitation unter Berücksichtigung einer psychischen Komorbidität bei Tumorpatienten
Wienholz, S., Ehrensperger, C., Schwarz, R.† 384
Auswirkungen der Sportarten Nordic Walking und Walking auf Schulterbeweglichkeit und Schmerzintensität bei Brustkrebspatientinnen
Kähnert, H., Exner, A.-K., Leibbrand, B., Niehues, C., Kalusche, E.-M., Koller, B., Biester, I., Gärtner, U. 385
Patientenorientierung und direkte Veränderungsmessung: Einschätzungen der Aktivitäten und Teilhabe im Verlauf onkologischer Rehabilitation
Kusak, G., Döllscher, P., Mau, W. 387
Prozess- und Ergebnisbewertung von InanspruchnehmerInnen ambulanter und stationärer onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen
Bergelt, C., Lehmann, C., Beierlein, V., Hagen-Aukamp, C., Kerschgens, C., Rhee, M., Frühauf, S., Meise, U., Otto, J., Berger, D., Koch, U. 389
Wiederaufnahme der Arbeit und psychosozialer Gesundheitszustand bei Krebspatienten im Krankheitsverlauf 391
Mehnert, A., Barth, J., Leibbrand, B., Friedrich, G., Bootsveld, W., Gärtner, U., Koch, U. 391

Onkologische Rehabilitation (Poster) 393
Auswirkungen von körperlicher Aktivität auf die psychische Befindlichkeit von Brustkrebspatientinnen
Exner, A.-K., Kähnert, H., Leibbrand, B., Niehues, C., Kalusche, E.-M., Koller, B., Biester, I., Gärtner, U. 393

Gastroenterologische Rehabilitation - in Kooperation mit der GRVS 395
Effekte einer Intervallrehabilitation bei Erwerbstätigen mit Diabetes mellitus
- Erste Zwischenergebnisse
Ernst, G., Hübner, P. 395
Der Einfluss von unterschiedlichen Bewältigungsstilen auf die Anpassung an eine Darmkrebserkrankung
Groß, S., Murken, S., Körber, J. 397

Haben Diabetiker weniger fortgeschrittene Stadien bei Diagnosestellung eines Kolonkarzinoms als Nichtdiabetiker? Untersuchungen bei Patienten in Anschlussrehabilitation nach Kolonkarzinom
Allgayer, H., Nagel, J.M., Bücker, S., Stark, R., Crispin, A., Göke, B., Parhofer, K. 399
Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede bei Reha-Bedarf und Reha-Zielen bei Patienten mit Morbus Crohn?
Jolivet, B., Fischer, H. 400
Änderungen der Pharmakotherapie während der stationären medizinischen Rehabilitation von Patienten mit Morbus Crohn
Reichel, C., Streit, J., Wunsch, S. 401

Gastroenterologische Rehabilitation (Poster) 403
Schwerpunktbehandlung von Übergewicht und Adipositas in Mutter-Kind-Kliniken - Kurzfristige Therapieeffekte bei Müttern
Otto, F., Arnhold-Kerri, S. 403

Pneumologische Rehabilitation 405
Versorgungssituation in der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD)
Ostholt-Corsten, M., Koch, U., Bergelt, C. 405
Vergleich der Effektivität pneumologischer Rehabilitation bei Asthma und COPD
Schultz, K., Gallenmüller, K., Farin, E. 407
Wirksamkeit der Asthmaschulung für Eltern von Vorschulkindern - die ASEV-Multicenterstudie 410
Spindler, T., Szczepanski, R., Jaeschke, R., Forster, J. 410
Evaluation der deutschen Version des St. George's Respiratory Questionnaire in der stationären pneumologischen Rehabilitation
Meffert, C., Gramm, L., Farin, E., Jäckel, W.H. 412

Psychosomatische Rehabilitation I 415
Prädiktoren der stationären Behandlungsdauer von Patienten mit psychischen Störungen - Eine systematische Literaturanalyse
Melchior, H., Watzke, B., Hergert, A., Hofreuter-Gätgens, K., Bergelt, C., Morfeld, M., Koch, U., Schulz, H. 415
Einfluss von Behandlungsdosis und Behandlungsdichte auf die psychosomatische Symptomlast - Eine naturalistische Studie an 67 stationären Psychotherapiepatienten
Holzapfel, M., Schonauer, K., Mittag, O. 417
Veränderungen der Bindungsstile von 6.800 Patienten während stationärer psychosomatischer Rehabilitation
Mestel, R., von Wahlert, J. 418
Die Behandlung der Posttraumatischen Verbitterungsstörung mittels Weisheitstherapie
Linden, M., Baumann, K., Lieberei, B. 420

Psychosomatische Rehabilitation II 423
Optimismus - Prädiktor und Wirkfaktor depressiver Symptomatik
Becher, L.F., Vogt, J. 423
Schlafstörungen in der psychosomatischen Rehabilitation
Hanisch, M., Linden, M. 424
Auswirkung von psychovegetativer Erschöpfung auf Aktivität und Partizipation
Raschke, F., Gottwald, N., Fischer, J. 426

Arbeitsplatzphobie in unterschiedlichen Berufsgruppen
Muschalla, B., Linden, M. 428
Zusammenhang von subjektiver Sozialmedizin mit Schmerzakzeptanz und Selbstwirksamkeit
Schneider, J. 430

Psychosomatische Rehabilitation (Poster) 432
Entwicklung eines an der ICF orientierten Instrumentes für die Erfassung von Aktivitäten und Partizipation bei Patienten mit psychischen Erkrankungen
Brütt, A.L., Schulz, H., Koch, U., Schmeling-Kludas, C., Nutzinger, D., Andreas, S. ...432
Einfluss der Selbstwirksamkeit auf Schmerzbewältigung und Beeinträchtigung
Schneider, J. 434
Unterscheiden sich die Ergebnisse der ambulanten psychosomatischen Nachsorge nach dem Curriculum Hannover bei Arbeitern und Angestellten?
Eine katamnestische Studie vor dem Hintergrund einer überwunden geglaubten Schichtspezifität
Kobelt, A., Lieverscheidt, B., Grosch, E. 435

Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen I 438
Entwicklung eines Screening-Assessments für die Zuweisungssteuerung in der Suchtrehabilitation
Spyra, K., Möllmann, C., Blume, C., Böttcher, J. 438
Mit dem Joystick gegen das Suchtgedächtnis - Eine randomisierte Kontrollstudie zur Wirksamkeit eines PC-gestützten Rückfallpräventionstrainings für Alkoholabhängige
Lindenmeyer, J., Hesse, C., Becker, E., Rinck, M. 439
Ergebnisqualität bei Nicht-Antwortern in der Routinekatamnestik: Nicht-Antworter-Studie in der katamnestischen Befragung von Alkoholabhän-gigen nach stationärer medizinischer Rehabilitation
Missel, P. 441
Pathologisches PC/Internet-Spielen als eigenständiges Krankheitsbild: Erklärungsmodelle und Klinik
Petry, J. 442
Sucht und Trauma: EMDR in der stationären Suchttherapie
- erste Ergebnisse eines Forschungsprojekts
Zobel, M., Missel, P., Quinten, C., Bergemann, N., Vogelgesang, M., Kruber, I. 444

Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen II 447
Zur Behandlungsdauer von Frauen und Männern in geschlechts-spezifischen und gemischt-geschlechtlichen Einrichtungen der stationären Rehabilitation für Abhängigkeitskranke
Koch, A., Albertini, V., Huland, D., Karmann, G., Kerschl, V., Medenwaldt, J., Rymer, M., Wagner, T. 447
Assessmentbasierte Ableitung von Rehabilitanden-Management-Kategorien für die Suchtrehabilitation
Möllmann, C., Spyra, K......449
Rehabilitation von Patienten mit komorbiden Abhängigkeitserkrankungen nach dem Bad Herrenalber Modell
von Ploetz, K., Smuga, M., Dietsche, S., Löschmann, C 451
Unterschwelliger Alkoholismus als Kontextfaktor bei Patienten der psychosomatischen Rehabilitation
Geiselmann, B. 452

Innovationswerkstatt: Psychische Erkrankungen 455
Psychosomatische Rehabilitation bei Patienten mit Migrationshintergrund
Smuga, M., Dietsche, S., Löschmann, C. 455
Behandlung somatoformer Schmerzen im Rahmen einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)
Meiser, E.-M., Köllner, V., Smucker, M. 457
Akzeptanz einer Handheld-gestützten Kurzintervention zur Selbstregulation der beruflichen Verausgabungsbereitschaft von Patienten in der stationären psychosomatischen Rehabilitation
Bischoff, C., Dreher, C., Schmädeke, S., Bencetic, D., Limbacher, K. 459
Intervention, Beratung und Einleitung von Leistungen zur Teilhabe für psychisch Kranke mit Arbeitsplatzproblematik
Koletzko, W., Bäumler, G. 461
Chancen für Chancenlose - durch Vernetzung und Kommunikation
Remmert, C. 463
Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen 465
Vertrauen in den Arzt (VIA) - erste Ergebnisse einer Prüfung des Fragebogens an jugendlichen Reha-Patienten
Stachow, R., Kiera, S., Tiedjen, U., Petermann, F. 465
Können wir das "dicke Ende" verhindern? Ergebnisse einer 4-jährigen Adipositas-Nachsorgestudie
Hoff-Emden, H. 466
Soziale Fertigkeiten und ADHS - Entwicklung und Evaluation eines Trainings sozialer Fertigkeiten für Kinder mit ADHS
Schmitman gen. Pothmann, M., Petermann, F., Petermann, U., Mayer, H., Zakis, D. 468
Training zur Stressbewältigung und sozialen Kompetenz für Jugendliche und junge Erwachsene in der neurologischen Rehabilitation
Tur, O., Spranger, M., Thomsen, M., Hampel, P. 470
Evaluation von Stepping Stones Triple P - Drei-Jahres-Zwischenergebnisse der Stepping-Stones-SPZ-Multicenterstudie
Schaadt, A.-K., Hasmann, S., Hampel, O., Hasmann, R., Petermann, F., Holl, R. 472
Rehabilitation bei adipösen Kindern und Jugendlichen 475
Stationäre Adipositastherapie bei übergewichtigen und adipösen Kindern und Jugendlichen - Interventionsergebnisse und Follow-up nach sechs Monaten
Langhof, H., Halle, M., Radinger, A., Pertl, A., Schlenz, I., Wolfarth, B., Siegrist, M. ..475
Modellprojekt zur Behandlung der Adipositas im Kindes- und Jugendalter der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg und der AOK Baden-Württemberg
Kromeyer-Hauschild, K., Giesinger, C., Hartschuh, U. 476
Identifikation von Determinanten der Gewichtsreduktion bei Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht und Adipositas (IDA-Insel)
Kaps, A., Schiel, R. 479
Reliabilität und Validität des RQ-Werts zwecks Beurteilung des Fett/Kohlenhydrat-Metabolismus bei der stationären Rehabilitation adipöser Kinder und Jugendlicher
Rothmaier, A., Werner, A., Langhof, H., Ulmer, H.-V. 480

Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen (Poster) 482
Entwicklung und Pilottestung von Bewertungskriterien zur körperlichen Leistungsfähigkeit auf der Basis von Routinedaten für die Rehabilitation bei Adipositas
van Egmond-Fröhlich, A., Lipp, S., Langhof, H. 482
Aktivität, Ruhe und Ernährung bei Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht und Adipositas werden telemedizinisch erfasst
Kaps, A., Bieber, G., Schiel, R. 483
Vergleich der feinmotorischen Entwicklung herzkranker Kinder mit der gesunder Gleichaltriger
Schmitz, S., Dordel, S., Schickendantz, S., Sreeram, N., Brockmeier, K., Bjarnason-Wehrens, B. 485
Hypoglykämiewahrnehmung bei Kindern und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes mellitus
Schiel, R., Kaps, A., Kramer, G., Chudaske, C., König, K. 486
Medienmissbrauch bei Jugendlichen - Methodik des "Live Life Live" Screening- und Behandlungskonzepts und erste Ergebnisse im Rahmen der stationären Rehabilitation
Heß, J., van Egmond-Fröhlich, A. 487
Andere Indikationsbereiche (Poster) 490
Welcher Einfluss auf das Ausdauerleistungsdefizit bei schwer Brandverletzten ist in der stationären Rehabilitation möglich?
Ziegenthaler, H., Erler, K., Gabler, P., Brückner, L. 490
Integrative Behandlung von Müttern und Kindern in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und Kinder
Arnhold-Kerri, S., Otto, F. 491

Autorenindex 493
Verzeichnis der Erstautoren 497

Veränderungen in stationären Einrichtungen sind machbar! Ergebnisse einer deutschlandweiten Studie

Schultz, C.
Technische Universität Berlin

Stationäre Einrichtungen stehen vor großen Herausforderungen, die insbesondere aus sinkenden Budgets bei gleichzeitig steigenden Qualitätsansprüchen und damit einhergehend verstärktem Wettbewerb resultieren. Diesen Herausforderungen begegnen Krankenhäuser mit neuen Versorgungsangeboten und optimierten Prozessen. Die notwendigen Veränderungen sind oft komplex und bedürfen der Mitwirkung verschiedener Berufsgruppen und externer Partner. Das Management derartiger Veränderungen ist daher eine der zentralen Herausforderungen des heutigen Krankenhausmanagements.

Der Blick in die Krankenhauspraxis zeigt, dass Versorgungsangebote neu geschaffen, angepasst oder eingestellt werden - und das unter explizitem Einbezug des ambulanten Marktes sowie auch der Rehabilitation und Prävention. Zusätzlich werden Komfort- und Betreuungsbestandteile optimiert, bis hin zur Einrichtung von Patientenhotels. Ein weiteres Hauptaugenmerk liegt auf der Optimierung von medizinischen und patientenfernen Prozessen. Die Einführung von Clinical Pathways, die Delegation von ärztlichen Aufgaben an Pflegekräfte oder die Optimierung der Krankenhauslogistik sind hier Beispiele. Besondere Relevanz haben Prozessveränderungen über Einrichtungsgrenzen hinweg - sei es durch den Aufbau von Einweisernetzwerken oder durch die einrichtungsübergreifende Bündelung von medizinischen Kompetenzen und Materialbedarfen. Alle diese Beispiele sind qualitativ neuartige Krankenhaus-Produkte oder Verfahren, die sich gegenüber dem Status quo merklich unterscheiden und damit in erheblichem Maß von der Innovations- und Veränderungsfähigkeit der Krankenhäuser determiniert werden.

Im Rahmen des Beitrages wird der Frage nachgegangen, wie Krankenhäuser die Innovationsfähigkeit aktiv beeinflussen können. Fokussiert werden zum einen Aspekte auf der Krankenhausebene, wie die Existenz und Klarheit der Krankenhausstrategie sowie die Zusammenarbeitsqualität der Berufsgruppen (Kaufm.; Ärzte; Pflegekräfte) im Krankenhaus. Zum anderen wird die Relevanz von Projektmanagement-Kompetenzen bei der Durchführung von Veränderungsprojekten beleuchtet. Im Kontext von Gesundheitsdienstleistern wird postuliert, dass formale Elemente gegenüber informalen an Bedeutung verlieren, mit dem Hinweis auf eine mangelnde Standardisierbarkeit der Veränderungsprozesse und ein gleichzeitig ausgeprägtes und notwendiges Empowerment der Mitarbeiter. Allerdings fehlen bis dato empirische Arbeiten, die dieser Frage explizit nachgehen. Daher wurde im Rahmen des vom BMBF geförderten Forschungsvorhabens "Das innovative Krankenhaus" (Förderkennzeichen 01HG0601) eine deutschlandweite Benchmarking-Studie durchgeführt, deren Ergebnisse erstmalig auf dem Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium vorgestellt werden.

Die statistische Analyse erfolgt auf Basis einer breit angelegten Studie zur Innovations- und Veränderungsfähigkeit von deutschen Krankenhäusern. Der Studie liegt ein Multi-Respondenten-Design unter Beteiligung der kaufmännischen, ärztlichen und pflegerischen Leitung zu Grunde. Separat dazu wurden relevante Betriebskennzahlen und die wirtschaftliche Bedeutung und Neuartigkeit des Innovationsportfolios erhoben. Dadurch werden mögliche systematische Bias reduziert und gleichzeitig die differierenden Sichtweisen der unterschiedlichen Berufsgruppen berücksichtigt. Die Analyse kann 80 vollständige Datensätze, mit je drei Respondenten, plus Kennzahlen und Innovationsportfolio-Einschätzung einbeziehen. Von weiteren 21 Häusern stehen ergänzende Daten zur Verfügung. Sie ist damit nach unserem Kenntnisstand die umfangreichste Studie ihrer Art.

Deskriptive Befunde zeigen insbesondere die Zusammenarbeitsprobleme zwischen den Berufsgruppen auf, aber auch die hohe Varianz der Ausprägung des Innovationsportfolios zwischen den Häusern. Mit höchster Intensität werden folgende Aktivitäten durchgeführt (jeweils Top 2 innerhalb der Dimensionen Versorgungsangebot; Ergänzung Dienstleistungsangebot; Optimierung patientennaher Prozesse; Optimierung patientenferner Prozesse; Optimierung einrichtungsübergreifender Prozesse): Bildung interdisziplinärer Fachzentren; Erweiterung des Einzugsgebietes; Verbesserung der Zimmerausstattung und des Essensangebots; Einrichtung einer interdisziplinären Notaufnahme und fachübergreifender Diagnostik; Standardisierung des Materialportfolios; Delegation hausinterner Hol- und Bringedienste an nichtmedizinisches Personal; gemeinsame Einkaufsplattform mit andern Krankenhäusern; Einrichtung krankenhausübergreifender Diagnostik (Telemedizin). Neben einer Reihe weiterer Befunde unterstreichen die Ergebnisse die Bedeutung der Qualität der Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen (kaufmännisch, ärztlich und pflegerisch) im Krankenhaus. Ferner existiert eine positive Wirkung einer Strategieklarheit sowie einer ausgeprägten Projektmanagement-Kompetenz auf die Veränderungsfähigkeit von Krankenhäusern.

Zwar ist in der vorliegenden Studie der Krankenhausbereich fokussiert worden, jedoch sind in stationären Rehabilitationseinrichtungen sehr ähnliche Barrieren und Erfolgsfaktoren des Veränderungsprozesses wahrscheinlich und damit die Ergebnisse übertragbar. An den Ergebnissen können und sollten sich die verantwortlichen Mitarbeiter in den stationären Einrichtungen orientieren und geeignete organisatorische Rahmenbedingungen zur Steigerung der Veränderungs- und Innovationsfähigkeit schaffen. Eines ist sicher: Veränderungsdruck und -potentiale werden weiterhin zunehmen und langfristig wirtschaftlich sowie medizinisch erfolgreich sind die Einrichtungen, die die notwendigen Veränderungsprozesse erfolgreich bewältigen. Wir hoffen mit dieser Studie dazu einen Beitrag zu leisten.

Reha-Forschung als Innovationsmotor - der Förderschwerpunkt "Chronische Krankheiten und Patientenorientierung"

Buschmann-Steinhage, R.
Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Auch die Rehabilitation braucht Innovation, wenn sie den Herausforderungen aus demographischer Entwicklung und medizinischem Fortschritt gerecht werden will. Dazu kann die Reha-Forschung beitragen. Das wird allgemein akzeptiert, ist aber nicht einfach umzusetzen. Denn die Bedingungen und Prozesse der Innovation sind wenig untersucht, oft nicht transparent und kaum systematisiert.

Der Förderschwerpunkt zur versorgungsnahen Forschung "Chronische Krankheiten und Patientenorientierung" ist ein Beispiel für Forschung, die zur Innovation in der Rehabilitation, aber auch im Gesundheitswesen beitragen soll. Laut Bekanntmachung zielt er auf eine Optimierung der Versorgungsgestaltung, u. a. durch innovative Interventionen zur Stärkung der Patientenorientierung.

Dieser Förderschwerpunkt ist eine gemeinsame Initiative der Bundesministerien für Bildung und Forschung (BMBF), für Gesundheit (BMG) sowie für Arbeit und Soziales (BMAS) und der Deutschen Rentenversicherung, der Spitzenverbände der Krankenkassen und des Verbands der privaten Krankenversicherung. Das Programm baut auf zwei erfolgreichen Vorgängerprogrammen auf, dem Förderschwerpunkt "Rehabilitationswissenschaften" von Rentenversicherung und BMBF sowie dem Förderschwerpunkt "Versorgungsforschung" von Krankenversicherung und BMBF. Nun kooperieren erstmals Renten- und Krankenversicherung gemeinsam mit dem BMBF und schaffen so die Möglichkeit zu sektorenübergreifender Forschung zur Patientenorientierung bei chronischen Krankheiten.

Nach der Bekanntmachung zur ersten Förderphase im Juli 2006 gingen 385 Antragsskizzen ein. Diese hohe Zahl unterstreicht das große Interesse an diesem Thema. In einem zweistufigen Prozess der Begutachtung (Auswahl auf der Ebene von Antragsskizzen und ausformulierten Anträgen) wurden insgesamt 41 Projekte für die Förderung ausgewählt. Für sie stehen zwischen 2008 und 2011 insgesamt 10,8 Mio. Euro zur Verfügung. Drei Themenfelder der Patientenorientierung stehen im Mittelpunkt der Förderung: Gezielte Patienteninformationen, effiziente Schulungsprogramme für chronisch kranke Menschen sowie die partizipative Gestaltung der Versorgung. Hierzu sollen Konzepte entwickelt und deren Wirksamkeit evaluiert werden. Von besonderem Interesse sind die Auswirkungen der untersuchten Interventionen auf den Krankheitsverlauf sowie auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und am Arbeitsleben.

Der Förderschwerpunkt "Chronische Krankheiten und Patientenorientierung" ist in zweierlei Hinsicht innovativ, als Förderprogramm selbst und durch Projekte zu innovativen Interventionen. Neu ist zum Einen die trägerübergreifende Kooperation mit dem BMBF, zum Andern aber auch die Ausrichtung auf die Patientenorientierung der Versorgung insgesamt. Durch die Einbeziehung der Förderer in die Begutachtung und durch sog. Projektpatenschaften seitens der Renten- und Krankenversicherung steigt der Praxisbezug. Zugleich bestehen damit gute Voraussetzungen für die Umsetzung der Forschungsergebnisse. Aus vielen Projekten entstehen innovative Konzepte für die Rehabilitation. Das macht diese Vorhaben be-

deutsam für die Weiterentwicklung im Gesundheitswesen, kann die Umsetzung aber auch erschweren, wenn dafür gewohnte Routinen verlassen werden müssen.

Mehrere Projekte versuchen durch neue Wege die Nachhaltigkeit der medizinischen Rehabilitation und ihrer Ergebnisse zu steigern. In der Reha-Nachsorge können Kontakte mit ihren Therapeutinnen und Therapeuten via E-Mail oder Telefon die Betroffenen "bei der Stange halten" und bei Problemen unterstützen. Eine andere Möglichkeit bietet das Internet: Statt zu einer - oft nicht oder nur schwer erreichbaren - Nachsorgegruppe zu fahren, halten Patientinnen und Patienten, die sich aus der Reha-Klinik kennen, Kontakt zu ihren Behandlern, indem sie sich einmal im Monat ähnlich einer Telefonkonferenz online in der Gruppe austauschen. Auf dem PC-Bildschirm können sie dabei ihre Therapeuten "live" sehen; Bilder und Diagramme können zur Erläuterung und Unterstützung eingeblendet; auf einem Online-Flipchart Diskussionsergebnisse festgehalten werden.

Zur Innovation gehört mehr, als neue Erkenntnisse hervorzubringen. Hinzukommen muss die Umsetzung dieser Ergebnisse. Forschung selbst ist also noch keine Innovation, wohl aber "ein Katalysator, um Innovationen systematisch voranzutreiben" (Schmidt et al., 2006). Forschung stellt damit eine notwendige, aber noch keine hinreichende Bedingung für Innovation dar. Das gilt insbesondere für die Medizin, die nach Raspe als risikoavers und fortschrittsskeptisch gilt.

Die Literatur zu Innovation ist stark ökonomisch geprägt. Sie unterscheidet in der Regel drei Arten von Innovationen (Breyer et al., 2004): (a) Prozessinnovationen: Ein in der Art gleichbleibendes Produkt wird zu geringeren Kosten hergestellt. (b) Produktinnovationen: Es entsteht ein Produkt mit neuen Eigenschaften oder zumindest neuen Kombinationen bisheriger Eigenschaften. (c) Organisatorische Innovationen: Durch neuartige Kombinationen von Produktionsprozessen oder auch von ganzen Unternehmen entstehen Kostenvorteile.

In Rehabilitation und Gesundheitswesen sind die verschiedenen Innovationsarten schwer voneinander zu trennen. Hier verlangt wirkliche Innovation in der Regel Veränderungen auf verschiedenen Ebenen (Prozess, Produkt, Organisation, Konzept, Mentalität). Innovation geschieht nicht von selbst und nicht immer in der optimalen Art und Weise. Institutionen wie die Krankenkassen (Innovationsmanagement, angesiedelt beim Medizinischen Dienst der Spitzenverbände MDS) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (Innovationsservice) haben deshalb Organisationseinheiten geschaffen, mit deren Hilfe Innovationen gesteuert und gefördert werden sollen. Analoge Aufgaben haben entsprechende Stabsabteilungen und Gremien bei der Rentenversicherung.

Ein effizientes und qualitativ hochwertiges Gesundheitssystem braucht die möglichst schnelle Transformation von einschlägigen Forschungsergebnissen in echte Innovationen. Andererseits brauchen Forschungsergebnisse und darauf basierende Leitlinien oft Zeit, bis sie als Innovationen umgesetzt bzw. befolgt werden. Betrachtet man die Rehabilitation, dann bedeutet Innovation in den Rehabilitationseinrichtungen meistens Veränderung von so etwas wie "Hardware" (Geräte, Medikamente, Räume) und "Software" (Konzept, "Philosophie des Hauses", Einstellungen und Mentalität der Beschäftigten). Damit hat Innovation für die Rehabilitation ähnliche Ziele und Aufgaben wie die Rehabilitation sie für Patientinnen und Patienten hat, wenn etwa das Training körperlicher Funktionen (vgl. "Hardware") ebenso notwendig ist wie die Arbeit an der Einstellung zur Erkrankung und am

Lebensstil (vgl. "Software"). Ohne Veränderungsbereitschaft und ohne kompetente Unterstützung werden sowohl Innovation als auch Rehabilitation nur selten erfolgreich sein.

Literatur

Breyer, F., Zweifel, P. Kifmann, M. (2004): Gesundheitsökonomik (5. Aufl.). Berlin: Springer.

Schmidt, C., Froböse, I., Schian, H.-M. (2006): Berufliche Rehabilitation in Bewegung - Herausforderungen und Perspektiven. Die Rehabilitation, 45. 194-202.

Standardisierte individualisierte Ergebnisbewertung in der psychosomatischen Rehabilitation: Persönliche Problemprofile als Schnittstelle zur ambulanten psychotherapeutischen Nachsorge

Steffanowski, A. (1,2), Schmidt, J. (2,3), Nübling, R. (2,3), Kriz, D. (1,2), Wittmann, W.W. (1)

(1) Universität Mannheim, Lehrstuhl Psychologie II, (2) GfQG, Karlsruhe,
(3) Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Einleitung

Wenn ein Patient eine stationäre psychosomatische Rehabilitation beginnt, so bringt er meist eine ganze Palette von individuellen Problemen in die Behandlung mit. In Anbetracht der Kürze der Zeit muss im Rahmen der stationären Behandlung eine Fokussierung auf wenige therapierelevante Themen erfolgen. Hierdurch ergibt sich am Ende der Behandlung die Situation, dass manche Problembereiche erschöpfend therapiert werden konnten, während andere Aspekte nur angerissen wurden und die Frage nach dem Transfer neuer Einsichten in den Alltag noch offen ist.

Damit ist die Frage einer adäquaten Nachsorge angeschnitten. Eine wichtige Voraussetzung für deren Gelingen im Sinne einer Stabilisierung des erreichten Behandlungserfolges, Weiterbearbeitung von relevanten Themen und Rückfallprävention ist der Informationsfluss zwischen der Rehabilitationsklinik und dem weiterbehandelnden Arzt bzw. Psychotherapeuten. Hierzu wäre es wünschenswert, die Entwicklung wichtiger Problembereiche des Patienten so zu visualisieren, dass der Weiterbehandelnde unmittelbar am Entlassbefund anknüpfen kann. Herkömmliche indirekte Veränderungsmaße weisen allerdings den Nachteil auf, dass sich aus der Effektgröße allein noch nicht ergibt, inwieweit eine vollständige Remission erzielt werden konnte und ob noch weiterer Behandlungsbedarf besteht.

Methodik

Im Rahmen der EQUA-Studie (Schmidt et al., 2003) wurde unter anderem auch eine "Persönliche Symptom- und Problemliste" (PSPL) entwickelt, die eine Auswahl von häufig bei psychosomatischen Rehabilitanden auftretenden reha-relevanten Themen enthält. Dabei gaben die Patienten jeweils bei Aufnahme und Entlassung an, wie häufig ein bestimmtes Problem (z. B. "Antriebslosigkeit") in der Woche zuvor aufgetreten war (fünfstufige Ratingskala mit den Ankreuzalternativen von "nie" bis "sehr oft"). Insgesamt 49 Items werden zu 7 Subskalen sowie zu 1 Globalskala aggregiert. Durch diesen hierarchischen Aufbau ist eine Darstellung der Information mit unterschiedlichem Auflösungsgrad möglich: Während die Skalen eine zusammenfassende Orientierung über wichtige Problembereiche geben, liefern die Items detailliertere Informationen, die sich unmittelbar im therapeutischen Alltag nutzen lassen.

Die Aufbereitung der Daten erfolgt durch standardisierte individualisierte Erfolgsbewertung mit Composit-Maßen (Steffanowski et al., 2007; Steffanowski, 2008). Diese Art der Erfolgs-

bewertung trägt sowohl dem Präventionsgedanken im Sinne der Erhaltung von erwünschten Zuständen als auch dem Rehabilitationsgedanken im Sinne einer Verbesserung des Befindens Rechnung. Hierzu wird zunächst für jedes Item der PSPL sowohl für die Aufnahmemessung (A) als auch für die Entlassmessung (E) eine z-Standardisierung anhand des Mittelwerts bei Aufnahme (M_A) sowie der Streuung bei

Aufnahme (SDA) nach Gleichung 1 bzw. Gleichung 2 durchgeführt.

Gleichung 1: $z_A = M_A - A / SD_A$ Gleichung 2: $z_E = (M_A - E) / SD_A$

Ein z-Wert von 0,00 bedeutet somit, dass die Problemausprägung dem Wert eines durchschnittlichen Patienten zum Aufnahmezeitpunkt entspricht. Die Differenz zwischen der z-standardisierten A-Messung (z_A) und E-Messung (z_E) entspricht rechnerisch der Effektgröße Cohen's d. Das Composit-Maß CP wird für jedes Item nach Gleichung 3 berechnet:

Gleichung 3: $CP = (z_E + d) / 2$

Eine entsprechende Berechnung wird auch für die Skalen durchgeführt. Steffanowski (2008) konnte zeigen, dass durch diese Berechnungsweise eine differenzierte Erfolgsbewertung möglich ist, die verschiedene ungelöste Probleme der klassischen indirekten Veränderungsmessung wie Regression zur Mitte und Nichtberücksichtigung des tatsächlichen Befindens vor und nach der Behandlung vermeidet.

Ergebnisse

Tabelle 1 enthält ein Fallbeispiel für eine 38-jährige depressive Patientin. Im Bereich Depressivität liegt die Patientin zu Behandlungsbeginn um 0,45 Standardabweichungseinheiten unterhalb des Durchschnitts der klinischen Stichprobe zum Aufnahme-Zeitpunkt. Die Verbesserung mit einer individuellen Prä-Post-Effektgröße von +0,40 führt zu einem Entlasswert, der mit -0,05 immer noch knapp unterhalb des klinischen Durchschnitts bei Aufnahme liegt. Die Bewertung durch CP fällt mit +0,18 daher eher zurückhaltend aus, was die Relevanz einer weiteren Behandlung der depressiven Problematik in der Nachsorge verdeutlicht. Anders sieht es im Bereich "Gesunde Lebensweise" aus, hier weist die Patientin zu Behandlungsbeginn bereits einen vergleichsweise positiven Wert auf, der sich im Verlauf der Rehabilitation um 0,58 Punkte noch weiter verbessert, was in der Gesamtbewertung durch einen CP-Wert von +0,91 entsprechend honoriert wird.

	A	**E**	**D**	**CP**
Selbstunsicherheit	-0,39	+0,22	+0,61	+0,42
Depressivität	-0,45	-0,05	+0,40	+0,18
Familiäre Probleme	+0,53	-0,06	-0,59	-0,33
Somatisierung	+0,70	+1,58	+0,88	+1,23
Reizbarkeit	-0,24	+0,13	+0,37	+0,25
Berufliche Probleme	+0,23	+0,37	+0,14	+0,26
Gesunde Lebensweise	+0,75	+1,29	+0,54	+0,91
Gesamtskala	+0,16	+0,58	+0,42	+0,50

Anm. : A - Aufnahmemessung, E - Entlassmessung, D - Individuelle Effektgröße, CP - Composit-Maß aus D und E.

Tab. 1: Standardisierte individualisierte Ergebnisbewertung, Fallbeispiel.

Zur Validierung der Composit-Maße soll zur Veranschaulichung ihrer Aussagekraft exemplarisch eine Prognose des Verbleibs im Erwerbsleben ein Jahr nach Entlassung dienen. Die Berechnung erfolgte anhand der katamnestischen Antworter, für die gleichzeitig die PSPL zum A- und E-Zeitpunkt vorliegt (n = 462). Tabelle 2 zeigt die Ergebnisse. Die günstigste Erwerbsprognose weist die Gruppe der 264 Patienten mit eindeutig positiver Erfolgsbewertung (CP > +0,50) auf.

Composit-Maß (PSPL-Gesamtskala), Vergleich zwischen Aufnahme- und Entlasszeitpunkt	n	Anteil der Erwerbstätigen ein Jahr nach Entlassung aus der Rehabilitation (p<.001)
CP < -0,50	46	37,0 %
-0,50 > CP > +0,50	152	49,3 %
CP > +0,50	264	68,9 %
Insgesamt	462	59,3 %

Tab. 2: Prognose des Erwerbsstatus aus dem Composit-Maß bei Entlassung

Diskussion und Ausblick

Die hier demonstrierte Synthese von Veränderungs- und Statusinformationen führt zu einer faireren Erfolgsbewertung, als dies bei alleiniger Verwendung von indirekten Prä-Post-Veränderungsmaßen (Effektgrößen) möglich ist. Für die ambulante Nachsorge relevante Bereiche lassen sich direkt in der Spalte CP ablesen, wobei Werte nahe oder kleiner als Null für Problembereiche stehen, die im Interesse des Erhalts bzw. der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit einer weiteren intensiven Aufmerksamkeit bedürfen.

Literatur

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

Steffanowski, A., Nübling, R., Schmidt, J., Kriz, D., Wittmann, W.W. (2007): Individualisierte Ergebnisevaluation in der Psychosomatischen Rehabilitation durch Kombination von Status- und Veränderungsinformationen. DRV-Schriften, Bd 77. 70-72.

Steffanowski, A. (2008): Evidenz psychosomatischer Rehabilitation im Spiegel multipler Ergebniskriterien. Universität Mannheim: Dissertation an der Fakultät für Sozialwissenschaften.

Nachsorge im Rehabilitationsprozess nach Schlaganfall: wer erreicht die Therapiefortsetzung, wer verbleibt in der Erwerbstätigkeit?

Zimmermann, M. (1), Behrens, J. (2), Schaepe, C. (2), Schubert, M. (2)

(1) Zentrum Altern und Gesellschaft, Hochschule Vechta, (2) Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund

Das Teilprojekt C5 des SFB 580 untersucht mit seinem Thema "Rehabilitation zwischen Transformation und Weiterentwicklung - Individualisierung und Differenzierung von Rehabilitation im Falle Gesundheitsbedingter Exklusionsrisiken in Ost- und Westdeutschland, Schweden, Schweiz, Italien und Tschechien" die (langfristigen) Verläufe nach dem Ereignis eines Schlaganfalls mit dem Ziel, Prädiktoren für einen erfolgreichen Rehabilitationsprozess ("best practice") nach Schlaganfall zu finden. Dazu zählt nicht nur die direkte rehabilitative Versorgung nach dem Akutereignis, sondern auch die weitere rehabilitative Versorgung und weitere Therapien, die im deutschen Gesundheitswesen unter dem Begriff der "Nachsorge" subsummiert werden. Hier zeigten sich in der Vergangenheit Behandlungsabbrüche (vgl. Zimmermann et al., 2006) und zum Teil auch eine schlechte Information durch Leistungsträger und Leistungserbringer (vgl. Schlote et al., 2008). Für Deutschland werden verschiedene Datenquellen wie Routinedaten der Rentenversicherungsträger, offene und standardisierte Experten- und Klienteninterviews genutzt und erzeugt und nach Unterschieden im Ost-West und im internationalen Vergleich gefragt.

Methode

Aus den Prozessdaten der Rentenversicherung wurde für die Bundesländer Baden-Württemberg, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen eine Stichprobe der Versicherten gezogen, die im Jahre 2004 mindestens einen Eintrag im Datensatz aufgrund eines Rehabilitationsantrags oder eines Antrags auf Erwerbsunfähigkeit mit Diagnose "Schlaganfall" (I60, I61, I63, I64) aufwiesen. Hieraus wurde eine postalische Befragung mit jeweils 200 Versicherten der benannten (früheren) Rentenversicherungen durchgeführt. In der Befragung wurden weitgehend validierte Skalen zu den Tätigkeiten des täglichen Lebens (Barthel, Selbstausfüller), des subjektiven Gesundheitszustand, der subjektiven Leistungsfähigkeit, zur Inanspruchnahme von Leistungen der Rehabilitation, zur Inanspruchnahme weiterer Angebote der Nachsorge, zur Erwerbstätigkeit vor und nach dem Ereignis des Schlaganfalls eingesetzt. Erwartet wurde, dass abhängig von der Art der Krankenkasse und der Schwere der Einschränkungen eine Therapiefortsetzung stattfindet und ein Verbleib im Erwerbsleben möglich ist. Für den Ost-Westvergleich wurde ein reduziertes Therapieregime in den neuen Bundesländern erwartet.

Ergebnisse

Der Rücklauf lag bei knapp 50 %. Zwei Drittel der Befragten waren Männer. Der Median im Lebensalter lag bei 55 Jahren. Zwei Drittel der Befragten hatten weitere Therapien (Physiotherapie und Ergotherapie) nach der (medizinischen) Rehabilitation erhalten. Die Art der Krankenkasse zeigte hierbei keine signifikanten Unterschiede, gleiches galt für Zugehörigkeit zu einem Ost- oder Westbundesland. Insgesamt wiesen die befragten Versicherten nur

geringe Einschränkungen im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens auf. Dennoch schätzte weniger als ein Viertel den subjektiven Gesundheitszustand mit "gut" oder "sehr gut" ein.

In einer multivariaten Analyse konnte das Lebensalter als wichtigster Prädiktor für den Verbleib in der Erwerbstätigkeit zum Zeitpunkt der Befragung ermittelt werden. Nach Alter kontrolliert erwies sich die Einschätzung der subjektiven Leistungsfähigkeit als signifikanter Prädiktor.

Fazit

Die Annahme der ungleichen Versorgung nach Schlaganfall insbesondere in der Nachsorge bzw. weiteren ambulanten Versorgung konnte zunächst nicht bestätigt werden. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Stichprobe möglicherweise einem Selection Bias unterworfen ist. Denn medizinische Rehabilitation durch den Träger "Rentenversicherung" wird in der Regel nur bei denjenigen Versicherten nach Schlaganfall gewährt, die (noch) eine positive Erwerbsprognose aufweisen. Daher ist die Stichprobe nicht repräsentativ für Schlaganfallbetroffene im erwerbsfähigen Alter. Weitere Analysen zum Nachsorgegeschehen werden an einer reduzierten Stichprobe durchgeführt, die erneut und ausführlicher zum Therapiegeschehen und dem Rehabilitationsprozess mehrfach befragt werden. Das Ziel ist ein Panel von Schlaganfallbetroffenen und die Erfassung des langfristigen Rehabilitationsverlaufs.

Literatur

Schlote, A., Poppendick, U., Möller, C., Wessel, K., Wunderlich, M., Wallesch, C.-W. (2008): Kenntnis von Unterstützungsangeboten nach erstem Schlaganfall. Die Rehabilitation, 47. 136-144.

Schubert, M., Ayerle, G., Behrens, J., Schaepe, Ch., Zimmermann, M., Höhne, A. (2006): Rehabilitation und Rehabilitationserleben aus Sicht von Schlaganfall-Patienten. DRV-Schriften, Bd 64. 386-388.

Zimmermann M., Weber, A. (2000): Struktur- und systembedingte Grenzen und Möglichkeiten der Selbstbestimmung im Prozeß der Rehabilitation in Deutschland, Schweden und der Schweiz. In: Blumenthal, W., Rische, H. (Hrsg.): Selbstbestimmung in der Rehabilitation - Chancen und Grenzen, (= DVfR-Reihe: Interdisziplinäre Schriften zur Rehabilitation. Bd 9. 240-244.

Zimmermann, M., Behrens, J., Höhne, A., Schaepe, C., Schmidt, A., Schubert, M. (2006): "Aber in der Regel muss ich mir das alles selber suchen und organisieren" - Rehabilitationserleben und Nachsorge nach dem Ereignis eines Schlaganfalls. DRV-Schriften, Bd 64. 380-382.

Zimmermann, M. (2007): Funktionen, Konzepte und Strukturen der Rehabilitation in Deutschland, England, Schweden und der Schweiz- Ansätze einer Methodik der vergleichenden Rehabilitationsforschung. Halle, Univ., Med. Fak., Dissertation.

Was wird aus den Nachsorge-Empfehlungen der Reha-Kliniken?

Vogel, H. (1), Konrad, S. (1), Holderied, A. (2)

(1) Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Universität Würzburg,
(2) Ärztlicher Dienst, Deutsche Rentenversicherung Nordbayern

Hintergrund

Die Bedeutung der Nachsorge nach medizinischer Rehabilitation wird den letzten Jahren immer häufiger herausgestellt. Zahlreiche Fachtagungen, Publikationen und Empfehlungen von Rehabilitationsträgern aus den letzten Jahren dokumentieren dies (vgl. Deck et al., 2004; Deutsche Rentenversicherung, 2007; Köpke, 2005). Vor diesem Hintergrund diente die vorliegende Studie dazu, die Häufigkeit von Nachsorge-Empfehlungen in einer unausgelesenen Stichprobe von stationären orthopädischen Reha-Maßnahmen zu erheben und katamestisch deren Umsetzung zu prüfen.

Methode

Im Rahmen einer Zeitstichprobe wurden 86 Entlassungsberichte von orthopädischen Reha-Maßnahmen der früheren DRV Unterfranken ausgewählt, bei denen seit Maßnahmeende im Durchschnitt drei Monate vergangen waren. Bei diesen Berichten wurden zunächst die ausdrücklichen Nachsorge-Empfehlungen in den standardisierten Ankreuzfeldern des Entlassungsberichts analysiert, ferner wurden die Freitexte der Entlassungsberichte auf darin enthaltene weitere Nachsorge-Empfehlungen oder Ratschläge geprüft. Anschließend wurden die ehemaligen Rehabilitand(inn)en von der DRV aus angerufen und um Einverständnis zur Teilnahme an einer Nachbefragung gebeten. Mit ihnen wurde dann (bei Einverständnis) ein leitfadengestütztes Interview zu den zuvor individuell festgestellten Nachsorge-Empfehlungen durchgeführt. Dabei ging es zunächst darum, ob den Rehabilitanden die Empfehlungen bekannt bzw. bewusst gewesen sind, und dann um die Frage, ob diese und wenn ja, wie weit sie bislang umgesetzt werden konnten. Schließlich wurden förderliche und hinderliche Faktoren erhoben.

Ergebnisse

Insgesamt konnten 50 Rehabilitanden (auch unter Berücksichtigung weiterer Ausschlusskriterien) in die Studie aufgenommen und telefonisch befragt werden. Bei jedem Rehabilitanden fanden sich ein oder mehrere Nachsorge-Empfehlungen. Insgesamt konnten 57 standardisierte und 75 nicht-standardisierte Empfehlungen gezählt werden. Bei einem Viertel der Empfehlungen, speziell bei den nicht-standardisierten, konnten die Probanden sich nicht an die Empfehlungen erinnern. Ca. 2/3 der Empfehlungen wurden nach Eigenangaben zwischenzeitlich umgesetzt. Zwar wünschten sich 3/4 der Rehabilitanden eine Verbesserung der Reha-Nachsorge; jedoch beurteilten fast alle Rehabilitanden die Vorbereitung auf den Alltag und den Beruf nach der Reha als befriedigend, gut oder sehr gut (Schulnotenskala). Eine bessere Einbindung der Hausärzte in die Nachsorge hielten etwa 2/3 der Rehabilitanden für wichtig oder eher wichtig. Sowohl der Reha-Klinik als auch dem Rehabilitationsträger wird von 4/5 der Befragten eine wichtige oder sehr wichtige Rolle für die Verbesserung der Rehabilitationsnachsorge zugewiesen.

Schlussfolgerungen

Für die Nachsorge-Empfehlungen konnten in dieser Studie eine erfreuliche Häufigkeit und Vielfalt festgestellt werden. Auch die Versicherten zeigten ein deutliches Interesse an der Förderung der Nachsorge. Leider ergab sich, dass die Empfehlungen nicht selten so "versteckt" im ausführlichen Entlassungsbericht (Freitext) enthalten sind, dass sie möglicherweise keine Aufmerksamkeit finden, weder beim Rehabilitationsträger noch beim Hausarzt oder gar dem Patienten. Um eine bessere Umsetzung von Nachsorge-Empfehlungen zu erreichen, sollte einerseits daran gedacht werden, diesbezüglich deutliche Empfehlungen an die Erstellung der Entlassungsberichte zu formulieren und deren Umsetzung auch nachhaltig zu trainieren. Andererseits sollte geprüft werden, ob die Rehabilitanden in der post-stationären Phase von Seiten der Rehabilitationsträger stärker bei der Umsetzung der Nachsorge-Empfehlungen unterstützt werden können.

Literatur

Deck, R., Glaser-Möller, N., Müller, O. (Hrsg.) (2004): Rehabilitation und Nachsorge. Bedarf und Umsetzung. Lage: Jacobs-Verlag.

Deutsche Rentenversicherung (2007): Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Reha-Nachsorge in der Rentenversicherung. DRV Bund. Stand: 26. Januar 2007. 1-19.

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

Ambulante Folgeleistungen: Manche sollen sie haben, viele wollen sie haben - und wer bekommt sie tatsächlich?

Niemeyer, C. (1), Schaidhammer, M. (1), Greitemann, B. (2)

(1) Institut für Rehabilitationsforschung Norderney, Abteilung Bad Rothenfelde,
(2) Klinik Münsterland der Deutschen Rentenversicherung Westfalen, Bad Rothenfelde

Hintergrund

Seit 1998 bietet die Deutsche Rentenversicherung Westfalen die Möglichkeit an, "geeigneten" Patienten zu ihren Lasten aus der orthopädischen Rehabilitation heraus ambulante Folgeleistungen in Form von Einzelkrankengymnastik oder gerätegestützter Krankengymnastik ("Nachsorge") zu verordnen.

Dabei gelten Patienten als geeignet, wenn

1. das Rehabilitationsziel nicht vollständig erreicht oder nicht ausreichend abgesichert werden konnte,
2. durch ambulante Maßnahmen die Ergebnisse der stationären Rehabilitation voraussichtlich gesichert oder gefestigt werden können,
3. die ambulante Nachsorge Behandlungsaspekte beinhaltet, die bereits während der Rehabilitation begonnen worden sind.

Ambulante Folgeleistungen sollen nicht verordnet werden, wenn mit einer unmittelbar an die Leistung anschließenden Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit nicht zu rechnen ist.

Aber wonach richten sich die Ärzte bei der Verordnung tatsächlich? Erreicht das Angebot die angestrebte Zielgruppe?

Methodik

In unserem Projekt "Evaluation der orthopädischen Reha-Nachsorge der DRV Westfalen (EVORNA)" sollten uns die Ärzte kooperierender Rehabilitationseinrichtungen alle Patienten mit entsprechender Nachsorge-Indikation als potenzielle Studienteilnehmer melden. Diese Patienten wurden mit den Patienten verglichen, die im gleichen Zeitraum über den gleichen Kostenträger ihre Rehabilitation in der gleichen Einrichtung absolviert hatten, uns aber nicht gemeldet worden waren. Aus Gründen der Zugänglichkeit haben wir die Auswertung auf Daten aus den Entlassungsberichten aller Patienten der Deutschen Rentenversicherung Westfalen beschränkt, die zwischen dem 01.01.2008 und dem 30.06.2008 ihre Rehabilitation in der Klinik Münsterland beendet hatten.

Ergebnisse

Von 755 in Frage kommenden Patienten, wurden uns 353 (46,8 %) Patienten als Patienten mit Nachsorge-Indikation gemeldet.

Diese Patienten

- waren in den letzten 12 Monaten vor der Rehabilitation seltener keinen Tag, häufiger bis unter 3 Monate arbeitsunfähig (0 Tage: 12,7 % vs. 22,4 %; bis unter 3 Monate: 37,1 % vs. 30,1 %; p=.002**)
- waren zu Reha-Beginn jünger (46,3 vs. 48,5 Jahre; p=.001**)
- hatten zu Beginn und Ende der Rehabilitation einen geringeren BMI (Beginn: 28,6 vs. 29,6; p=.028*; Ende: 28,2 vs. 29,0; p=.032*)
- hatten weniger Diagnosen (2,65 vs. 3,10; p=.000**)
- hatten längere Reha-Dauern (25,4 vs. 23,6 Tage; p=.000**)
- waren häufiger stationäre AHB- und seltener HV-Patienten (AHB: 44,8 % vs. 28,9 %; HV: 25,2 % vs. 35,1 %: p=.000**)
- wurden häufiger arbeitsunfähig entlassen (73,7 % vs. 55,2 %; p=.000**)
- sollten nach der Rehabilitation häufiger eine leidensgerechte Tätigkeit wieder vollschichtig ausführen können (< 3 Stunden: 0,6% vs. 0,5 %; 3 bis unter 6 Stunden: 0,3 % vs. 3,0 %; ≥ 6 Stunden: 97,7 % vs. 95,0 %; p=.017*)
- sollten häufiger auch in Nachtschicht arbeiten können (92,4 % vs. 84,6 %; p=.001**)

In den anderen Daten des Entlassungsberichts haben wir keine signifikanten Unterschiede gefunden.

Diskussion

Insgesamt scheinen die Ärzte eine Nachsorge-Indikation tatsächlich vor allem bei den Patienten zu stellen, die zusätzliche Hilfestellung benötigen, dann aber eine bessere sozialmedizinische Prognose haben als jene, denen keine Indikation zugeschrieben wird. Die leichte Unschärfe in dieser Auswertung, dass vermutlich einige Patienten mit Nachsorge-Indikation

aus Rücksicht auf insuffiziente kognitive oder sprachliche Fähigkeiten nicht als potenzielle Studienteilnehmer gemeldet worden sind, halten wir für vernachlässigbar.

Schlussfolgerungen

Die Richtlinien der Deutschen Rentenversicherung Westfalen zur Verordnung von ambulanten Folgeleistungen werden im Klinikalltag der Klinik Münsterland gut umgesetzt, so dass die angebotene Leistung die angestrebte Zielgruppe erreicht.

Rehabilitationsnachsorge (NaSo) - Ein neues Credo für Rehabilitationskliniken*) - Konzeption und Durchführung des Modellprojekts

Schramm, S., Deck, R., Hüppe, A., Raspe, H.
Institut für Sozialmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (Campus Lübeck)

Hintergrund

Obgleich die medizinische Rehabilitation als wichtig und nutzbringend angesehen wird, besteht Konsens hinsichtlich eines Optimierungsbedarfs ihrer Strukturen, Prozesse sowie ihrer Ergebnisse:

Als gesichert gilt, dass die Effektivität der Rehabilitation von chronisch kranken Patienten zeitlich begrenzt ist (Hüppe, Raspe, 2005; Haaf, 2005). Deshalb müssen weiterführende Maßnahmen poststationär vom Rehabilitanden selbst initiiert und ergriffen werden. Die Rolle der Reha-Klinik sollte dabei unterstützenden und begleitenden Charakter haben (Deck et al., 2008).

Das Ziel des vorgestellten Modellprojektes ist die Steigerung der Effektivität der rehabilitativen Maßnahmen bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen durch eine längerfristig angelegte Nachsorge, die insbesondere auf körperliche Aktivität fokussiert, sowie die Evaluation des Konzeptes.

Intervention + Reha-Prozess

Die eigeninitiative Nachsorge wird während des Reha-Aufenthaltes (Phase II) durch eine Förderung von Empowerment, Selbstmanagement und Eigenverantwortung der Rehabilitanden vorbereitet, am Ende des Aufenthalts verbindlich vereinbart und nach dem Klinikaufenthalt für einen Zeitraum von 12 Monaten in Form von Bewegungstagebüchern bzw. per E-Mail oder Telefonkontakt durch den/ die jeweilige(n) Nachsorgebeauftragte(n) begleitet:

Die Interventionsgruppe (n=300) durchläuft die "begleitete" Nachsorge, die Kontrollgruppe (max. n=600 zur Bildung von Matched Pairs) erhält die Standardnachsorgeempfehlungen der Klinik. Die Evaluation des Programms und der Effekte erfolgt durch schriftliche Befragung aller Rehabilitanden zu drei Messzeitpunkten (T_0 = Reha-Beginn, T_1 = Reha-Ende, T_2 = nach 12 Monaten). Einschränkungen der Teilhabe am Arbeitsleben (IMET, Disability Days) sowie Funktionsbehinderungen im Alltag (FFbH-R) wurden als primäre Outcomes festgelegt. Als sekundäre Zielgrößen gelten: subjektive Gesundheitsparameter (Skalen des SF-36: Vitalität, psychisches Wohlbefinden), Schmerzintensität (NRS 0-10), allgemeiner Gesundheitszustand und körperliche Aktivität.

*) Gefördert von der Deutschen Rentenversicherung und dem BMBF.

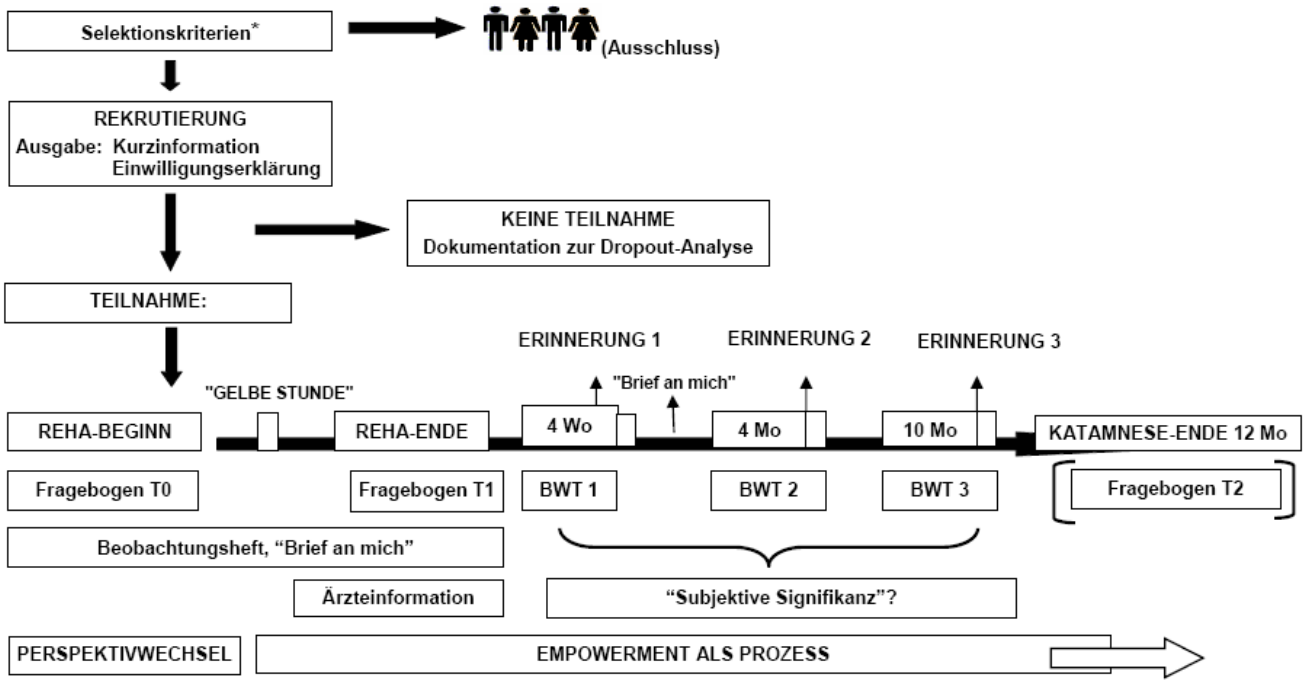


Abb. 1: Rehabilitationsprozess

Aktueller Stand

Sechs stationäre Reha-Einrichtungen aus Schleswig-Holstein - drei Interventions- und drei Kontrollkliniken - sind als Kooperationspartner an der prospektiven Längsschnittstudie beteiligt und haben aktuell etwa die Hälfte der Teilnehmer rekrutieren können. Die Schwerpunkte innerhalb der abgeschlossenen Vorbereitungsphase lagen auf: Erarbeitung des Datenschutzkonzeptes, Votum der Ethikkommission, Diskussion und Einführung des neuen Credos in den Interventionskliniken sowie Einstellung der/ des Nachsorgebeauftragten, Erstellung der Assessmentinstrumente und der Arbeitsmaterialien.

Ausblick

Die Einführung bzw. Umsetzung der neuen Reha-Philosophie innerhalb der stationären Phase II scheint sowohl auf Mitarbeiter- als auch auf Patientenseite gut umsetzbar und akzeptiert zu sein. Inwieweit der initiierte Perspektivenwechsel auf Seiten der Rehabilitanden jedoch über das Rehabilitationsende hinaus transportiert werden kann, wird sich in der erwarteten Verstetigung der Effekte erst beweisen müssen.

Literatur

Deck, R., Hüppe, A., Raspe, H. (2008): Rehabilitationsnachsorge - Neue Wege zur Steigerung der längerfristigen Effektivität der medizinischen Rehabilitation. DRV-Schriften, Bd 77. 210-211.

Haaf, H.-G. (2005): Ergebnisse zur Wirksamkeit der Rehabilitation. Die Rehabilitation, 44. 259-276.

Hüppe, A., Raspe, H. (2005): Die Wirksamkeit stationärer medizinischer Rehabilitation in Deutschland bei chronischen Rückenschmerzen: Aktualisierung und methodenkritische Diskussion einer Lietraturübersicht. Die Rehabilitation, 44. 24-33.

W-RENA: Eine web-basierte Rehabilitationsnachsorge zur Transferförderung nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation - Konzept und erste Ergebnisse der Patientenbefragung

Tarnowski, T. (1), Ebert, D. (1), Dippel, A. (2), Sieland, B. (1), Berking, M. (1,3)

(1) Universität Lüneburg, (2) Dr. Ebel Fachkliniken - Vogelsbergklinik,
(3) Universität Bern, Schweiz

Hintergrund

Die stationäre psychosomatische Rehabilitation, als die im internationalen Bereich führende, ermöglicht die Durchführung intensiver Therapien in einem Schonraum weit ab von den Belastungen, die die psychischen Probleme aufrechterhalten bzw. in deren Kontext sie entstanden sind. Nach Abschluss der stationären Therapie stellt sich jedoch die Aufgabe, den stationär erzielten Therapieerfolg in die post-stationäre, "normale" Lebenswelt des Patienten zu transferieren. Aus diesem Grund erhalten 70 % der in der stationären psychosomatischen Rehabilitation behandelten Patienten am Ende einer stationären Behandlung die Empfehlung zur Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie (Harfst, 2002). Bevor eine solche Behandlung beginnt, vergehen jedoch in der Regel mehrere Monate (Zepf, 2003). Trotz der Bemühungen der Kostenträger sind nachweislich wirksame Nachsorge-Angebote wie das Curriculum Hannover nicht flächendeckend verfügbar (DRVB, 2008) und oft auch noch mit hohen Wartezeiten verbunden.

Erste Studien zeigen, dass internet-gestützte Nachsorge-Angebote großes Potential haben, in Zukunft diese Versorgungslücke zu schließen (u. a. Kordy, 2006; Wolf, 2006). Neben randomisierten Kontrollgruppenstudien zur Überprüfung der Wirksamkeit internet-gestützer Nachsorgeangebote fehlt es ferner an therapeutischen Konzepten, die spezifisch auf die Besonderheiten des Transferprozesses in der psychosomatischen Rehabilitation zugeschnitten sind.

Kurzbeschreibung der Intervention

Das hier vorgestellte Konzept W-RENA soll auf effiziente Weise dabei helfen, Patienten beim poststationären Verfolgen ihrer Therapieziele im Alltag zu unterstützen, die Eigenaktivität im Transferprozess zu fördern und ein soziales Netz unter Mitpatienten zu generieren.

Darüber hinaus soll W-RENA den Patienten helfen, sich besser im "Dschungel" der psychosozialen Hilfsangebote und bei der Aufnahme ggf. notwendiger ambulanter Behandlungen zurechtzufinden.

W-RENA besteht aus:

1. Transfervorbereitende Module (TVM):

Im Rahmen von störungsübergreifend ausgerichteten transfervorbereitenden Modulen am Ende des Aufenthaltes werden konkrete und realistische, therapeutische und sozialmedizinische Verhaltensziele erarbeitet, motivational abgesichert und schriftlich festgehalten. Diese Verhaltensziele sollen im Rahmen der 3 Monate dauernden Nachsorge verfolgt werden.

2. Web-basierte Nachsorge:

Wesentliches Element der Nachsorge ist das Führen eines wöchentlichen Web-Entwicklungstagebuches. Über einen Zeitraum von 3 Monaten reflektiert jeder Teilnehmer nach einer vorgegebenen Struktur einmal wöchentlich die Umsetzung der im Rahmen der TVM erarbeiteten Ziele. Hierzu erhalten die Teilnehmer 12 Wochen lang individuelle Rückmeldungen durch Nachsorge-Therapeuten. In Kleingruppen, die im Rahmen der TVM gegründet wurden, stehen die Teilnehmer darüber hinaus untereinander weiter in Kontakt und geben sich Rückmeldungen zu ihren Web-Tagebüchern. Der Kontakt zu den ehemaligen Mitpatienten dient der gegenseitigen Herausforderung und Unterstützung bei der Umsetzung der gesetzten Ziele. Er hilft darüber hinaus als kollegiale Ermutigung bei Rückschlägen. Viele Patienten erleben während des stationären Aufenthalts, dass sie bei Mitpatienten mit ähnlichen Leidenswegen leichter auf Verständnis stoßen als bei Angehörigen und Arbeitskollegen. Dieser Effekt der sozialen Eingebundenheit soll über den Klinikaufenthalt hinaus aufrechterhalten bleiben. Auch verfügen Patienten über störungsspezifisches Krankheitswissen, wovon die Teilnehmer wechselseitig profitieren können.

Darüber hinaus sind Mitarbeiter der Sozialberatung der Klinik in die Nachsorge eingebunden und stehen bei sozial-administrativen Anfragen zur Verfügung.

Die therapeutischen Rückmeldungen enden 12 Wochen nach Entlassung aus der Klinik. Danach steht die Nachsorge-Plattform den Teilnehmern zum gegenseitigen Austausch weiter zur Verfügung.

Die Plattform ist dabei so konzipiert, dass im Sinne von Web 2.0 die User den Content der Seite teilweise selbst generieren können. Wodurch u. a. auch nachfolgende Teilnehmer von dem erstellten Content profitieren können.

Methode

In einer von der Dr. Ebel-Fachkliniken-Gruppe und der Leuphana Universität Lüneburg finanzierten randomisierten Kontrollgruppenstudie wird aktuell in der Vogelsbergklinik die Akzeptanz und Wirksamkeit des W-RENA-Konzeptes an n=500 Rehabilitanden überprüft.

Die Interventionsgruppe und die Vergleichsgruppe umfassen je 250 Teilnehmer. Eingesetzte Instrumente sind neben Fragebögen zur subjektiven Beurteilung der Intervention und Fragebögen zum Erfassen rehabilitationsbezogener Daten u. a. die Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH-49), das Beck-Depressions-Inventar (BDI), das Selbststeuerungsinventar (SSI-K3) sowie ein Fragebogen zur Selbsteinschätzung Emotionaler Kompetenzen (SEK-27). Die Erhebung erfolgt zu 4 Messzeitpunkten: Bei der Aufnahme und Entlassung sowie jeweils 3 und 12 Monate nach Entlassung der Patienten aus der Klinik.

Ergebnisse

Die Untersuchung dauert aktuell noch an. Die Ergebnisse der 3-Monats-Katamnese werden Ende 2009 erwartet. Bisher wurden ca. 100 Patienten nachbetreut. Im Vortrag wird das Konzept sowie bisherige Ergebnisse der Patientenbefragung zum Nutzen der Intervention, der einzelnen Elemente und der vermuteten Wirkfaktoren vorgestellt.

Literatur

Harfst, T., Koch, U., Schulz, H. (2002): Nachsorgeempfehlungen in der psychosomatischen Rehabilitation - Empirische Analysen auf der Basis des einheitlichen Entlassungsberichts der Rentenversicherungsträger. Die Rehabilitation, 41. 407-414.

Kordy, H., Golkaramnay, V., Wolf, M., Haug, S., Bauer, S. (2006): Internetchatgruppen in Psychotherapie und Psychosomatik. Akzeptanz und Wirksamkeit einer Internet-Brücke zwischen Fachklinik und Alltag. Psychotherapeut, 51. 144-153.

Wolf, M., Maurer, W.-J., Dogs, P., Kordy, H. (2006): E-Mail in der Psychotherapie - ein Nachbehandlungsmodell via Electronic Mail für die stationäre Psychotherapie. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 56. 138-146.

Zepf, S., Mengele, U., Hartmann, S., (2003): Zum Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland - Psychotherapie - Psychosomatik - Medizinische Psychologie, 53. 152-162.

DRVB (2008): Nachsorgeeinrichtungen "Curriculum Hannover". URL: http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/nn_18672/DRVB/de/ Inhalt/Zielgruppen/Infos __f_C3_BCr__ Rehaeinrichtungen/nachsorgeprogramm/haeuserliste__curriculum__hannover.html, Abruf: 28.10.2008.

Die Zwischenergebnisse des Forschungsprojektes "Wirksamkeit einer internetgestützten Nachsorge nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation"

Golkaramnay, V. (1), Cicholas, B. (2), Vogler, J. (1)

(1) Klinik Alpenblick, Isny im Allgäu,

(2) Reha-Zentrum Bad Frankenhausen, Bad Frankenhausen

Hintergrund

Die Nachsorge, als ein Versorgungselement, ist zur Sicherstellung der Rehabilitationsergebnisse insbesondere nach einer stationäreren psychosomatischen Rehabilitation von besonderer Bedeutung. Zur Optimierung der Versorgung in diesem Bereich werden seit einigen Jahren die neuen Informations- und Kommunikationstechnologien eingesetzt (Bauer et al., 2005). Die Ermöglichung der überregionalen Kommunikations- und Kontaktmöglichkeiten mit Rehabilitanden über das Internet erweist sich in vielen Fällen als vorteilhaft. Die ersten Studien weisen bereits auf die Wirksamkeit dieser Angebote hin (Golkaramnay et al., 2003, 2007). Mit zunehmenden Einsatz der neuen Medien in der psychosozialen Versorgung wächst auch die Notwendigkeit der systematischen und randomisierten Wirksamkeitsstudien, die die Praktikabilität, Akzeptanz und Wirksamkeit dieser neuen Angebote auch in der Rehabilitation bzw. bei Rehabilitanden untersuchen. Zu diesem Zweck läuft seit 2006 das Forschungsprojekt "Wirksamkeit einer internetgestützten Nachsorge nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation". Das vom DRV Bund geförderte Projekt wird in zwei psychosomatischen Kliniken durchgeführt.

Methode

Zur Untersuchung der Forschungsfragen ist eine randomisierte, prospektive Längsschnittstudie angelegt worden. Die Stichprobengröße beträgt 450 Patienten aus zwei psychosomatischen Kliniken. Im Anschluss an die stationäre psychosomatische Rehabilitation nehmen die Probanden einmal pro Woche (90 Minuten) für die Dauer von 15 Wochen an therapeutisch begleiteten Chatgruppen teil. Die Probanden werden zur Aufnahme in und bei der Entlassung aus der Klinik, sowie 3, 6 und 12 Monate nach der Entlassung anhand standardisierter klinischer Fragebögen zu ihrer psychischen, körperlichen und emotionalen Verfassung sowie ihren arbeitsbezogenen Verhaltensmustern befragt. Dabei werden u. a. die folgenden Messinstrumente eingesetzt: Brief Symptom Inventory (BSI), Beck-Depressions-Inventar (BDI), Gießener Beschwerdebogen (GBB-24) und Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM). Zudem werden die Probanden während der Teilnahme an dem Nachsorgeprogramm wöchentlich zu ihrer psychischen Verfassung befragt.

Ergebnisse

Die Rekrutierungsphase des Projektes ist abgeschlossen. Die Zwischenergebnisse sind viel versprechend und weisen auf eine hohe Akzeptanz des Angebotes hin. Dies zeigt sich u. a. durch hohe Zufriedenheit mit dem Angebot und durch relativ große Bereitschaft der Rehabilitanden, eine internetgestützten Nachsorge in Anspruch zu nehmen. Die Zwischenergebnisse deuten ebenso auf die Wirksamkeit des Angebotes hin. Im Vortrag werden die vorläufigen Ergebnisse über die Akzeptanz und Wirksamkeit des Angebotes vorgestellt und die Implikationen für die Versorgung diskutiert.

Literatur

Bauer, S., Golkaramnay, V., Kordy, H. (2005): E-Mental-Health - Neue Medien in der psychosozialen Versorgung. Psychotherapeut, 50. 7-15.

Golkaramnay, V., Wangemann, T., Dogs, J., Dogs, P., Kordy, H. (2003): Neue Brücken für Lücken in der psychotherapeutischen Versorgung durch das Internet: Hoffnungen, Herausforderungen und ein Lösungsansatz. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 53. 399-405.

Golkaramnay, V., Bauer, S., Haug, S., Wolf, M., Kordy, H. (2007): The exploration of the effectiveness of group therapy through an Internet chat as aftercare: A controlled naturalistic study. Psychotherapy and Psychosomatics, 76. 219-225.

Ambulante Schmerznachsorge für Patienten mit muskuloskelettalen Erkrankungen und psychosozialen Problemen*)

Pönicke, J., Ehlebracht-König, I., Bönisch, A., Dorn, M.

Rehazentrum Bad Eilsen der Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Einführung und Hintergrund

Rehabilitationsmaßnahmen bewirken bei den meisten Schmerzpatienten eine signifikante Verbesserung des Gesundheitszustandes (Ehlebracht-König, Bönisch, 2005). Dieser Effekt hält teilweise nur kurzfristig an (Hüppe, Raspe, 2003). Gründe dafür sind ein eingeschränktes Verständnis bzw. eine geringe Akzeptanz von psychologischen Faktoren bei der Schmerzentwicklung und -aufrechterhaltung sowie eine hohe Wahrscheinlichkeit für einen Rückfall in alte Verhaltensweisen mit der Rückkehr in das unveränderte häusliche Umfeld. In vielen Fällen werden die Beschwerden durch z. B. mangelnde soziale Unterstützung noch verschlimmert bzw. die Entwicklung von psychischen Störungen wird begünstigt. Die ambulante Versorgung der Schmerzpatienten ist jedoch unzureichend: 1) Die Zahl der niedergelassenen Schmerztherapeuten ist sehr niedrig. 2) Eine Psychotherapie bei Schmerzpatienten ohne Erfüllung der Kriterien einer F-Diagnose ist nicht begründbar.

Konzept

Ziel dieses Nachsorgeprogramms ist es, bei den Patienten die Effekte der Schmerzlinderung auch nach der stationären Rehabilitationsmaßnahme weiter aufrechtzuerhalten bzw. zu verbessern. Dazu soll vor allem durch psychoedukative, psychotherapeutische aber auch schmerztherapeutische Maßnahmen und Strategien eine funktionalere Schmerzbewältigung erreicht werden. Aufbauend auf dem bio-psycho-sozialen Schmerzmodell sollen Strategien zum Umgang mit den Schmerzen erarbeitet und angewendet werden. Hierfür wurde ein Curriculum entwickelt, das ein zusätzliches sozialmedizinisches Element enthält.

Die Zielgruppe bilden Patienten mit chronischen Schmerzen (Zeitkriterium: >6 Monate) und psychosozialen Problemen.

Das ambulante Nachsorgeprogramm umfasst 12 Module und findet ca. ein halbes Jahr lang wöchentlich statt (in Anlehnung an das Curriculum Hannover; Kobelt et al., 2002). Die Gruppengröße beträgt 10-12 Patienten. Für die Implementierung und erste Evaluation des Programms sind ca. 4-5 Durchläufe geplant mit einer Befragung von mindestens 50 Patienten.

Aktueller Stand des Projektes und weitere Planung

Nach der Entwicklung des Curriculums wurde bereits die erste Voruntersuchung im stationären Bereich abgeschlossen, die vorwiegend der Erhebung der Akzeptanz galt. 87 % der Teilnehmer gaben an, ambulant an einem solchen Programm teilnehmen zu wollen, die Verständlichkeit der jeweiligen Module wurde als sehr gut (74 %) bzw. gut (26 %) bewertet. Befragungen zur Akzeptanz der Dauer der jeweiligen Module, zur bestmöglichen Uhrzeit sowie dazu, wie hilfreich die einzelnen Themen für die Patienten waren, wurden ebenfalls erhoben. Nach einem weiteren Probedurchlauf im Dezember 2008 im Rehazentrum Bad Eilsen ist für März 2009 der Beginn des ersten ambulanten Durchlaufs in Hannover geplant.

*) Gefördert von der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Die Durchführung wird zunächst auf die Regionen Hannover und Braunschweig begrenzt sein, nach Abschluss der Implementierungsphase und günstigen Ergebnissen ist eine Ausweitung auf weitere Regionen geplant.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Durch ein besseres Krankheitsverständnis sowie das Aufzeigen von Bewältigungsstrategien im Umgang mit den Schmerzen sollen die Selbstwirksamkeit der Patienten und der eigenverantwortliche Umgang mit den Beschwerden verstärkt werden. Das Ausmaß an Aktivität und Teilhabe laut ICF sowie der Leidensdruck der Patienten sollen dadurch verbessert werden.

Literatur

Ehlebracht-König, I., Bönisch, A. (2005): Optimierung des Bewegungsverhaltens durch stationäre rheumatologische Rehabilitation. In: Petermann, F. (Hrsg.): Barrieren, Kosten und Optimierung in der medizinischen Rehabilitation. Regensburg: Roderer. 173-187.

Hüppe, A., Raspe, H. (2003): Die Wirksamkeit stationärer medizinischer Rehabilitation in Deutschland bei chronischen Rückenschmerzen: eine systematische Literaturübersicht 1980-2001. Die Rehabilitation, 42. 143-154.

Kobelt, A., Grosch, E.V., Lamprecht, F. (2002): Ambulante psychosomatische Nachsorge. Stuttgart: Schattauer.

Reha-Nachsorge per Internet: Akzeptanz und Kompetenzen bei Patienten mit abdomineller Adipositas in der kardio-diabetologischen Rehabilitation

Theissing, J. (1), Deck, R. (2)

(1) liveonline coaching, Bad Arolsen,

(2) Institut für Sozialmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

Hintergrund

Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen der abdominellen Adipositas und dem Vorliegen bzw. der Entstehung von Typ 2-Diabetes und kardiovaskulären Erkrankungen. Während der stationären Rehabilitation werden daher gezielt für diese Patientengruppe Interventionen zur Förderung eines gesunden Ernährungsverhaltens sowie zur Steigerung der körperlichen Aktivität mit dem Ziel einer langfristigen Reduktion von Taillenumfang und Gewicht eingesetzt. Eine nachhaltige Veränderung des Lebensstils adipöser Patienten ist jedoch nur durch längerfristig konzipierte interdisziplinäre Programme erreichbar (Sharma, 2007).

Indikationsübergreifend werden Nachsorgemaßnahmen im Rehabilitationsprozess gefordert, um den Transfer von gelernten Verhaltensweisen in den Alltag zu fördern (Deck, Raspe, 2004; Glattacker et al., 2007). In diesem Zusammenhang gewinnen elektronische Gesundheitsdienste wie E-Mail oder Internet zunehmend an Bedeutung (Bauer, Kordy, 2008). Allerdings ist weitestgehend unbekannt, welche Kompetenzen und Wünsche bzgl. der Rehanachsorge seitens der Patienten vorliegen. Welches Medium bevorzugen die Patienten?

Sind es die modernen Medien wie Internet, E-Mail, SMS per Handy, oder werden eher die "klassischen" Kommunikationswege wie Brief oder Telefon favorisiert?

Methodik

Im Rahmen einer vom vffr[*)] geförderten Pilotstudie wurden die strukturellen Voraussetzungen (Vorhandensein eines privaten Internetanschlusses, Internetnutzung, Nachsorgebedürfnis) bei Patienten mit einer Stoffwechsel- und/oder kardiovaskulären Erkrankung, die eine stationäre diabetologische oder kardiologische Rehabilitationsmaßnahme erhalten, mittels Fragebogenerhebung überprüft.

Ergebnisse

In zwei Rehabilitationskliniken in Schleswig-Holstein mit diabetologischem und kardiologischem Schwerpunkt wurden insgesamt 197 Patienten befragt. Das Durchschnittsalter der Stichprobe beträgt 58 Jahre. Insgesamt verfügen 76 Prozent der befragten Patienten über einen privaten Internetanschluß. Je jünger die Personen, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit für das Vorhandensein eines privaten Internetzugangs ($r = 0{,}48$; $p < 0{,}001$). Insgesamt sind in der Gruppe derer mit Internetzugang über alle Altersgruppen verteilt ca. 93 % zweimal pro Woche und häufiger online.

Die Patienten wurden nach ihrem bevorzugten Medium für eine Nachbetreuung nach der Rehabilitationsmaßnahme gefragt. Zur Auswahl standen SMS (per Handy), Internet (E-Mail, Chat), Brief sowie Telefon. 64 % der befragten Patienten sprachen sich für eine internetbasierte Nachsorge aus, welches der stärksten Präferenz vor Brief (44 %), Telefon (29 %) und SMS per Handy (20 %) entspricht. Ca. die Hälfte der Personen $\geq$ 60 Jahre bevorzugt eine Nachsorge per Brief, während hingegen 74 % der Patienten $\leq$ 59 Jahre eine internetbasierte Nachsorge favorisiert. Betrachtet man nur die Gruppe derer mit Internetzugang (n=149), liegt die Präferenz für eine internetbasierte Nachsorgeintervention altersübergreifend bei 83 %.

Schlussfolgerung und Ausblick

Voraussetzung für die Teilnahme an einer Nachsorgemaßnahme ist die Akzeptanz des eingesetzten Mediums bei den Patienten. Unsere Studie zeigte überraschenderweise eine sehr hohe Akzeptanz des Internet als Nachsorgemedium. Darüber hinaus verfügt die Mehrheit der befragten Patienten über einen privaten Internetanschluss. Die Implementation und Evaluation einer internetbasierten liveonline-Nachsorge in der vorliegenden Patientengruppe scheint auf der Basis unserer Daten viel versprechend.

Literatur

Bauer, S., Kordy, H. (2008): E-Mental-Health. Neue Medien in der psychosozialen Versorgung. Berlin: Springer.

Deck, R., Raspe, H. (2004): Nachsorgeempfehlungen und ihre Umsetzung im Anschluss an die Rehabilitation. In: Deck, R., Glaser-Möller, N., Mittag, O. (Hrsg.): Rehabilitation und Nachsorge. Bedarf und Umsetzung. Lage: Jacobs-Verlag. 55-70.

[*)] Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Schleswig-Holstein, Hamburg und Mecklenburg Vorpommern

Glattacker, M., Farin, E., Jäckel, W.H. (2007): Rehabilitationsnachsorge: Empfehlungen, Umsetzung und Einfluss auf das Outcome. DRV-Schriften, Bd 72. 212-213.

Sharma, M. (2007): Behavioural interventions for preventing and treating obesity in adults. Obesity Reviews, 8. 441-449.

Partizipative Vereinbarung von Rehabilitationszielen aus Patientensicht: Wunsch und Wirklichkeit

Glattacker, M. (1), Dudeck, A. (1), Dibbelt, S. (2), Schaidhammer-Placke, M. (2), Greitemann, B. (2), Jäckel, W.H. (1,3,4)

(1) Abt. Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg i. Br., (2) Institut für Rehabilitationsforschung an der Klinik Münsterland der Deutschen Rentenversicherung Westfalen, Bad Rothenfelde, (3) RehaKlinikum, Bad Säckingen, (4) Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung an der Rheumaklinik, Bad Säckingen

Hintergrund

Trotz des Stellenwerts den das Thema "Zielvereinbarung" in der Rehabilitation seit vielen Jahren einnimmt - und zwar mit einem Fokus auf die Beteiligung der Rehabilitanden an diesem Prozess (Vogel et al., 1994; Deutsche Rentenversicherung Bund, 2007) - hat sich eine explizite Zielorientierung in der Praxis weder arzt- noch patientenseitig ausreichend etabliert (Meyer et al., 2008). Weitgehend offen ist im Rehabilitationskontext außerdem, in welchem Ausmaß Rehabilitanden - z. B. bzgl. Zielvereinbarungen - beteiligt werden wollen (Faller, 2003).

Vor diesem Hintergrund wird in dem Projekt "ParZivaR"[*)] eine Intervention zur Verbesserung der Qualität partizipativer Zielvereinbarungen in der Rehabilitation entwickelt und an den Diagnosegruppen "Chronischer Rückenschmerz" (RS), "Diabetes mellitus" (DM) und "Koronare Herzkrankheit" (KHK) evaluiert. Als Input für die Interventionsentwicklung wird die gegenwärtige Praxis der Zielvereinbarungen mittels quantitativem und qualitativem Zugang behandler- und patientenseitig exploriert ("IST-Analyse").

Im vorliegenden Beitrag werden patientenseitige Ergebnisse der quantitativen IST-Analyse dargestellt. Dabei wird auf die Einstellung der RehabilitandInnen zur Patientenbeteiligung und die wahrgenommene Umsetzung partizipativer Zielvereinbarungen in den Kliniken fokussiert.

Methodik und Stichprobe

Die Datenerhebung erfolgte zwischen Juni und August 2008 in je 2 Kliniken[**)] der o. g. Diagnosegruppen. Der zum Einsatz kommende Fragebogen wurde für das Projekt entwickelt und umfasst ereignisorientierte Items sowie Items, welche die Einstellung der Patienten rund

---

*) Entwicklung und Evaluation eines Trainingsmoduls zur partizipativen Vereinbarung von Zielen in der stationären medizinischen Rehabilitation; gefördert von der Deutschen Rentenversicherung Bund im Rahmen des Förderschwerpunkts "Versorgungsnahe Forschung: Chronische Krankheiten und Patientenorientierung"

**) Wir danken herzlich den Kooperationskliniken: Klinik Rosenberg, Bad Driburg (Dr. H. Fischer), Marbachtalklinik, Bad Kissingen (Dr. J. Schwandt), Klinik Münsterland, Bad Rothenfelde (Prof. Dr. B. Greitemann), RehaKlinikum, Bad Säckingen (Prof. Dr. W.H. Jäckel), Klinik Königsfeld, Ennepetal (Prof. Dr. M. Karoff), Klinik Möhnesee, Möhnesee (Dr. R. Schubmann)

um das Thema "Reha-Ziele" erfragen. Die Auswertung erfolgt deskriptiv mittels Häufigkeitsanalysen.

Die Stichprobenbeschreibung findet sich in Tabelle 1.

	RS	DM	KHK
n	78	62	64
Alter (M, SD)	49,3 (7,7)	51,9 (8,0)	62,2 (10,4)
Geschlecht (Männer in %)	55,1	58,1	78,1

Tab. 1: Stichprobe (n_{gesamt}=204)

Ergebnisse

Die Ergebnisse sind in den Tabellen 2 und 3 dargestellt.

Wie wichtig finden Sie es, dass….. "sehr wichtig" und "eher wichtig" in %	Gesamt	RS	DM	KHK
…bei Reha-Beginn Reha-Ziele festgelegt werden?	90	92	94	83
…man als Patient bei Reha-Beginn eigene Reha-Ziele hat?	94	94	95	92
…bei einem Gespräch über Reha-Ziele die Sichtweise der Patienten erfragt wird?	92	92	92	91
…PatientInnen an den Vereinbarungen zu Reha-Zielen beteiligt werden?	92	91	92	92

Tab. 2: Einstellung zur Patientenbeteiligung bei Zielvereinbarungen

Umsetzung von Partizipation	Gesamt	RS	DM	KHK
Hat Ihr Arzt bei Reha-Beginn mit Ihnen über Reha-Ziele gesprochen? ("ja" in %)	86	85	97	77
Hat der Arzt dabei nach Ihren eigenen Zielen gefragt? ("ja" in %)	79	78	94	66
Bei zur Arztsicht konfligierenden Zielen: Konnten Sie diese den Ärzten mitteilen? ("ja, völlig" und "eher ja" in %)	54	60	61	39
Hat der Arzt zu Reha-Beginn mit Ihnen gemeinsam Ziele für die Rehabilitation vereinbart? ("ja" in %)	56	54	73	44

Tab. 3: Umsetzung von Patientenbeteiligung bei Zielvereinbarungen

Diskussion

Die überwiegende Mehrzahl der RehabilitandInnen berichtet, dass Reha-Ziele festgelegt wurden. Bzgl. der Patientenbeteiligung, für die sich fast alle RehabilitandInnen aussprechen, die aber nur 54 % der PatientInnen erlebt haben, zeigt sich jedoch deutliches Optimierungspotenzial. Die Ergebnisse bzgl. "Einstellung" und "Umsetzung" unterscheiden sich z. T. zwischen den Diagnosegruppen sowie den Kliniken innerhalb einer Indikation (nicht dargestellt) und sollten - v. a. angesichts der unterschiedlichen Patientenstruktur (z. B. Alter) - nicht direkt miteinander verglichen werden. Die Unterschiede werfen vielmehr die Frage nach einem differenziellen Vorgehen bei Zielvereinbarungen - z. B. im Hinblick auf das Alter, die

Schwere der Erkrankung (z. B. KHK) und auch die Erwartungen der RehabilitandInnen im Hinblick auf Zielvereinbarungen auf.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2007): Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung.

Faller, H. (2003): Shared Decision Making: Ein Ansatz zur Stärkung der Partizipation des Patienten in der Rehabilitation. Die Rehabilitation, 42. 129-135.

Meyer, T., Pohontsch, N., Maurischat, C., Raspe, H. (2008): Patientenzufriedenheit und Zielorientierung in der Rehabilitation. Lage: Jacobs-Verlag.

Vogel, H., Tuschhoff, T., Zillessen, E. (1994): Die Definition von Rehabilitationszielen als Herausforderung für die Qualitätssicherung. Deutsche Rentenversicherung, 11. 751-764.

Haben Patienten Reha-Ziele, und wenn ja, welche? Ergebnisse einer Analyse von Freitextangaben

Dudeck, A. (1), Glattacker, M. (1), Gustke, M. (1), Dibbelt, S. (2), Schaidhammer-Placke, M. (2), Greitemann, B. (2), Jäckel, W.H. (1,3,4)

(1) Abt. Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg i. Br., (2) Institut für Rehabilitationsforschung an der Klinik Münsterland der Deutsche Rentenversicherung Westfalen, Bad Rothenfelde, (3) Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung an der Rheumaklinik, Bad Säckingen, (4) RehaKlinikum, Bad Säckingen

Hintergrund

Die Vereinbarung von Rehabilitationszielen gilt seit Jahren als zentraler Bestandteil im Rehabilitationsprozess (Vogel et al., 1994). Aktuelle Forschungsprojekte schlussfolgern jedoch, dass eine explizite Zielorientierung in der Rehabilitationspraxis bisher nur bedingt umgesetzt scheint. Eine Schwierigkeit wird u. a. darin gesehen, dass Patienten oft nur unspezifische oder keine Ziele angeben können (Meyer et al., 2008). Spezifität und Handlungsnähe sind jedoch wichtige Voraussetzungen für die Handlungswirksamkeit von Zielen (Kuhl, Heckhausen, 1996; Locke, Latham, 2002). In dem Projekt "ParZivaR"[*)] wird ein Trainingsmodul zur partizipativen Zielvereinbarung in der stationären medizinischen Rehabilitation entwickelt und anhand der Diagnosegruppen "Chronischer Rückenschmerz", "Diabetes mellitus" und "Koronare Herzkrankheit" evaluiert. In Vorbereitung der Interventionsentwicklung wird gezielt der Frage nachgegangen, inwieweit Patienten zu Beginn der Rehabilitation eigene Ziele formulieren können, welche inhaltlichen Bereiche offen erfragte Ziele abdecken - die Erfassung individueller Reha-Ziele erfolgt sonst häufig über (allgemeinere) Zielauswahllisten (Dörner, Muthny, 2006) - wie konkret patientenseitige Zielnennungen aussehen und inwie-

*) Entwicklung und Evaluation eines Trainingsmoduls zur partizipativen Vereinbarung von Zielen in der stationären medizinischen Rehabilitation; gefördert von der Deutschen Rentenversicherung Bund im Rahmen des Förderschwerpunkts "Versorgungsnahe Forschung: Chronische Krankheiten und Patientenorientierung"

weit Unterschiede zwischen Diagnosegruppen bestehen. Im vorliegenden Beitrag werden die Ergebnisse einer Analyse von Freitextangaben von RehabilitandInnen der genannten Diagnosegruppen zu ihren Reha-Zielen dargestellt.

Methodik und Stichprobe

Die Datenerhebung findet seit Mai 2008 in je einer Klinik[**)] der genannten Indikationsbereiche statt. Der für das Projekt entwickelte Fragebogen beinhaltet eine offene Frage zu den drei persönlich wichtigsten Zielen für die Rehabilitation und wird den Patienten vor Reha-Beginn postalisch zugesandt. Bisher liegen Daten von n=177 Patienten vor, n=150 haben Angaben zu Zielen gemacht. Die Freitextangaben wurden wörtlich extrahiert und durch zwei Wissenschaftler unabhängig voneinander zu Kategorien zusammengefasst, Diskrepanzen diskutiert und ein Konsens hergestellt. Tabelle 1 beinhaltet die Stichprobenbeschreibung.

	Diabetes	KHK	Rückenschmerz
n	22	75	53
Alter (M, SD)	50,8 (SD=6,9)	69,3 (SD=7,9)	48,0 (SD=9,1)
Geschlecht (Männer %)	50,0	77,3	49,1

Tab. 1: Stichprobe, n=150

Ergebnisse

84,7 % der Patienten nennen Ziele (Diabetes: 95,7 %, KHK: 80,6 %, Rückenschmerz: 86,9 %). Die Zielnennungen erfolgen teilweise konkreter als erwartet (z. B. "5-6kg abnehmen", "wieder selbständig den Haushalt führen"). Die Ergebnisdarstellung in Tabelle 2 beinhaltet die Anzahl der Nennungen pro Zielbereich (Oberkategorie) bzw. den prozentualen Anteil an allen Zielnennungen.

Zielbereiche	Diabetes		KHK		Rückenschmerz	
	n	%	n	%	n	%
Globale Ziele	14	22,2	52	27,5	27	18,5
Körperliche Funktionsfähigkeit	-	-	28	14,8	25	17,1
Regulation (erkrankungs- bezogener) (Risiko-) Faktoren	28	44,4	14	7,4	9	6,2
Schmerzen und andere Beschwerden	4	6,3	6	3,2	41	28,1
Funktionsfähigkeit in Alltag und Beruf/ Aktivitäten und Teilhabe	4	6,3	28	14,8	16	11,0
Psychische Aspekte	7	11,1	14	7,4	15	10,3
Gesundheitsverhalten	4	6,3	18	9,5	4	2,7
Krankheitsbewältigung/ Umgang mit der Erkrankung	-	-	13	6,9	2	1,4

[**)] Wir danken herzlich den Kooperationskliniken: Marbachtalklinik, Bad Kissingen (Dr. J. Schwandt), Klinik Möhnesee, Möhnesee-Körbecke (Dr. R. Schubmann), Klinik Münsterland, Bad Rothenfelde (Prof. Dr. B. Greitemann).

Zielbereiche	Diabetes		KHK		Rückenschmerz	
	n	%	n	%	n	%
Information	1	1,6	9	4,8	3	2,1
Optimierung der Behandlung	1	1,6	7	3,7	-	-
Sonstige	-	-	-	-	4	2,7
Gesamt	63	100	189	100	146	100

Tab. 2: Reha-Ziele aus Patientensicht

Diskussion

Die RehabilitandInnen nennen eine Vielzahl von biopsychosozialen Zielen (in Abgrenzung zu Meyer et al. möglicherweise erklärbar durch Indikationsunterschiede und Erhebungsweise). Die Ziele lassen sich über die drei Diagnosegruppen hinweg ähnlichen Bereichen zuordnen, allerdings werden zwischen den verschiedenen Indikationen auch Unterschiede deutlich. Die Ergebnisse verweisen auf Entwicklungspotential für Zielvereinbarungen hinsichtlich einer noch stärkeren Konkretisierung und eines differentiellen Vorgehens bei unterschiedlichen Diagnosegruppen, was zugleich Implikationen für mögliche Interventionen zu Zielvereinbarungen hat. Eine zusätzliche Heranziehung behandlerseitiger Angaben zu "typischen" Reha-Zielen, im Projekt ebenfalls erhoben, kann dies sinnvoll ergänzen.

Literatur

Dörner, U., Muthny, F.A. (2006): Ziele in der kardiologischen Rehabilitation aus der Sicht von Patienten und Ärzten - passt das zusammen? Prävention und Rehabilitation, 4. 131-139.

Kuhl, J., Heckhausen, H. (1996): Motivation, Volition und Handlung (Enzyklopädie der Psychologie, IV/4). Göttingen: Hogrefe.

Locke, E.A., Latham, G.P. (2002): Building a practically useful theory of goal setting and task motivation: A 35 year odyssey. American Psychologist, 57. 705-717.

Meyer, T., Pohontsch, N., Maurischat, C., Raspe, H. (2008): Patientenzufriedenheit und Zielorientierung in der Rehabilitation. Lage: Jacobs-Verlag.

Vogel, H., Tuschhoff, T., Zillessen, E. (1994): Die Definition von Rehabilitationszielen als Herausforderung für die Qualitätssicherung. Deutsche Rentenversicherung, 11. 751-764.

Schwierige Gespräche in der Rehabilitation: Effekte eines Interaktionstrainings für Ärzte

Dibbelt, S., Schaidhammer-Placke, M., Greitemann, B.
Institut für Rehabilitationsforschung Norderney, Abteilung Bad Rothenfelde

Hintergrund

Dass eine gute Interaktion zwischen Arzt und Patient zu besseren Behandlungsergebnissen führt, haben bereits zahlreiche Arbeiten inzwischen auch im deutschen Sprachraum und in der Rehabilitation zeigen können (Stewart, 1999, 1995; Dasinger et al., 2001; Dibbelt et al., 2008). Auch gibt es Evidenz, dass ein aufgaben bezogenes und praktisches Interaktionstraining (z. B. anhand von Rollenspielen) die Performanz von Ärzten verbessern kann (Bensing et al., 2003; Van Dalen et al.; 2001).

Methode

Auf der Basis des klientenzentrierten Ansatzes (Schulz von Thun, 1998) wurde ein Trainingsprogramm entwickelt, in dem Ärzte in den Grundlagen der klientenzentrierten Kommunikation sowie in der Gestaltung schwieriger Gespräche (z. B. die Vermittlung der sozialmedizinischen Beurteilung, aktivierender Therapien und ungünstiger Diagnosen) trainiert wurden. Das Trainingsprogramm umfasste zwei im Wochenabstand aufeinander folgende halbtägige Termine.

Evaluation der Trainings

Die Interaktionsqualität der Arzt-Patientenkontakte vor- und nach dem Training wurde mit dem Fragebogen P.A.INT-FKB (Fragebogen zur Kontaktbewertung; Dibbelt et al., 2006) gemessen, mit dem (1) die affektiven, (2) die instrumentellen und (3) die partizipativen (die Patienten einbeziehenden) Aspekte des ärztlichen Kommunikationsverhaltens durch die Patienten bewertet wurden. Die Skalenwerte dieses Instrumentes können zu Summenwerten der im Gespräch wahrgenommenen "Kontaktförderer" und "Kontaktstörer" zusammengefasst werden.

Teilnehmer und Design

Das Training und die Evaluation wurden in insgesamt fünf Reha-Kliniken durchgeführt. Drei davon wurden der Studiengruppe zugeordnet, d. h. die zweite Erhebung erfolgte nach dem Training und konnte so mögliche Trainingseffekte abbilden. Zwei weitere Kliniken dienten als Kontrollgruppe. Um die Kliniken der Kontrollgruppe nicht zu benachteiligen, wurde hier das Interaktionstraining *nach* der 2. Erhebung durchgeführt (s. Tab. 1), so dass es keinen Einfluss auf die zweite Messung nehmen konnte. An den Trainings der Studiengruppe nahmen insgesamt 24, an denen der Kontrollgruppe 14 Ärzte teil.

P.A.INT Evaluationsdesign: N (Patientenbewertungen)			
	Vor Training		
Kontrolle	1. Erhebung	2. Erhebung	Training
2 Kliniken	103	81	
Studienbedingung	1. Erhebung	Training	2. Erhebung
3 Kliniken	240		178

Tab. 1: Prä-Post-Design der P.A.INT-Evaluationsstudie mit Vergleichsgruppe

Ergebnisse

Die Studiengruppe verbesserte sich vom 1. zum 2. Messzeitpunkt hinsichtlich der Kontaktförderer; gleichzeitig nahmen die Kontaktstörer ab. Die Kontrollgruppe hingegen verschlechterte sich signifikant in Bezug auf nahezu alle Indikatoren des P.A.INT-Fragebogens. Univariate Varianzanalysen mit den Summenwerten des P.A.INT-FKB (Kontaktförderer und Kontaktstörer) als abhängige Variablen ergaben eine signifikante Interaktion der Faktoren Gruppe (2) und Zeitpunkt (2) für den Summenwert "Kontaktförderer" ($p < .01$) und eine marginal signifikante Interaktion für den Summenwert "Kontaktstörer" ($p < .10$).

Diskussion

Ein Vergleich der Baselinewerte von Kontroll- und Studiengruppe zeigte, dass die Kontrollgruppe zu t1 in nahezu allen Skalenwerten des P.A.INT-FKB sowie den Summenwerten (Kontaktförderer und Kontaktstörer) der Studiengruppe überlegen war. Dennoch zeigte die Studiengruppe in fast allen Skalen des P.A.INT-FKB eine konsistente Verbesserung nach Training. Die Ergebnisse werden im Hinblick auf die Bedeutung der Patienten-Arzt-Interaktion für die Reha-Ergebnisse diskutiert.*)

Literatur

Bensing, J., Dulmen, S. van, Tates, K. (2003): Communication in context: new directions in communication research. Patient Education and Counseling, vol. 50, 2003, no. 1. 27-32.

Dasinger, L.K., Krause, N., Thompson, P.J., Brabd, R.J., Rudolph, L. (2001): Doctor proactive communication, return-to-work-recommendation and duration of disability after a workers compensation low back injury. J Occup Environ Med, 43/6. 515-525.

Dibbelt, S., Fleischer, C., Schaidhammer, M., Greitemann, B. (2007): Der P.A.INT- Fragebogen zur Kontaktbewertung (P.A.INT-FKB): Ein Instrument zur Erfassung der Qualität der Patienten-Arzt-Interaktion aus zwei Perspektiven. DRV-Schriften, Bd 72.

Dibbelt, S., Schaidhammer, M., Greitemann, B., Fleischer, C. (2008): Patient-doctor-interaction in rehabilitation: The impact of interaction quality on treatment results. 29. International Congress of Psychology, Berlin.

Schulz von Thun, F. (1998): Miteinander reden 1 - Störungen und Klärungen. Rowohlt Taschenbuchverlag: Reinbek bei Hamburg.

*) Wir danken den Kliniken, die sich an der Durchführung der Datenerhebung und des Trainings beteiligt haben (in alphabetischer Reihenfolge): Nordseeklinik Borkum, Rehazentrum Bad Eilsen (orthopädische und rheumatologische Abteilung), Klinik Königsfeld, Klinik Münsterland, Klinik Niederrhein, Klinik Bad Oexen, Klinik Roderbirken.

Stewart, M., Brown, J.B., Boon, H., Galajda, J., Meredith, L., Sangster, M. (1999): Evidence on patient-doctor communication. Cancer Prevention and Control. 25-30.
Van Dalen, J., Bartholomeus, P., Kerkhofs, E., Lulofs, R., Van, Thiel, J., Rethans, J.J., Scherpbier, A.J., Van Der Vleuten, C. (2001): Teaching and assessing communication skills in Maastricht: the first twenty years. Medical Teacher. 245-251.

Maßnahmen zur nachhaltigen Lebensstilmodifikation bei KHK aus Sicht von PatientInnen und Angehörigen

Romppel, M., Grande, G.
Fachbereich Sozialwesen, Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur, Leipzig

Hintergrund

Die langfristigen Erfolge der Sekundärprävention bei KHK sind unbefriedigend (vgl. z. B. Küpper-Nybelen et al., 2003). Die unzureichenden Ergebnisse werden meist auf Merkmale der Patienten wie fehlende Motivation oder auf Probleme der Versorgungsstrukturen wie die fehlende Versorgungskontinuität oder die unzureichende Umsetzung sekundärpräventiver Ziele in der Hausarztbetreuung zurückgeführt. Ein bisher wenig untersuchter Aspekt ist die möglicherweise fehlende Bedarfsgerechtigkeit dieser Interventionen im Hinblick auf vorhandene Erwartungen und Konzepte sowie den subjektiven Bedarf der PatientInnen im Alltag. Drei Ansatzpunkte zu einer stärkeren Patientenorientierung werden diskutiert: die Orientierung an den personalen und situativen Voraussetzungen der Lebensstilmodifikation unter Alltagsbedingungen (z. B. Yarcheski et al., 2004), der verstärkte Einsatz systemischer Interventionsansätze (z. B. Goldsmith et al., 2006) und die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Rollen und Bewältigungsstrategien (z. B. Grande, 2008). Im Rahmen eines im Förderschwerpunkt "Versorgungsnahe Forschung - Chronische Krankheiten und Patientenorientierung" geförderten Projekts sollen die subjektiven Konzepte von KHK-PatientInnen und ihren PartnerInnen zu den Zielen, Inhalten, Methoden und dem Setting patientenorientierter Interventionen zur Unterstützung der Lebensstilmodifikation unter Alltagsbedingungen erhoben und mit vorhandenen Ansätzen verglichen werden.

Methodik

In der ersten Phase des dreiphasigen Projekts wurden in insgesamt 13 Fokusgruppen mit je 6 bis 10 TeilnehmerInnen PatientInnen nach einem ersten kardialen Ereignis und ihre PartnerInnen zu ihren Vorstellungen über Bedingungen einer erfolgreichen Lebensstilmodifikation und zu ihren konkreten Erfahrungen mit verschiedenen Methoden der Sekundärprävention befragt. Ferner wurde ermittelt, welche Merkmale (Ziele, Inhalte, Methoden, Settings) von Interventionen zur Lebensstilmodifikation die TeilnehmerInnen als geeignet beurteilen, um nachhaltige Veränderungen des Lebensstils zu erreichen. Um Unterschiede zwischen unterschiedlichen Krankheitsphasen erfassen zu können, wurden PatientInnen in der Akutbehandlung, in der stationären Rehabilitation sowie in der ambulanten Versorgung mindestens ein halbes Jahr nach dem kardialen Ereignis einbezogen.

In den Gruppen mit den PartnerInnen wurden deren Erfahrungen bei Versuchen, den Patienten bzw. die Patientin zu unterstützen, sowie der von PartnerInnen wahrgenommene eigene Unterstützungsbedarf erfragt. Alle Gruppendiskussionen wurden aufgezeichnet, vollständig transkribiert und in einem strukturierten Vorgehen mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2000) ausgewertet. Dabei wurden die Äußerungen anhand eines vorher festgelegten Kategoriensystems systematisiert, paraphrasiert, zusammengefasst und gegebenenfalls expliziert.

Ergebnisse

Die Erfahrung eines lebensbedrohlichen Ereignisses und die Probleme der Bewältigung dieser Erfahrung drängen die Beschäftigung mit dem Thema Lebensstilmodifikation während der Behandlung im Akutkrankenhaus weitgehend in den Hintergrund. Die zu einem späteren Zeitpunkt im Krankheitsverlauf befragten TeilnehmerInnen stellten ihre Lebensstilmodifikation als weitgehend gelungen dar. Ein Teil der PatientInnen war durch Vorerkrankungen wie Diabetes schon lange Zeit vor dem Ereignis mit einer aus gesundheitlichen Gründen angepassten Lebensführung konfrontiert. Angehörige dagegen thematisierten Schwierigkeiten ihrer PartnerInnen bei der Lebensstilmodifikation in stärkerem Ausmaß und äußerten im Zusammenhang damit eigene Belastungen. Als Barrieren für eine erfolgreiche Lebensstilmodifikation wurden neben finanziellen Schwierigkeiten vor allem psychosoziale Probleme, die mangelnde Alltagsrelevanz der erfahrenen Maßnahmen zur Lebensstilmodifikation sowie die geringe Intensität der professionellen Unterstützung im Alltag genannt. Insbesondere von den männlichen Teilnehmern wurde die Bedeutung der Unterstützung durch ihre Ehefrauen hervorgehoben.

Diskussion

Die Ergebnisse bestätigen im Wesentlichen die Annahmen über mögliche innovative Ansatzpunkte zur Verbesserung der Nachhaltigkeit der Lebensstilmodifikation. Es kann vermutet werden, dass die TeilnehmerInnen an den Fokusgruppen durch die Selbstselektion der freiwilligen Teilnahme eine positive Auswahl darstellen, und dass Schwierigkeiten bei der Lebensstilmodifikation in der Gesamtpopulation in größerem Ausmaß auftreten.

Ausblick

Auf der Grundlage der qualitativen Ergebnisse soll ein Fragebogen erarbeitet werden, um die Merkmale von Interventionen zur Lebensstilmodifikation von einer größeren Stichprobe hinsichtlich ihrer Eignung für eine erfolgreiche, nachhaltige Veränderung des Lebensstils beurteilen zu lassen. Die Erkenntnisse sollen als Basis für einen innovativen patientenorientierten und systemischen Interventionsansatz zur nachhaltigen Lebensstilmodifikation unter Alltagsbedingungen dienen.

Literatur

Goldsmith, D.J., Lindholm, K.A., Bute, J.J. (2006): Dilemmas of talking about lifestyle changes among couples coping with a cardiac event. Social Science and Medicine, 63 (8). 2079-2090.

Grande, G. (2008): Genderspezifische Aspekte der Gesundheitsversorgung und Rehabilitation nach Herzinfarkt. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 51 (1). 36-45.

Küpper-Nybelen, J., Rothenbacher, D., Hahmann, H., Wüsten, B., Brenner, H. (2003): Veränderungen von Risikofaktoren nach stationärer Rehabilitation bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 128 (28-29). 1525-1530.

Mayring, P. (2000): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (7. Aufl.). Weinheim: Deutscher Studien Verlag.

Yarcheski, A., Mahon, N.E., Yarcheski, T.J., Cannella, B.L. (2004): A meta-analysis of predictors of positive health practices. Journal of Nursing Scholarship, 36 (2). 102-108.

"Berufliche Zukunft" - Zwischenergebnisse zur Evaluation eines Behandlungsprogramms für Patienten mit beruflicher Problemlage in der medizinischen Rehabilitation*)

Bönisch, A., Dorn, M., Ehlebracht-König, I.

Rehazentrum Bad Eilsen der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Hintergrund

Zielgruppe sind Patienten mit längeren Arbeitsunfähigkeitszeiten bzw. Arbeitsplatzverlust aus gesundheitlichen Gründen, unsicherer beruflicher Zukunft und sozialmedizinischer Problematik. Das Programm - bestehend aus fünf Modulen mit psychoedukativer Ausrichtung unter psychologischer Leitung in geschlossen Gruppen - intendiert die Vermittlung einer realistischen Einschätzung der sozialmedizinischen Problematik sowie eine verbesserte Vernetzung während der Rehabilitation als auch zwischen stationärer und poststationärer Phase.

Thematische Schwerpunkte sind Informationen zu Erwerbs(un)fähigkeit, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) und gesetzlichen Rahmenbedingungen. Teile eines anderen Programms aus der psychosomatischen Rehabilitation wurden adaptiert (Schultze, 2005).

Methode/Stichprobe

Es werden zwei Behandlungsgruppen mit komplexer stationärer Rehabilitation verglichen, wobei die Interventionsgruppe (IG) das Seminar erhält, die Kontrollgruppe (KG) nicht. Bei einem Teil der IG findet zusätzlich eine telefonische Nachsorge statt. Messzeitpunkte sind: Reha-Beginn (t 1), Reha-Ende (t 2) sowie 6 (t 3) und 12 Monate (t 4) später. Erfasst werden u. a.: Seminarakzeptanz, berufsbezogene Aspekte, subjektive Erwerbsprognose (SPE, Mittag et al., 2003), Depressivität und Ängstlichkeit (IRES 3.1), Behinderung durch Schmerzen (PDI) sowie Kenntnisstand über sozialmedizinische Sachverhalte mit einem eigens konstruierten Wissensbogen. Die Rekrutierung ist fast abgeschlossen, so dass im März 2009 Daten für die gesamte Stichprobe t 1-t 2 (n=320) vorgestellt werden können.

Die berichteten Zwischenergebnisse beziehen sich auf 119 Patienten (KG 58, IG 61): 58 % Männer, mittleres Alter 48 Jahre (23-60), 62 % Hauptschulabschluss, 53 % arbeitslos; medi-

*) gefördert von der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

zinische Hauptdiagnose: 58 % Dorsopathien, 35 % rheumatische Erkrankung. Die Auswertung erfolgte mittels t-Tests bzw. deskriptiv.

Ergebnisse

Etwa drei Viertel der Probanden waren im Jahr vor der Rehabilitation länger als 6 Wochen krank. Bezogen auf die subjektive Erwerbsprognose (Mittag & Raspe, 2003) sahen 90 % ihre Erwerbsfähigkeit dauerhaft gefährdet, ca. zwei Drittel hatte einen Rentenwunsch. Depressivität und Angst sind extrem hoch ausgeprägt.

Bei t 1 zeigte sich ein starkes Informationsdefizit hinsichtlich sozialmedizinischer Sachverhalte und ein großes Interesse an der Thematik. Die Ergebnisse zur Seminar-Akzeptanz zeigen positive Bewertungen (Mittelwerte, Skala von 1-6): Die Wichtigkeit des Seminars, der Nutzen der Informationen über Rente und die Gruppenatmosphäre wurden mit 1,8 am besten bewertet, gefolgt von der Verständlichkeit und dem Erfahrungsaustausch (jeweils 1,9) sowie dem Nutzen der Informationen über LTA und der Fallbeispiele (2,0 bzw. 2,1). Hinsichtlich der Weiterempfehlung des Seminars wurde ein Mittelwert von 1,5 erreicht.

Die IG sieht sich bei t 2 hinsichtlich rechtlicher Grundlagen, Möglichkeiten der beruflichen Veränderung und Schwerbehinderung signifikant besser informiert als die KG und empfindet die Reha hilfreicher zur Klärung der beruflichen Situation. Beide Gruppen zeigen eine signifikante Verbesserung von t 1 zu t 2 für die Parameter Depressivität, Ängstlichkeit subjektive Erwerbsprognose. Für die IG zeigen sich außerdem signifikante Verringerungen der Schmerzintensität und der körperlichen Beeinträchtigung. Es gibt erste Hinweise für eine signifikant stärkere Zunahme im Parameter Wissen zugunsten der IG.

Fazit

Untersucht wird eine hochbelastete Risikogruppe, die ein ausgesprochen starkes Informationsdefizit hinsichtlich sozialmedizinischer Inhalte zeigt. Das Seminar findet hohe Akzeptanz bei den Teilnehmern. Die bisherigen Erfahrungen weisen darauf hin, dass das Behandlungskonzept eine notwendige und sinnvolle Ergänzung des bisherigen Behandlungsangebotes darstellt. Erste Zwischenergebnisse zeigen größere Effekte bei der IG. Die Intervention kann gut auf mögliche poststationäre berufsbezogene Maßnahmen vorbereiten und damit zu einer besseren Vernetzung von stationärer und poststationärer Phase beitragen.

Literatur

Mittag, O., Raspe, H. (2003): Eine kurze Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit: Ergebnisse einer Untersuchung an 4.279 Mitgliedern der gesetzlichen Arbeiterrentenversicherung zu Reliabilität (Guttmann-Skalierung) und Validität der Skala. Die Rehabilitation, 42. 169-174.

Schultze, H. (2005): Stationäre psychosomatische Rehabilitation bei chronischen Schmerzpatienten. Pabst Science Publishers, Lengerich.

Partizipative Zielvereinbarung in der Rehabilitation - Eine Intervention zur Optimierung der Kommunikation zwischen Arzt und Rehabilitand

Schaidhammer-Placke, M. (1), Dibbelt, S. (1), Glattacker, M. (2), Dudeck, A. (2)

(1) Institut für Rehabilitationsforschung Norderney an der Klinik Münsterland der Deutschen Rentenversicherung Westfalen, Bad Rothenfelde,

(2) Abt. Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg i. Br.

Hintergrund

Obwohl die Formulierung von Zielen unter Einbeziehung der Rehabilitanden als wichtiger Bestandteil des Rehabilitationsprozesses gilt (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2007), scheinen Zielvereinbarungen in der Praxis der Rehabilitation noch nicht fest verankert zu sein. Neuere Studien zeigen, dass Rehabilitanden Schwierigkeiten haben, Ziele für die Rehabilitation zu nennen, und dass viele Ärzte Rehazielvereinbarungen unter den gegebenen organisatorischen und zeitlichen Bedingungen für wenig realistisch halten (Meyer et al., 2008).

Andererseits zeigt eine Erhebung zum Ist-Zustand der Zielvereinbarung an Rehabilitationskliniken im Rahmen des Projekts "ParZivar"[*)], dass viele Patienten Ziele für die Rehabilitation angeben können (Glattacker et al., im Druck). Ergebnisse aus Interviews mit 23 Rehabilitanden lassen den Schluss zu, dass Ärzte häufig nach Rehazielen fragen, diese aber - in der Wahrnehmung der Rehabilitanden - nicht immer explizit mit den ärztlichen Zielen abstimmen und mit dem Therapieprogramm in Verbindung setzen.

Vor diesem Hintergrund wird im Projekt "ParZivar" eine Intervention zur Verbesserung der Qualität partizipativer Zielvereinbarungen in der Rehabilitation entwickelt und evaluiert. Der Beitrag stellt die Schwerpunkte der Intervention bei Rehabeginn dar.

Zielgruppe

Das 4-stündige Training richtet sich an Ärzte und wird in drei Rehabilitationskliniken mit den Diagnosegruppen Diabetes mellitus Typ 2, Koronare Herzkrankheit und Chronischer Rückenschmerz durchgeführt.

Intervention

Die Intervention zielt darauf ab, den Rehaaufenthalt optimal zu nutzen, um langfristig das Gesundheitsverhalten (HAPA-Modell; Schwarzer, 2004) der Rehabilitanden zu fördern.

Daher sollen die Ärzte bei Rehabeginn:

- Problemwahrnehmung der Rehabilitanden und bisherigen Bewältigungsstrategien ermitteln

*) "Entwicklung und Evaluation eines Trainingsmoduls zur partizipativen Vereinbarung von Zielen in der stationären medizinischen Rehabilitation", gefördert von der Deutschen Rentenversicherung Bund im Rahmen des Förderschwerpunkts "Versorgungsnahe Forschung: Chronische Krankheiten und Patientenorientierung".

- Gründe für Erfolg/Misserfolg aus Sicht der Rehabilitanden eruieren
- Anliegen und positive Rehaziele der Rehabilitanden in Erfahrung bringen
- Indikatoren für Zielerreichung und mögliche Quantifizierung erfragen
- Problemwahrnehmung aus ärztlicher Sicht vermitteln
- aus ärztlicher Sicht vorrangige, kurz- und langfristige Ziele benennen und Bezug zu Anliegen und Zielen der Rehabilitanden herstellen
- gemeinsam klären, welche Ziele realistischerweise während des Rehaaufenthalts bzw. langfristig erreichbar sind
- gemeinsam Ziele festlegen
- Beitrag der Rehabilitanden in den Mittelpunkt stellen (Selbstwirksamkeit erhöhen)
- Behandlungsplan abstimmen
- Feedback und Bilanzierung vereinbaren
- Ziele für die anderen Behandler transparent machen

Im Training erhalten die Teilnehmer eine manualgestützte Anleitung zu Zielvereinbarungen und üben zentrale Interaktionen an konkreten Fallbeispielen ein.

Diskussion

Die Intervention knüpft an die Arzt-Patienten-Kontakte und Behandlungsangebote in den Kliniken an und zielt darauf ab, diese patientenorientierter zu gestalten. Es wird davon ausgegangen, dass der notwendige Aufwand durch eine Verminderung von Reibungsverlusten ausgeglichen wird und die unterstützende Förderung der Patientenautonomie sich langfristig positiv auf das Gesundheitsverhalten auswirkt.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2007): Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung.

Glattacker, M., Dudeck, A., Gustke, M., Dibbelt, S., Schaidhammer-Placke, M., Pollmann, H., Greitemann, B., Jäckel, W.H. (im Druck): Zielvereinbarungen in der Rehabilitation von Patienten mit Diabetes mellitus.

Meyer, T., Pohontsch, N., Maurischat, C., Raspe, H. (2008): Patientenzufriedenheit und Zielorientierung in der Rehabilitation. Lage: Jacobs-Verlag.

Schwarzer, R. (2004): Psychologie des Gesundheitsverhaltens. 3. überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Der Rehabilitanden-Informationstag - Ein rehabilitandenzentriertes Programm zur Zielorientierung der medizinischen Rehabilitation

*Pohontsch, N. (1), Deck, R. (1), Höder, J. (2), Schönrock-Nabulsi, P. (3), Meyer, T. (1) **

(1) Institut für Sozialmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Lübeck,
(2) Rheumaklinik Bad Bramstedt, (3) Röpersbergklinik Ratzeburg
* unter Mitarbeit der Arbeitsgruppe Rehabilitationsziele des NVRF e.V.

Hintergrund

Die Vereinbarung von therapeutischen Zielen, aber auch übergeordneten Rehabiltationszielen hat in der medizinischen Rehabilitation eine besondere Bedeutung. Diese Zielorientierung ist nach Barnes & Ward (2000) die "essence of rehabilitation". Aktuelle Studien zur Zielorientierung in der Rehabilitation beschäftigen sich mit Ansätzen zur Partizipativen Entscheidungsfindung (z. B. Steger et al., 2008) oder zur partizipativen Zielvereinbarung in der medizinischen Rehabilitation (z. B. ParZivar, Glattacker et al., 2008). Die Ergebnisse einer von Meyer et al. (2008) durchgeführten Studie lassen jedoch vermuten, dass diese Programme teilweise zu spät im Rehabilitationsprozess ansetzen. Die aktuellen Rahmenbedingungen der medizinischen Rehabilitation erschweren die gemeinsame Vereinbarung von therapeutischen und Rehabilitationszielen im Aufnahmegespräch. Zum einen kommen die Rehabilitanden mangels Vorbereitung nur in seltenen Fällen mit klaren Zielvorstellungen in die Rehabilitation und zum anderen bleibt im Aufnahmegespräch in der Regel nur wenig Raum für eine ausführliche Klärung individueller und teilhabeorientierter Therapie- und Rehabilitationsziele. Klinikmitarbeiter verweisen auf die begrenzte Aufnahmefähigkeit vieler Rehabilitanden im Aufnahmegespräch, deren mangelnde Erfahrung darin, eigene Wünsche und Vorstellungen in Arztgespräche einzubringen und den Zeitmangel, der durch die Verdichtung des Rehabilitationsaufenthalts entstünde. Weitere Problemursachen liegen im Prozesscharakter von Therapiezielen und möglichen konfligierenden Rehabilitationszielen (Berentungswunsch oder "Sozialbegehren"). Es ist anzunehmen, dass es sinnvoll wäre, eine Aufklärung der Rehabilitanden über Ziele und Inhalte ihrer Rehabilitation und die Zielfindungs- und Festlegungsphase in das Vorfeld des Rehabilitationsaufenthalts zu legen, um das bestmögliche Ergebnis zu erreichen. Ansätze, wie die von der DRV Bund im Vorfeld der Rehabilitation ausgegebenen Informationsbroschüren, sind deshalb zu befürworten, sind aber vermutlich nicht ausreichend.

Konzept

Ein Lösungsansatz für dieses Problem könnte ein von den Mitgliedern der Arbeitsgruppe Rehabilitationsziele des Norddeutschen Verbunds für Rehabilitationsforschung e. V. konzipierter "Rehabilitanden-Informationstag" sein. Diese eintägige Veranstaltung zielt auf Versicherte, denen ein Heilverfahren bevorsteht. Das Programm des Informationstags soll sich aus Informationsvorträgen und praktischen Übungen zusammensetzen. Die Beiträge beinhalten Themen wie Ziele und Ablauf einer Rehabilitationsmaßnahme, Bedeutung von Therapie- und Rehabilitationszielen für die Rehabilitation und Formulierung individueller und umsetzbarer Rehabilitationsziele. Die praktischen Übungen beschäftigen sich mit der Identifikation persönlicher Problembereiche/Einschränkungen, der Festlegung individueller Rehabilitationsziele und dem Verhalten bei der Absprache von Rehabilitationszielen mit dem auf-

nehmenden Arzt. Ziel des "Rehabilitanden-Informationstags" ist es, den Versicherten über die bevorstehende Rehabilitationsmaßnahme aufzuklären, (falsche) Erwartungen zu thematisieren und ihn zu befähigen, Rehabilitationsziele zu formulieren und diese im Aufnahmegespräch mit dem Arzt in geeigneter Weise zu besprechen. Das Konzept des "Rehabilitanden-Informationstags" soll vorgestellt und diskutiert werden.

Literatur

Barnes, M.P., Ward, A.B. (2000): Textbook of rehabilitation medicine. Oxford: Oxford Medical Publications.

Glattacker, M., Dudeck, A., Dibbelt, A., Schaidhammer-Placke, M., Greitemann, B., Pollmann, H., Jäckel, W.H. (2008): Partizipative Entscheidungsfindung in der medizinischen Rehabilitation: Entwicklung und Evaluation eines Trainingsmoduls zur partizipativen Vereinbarung von Zielen in der stationären medizinischen Rehabilitation. Gesundheitswesen, 70. 441.

Meyer, T., Pohontsch, N., Maurischat, C., Raspe, H. (2008): Patientenzufriedenheit und Zielorientierung in der Rehabilitation. Reihe Rehabilitationsforschung. Lage: Jacobs-Verlag.

Steger, A., Ehrhardt, H., Körner, M. (2008): Entwicklung und Evaluation eines Fortbildungsprogramms zur Partizipativen Entscheidungsfindung in der medizinischen Rehabilitation - Ergebnisse der Pilotstudie. In: Rosendahl, J., Strauß, B. (Hrsg.): Psychosoziale Aspekte körperlicher Krankheiten. Lengerich: Pabst.

Individualisierte Patienteninformationssysteme zur Förderung partizipativer Entscheidungsfindung bei chronischen Erkrankungen

Buchholz, A. (1), Simon, D. (1), Härter, M. (1,2)

(1) Sektion Klinische Epidemiologie und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Freiburg, (2) Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

In Kooperation mit der Techniker Krankenkasse (TK) wurde in der Sektion Klinische Epidemiologie und Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Freiburg eine interaktive individualisierte Patienteninformation entwickelt ("TK-Patientendialog"). Diese basiert auf dem Ansatz der Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF) und richtet sich an Patienten, die vor einer medizinischen Entscheidung stehen (Härter, 2004). Die im Informationssystem präsentierten Inhalte wurden nach dem aktuellen Stand der evidenzbasierten Medizin und gültigen nationalen und internationalen Leitlinien entwickelt. Die Informationen sind in laienverständlicher Sprache aufbereitet und werden in dialogischer Form dargestellt. Das System besteht aus mehreren Modulen, die sowohl krankheitsspezifische Informationen als auch Informationen zur Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen enthalten. Der Aufbau des Systems basiert auf dem Ottawa Decision Support Framework zur Entwicklung von Entscheidungshilfen für Patienten (O'Connor et al., 2002).

Die Effektivität des Informationssystems wurde in einer randomisiert-kontrollierten Online-Fragebogenstudie mit drei Messzeitpunkten (T0 vor Nutzung, T1 direkt nach Nutzung, T2

drei Monate nach Nutzung des Systems) im Vergleich zu einer statischen Patienteninformation an 664 TK-Versicherten untersucht. Es zeigte sich, dass Patienten nach Nutzung des Dialogs (T1) einen signifikant geringeren Entscheidungskonflikt erleben als Nutzer der statischen Patienteninformation. Das indikationsspezifische Wissen war in beiden Studiengruppen ähnlich ausgeprägt, hier zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede. Der größte Effekt des Patientendialogs zeigte sich bei der Vorbereitung der Entscheidungsfindung. Die Beteiligungspräferenz nach Nutzung der Informationen war in beiden Gruppen sehr hoch, hier ließ sich kein Effekt des Patientendialogs feststellen. In der Nachbefragung drei Monate nach Systemnutzung (T2) konnten keine Effekte des Patientendialogs im Hinblick auf Beteiligung an der Entscheidungsfindung, Bereuen der Entscheidung und Einhaltung der vereinbarten Behandlung (Adhärenz) ermittelt werden. Im Hinblick auf Zufriedenheit mit dem Informationsangebot und Akzeptanz wurde der Patientendialog deutlich besser bewertet als die statische Patienteninformation.

Basierend auf den Projektergebnissen zum Patientendialog wird im Rahmen des neu aufgelegten Förderprogramms des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) in Kooperation mit den gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen sowie der Deutschen Rentenversicherung Bund ein interaktives Informationssystem für Patienten mit chronischen Erkrankungen (chronischer Kreuzschmerz, Diabetes mellitus Typ 2) entwickelt und evaluiert. Das Projekt beginnt zum 01.12.08 am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf. Mit diesem System sollen chronisch kranke Patienten umfassend und ihren Bedürfnissen entsprechend informiert werden. Dabei sollen sie die Vor- und Nachteile von krankheitsspezifischen Behandlungsmöglichkeiten kennen lernen, mögliche Entscheidungskonflikte sollen verringert werden. Ein weiteres Ziel ist eine verbesserte Vorbereitung der Patienten auf ärztliche Konsultationen, in denen individuelle medizinische Entscheidungen getroffen werden. Anders als beim TK-Patientendialog werden der Entwicklung der Patienteninformation im neuen Projekt verschiedene Theorien der Informationsvermittlung und Entscheidungsfindung zugrunde gelegt und auf ihre Eignung geprüft.

Die Evaluation wird im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Online-Studie durchgeführt. Dabei wird angenommen, dass durch die bedarfsorientierte und an den individuellen Präferenzen orientierte Darbietung der Informationen der Nutzen des Patienteninformationssystems gegenüber herkömmlichen Patienteninformationen erhöht werden kann. Der Zugang von Patienten zur internetbasierten Information wird über kooperierende Krankenkassen, Rentenversicherungsträger sowie ambulante Praxen und Praxisverbünde vermittelt.

Im Rahmen der Innovationswerkstatt werden verschiedene Formate der Informationsvermittlung aus den Projekten vorgestellt. Zudem werden Möglichkeiten der Einbindung eines solchen Informationssystems in die rehabilitative Versorgung diskutiert.

Literatur

Härter, M. (2004): Partizipative Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) - Ein von Patienten, Ärzten und der Gesundheitspolitik geforderter Ansatz setzt sich durch. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 98. 89-92.

O'Connor, A., Jacobsen, M., Stacey, D. (2002): An evidence-based approach to managing women's decisional conflict. Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing, 31. 570-581.

Interprofessionelles Trainingsprogramm zur partizipativen Entscheidungsfindung für Führungskräfte in der medizinischen Rehabilitation

Körner, M., Steger, A.-K., Ehrhardt, H.
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Der Wunsch der Patienten stärker an behandlungsbezogenen Entscheidungen beteiligt zu werden, erfordert eine Modifizierung des beruflichen Handelns der einzelnen Professionen als auch die Intensivierung der Interaktion der Berufsgruppen. Hierzu sind neue Interaktions-/Kooperationsformen zu etablieren (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007). Die partizipative Entscheidungsfindung ist eine Interaktionsform, die zunehmend von den Patienten gewünscht wird und bislang insbesondere für die Interaktion von Arzt und Patient bei medizinischen Therapieentscheidungen untersucht ist. Das Konzept lässt sich jedoch auch auf die Behandlungs- und Zielplanung in der medizinischen Rehabilitation anwenden. Hierfür sind zwei Modifikationen erforderlich: 1. Als Entscheidungssituationen sind nicht nur die medizinischen Therapieentscheidungen sondern im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells der Rehabilitation auch die psycho-sozialen Therapieentscheidungen sowie die Behandlungs- und Zielplanungen relevant 2. Die Arztzentriertheit des Konzeptes ist zugunsten der anderen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen aufzulösen (Interprofessionalität der Rehabilitation). Dies geschieht in zwei Richtungen, d. h. es sind sowohl die Behandler-Patient- (anstelle der Arzt-Patient-) Interaktionen als auch die Behandler-Behandler-, respektive Team-Interaktionen zu berücksichtigen.

Ziel der von der Deutschen Rentenversicherung Bund und dem BMBF geförderten Studie "Entwicklung und Evaluation eines Fortbildungsprogramms zur Partizipativen Entscheidungsfindung in der medizinischen Rehabilitation" (PEFiT) ist die Erstellung eines Manuals für ein interprofessionelles Trainingsprogramm, welches den beiden zuvor beschriebenen Besonderheiten der medizinischen Rehabilitation Rechnung trägt. Hierzu wurden in Fokusgruppen die Bedürfnisse und Präferenzen der Rehabilitanden (4 Kliniken, n=36) und einer Delphibefragung die Expertenmeinungen (48 Experten aus 4 Kliniken) zu den möglichen Schulungsinhalten erfasst. Die Ergebnisse werden in die Entwicklung des interprofessionellen Trainingsprogramms, welches auf bisherigen Schulungsprogrammen zur partizipativen Entscheidungsfindung, Führung und Teamarbeit aufbaut, einfließen. Die Zielgruppe des Trainings sind Führungskräfte der verschiedenen Berufsgruppen in der medizinischen Rehabilitation (Train-the-Trainer-Ansatz), da insbesondere sie es in der Hand haben, patientenorientiertes Verhalten und partizipative Entscheidungsfindung in den Rehabilitationskliniken zu etablieren (Hoefert, 2007). Die Schulungsdauer beläuft sich auf zwei Halbtage. Inhaltlich sind zwei Module (ein Modul je Halbtag) zu konzipieren:

Modul 1: Partizipative Entscheidungsfindung in der Behandler-Patient-Interaktion

- Einführung in die partizipative Entscheidungsfindung und die patientenzentrierte Kommunikation
- Patientenbeteiligung bei der Ziel- und Behandlungsplanung
- Umsetzung der partizipativen Entscheidungsfindung in der Behandler-Patient-Interaktion

Modul 2: Interprofessionelle partizipative Entscheidungsfindung

- Führung und Partizipation im multiprofessionellen Team: Einführung in den partizipativen Führungsstil und die mitarbeiterzentrierte Kommunikation
- Mitarbeiterbeteiligung bei der Ziel- und Behandlungsplanung
- Umsetzung der interprofessionellen partizipativen Entscheidungsfindung

Das Training wird in einer cluster-randomisierten multizentrischen Interventionsstudie mit drei Erhebungszeitpunkten mittels Fragebogenerhebung und standardisierter Beobachtung evaluiert. Die Interventions- und Kontrollgruppe setzen sich aus jeweils 10 Kliniken zusammen; je Gruppe werden pro Messzeitpunkt 310 Patienten befragt. Ergänzend findet zu zwei Messzeitpunkten eine Mitarbeiterbefragung statt.

Mit dem Nachweis, dass es sich um ein erfolgreiches Training für Behandler in der medizinischen Rehabilitation handelt, kann es auch in anderen Versorgungsbereichen implementiert und evaluiert werden. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass die Implementierung von den Kontextbedingungen (z. B. Organisationskultur, Offenheit für Innovationen) abhängig ist. Für eine erfolgreiche Implementierung einer interprofessionellen partizipativen Entscheidungsfindung sind daher unterstützende Maßnahmen, wie z. B. Einbettung in ein Organisations-/ Teamentwicklungskonzept und patientenbezogene Schulungs-/Informationsprogramme in Betracht zu ziehen.

Literatur

Hoefert, H.W. (2007): Ganzheitlichkeit, Humanität und Patientenorientierung - ethische Leitziele oder Marketingbegriff. In: Hoefert, H.W. (Hrsg.): Führung und Management im Krankenhaus. 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe. 139-162.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzung für eine zielorientierten Gesundheitsversorgung. Verfügbar unter: http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/%DCber sicht/Langfassung.pdf (letzter Zugriff: 30.10.2008).

Einfluss von Shared-Decision-Making (SDM) auf die Motivation zur Bearbeitung beruflicher Problemlagen in der medizinischen Rehabilitation

Gerlich, C., Neuderth, S., Botterbusch, I.

Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Universität Würzburg

Hintergrund

Die Thematisierung berufs- und arbeitsplatzbezogener Aspekte ist eine wesentliche Strategie zur Sicherung der Nachhaltigkeit von Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation (BAR, 2008). In den letzten Jahren wurden verstärkt Maßnahmen zur Bearbeitung berufsbezogener Problemlagen entwickelt und eingesetzt (Neuderth, Vogel, 2002). Zum einen ist von einem hohen Bedarf von berufsbezogenen Maßnahmen auszugehen, da bei einem substanziellen Anteil von ca. 30 % der Rehabilitanden eine beruflichen Problemlage vorliegt

(Müller-Fahrnow, Radoschewski, 2006). Zum anderen stellt die Motivation der Rehabilitanden bei der Durchführung berufsbezogener Maßnahmen einen bestimmenden Faktor dar. Mangelnde Motivation wird für die teils hohen Abbrecherquoten verantwortlich gemacht und wird deswegen häufig von Seiten der Kliniken als Ausschlusskriterium für berufsbezogene Maßnahmen definiert. Im Kontext von berufsbezogenen Maßnahmen liegen bislang keine Studien vor, die eine gezielte Motivierung der Patienten untersuchen. Aus der Motivations- und Psychotherapieforschung ist bekannt, dass die Beteiligung von Patienten an Entscheidungen motivationsfördernd wirkt. Durch eine vermehrte Patientenbeteiligung im Arzt-Patienten-Gespräch (im Sinne von Shared-Decision-Making) soll die Motivation zur Bearbeitung beruflicher Problemlagen bei Rehabilitanden gefördert werden.

Beitrag zur Innovationswerkstatt

Durch den Förderschwerpunkt "Chronische Krankheiten und Patientenorientierung" wird eine Studie unterstützt, die nun die strukturierte Einbindung von Rehabilitanden in die Therapieentscheidung im Sinne von Empowerment und Shared-Decision-Making bei der Bearbeitung von beruflichen Problemlagen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation zum Thema hat. Die Überprüfung des Einflusses von Shared-Decision-Making erfolgt dabei in Form einer quasi-experimentellen Studie mit zeitversetzten Kontroll- und Interventionsgruppen im Diagnosebereich Orthopädie/Rheumatologie. Im Anschluss an die 6-monatige Kontrollphase ("treatment as usual") werden die behandelnden Ärzte dahingehend geschult, im Gespräch mit Patienten vor berufsbezogenen Interventionen die Richtlinien der partizipativen Entscheidungsfindung und der motivierenden Gesprächsführung zu beachten. Es wird angenommen, dass durch Shared-Decision-Making die Zufriedenheit mit dem Indikationsgespräch positiv beeinflusst und insgesamt die Motivation für die Durchführung der berufsbezogenen Maßnahme nach der gemeinsam getroffenen Entscheidung gefördert wird. Zudem wird erwartet, dass in Folge der verbesserten Motivation der Rehabilitanden sich auch die Zufriedenheit mit der jeweiligen berufsbezogenen Maßnahme verbessert und die Effektivität der Maßnahme erhöht werden kann.

Wie kann Shared-Decision-Making im Kontext von berufsbezogenen Maßnahmen umgesetzt werden? Als Zugang wird die Förderung von Gesprächs- und Handlungskompetenz auf Seiten der Behandler im Rahmen einer Fortbildung gewählt. Die Fortbildung orientiert sich an den neun Schritten der partizipativen Entscheidungsfindung wie sie von Härter und Simon (2008) beschrieben wurden.

Diskussion

Das Konzept wurde für die besonderen Anforderungen im Bereich berufsbezogener Maßnahmen adaptiert. Insbesondere gilt für berufsbezogene Maßnahmen, dass nicht von einer Gleichwertigkeit der Maßnahmen ausgegangen werden kann (Equipoise). Zum einen kann nicht für alle Angebote von einer Evidenzbasierung ausgegangen werden, zum anderen sind unterschiedliche berufsbezogene Maßnahmen für den Rehabilitanden mit unterschiedlich hohen Anforderungen verbunden und nicht für jeden Rehabilitanden in gleichem Maße geeignet. Vor diesem Hintergrund wurde bei der Entwicklung des Schulungskonzepts auch auf Elemente des Motivational Interviewing zurückgegriffen, die auf die Reduktion von Ambivalenz abzielen.

Literatur

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (Hrsg.) (2008): Praxisleitfaden - Strategien zur Sicherung der Nachhaltigkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Frankfurt: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation.

Härter, M., Simon, D. (2008): Gemeinsame Entscheidungsfindung in der Rehabilitation (Shared decision-making). In: Deck, R., Glaser-Möller, N., Remé, T. (Hrsg.): Rehabilitation und Wiedereingliederung. Der Rehabilitand im Mittelpunkt. Düsseldorf: Jacobs Verlag. 81-96.

Müller-Fahrnow, W., Radoschewski, F.M. (2006): Theoretische Grundlagen der MBO in der medizinischen Rehabilitation. In: Müller-Fahrnow, W., Karoff, M. (Hrsg.): Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Lengerich: Pabst. 36-46.

Neuderth, S., Vogel, H. (Hrsg.) (2002): Berufsbezogene Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation - bisherige Entwicklungen und aktuelle Perspektiven. Frankfurt: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation.

Die Patient-Behandler-Kommunikation: Kommunikationsbezogene Präferenzen von chronisch kranken Patienten in der Rehabilitation

Kosiol, D., Gramm, L., Farin, E.

Abt. Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg i. Br.

Hintergrund

Aufgrund der Forderung nach mehr Patientenzentrierung in der medizinischen Versorgung zeichnete sich im Laufe der letzten Jahre ein zunehmendes Forschungsinteresse an Themen der Patient-Behandler-Kommunikation ab. Vorliegende Arbeiten zeigen, dass sich Patienten in ihren Präferenzen zu verschiedenen Aspekten der Kommunikation zum Teil deutlich unterscheiden (z. B. Street et al., 2003; Swenson et al., 2004).

Zur Umsetzung einer Patientenorientierung in der Rehabilitation ist demnach das individuelle Assessment der Kommunikationspräferenzen chronisch kranker Patienten von zentraler Bedeutung. Ziel der hier vorgestellten Vorstudie des Projektes "Die Patient-Behandler-Kommunikation bei chronisch Kranken" (PaBeKo) war es, relevante Aspekte einer erfolgreichen Patient-Behandler-Kommunikation aus Patientensicht über einen qualitativen Zugang zu ermitteln. In diesem Kontext sollte zum einen untersucht werden, inwieweit sich Patienten unterschiedlicher Indikationen in ihren Präferenzen bezüglich der Kommunikation mit ihren Behandlern unterscheiden, zum anderen ob sich in Bezug auf verschiedene Behandlergruppen unterschiedliche Erwartungen der Patienten nachweisen lassen.

Methodik

Zur patientenseitigen Erfassung relevanter Aspekte der Patient-Behandler-Kommunikation in der Rehabilitation wurde ein Fokusgruppen-Ansatz gewählt. Es wurden 57 Patienten im Alter von 22 bis 92 Jahren (M=57,0; SD=12,0) aus acht Rehabilitationseinrichtungen befragt. 65 % der Patienten waren männlich. 30 Patienten waren aufgrund von chronischen Rückenschmerzen, 27 aufgrund einer chronisch-ischämischen Herzkrankheit in Behandlung.

Die Patienten wurden gebeten, getrennt für drei Behandlergruppen (Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten) anzugeben, was ihnen im Gespräch mit den Behandlern in der Rehabilitation besonders wichtig ist. Zusätzlich wurden die Patienten gefragt, ob Behandler im Gespräch mit weiblichen und männlichen Patienten unterschiedlich vorgehen sollten.

Die Gruppengespräche wurden auf Tonband aufgezeichnet und transkribiert. Die Inhaltsanalyse der Gesprächsprotokolle erfolgte durch drei Kodierer, die mit Hilfe der Software Atlas.ti in mehreren Schritten ein Kodiersystem entwickelten. Dieses umfasste 38 Kategorien von Patientenpräferenzen (z. B. "zuhören", "Zeit nehmen", "verständliche Sprache"), die jeweils getrennt für die drei Behandlergruppen vergeben werden konnten. Die Interraterreliabilität für zwei Kodierer lag mit einem Wert von κ=0,47 im mittleren Bereich.

Ergebnisse

Die Patienten zeigten unterschiedliche Kommunikationspräferenzen bezüglich der Behandlergruppen: Während von den Ärzten primär erwartet wird, dass sie den Patienten über die Krankheit informieren, sich Zeit nehmen und Fragen des Patienten beantworten, wird bezüglich der Therapeuten insbesondere gewünscht, dass sie sich ausführlich über die Beschwerden des Patienten informieren und individuell auf ihn eingehen. In Bezug auf die Pflegekräfte stehen dagegen Freundlichkeit, die Beantwortung von Patientenfragen und die Erreichbarkeit im Vordergrund.

Bezogen auf die beiden Indikationen zeigte sich, dass Patienten mit chronisch-ischämischer Herzkrankheit häufig die Präferenz einer Risikoaufklärung und von klaren Verhaltensregeln durch den Arzt äußerten, während dieser Aspekt von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen nicht thematisiert wurde. Diese betonten jedoch im Gegensatz zu den Herzpatienten mehrfach die Wichtigkeit einer gemeinsamen Behandlungsplanung und der Berücksichtigung von Patientenrückmeldungen.

Auf die Frage, ob die Behandler im Gespräch mit weiblichen und männlichen Patienten unterschiedlich vorgehen sollten, antworteten die Patienten in 49 Fällen (86 %) mit einer Verneinung, fünfmal wurde die Frage bejaht und drei Patienten waren unsicher.

Schlussfolgerungen

Es zeigte sich, dass die Patientenpräferenzen sowohl bezüglich der unterschiedlichen Behandlergruppen als auch im Hinblick auf die beiden Indikationen der Patienten differieren.

Demnach sollte die Patient-Behandler-Kommunikation in der Rehabilitation zur Umsetzung einer Patientenorientierung sowohl behandler- als auch indikationsspezifische Schwerpunkte beinhalten. Ein Bedarf zur geschlechtsspezifischen Gestaltung der Patient-Behandler-Kommunikation wird seitens der Patienten dagegen in der Regel nicht gesehen.

Eine detailliertere Untersuchung der Fragestellung erfordert die quantitative Erhebung der Kommunikationspräferenzen an einer größeren Patientenstichprobe. Zu diesem Zweck wurde, basierend auf den dargestellten qualitativen Ergebnissen aus den Fokusgruppen, ein Fragebogeninstrument zu den Kommunikationspräferenzen von Patienten (KOPRA-Fragebogen) entwickelt, welches derzeit in 18 Rehabilitationseinrichtungen erprobt wird.

Literatur

Street, R.L., Krupat, E., Bell, R.A., Kravitz, R.L., Haidet, P. (2003): Beliefs about control in the physician-patient relationship: effect on communication in medical encounters. Journal of General Internal Medicine. 18. 609-616.

Swenson, S.L., Buell, S., Zettler, P., White, M., Ruston, D.C., Lo, B. (2004): Patient-centered communication. Do patients really prefer it? Journal of General Internal Medicine. 19. 1069-1079.

"…also im Prinzip […], bin ich jetzt ein bisschen allein gelassen…" - Das Erleben von Autonomie und Partizipation in der poststationären Nachsorge im Rehabilitationsprozess nach dem Ereignis eines Schlaganfalls

Schaepe, C. (1), Behrens, J. (1), Schubert, M. (1), Zimmermann, M. (2)

(1) Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, (2) Zentrum für Altern und Gesellschaft, Universität Vechta

Hintergrund

Die Beteiligung der Patienten und die Förderung der Eigeninitiative - als autonomiefördernde Faktoren - im Rehabilitationsprozess werden heute als zentrale Elemente einer modernen Rehabilitation vorausgesetzt (Faller, 2003). Schlaganfallpatienten erfahren im Rahmen des Rehabilitationsprozesses durch Wiedererlangung von körperlichen und/oder geistigen Fähigkeiten unterschiedlich weit reichende Veränderungen in der Wahrnehmung ihrer Autonomie. Zusätzlich wird diese in hohem Maße durch das räumliche und soziale Umfeld in förderlicher oder hinderlicher Weise beeinflusst (Proot et al., 2000; Schubert et al., 2006). Als weitere Einflussfaktoren auf die Autonomierückgewinnung werden das Fachwissen und der Charakter der professionellen Helfer sowie die Verfügbarkeit und die Strategien zur Nutzung professioneller Hilfe durch den Patienten beschrieben (Schubert et al., 2006; Thümmler et al., 2008).

Das Teilprojekt C5 des SFB 580 geht mit seinem Thema "Rehabilitation und Pflege zwischen Transformation und Weiterentwicklung - Individualisierung und Differenzierung von Rehabilitation und Pflege im Falle gesundheitsbedingter Exklusionsrisiken" der Frage nach, wie Schlaganfallbetroffene die Versorgung nach der Anschlussrehabilitation (weitere "Nachsorge") im Fokus von Partizipation und Autonomie erleben und welche Rolle dabei die genannten Einflussfaktoren spielen.

Methode

Der Zugang zum Erleben des Rehabilitationsprozesses betroffener Schlaganfallpatienten und deren Erfahrungen erfolgt über ein sinnverstehendes, hermeneutisches Vorgehen. Mit der Methode des theoretical sampling wurde eine Stichprobe von 15 Betroffenen gebildet. Die Patienten unterscheiden sich in Geschlecht, Alter, regionaler Herkunft, Schweregrad und Ereignisabstand. Mit den Betroffenen wurden themenzentrierte Interviews mit offener Eingangsfrage und teilstrukturiertem Leitfaden geführt. Die Analyse der Interviews erfolgte mit dem methodischen Ansatz der Grounded Theory (Strauss, Corbin, 1996).

Ergebnisse

Die poststationäre Rehabilitation von Schlaganfallpatienten ist uneinheitlich gestaltet, die Kontinuität einer weiteren therapeutischen und hauswirtschaftlichen Versorgung hängt weitgehend von den persönlichen Kenntnissen und sozialen Ressourcen der einzelnen Patienten und deren Bezugspersonen ab. Alle Befragten berichteten von starken Widerständen bei allen Trägern der Gesundheitsversorgung, diese konnten bei einigen Betroffenen mit Unterstützung durch Bezugspersonen, Sozialverbände und/oder Hausärzte überwunden werden, für andere Betroffene fand nahezu keine weitere Versorgung poststationär statt bzw. fühlten

sie sich allein gelassen ("Und wenn man irgendwas braucht, dann wird ja alles abgelehnt"). Die Beteiligung des Patienten und die Förderung der Eigeninitiative im Sinne von Partizipation zur Förderung von Autonomie werden durch Barrieren (Schnittstellen, Zuständigkeiten, Verfahrensabläufe, Wartezeiten etc.) beschränkt. Insbesondere die Automatismen ("Das ging alles automatisch") im Rehabilitationsverlauf ohne Absprache mit dem Betroffenen lassen auf keine individualisierte Anpassung der Rehabilitationsmaßnahmen und Patientenorientierung schließen. Häufig wird das Recht der Mitentscheidung ausgesetzt.

Es wurde deutlich, dass die eigentliche Krankheitsverarbeitung nach einem Schlaganfall nicht in der direkten Anschlussrehabilitation erfolgt oder abgeschlossen ist, sondern im weiteren Verlauf sich stetig entwickeln kann. Dies bezieht sich im Besonderen auch auf therapeutische Effekte (Oulette et al., 2004).

Schlussfolgerungen & Umsetzung

Aus den Befunden lässt sich die Notwendigkeit eines partizipativen Rehabilitationsprozessmanagements (Begleitung und Steuerung) in der Nachsorge ableiten.

Die Unterstützung durch Angehörige und Bezugspersonen und die Integration der Betroffenen in den (sozialen) Kontext ist auch langfristig ein wichtiger Faktor für den Rehabilitationserfolg (Anderson et al., 2000; Han, Halley, 1999; Glass et al., 1993).

Um das unstrukturierte Behandlungsgeschehen in der Nachsorge, welches durch Beliebigkeit und Zufall geprägt ist, zu vermeiden, wird derzeit in einer durch das BMBF finanzierten randomisiert kontrollierten Studie (PaReSiS) ein Programm zur individuellen Steuerung des Nachsorgeprozesses bei Schlaganfallpatienten im Sinne eines Case Managements untersucht. In Abhängigkeit vom individuellen Bedarf und der individuellen Präferenz des Betroffenen erfolgt eine Steuerung des Rehabilitationsprozesses, eine Informationsvermittlung und Beratung auf unterschiedlichen Zugangswegen. Es wird davon ausgegangen, dass eine Steuerung des Leistungszugangs und Information von Betroffenen und deren Angehörigen speziell im Sektor der potstationären Rehabilitation die Möglichkeit schafft, das bestehende Rehabilitationspotenzial weiter auszuschöpfen.

Literatur

Anderson, C., Rubenach, S., Mhurchu, C., Clark, M., Spence, C., Winsor, A. (2000): Home or hospital for stroke rehabilitation? Results of a randomised trial. Stroke, 31. 1024.

Faller, H. (2003): Shared Decision Making: Ein Ansatz zur Stärkung der Partizipation des Patienten in der Rehabilitation. Die Rehabilitation, 42. 129-135.

Glass, T., Matchar, D., Belyea, M., Feussner, J. (1993): Impact of social support on outcome in first stroke. Stroke, 24. 64-70.

Han, B., Halley, W. (1999): Family caregiving for patients with stroke. Stroke, 30. 1478-1485.

Ouelette, M.M., LeBrasseur, N.K., Bean, J.F., Phillips, E., Stein, J., Frontera, W.R., Fielding, R.A. (2004): High-Intensity resistance training improves muscle strength, self-reported function, and diasability in long-term stroke survivors. Stroke, 35. 1404-1409.

Proot, I.M., Crebolder, H.F., Abu-Saad, H.H., Macor, T.H., ter Meulen, R.H. (2000): Facilitating and Constraining Factors on Autonomy. The Views of Stroke Patients on Admission into Nursing Homes. Clinical Nursing Research, 9, 4. 460-478.

Schubert, M., Ayerle, G., Behrens, J., Schaepe, C., Zimmermann, M., Höhne, A. (2006): Rehabilitation und Rehabilitationserleben aus Sicht von Schlaganfallpatienten. Praxis klinische Verhaltenmedizin und Rehabilitation, 18, 71. 66-74.

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

Thümmler, K., Schmidt, A., Zimmermann, M., Schaepe, C. (2008): "Du entscheidest da nichts mit, nein gar nichts" Darstellung von Patientenpartizipation aus Betroffenensicht im Rehabilitationsverlauf nach einem akuten Schlaganfallereignis - Eine Einzelfallanalyse. DRV-Schriften, Bd 77. 50-51.

Wunsch- und Wahlrechte in der Rehabilitation: Dokumentation der Patientenpräferenzen durch ein Discrete Choice Experiment in Rehabilitationskliniken

Bethge, S., Mühlbacher, A.C.

Stiftungsinstitut Gesundheitsökonomie und Medizinmanagement,
Hochschule Neubrandenburg

Hintergrund

Die Analyse der Patientenpräferenzen ist für das Verständnis von Wahlentscheidungen, das Inanspruchnahmeverhalten und die Patientenzufriedenheit unerlässlich und ein wesentliches Kriterium für die Entwicklung zukünftiger, innovativer Angebote. § 9 Abs 3 SGB IX verpflichtet die Reha-Einrichtungen den betroffenen Personen eine möglichst hohe Selbstbestimmung zu ermöglichen und räumt ihnen ein Wunsch- und Wahlrecht ein. Für Leistungsträger, Leistungserbringer und die Leistungsberechtigten wird es in Zukunft darauf ankommen, sich weniger an der Rolle des passiven Patienten zu orientieren, sondern die Ressourcen der Menschen zu stärken und zu aktivieren und anhand ihrer Präferenzen zu berücksichtigen (Welti, 2008). Mit Discrete-Choice-Experimenten (DCE) ist es möglich, die Patientenpräferenzen durch Teilnutzenwerte für verschiedene Reha-Merkmale abzuleiten.

Methoden

Mit leitfadengestützten Experteninterviews und darauf aufbauenden Fokusgruppen in Rehabilitationseinrichtungen wurde eine 63 Item umfassende Merkmalsliste erstellt, die patientenrelevante Aspekte in der Rehabilitation abbildet und gleichzeitig die Basis für die Konstruktion des Discrete-Choice-Experimentes zur Dokumentation der Patientenpräferenzen darstellt. Als Ergebnis wurde ein Prototyp eines internetbasierten Fragebogens entwickelt. Im Rahmen des Pretest (n=53) wurden vier Ergebnisdimensionen befragt: soziodemographische Parameter, Zufriedenheit in der Rehabilitation, Merkmalsabfrage zur Fundierung der DCE und die eigentliche Präferenzmessung mittels DCE.

Ergebnisse

Als Ergebnis konnten die Patientenpräferenzen in der Rehabilitation abgeleitet werden. Ersichtlich wurde, dass das am höchsten präferierte Merkmal das "Erreichen des Rehabilitationszieles" war. Diesem folgten "Freundlichkeit des Personals", "Häufigkeit der Arztkontak-

te", "Entfernung zum Wohnort", "Abstimmung der Therapieablaufes" und "Freizeitmöglichkeiten" in genannter Reihenfolge. Die "Lage der Einrichtung" hatte bei der Wahlentscheidung den geringsten Einfluss. Alle abgefragten Merkmale zeichneten sich durch eine hohe Signifikanz aus.

Aus den errechneten Koeffizienten konnten folgende Darstellungen (Abb. 1+2) extrahiert werden.

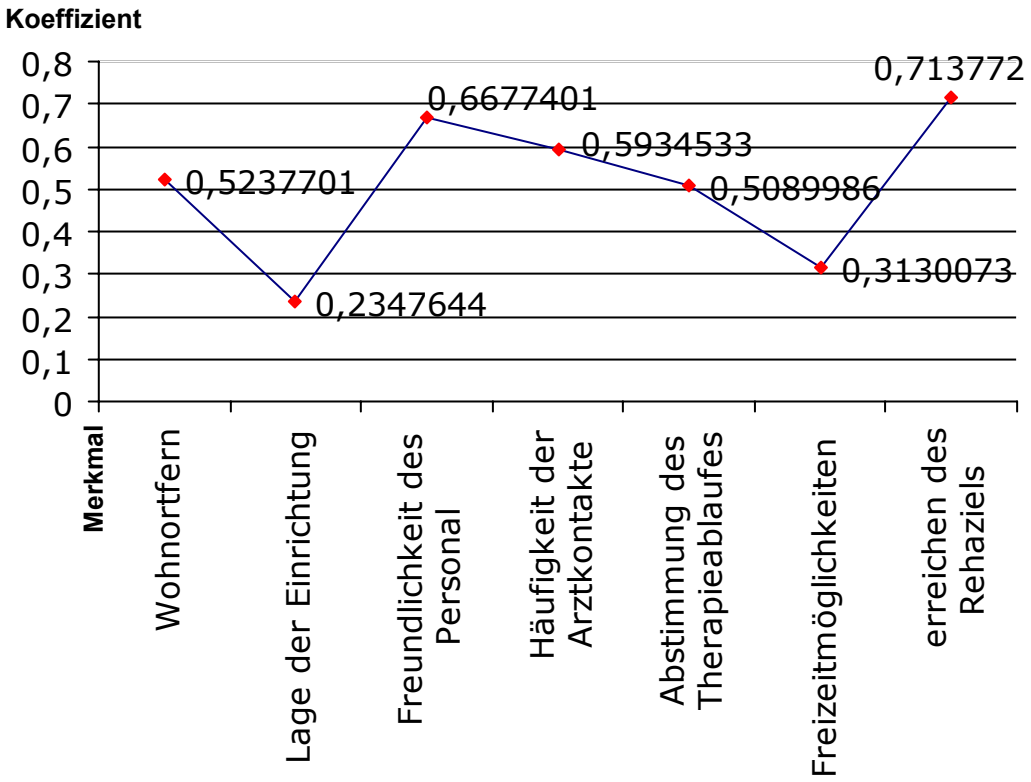


Abb. 1: Regressionskoeffizienten der Discrete-Choice Analyse

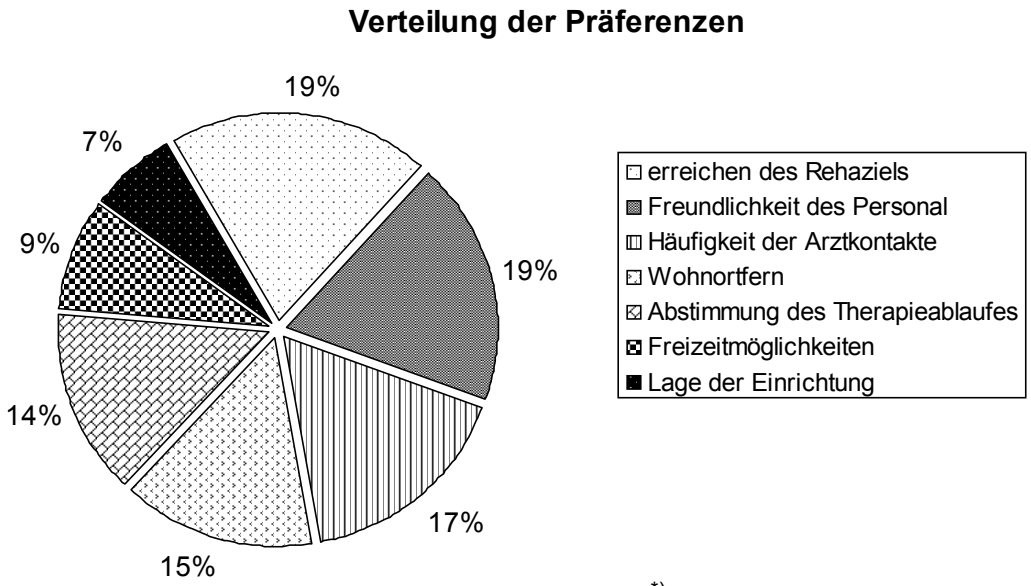


Abb. 2: Patientenpräferenzen in der Rehabilitation*)

*) Es ist zu beachten, dass die Koeffizienten zu 100 % aufsummiert wurden um die Abbildung zu erzeugen, auch wenn dies statistisch umstritten ist.

Fazit

Das Ergebnis ist ein internetbasiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung von Patientenpräferenzen und Patientenzufriedenheit in der Rehabilitation. Es dient der Einbeziehung von Patienten und Versicherten in die Entscheidungsfindungen im Rehabilitationsbereich. Die Ergebnisse ermöglichen eine an den Präferenzen der Betroffenen orientierte Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik im Sinne des § 9 SGB IX. Durch die Abfrage von patientenberichteten Qualitätsindikatoren können weiterhin Prozess-, Struktur-und Ergebnismerkmale evaluiert werden, die bei der Behandlung und bei den Patienten von Bedeutung sind. Das Instrument bietet auch eine Plattform für eine standardisierte Patientendokumentation.

Ausblick

Es wird angestrebt, den entwickelten Prototypen des Erhebungsinstrumentes in einem Folgeprojekt weiter zu modifizieren und dabei an die Belange der datenverarbeitenden Institution (Hochschule Neubrandenburg), der datengenerierenden Einrichtungen (Rehabilitationskliniken) und der datengebenden Personen (Rehabilitationspatienten) abzustimmen.

Literatur

Brazier, J., Ratcliff, J., Salomon, J.A., Tsuchiya, A. (2007): Measuring and Valuing Health Benefits for Economic Evaluation, Oxford University Press, New York.

Kartte, J., Neumann, K. (2008): Der Gesundheitsmarkt, Studie, Roland Berger Strategy Consultants, Germany.

Rüden, U. von, (2007): Lebensqualität als Outcomekriterium in den Gesundheitswissenschaften, Institut für Gesundheitswissenschaften der TU Berlin. URL: http://opus.kobv.de/tuberlin/volltexte/2007/1508/pdf/rueden_ursula.pdf (Stand: 27.10.2008, Stand 8:10Uhr).

Ryan, M., Gerard, K., Amaya, M. (Eds.) (2008): Using Discrete Choice Experiments to Value Health and Health Care. Dordrecht: Springer.

Telser, H. (2002): Nutzenmessung im Gesundheitswesen, Die Methode der Discrete-Choice-Experimente, Schriftenreihe: Volkswirtschaftliche Forschungsergebnisse, Bd 78. Verlag Dr. Kova`c Hamburg.

Welti, F. (2008): Rechtliche Aspekte einer "Patientenorientierung" in der Rehabilitation. Die Rehabilitation, 47. 109-111.

Delphi-Befragung zum Thema Interne Partizipative Entscheidungsfindung in der medizinischen Rehabilitation

Ehrhardt, H., Steger, A.-K., Körner, M.

Abt. für Medizinische Soziologie, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Hintergrund und Ziel der Erhebung

Bisherige Forschungsbefunde zur partizipativen Entscheidungsfindung in Deutschland konzentrieren sich auf die Arzt-Patient-Interaktion (externe Entscheidungsfindung) und lassen andere Berufsgruppen in der medizinischen Rehabilitation sowie deren Interaktionen im multiprofessionellen Behandlungsteam (interne Entscheidungsfindung) unberücksichtigt. Aus Mitarbeiterbefragungen ist bekannt, dass bezüglich partizipativer Entscheidungsfin-

dung, Kommunikation im Team sowie Abstimmung zwischen den verschiedenen Disziplinen im Team ein hoher Schulungsbedarf besteht (Körner, 2006; Matschewsky et al., 2006). Jeweils ein Drittel der Mitarbeiter sieht Optimierungsbedarf hinsichtlich der Organisation der Arbeitsabläufe, der Mitsprachemöglichkeiten und der Entscheidungsbefugnisse (Körner, 2006). Bislang gibt es in Deutschland nur ein interprofessionelles Trainingsprogramm für die medizinische Rehabilitation, welches sich jedoch ausschließlich auf die Behandler-Patient-Interaktion konzentriert.

Ziel der Delphi-Studie ist die Konzeption eines interdisziplinären Trainingsmoduls für Führungskräfte, um die interne partizipative Entscheidungsfindung im Sinne der internen Patientenorientierung (nach Bruhn, 2002) im multiprofessionellen Behandlungsteam der medizinischen Rehabilitation zu implementieren.

Methodik

Für die Entwicklung des Schulungsmoduls "interne partizipative Entscheidungsfindung" wurden in der Delphi-Befragung die Präferenzen, Kompetenzen und Defizite der Führungskräfte zur partizipativen Entscheidungsfindung erfasst. Daneben wurden deren Einschätzungen zu potentiellen Schulungsinhalten, zum Führungsstil und zur interdisziplinären Zusammenarbeit erhoben. Die Schulungsinhalte, die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die partizipative Entscheidungsfindung bewerteten die Experten nach Wichtigkeit (1 = Gar nicht wichtig bis 6 = Sehr wichtig) und eigener Kompetenz (1 = Fällt mir sehr schwer bis 6 = Fällt mir sehr leicht). Der Führungsstil wurde in Anlehnung an das Führungskontinuum von Tannenbaum u. Schmidt (1958 zit. In Wunderer, 2001) anhand verschiedener Entscheidungssituationen beurteilt (1 = Trifft nie zu bis 5 = Trifft immer zu).

In vier Rehabilitationskliniken verschiedener Indikationsbereiche wurden Experten der medizinischen Rehabilitation befragt (n=48). Die Stichprobe sollte dabei möglichst alle an der medizinischen Behandlung beteiligten Berufsgruppen und speziell die Führungskräfte repräsentieren. Rekrutiert wurden die Experten von den Studienverantwortlichen innerhalb der teilnehmenden Kliniken. Die Delphi-Befragung wurde als internetbasierte Befragung konzipiert. Alternativ wurde eine Papier-Version angeboten. Zwei der vier befragten Kliniken entschieden sich bereits im Vorfeld für die Papier-Version. Die Expertengruppe (N=19, Stand 31.10.2008) setzt sich aktuell aus 7 Ärzten, 4 Psychologen/Psychotherapeuten, 5 Physiotherapeuten/Sportlehrer/Masseure und 4 Vertretern weiterer behandlungsrelevanter Berufsgruppen zusammen (10 Frauen / 9 Männer).

Ergebnisse

Als wichtigste Schulungsinhalte wurden die Items "Wahrnehmen des Patienten als Individuum" und "Vertrauen zum Gesprächspartner aufbauen" genannt (je M=5.68, SD=.582), gefolgt von "Kommunizieren und kooperieren im interdisziplinären Team" (M=5.44, SD=.616) und "Konflikte in der Entscheidungsfindung besprechen" (M=5.44, SD=.705). Bei der Einschätzung der eigenen Kompetenz fällt den Experten "Kritikgespräche führen" (M=3.28, SD=1.127) am schwersten, gefolgt von "Mit schwierigen Teammitgliedern kommunizieren" (M=3.35, SD=1.057) und "Konfliktgespräche moderieren" (M=3.50, SD=1.127).

Der am häufigsten angewendete Führungsstil ist der informierende Führungsstil (M=4.20, SD=.862 aus der Perspektive der Führungskraft und M=3.59, SD=.939 aus der Perspektive des Mitarbeiters).

Bei der interdisziplinären Zusammenarbeit wurde "Toleranz gegenüber anderen Fachgebieten" als am wichtigsten eingestuft (M=5.79, SD=.419). Bei der Einschätzung der eigenen Kompetenz fällt den Experten "Methoden der anderen Fachgebiete kennen" am schwersten (M=3.53, SD=.841).

Diskussion und Ausblick

Das Schulungsmodul soll die interne partizipative Entscheidungsfindung etablieren und wird im Rahmen der Studie "Entwicklung und Evaluation eines Trainingsprogramms zur Partizipativen Entscheidungsfindung in der medizinischen Rehabilitation - PEFiT" evaluiert werden. Aufgrund der bisherigen Ergebnisse ist zu erwarten, dass das Trainingsmodul insbesondere die Themen: Führen von und Zusammenarbeit in interdisziplinären Teams, Kommunikation in schwierigen Situationen und Entscheidungsfindung im Team umfassen wird. Die Delphi-Befragung wird Ende 2008 abgeschlossen sein. Eine zweite Runde der Delphi-Befragung wird die Schulungsthemen konkretisieren.

Literatur

Bruhn, M. (2002): Integrierte Kundenorientierung. Implementierung einer kundenorientierten Unternehmensführung. Wiesbaden: Gabler.

Häder, M. (Hrsg.) (2000): Die Delphi-Technik in den Sozialwissenschaften. Methodische Forschungen und innovative Anwendungen. Wiesbaden: Westdt. Verl. (ZUMA-Publikationen).

Körner, M. (2006): Teamanalyse und Teamentwicklung in der medizinischen Rehabilitation. Regensburg: Roderer-Verlag.

Matschewsky, S., Schmidt, A., Doering, T.-J., Steuernagel, B., Niederstadt, C.-J., Hübner, M.-S. (2006): Reha-Mitarbeiterschulung zur Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF) in der stationären Rehabilitation. [Abstract]. Heidelberg: 4. Deutscher Kongress zum Thema Shared Decision Making. 57-58.

Tannenbaum, R., Schmidt, W.H. (1958): How to choose a leadership pattern. In: Harvard Business Review, Jg. März/April, 36. 95-102.

Wunderer, R. (2001): Führung und Zusammenarbeit. Eine unternehmerische Führungslehre (4. Aufl.). Neuwied, Kriftel: Luchterhand.

5-Jahreskatamnese zum Pilotprojekt: Verbessert die "Patientenunterschrift" die Reha?

Kaluscha, R. (1), Cziske, R. (2), Jacobi, E. (1,2)

(1) Forschungsinstitut für Rehabilitationsmedizin an der Universität Ulm,
(2) Rheumaklinik Bad Wurzach

Fragestellung

Im Pilotprojekt "Patientenunterschrift" (Jacobi, Kaluscha, 2004) werden Reha-Ziele und Therapie-/Nachsorgekonzept von Arzt und Patient gemeinsam erarbeitet und im Entlassungsbericht niedergelegt, um eine nachhaltige Umsetzung zu gewährleisten. Den Rehabilitanden wird bereits vor Abreise (!) ihr Entlassungsbericht zur Unterschrift vorgelegt. Damit kann bei

Bedarf der Rehabilitand noch vor Abreise unmittelbar mit seinem Reha-Arzt Rücksprache halten; ein Exemplar des Entlassungsberichtes kann er sofort mitnehmen. So bleibt nichts unklar, und es gerät beim Betroffenen nichts in Vergessenheit.

Denn es ist gerade bei der Rehabilitation chronisch kranker Menschen eine zentrale Aufgabe, den Betroffenen zum Leben mit der Erkrankung zu befähigen (empowerment) und dafür Sorge zu tragen, dass das gemeinsam erarbeitete Therapie-/Nachsorgekonzept auch nach der Entlassung aus der Reha-Klinik im Alltag bestmöglich umgesetzt wird (adherence). Dies kann nur erfolgreich sein, wenn der Betroffene aktiv mitarbeiten und eigene Bedürfnisse und Prioritäten in den Rehaprozess einbringen kann. Der Betroffene muss über das weitere Vorgehen umfassend informiert sein und kann dann als "Botschafter in eigener Sache" tätig werden.

Zusätzlich entsteht durch die Unterschrift im Sinne einer moralischen Selbstverpflichtung ein symbolischer Vertrag über das weitere Vorgehen zwischen Arzt und Patient.

Des weiteren beschleunigt unser Vorgehen den Informationsfluss in der Reha-Kette und ist zugleich auch praktizierte informationelle Selbstbestimmung: sein Exemplar kann der Patient für sich behalten oder es nach eigener Entscheidung vollständig bzw. teilweise Dritten zugänglich machen, z. B. dem Betriebsarzt.

Jetzt haben wir in einer Fünfjahreskatamnese die Auswirkungen der "Patientenunterschrift" untersucht.

Methode

Dabei wurden im Frühjahr 2008 durch die Klinik 150 zufällig ausgewählte Rehabilitanden des dritten und vierten Quartals 2003, die ihren Bericht unterschrieben hatten, angeschrieben. Als historische Kontrollen dienten 150 zufällig ausgewählte Rehabilitanden der vorigen Quartale. Da eine Sprachbarriere Ausschlussgrund für die Patientenunterschrift ist und diese Information für die historischen Kontrollen nicht unmittelbar vorlag, wurden bei ihrer Auswahl keine Fälle berücksichtigt, bei denen computerlinguistisch Hinweise auf einen Migrationshintergrund gefunden wurden.

Der versandte Fragebogen enthielt u. a. Items zum Reha-Ergebnis, zur Lebensqualität (EuroQoL EQ-5D), zur Zufriedenheit sowie zur Umsetzung der Nachsorge (BURENA (Gerdes et al., 2004)).

Ergebnisse

56 (19 %) der angeschriebenen Rehabilitanden waren zwischenzeitlich verzogen, 3 (1 %) verstorben und 8 (3 %) wurden aus anderen Gründen ausgeschlossen. 105 (35 %) antworteten gar nicht.

In der Unterschriftengruppe gab es 69 verwertbare Antworten, in der Kontrollgruppe 58.

Statistisch signifikante Unterschiede ergaben sich zwar in einigen Einzelitems, z. B. mehr Training unter Anleitung in der Unterschriftengruppe; aber nicht beim Reha-Erfolg generell.

Bei der Nachsorge geben die Patienten der Kontrollgruppe an, nach der Rehabilitationsmaßnahme im Mittel 4,1 verschiedene Nachsorge-Elemente (z. B. stufenweise Wiedereingliederung im Beruf, Krankengymnastik, Sport oder Ernährungsumstellung) begonnen zu haben, von denen sie nach fünf Jahren noch 3,1 aufrecht erhalten haben. Bei der Unter-

schriftengruppe werden hingegen durchschnittlich 4,5 Nachsorge-Elemente begonnen, von denen nach fünf Jahren noch 3,7 durchgeführt werden. Die bereits in der Kontrollgruppe hohe Nachsorge-Aktivität konnte also tendenziell durch die Patientenunterschrift noch etwas intensiviert (4,1 ± 2,0 vs. 4,5 ± 1,9 Nachsorge-Elemente nach Entlassung aus der Reha-Klinik, Wilcoxon $p < 0.376$) und die Nachhaltigkeit (3,1 ± 2,2 vs. 3,7 ± 1,8 Nachsorge-Elemente nach fünf Jahren, Wilcoxon $p < 0.076$) verbessert werden. Aufgrund der hohen individuellen Variabilität, der Gruppengrößen und eines gewissen Deckeneffektes werden die Unterschiede aber nicht statistisch signifikant.

Diskussion

Wenngleich eine eigens für den Patienten geschriebene Version des Entlassungsberichtes sowie Möglichkeiten zur Unterstützung bei der Nachsorge durch die Reha-Klinik wünschenswert wären, verbietet sich dieses leider aufgrund des damit verbundenen hohen Zusatzaufwandes, solange hierfür keine adäquate Vergütung erfolgt. Insofern sehen wir unseren Ansatz als einen guten Kompromiss zwischen den Bedürfnissen des Rehabilitanden und den derzeitigen Möglichkeiten der Klinik.

Die Ergebnisse sind ermutigend und deuten darauf hin, dass das Projekt seinen Zielen, Patientensouveränität (Seiter, 2003) und Adherence weiter zu verbessern, nahe gekommen ist.

Literatur

Gerdes, N., Bührlen, B., Lichtenberg, S., Jäckel, W.H. (2004): Abschlußbericht "REhabilitationsNAchsorge" (RENA). Förderschwerpunkt "Rehabilitationswissenschaften", Förderkennzeichen 02 8 08. Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung e.V., Bad Säckingen. Online: http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de --> Reha-Wissenschaften --> Förderschwerpunkt Rehawissenschaften --> Projektdatenbank (30.10.2008).

Jacobi, E., Kaluscha, R. (2004): Die Patientenunterschrift im ärztlichen Reha - Entlassungsbericht. Die Rehabilitation, 43. 199-208.

Seiter, H. (2003): Der Reha-Entlassungsbericht - Nur eine ärztliche Behandlungsdokumentation oder Ausdruck von mehr Patientensouveränität? Spektrum, 3/4. 84. Landesversicherungsanstalt Baden-Württemberg.

Bedürfnisse und Präferenzen von Patienten in der medizinischen Rehabilitation zu Partizipativer Entscheidungsfindung - eine qualitative Studie

Steger, A.-K., Ehrhardt, H., Körner, M.
Abteilung für Medizinische Soziologie, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Hintergrund und Zweck der Untersuchung

Chronisch Kranke in der Rehabilitation fordern immer häufiger am Entscheidungsprozess bezüglich der Behandlung beteiligt zu werden (Schmidt et al., 2006). Studien zeigen, dass derzeit etwa ein Drittel (McKinstrey, 2000) bis die Hälfte der Patienten in Entscheidungsprozesse miteinbezogen werden möchte (Neuderth et al., 2006). Die Tendenz ist steigend, d. h. für die Zukunft wird ein Trend in Richtung Partizipativer Entscheidungsfindung prognostiziert. Gründe für einen Anstieg des Partizipationswunsches sind z. B. veränderte Rollenerwartungen der Patienten, ein geringeres Informationsgefälle zwischen Behandler und Patient und ein Anstieg der Behandlungsalternativen.

Ziel dieser Pilotstudie war zum einen die Erfassung der Bereitschaft der Rehabilitationspatienten zur Partizipation und zum anderen die Erarbeitung damit verknüpfter Bedürfnisse und Präferenzen. Die in der Pilotstudie gewonnenen Erkenntnisse fließen in die Konzeption eines Trainingsprogramms ein.

Methodik

Es wurde ein qualitatives Untersuchungsdesign gewählt. In vier Rehabilitationskliniken verschiedener Indikationsbereiche wurden Fokusgruppen mit jeweils 6-10 Teilnehmern durchgeführt. Die Durchführungsdauer je Gruppe belief sich auf maximal zwei Stunden. Rekrutiert wurden die Patienten durch einen Ansprechpartner (Arzt/Psychologe) der jeweiligen Rehabilitationseinrichtung. Die Stichprobe sollte dabei möglichst repräsentativ für die Belegung der Klinik sein. Die Teilnahme an den Fokusgruppen war für die Patienten freiwillig. Insgesamt konnten 23 Frauen und 13 Männer für die Pilotstudie gewonnen werden (n = 36). Das Durchschnittalter der Patienten lag bei 57 Jahren (Range: 19-84 Jahre). Die Berufsverteilung war heterogen. Ausgewertet wurden die Fokusgruppen mittels Inhaltsanalyse nach Mayring. Nach einer induktiven Kategorienbildung erfolgte eine Analyse der Häufigkeiten von Code-Zuordnungen. Zusammenhänge mit Patientenmerkmalen wurden dabei berücksichtigt.

Ergebnisse

Die Einschätzungen der momentanen Partizipationsmöglichkeiten der Patienten streuen breit und sind stark an einzelne Rehabilitationseinrichtungen und Patientenmerkmale gebunden. Patienten in der psychosomatischen Einrichtung berichten gegenüber Patienten in somatischen Einrichtungen, stärker in Behandlungsentscheidungen einbezogen zu werden.

Der gewünschte Partizipationsgrad liegt durchschnittlich höher als der momentan erlebte. Der Wunsch nach mehr Partizipation ist über alle Indikationsbereiche gleichmäßig verteilt, wobei die meisten Patienten eine gleichberechtigte Rollenverteilung im Sinne des Modells der Partizipativen Entscheidungsfindung wünschen. Personenmerkmale wie Alter, Geschlecht, beruflicher Status und Krankheitsdauer bzw. die damit einhergehende Erfahrung im medizinischen Setting stehen in Zusammenhang mit dem Wunsch nach Partizipation ebenso wie mit den bereits erlebten Partizipationsmöglichkeiten.

Fasst man die Bedürfnisse und Präferenzen der Rehabilitationspatienten zu Kategorien zusammen und analysiert diese nach ihrer Häufigkeit zählen z. B. mehr Zeit für den Patienten, Wertschätzung, der Wunsch nach Partizipation und Kooperation im Behandlungsteam zu den häufigsten Nennungen. Eine gute Behandler-Patient-Beziehung, Kommunikation und Informationsvermittlung wurden von den Patienten als Grundlage für Partizipative Entscheidungsfindung genannt.

Diskussion und Ausblick

Trotz methodischer Limitationen (geringe Größe und Selektivität der Stichprobe) sind die Ergebnisse konform mit denen anderer empirischer Studien, z. B. Dierks und Seidel (2005) sowie Langewitz et al. (2002). Auch in der Rehabilitation findet sich wie im Akutbereich eine Diskrepanz zwischen erlebter und gewünschter Partizipation und ein Defizit in der persönlichen Ansprache des Patienten. Da die geäußerten Bedürfnisse und Präferenzen über verschiedene Indikationsbereiche hinweg recht homogen sind, erscheint die Konzeption eines indikationsunabhängigen Trainingsprogramms zur partizipativen Entscheidungsfindung in der medizinischen Rehabilitation probat. Für die Konzeption des Trainingsprogramms sind bestehende Schulungsprogramme insbesondere hinsichtlich einer stärkeren Betonung der Behandler-Patient-Beziehung (Wertschätzung, Empathie) zu modifizieren. Verschiedene Handlungsschritte der partizipativen Entscheidungsfindung wie z. B. das Erfragen von Verständnis, Gedanken und Erwartungen werden hierbei als das geeignete Mittel angesehen, um eine stärkere persönliche Ansprache des Patienten zu ermöglichen.

Literatur

Dierks, M.L., Seidel, G. (2005): Gleichberechtigte Beziehungsgestaltung zwischen Ärzten und Patienten - wollen Patienten wirklich Partner sein? In: Härter, M., Loh, A., Spies, C. (Hrsg.): Gemeinsam entscheiden - erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag. 35-44.

Langewitz, W., Conen, D., Nübling, M., Weber, H. (2002): Kommunikation ist wesentlich - Defizite der Betreuung im Krankenhaus aus der Sicht von Patienten und Patientinnen. Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie, 52. 348-354.

McKinstrey, B. (2000): Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes. British Medical Journal, 321. 867-871.

Neuderth, S., Steinbüchel, T., Schowalter, M., Richart, M., Störk, S., Angermann, C.E., Faller, H. (2006): Schulungsbedürfnis bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 2. 77-85.

Schmidt, A., Petrynowski, C., Matschewsky, S., Doering, T. (2006): Auswertung einer Patientenschulung zur partizipativen Entscheidungsfindung in der stationären Rehabilitation [Abstract]. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin, 16. 245.

Patientenpräferenzen und Wartebereitschaft für eine medizinisch-beruflich orientierte orthopädische Rehabilitation: Ein Discrete Choice Experiment

Bethge, M.
Charité - Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund und Fragestellung

Die Umsetzung einer stärkeren Patientenorientierung bedarf eines gesicherten Wissens um Bedürfnisse, Präferenzen und Qualitätsmaßstäbe der betroffenen Personen. Für die Untersuchung solcher komplexen Präferenzen werden in der internationalen Versorgungsforschung seit einigen Jahren Discrete Choice Experimente (DCE) eingesetzt (Ryan, Gerard, 2003; Ryan et al., 2001). Das Verfahren nutzt Gegenüberstellungen von zwei oder mehr Dienstleistungen, die sich in mehreren Merkmalen unterscheiden, um attributbezogene Entscheidungen für eine dieser Dienstleistungen zu erhalten. Aus diesen Entscheidungen lässt sich die Bedeutsamkeit der berücksichtigten Merkmale schätzen.

Um die Präferenzen von Rehabilitanden hinsichtlich der Ausgestaltung einer orthopädischen Rehabilitation zu untersuchen, wurde im Rahmen der Implementierung einer medizinisch-berufsorientierten orthopädischen Rehabilitation ein DCE durchgeführt (Bethge, Trowitzsch, 2008). Segmentspezifische Analysen sollten darüber hinaus die theoretische Validität des Ansatzes überprüfen (Ryan, 1999).

Methodik

Einschlusskriterien für die Studienteilnahme waren mindestens dreimonatige Arbeitsunfähigkeit im Jahr vor der Rehabilitation, Arbeitslosigkeit und/oder die subjektive Erwartung längerfristiger starker gesundheitsbedingter Einschränkungen der Berufsausübung. Die Bruttostichprobe bildeten 272 Personen, die zwischen Mai 2007 und Juli 2008 eine Rehabilitation in der Studienklinik (Paracelsus-Klinik an der Gande, Bad Gandersheim) antraten. Der Fragebogen, der neben dem DCE weitere Angaben zu Gesundheit und Erwerbstätigkeit erfasste, wurde den Personen vor Beginn der Rehabilitation zugesandt und bei Maßnahmeantritt an das Studienzentrum weitergeleitet. Das DCE berücksichtigte vier Programmmerkmale (Angebot einer Sozial- und Berufsberatung, Angebot eines arbeitsbezogenen Stressbewältigungstrainings, Therapieintensität und Wartezeit). Aus dem Möglichkeitsraum denkbarer Programme wurden für die Befragung neun Entscheidungssets generiert (Bunch et al., 1996).

Ergebnisse

236 (86,8 %) Personen erklärten ihre Bereitschaft zur Studienteilnahme. 9 Personen bearbeiteten zwar die Fragen zu Gesundheit und Erwerbstätigkeit nicht aber das DCE, 4 weitere Personen wurden in den Analysen nicht berücksichtigt, da für diese Personen Angaben für die geplanten segmentspezifischen Schätzungen fehlten. Für die verbleibenden 223 Personen lagen insgesamt 1796 bearbeitete Entscheidungssets vor.

Die befragten Personen zeigten deutliche Präferenzen für das Angebot einer Sozialberatung (β = 0,20; 95 % KI: 0,10 bis 0,30) und eines arbeitsbezogenen Stressbewältigungstrainings (β = 0,70; 95 % KI: 0,60 bis 0,80), eine Erhöhung der Therapiezeit von 3 auf 5 Stunden

(β = 0,36; 95 % KI: 0,21 bis 0,50) sowie verringerte Wartezeiten (β = -0,07; 95 % KI: -0,10 bis -0,03). Die relative Bedeutung (RB) war für das Angebot eines arbeitsbezogenen Stressbewältigungstrainings am höchsten (RB = 45,7 %). Für ein solches Angebot würden die befragten Personen 10 Wochen zusätzliche Wartezeit in Kauf nehmen.

Die segmentspezifischen Analysen für Personen mit günstigen und ungünstigen Stressbewältigungsstrategien bestätigten höhere Nutzenerwartungen an ein Stressbewältigungstraining für Personen mit geringer Distanzierungsfähigkeit (χ^2 = 13,27; $p < 0,001$).

Schlussfolgerung

Die hohen Nutzenerwartungen erwerbstätiger Personen an ein in die orthopädische Rehabilitation integriertes berufsbezogenes Stressbewältigungstraining zeigen, dass für die Implementierung eines solchen Angebots ausreichende Akzeptanz und Compliance zu erwarten ist. Da die Umsetzung einer stärkeren Patientenorientierung eines gesicherten Wissens um Patientenpräferenzen bedarf, könnte die Weiterentwicklung von Gesundheitsdienstleistungen zukünftig auch hierzulande von DCEs profitieren.

Literatur

Bethge, M., Trowitzsch, L. (2008): Berufsbezogenes funktionelles Training in der Rehabilitation bei muskuloskelettalen Erkankungen. In: Hillert, A., Müller-Fahrnow, W., Radoschewski, F.M. (Hrsg.): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen und klinische Praxis. Köln, Deutscher Ärzte-Verlag. 163-8.

Bunch, D.S., Louviere, J.J., Anderson, D.A. (1996): A comparison if experimental design strategies for choice-based conjoint analysis with generic-attribute multinomial logit models. Working paper. Davis, Graduate School of Management, University of California

Ryan, M. (1999): Using conjoint analysis to take account of patient preferences and go beyond health outcomes: an application to in vitro fertilisation. Soc Sci Med, 48 (4). 535-46.

Ryan, M., Gerard, K. (2003): Using discrete choice experiments to value health care programmes: current practice and future research reflections. Appl Health Econ Health Policy, 2 (1). 55-64.

Ryan, M., Scott, D.A., Reeves, C., Bate, A., van Teijlingen, E.R., Russell, E.M., Napper, M., Robb, C.M. (2001): Eliciting public preferences for healthcare: a systematic review of techniques. Health Technol Assess, 5 (5). 1-186.

Telemedizinisch basierte Risikostratifizierung bezüglich schlafbezogener Atmungsstörungen in einer kardiologischen Rehabilitationsklinik

Böhning, N. (1), Wrenger, M. (2), Kujumdshieva, B. (1), Böhning, W. (3)

(1) iDoc Institut für Telemedizin und Gesundheitskommunikation GmbH & Co. KG, Potsdam,
(2) Caspar Heinrich Klinik, Bad Driburg,
(3) Schlafmedizinisches Zentrum der Karl-Hansen-Klinik, Bad Lippspringe

Einleitung und Hintergrund

Das Schlafapnoesyndrom ist eine häufige Erkrankung und gekennzeichnet durch nächtliche repetitive Sauerstoffentsättigungen mit daraus resultierenden kardiovaskulären Folgeerkrankungen (Peker et al., 2006; Lavie, 2006) und verstärkter Tagesmüdigkeit als Folge der Schlaffragmentierung. Durch eine frühzeitige Therapie können komplizierende Krankheitsverläufe gemindert werden (Büchner, 2006). Das obstuktive Schlafapnoe-Syndroms wird in der wissenschaftlichen Literatur als oxydativer Stress bewertet (Christou, 2003). Eine weiterführende Diagnostik mittels Polysomnographie ist aufgrund der hohen Anzahl Betroffener und der begrenzten Untersuchungskapazitäten in erforderlichem Ausmaß nicht praktikabel. Die nächtliche Pulsoxymetrie stellt im Vergleich dazu eine wesentlich einfachere Methode dar hinsichtlich der Detektion eines Schlafapnoe-Syndroms (Whitelaw et. al., 2005; Magalang, 2003).

Fragestellung

Kann durch ein telemedizinisch begutachtetes Monitoring mit hoher Sensitivität - nächtliche Langzeitpulsoxymetrie in Verbindung mit Fragebögen zur subjektiven Befindlichkeitsbeurteilung und den klinischen Diagnosen - eine definitive Entscheidung für die bei Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörungen erforderliche weiterführende Differentialdiagnostik mit Polysomnographie im Schlaflabor getroffen werden?

Patienten und Methoden

Prospektiv wurden konsekutiv 241 Patienten (177 männlich, 64 weiblich, Alter 59,6+/-11,17, BMI 27,20+/-3,04) während eines stationären Heilverfahrens mittels nächtlicher Pulsoxymetrie untersucht. Bei allen Patienten kam zusätzlich die Epworth-Sleepiness-Scale (ESS) zur Anwendung. Alle Patienten waren noch nie schlafmedizinisch untersucht worden. Folgende klinische Diagnosen waren bekannt (Mehrfachnennung): Hypertonus n=205, koronare Herzerkrankung n=139, Herzrhythmusstörungen n=75, Herzinsuffizienz 98, Apoplex n=11, Diabetes mellitus n=62, Adipositas n=88, exzessive Tagesmüdigkeit n=64, Schnarchen n=123, Depression n=23, Syndrom der periodischen Beinbewegungen/unruhige Beine n=103.

Die pulsoxymetrischen Daten wurden zusammen mit den klinischen Diagnosen und den Scores der Fragebögen an das Schlaflabor zur telemedizinischen Befundung übermittelt.

Für eine Einteilung des Schweregrades des Verdachts auf das Vorhandensein einer Schlafapnoe wurden der Entsättigungsindex und die minimale Sättigung berücksichtigt:

- Ohne Befund: minimale Sättigung > 95 % oder Entsättigungsindex < 5/h
- Leicht: minimale Sättigung > 85 % oder Entsättigungsindex < 15/h
- Moderat: minimale Sättigung > 81 % oder Entsättigungsindex 15/h - 30/h
- Schwer: minimale Sättigung < 81 % oder Entsättigungsindex > 30/h

Ergebnis

Bei 102 Patienten fand sich ein mittelschweres (n=68) bis schweres (n=34) obstruktives Schlafapnoesyndrom mit der Notwendigkeit der weiteren schlafmedizinischen Abklärung zur Einleitung spezifischer therapeutischer Maßnahmen. Bei 96 Patienten fand sich ein leichtgradiger Befund und bei 43 Patienten war der Befund unauffällig. Der durchschnittliche ESS-Score aller Patienten betrug 7,67+/-4,43. Eine Patientenselektion hinsichtlich Therapiebedürftigkeit war auf dieser Basis nicht möglich (unauffälliger Schlafapnoe-Befund ESS-Score=7,06+/-4,73, leichter Befund ESS-Score=7,69+/-3,82, mittelschwerer ESS-Score=7,96+/-4,65 und schwerer Befund ESS-Score=7,73+/-5,08). Höhergradige koronare Herzerkrankungen besonders in Verbindung mit Herzrhythmusstörungen (Vorhofflimmern), Herzinsuffizienz, schwer einstellbarer Hypertonus besonders in Verbindung mit einem erhöhten BMI (unauffälliger Schlafapnoe-Befund BMI=26,47+/-4,68, leichter Befund BMI=27,97+/-4,30, mittelschwerer BMI=29,37+/-5,05 und schwerer Befund BMI=31,38+/-6,72) und Diabetes mellitus haben eine hohe Prävalenz einer behandlungsbedürftigen schlafbezogenen Atmungsstörung.

Schlussfolgerungen

Auch bei subjektiv nicht geklagter Tagesmüdigkeit kann eine schlafbezogene Atmungsstörung nicht ausgeschlossen werden. Die nächtliche Pulsoximetrie eignet sich als eine leicht und einfach durchzuführende Screeninguntersuchung mit hoher Sensitivität. Telemedizinische Kooperationen zwischen einem schlafmedizinischen Zentrum und einer kardiologischen Rehabilitationsklinik lassen mit hoher Sensitivität therapiebedürftige schlafbezogene Atmungsstörungen (Schlafapnoe) identifizieren. Besondere Risikogruppen sind höhergradige koronare Herzerkrankungen und Herzrhythmusstörungen, Herzinsuffizienz, schwer einstellbarer Hypertonus, ein hoher BMI und Diabetes mellitus. Bei diesen Patientengruppen ist die routinemäßige Abklärung einer schlafbezogenen Atmungsstörung im Hinblick auf ein besseres Therapieergebnis der Rehabilitationsmaßnahme zu empfehlen.

Literatur

Büchner, N.L., Wissing, K., Altenhenne, C., Rump, L.C. (2006): Einfluss einer CPAP-Therapie auf die Nierenfunktion bei Patienten mit Obstruktiver Schlafapnoe. Somnologie; 10_Supplement: 6.

Christou, K., Markoulis, N., Moulas, A.N., Pasteka, C., Gourgoulianis, K. (2003): Reactive oxygen metabolites (ROMs) as an index of oxidative stress in obstructive sleep apnea patients. Sleep Breath, 7. 105-110.

Lavie, L. (2006): From Oxidative Stress to Cardiovascular Risk in Obstructive Sleep Apnoea. Somnologie, 10. 113-119.

Magalang, U.J., Dmochowski, J., Veeramachaneni, S., Draw, A., Mador, M.J., El-Solh, A., Grant, B.J.B. (2003): Prediction of the apnea-hypopnea index from overnight pulse oximetry. Chest, 124. 1694-1701.

Peker, Y., Carlson, J., Hedner, J. (2006): Increased incidence of coronary artery disease in sleep apnoea: a long-term follow-up. Eur Respir J, 28. 596-602.

Whitelaw, W.A., Brant, R.F., Flemons, W.W. (2005): Clinical usefulness of home oximetry compared with polysomnography for assessment of sleep apnea. Am J Respir Crit Care Med, 171. 188-193.

Telemedizinische Erfassung körperlicher Aktivität, Ruhe und der Ernährung bei Kindern und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes mellitus

Schiel, R. (1), Kaps, A. (1), Bieber, G. (2)

(1) MEDIGREIF-Inselklinik Heringsdorf GmbH, Seeheilbad Heringsdorf,

(2) Fraunhofer Institut, IGD Rostock

Hintergrund

Bei Kindern und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes mellitus sind körperliche Bewegung und das Essen wesentliche Determinanten der Insulindosisanpassung. Viele Betroffene haben hier aber auch nach Teilnahme an evaluierten strukturierten Behandlungs- und Schulungsprogrammen (SBSP) große Probleme: Sorgfältige Insulindosisanpassungen werden nicht oder nicht korrekt durchgeführt. Körperliche Bewegung und Essen werden häufig falsch eingeschätzt. Zur Lösung dieser Probleme wurde eine spezielle telemedizinische Technologie entwickelt.

Patienten/Methoden

Das Bewegungs- und Essverhalten von Kindern und Jugendlichen wird mittels Sensoren, die in ein Mobiltelefon (DiaTrace System, Fraunhofer-Institut, Rostock) integriert sind, objektiv erfasst. Die Daten werden mittels eines zentralen Servers synchronisiert und mit standardisierten Algorithmen ausgewertet. Die Ergebnisse (Bewegungsintensität und -Dauer gemessen in Aktivitätseinheiten [AE], Mahlzeitenabbildungen) werden auf dem Handydisplay dargestellt. In eine Pilotstudie wurden nach vorausgegangenen Untersuchungsphasen mit Gesunden sowie Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht und Adipositas, nun erstmals 2 freiwillige Probanden mit Typ-1-Diabetes mellitus (C.K., Junge, 14 Jahre, HbA1c 8,5 % [DCA2000®, Bayer Diagnostics, Normbereich 4,5-5,7 %], C.C., Mädchen, 15 Jahre, HbA1c 7,6 %) eingeschlossen.

Ergebnisse

C.K. und C.C. trugen die Sensoren über 4 bzw. 9 Tage. Es zeigte sich eine hohe Akzeptanz. Beide Probanden gaben an, die Telekommunikation erleichtere ihre Insulindosisanpassung. Die mittlere Dauer der körperlichen Aktivität betrug 234,5±155,3 (C.K.) bzw. 320,9±114,8 (C.C.) Minuten/Tag. Dieses entspricht 12,6±8,6 (C.K.) bzw. 11,4±4,8 (C.C.) Aktivitätseinheiten/Tag. Die mittlere Ruhezeit betrug 144,5±44,5 (C.K.) und 195,4±90,1 (C.C.) Minuten/Tag. Der durchschnittliche tägliche Kalorienverbrauch lag bei 1964,1±185,5 (C.K.) und

2019,1±146,3 (C.C.) kcal. Die zeitlich umfassendsten Aktivitäten im Tagesverlauf waren Gehen (52,3±38,6 [C.K.], 20,3±13,2 [C.C.] min), Fahrrad- (40,3±27,2 [C.K.], 45,3±25,0 [C.C.] min) und Autofahren (46,0±32,2 [C.K.], 44,9±22,5 [C.C.] min). Im Durchschnitt wurden pro Tag 15,8±4,5 (C.K.) bzw. 14,6±2,7 (C.C.) KE zugeführt. Alle Werte werden in Insulindosisanpassung einbezogen. Im Alltag ist somit eine leichtere und exaktere Stoffwechselführung möglich. Beide Probanden gaben eine deutlich höhere Flexibilität, Vereinfachung des Diabetes-Selbst-Managements sowie der Lebensqualität an.

Schlußfolgerung

Mit Hilfe moderner Telekommunikationstechnologie ist eine objektive Erfassung der Art, Intensität und Quantität körperlicher Bewegung, aber auch des Ernährungsverhaltens möglich. Fehler der subjektiven Wahrnehmung werden eliminiert. Die erfassten Parameter der Bewegung und des Essens können in Algorithmen zur Insulindosisberechnung einbezogen werden. Die Zuverlässigkeit der Insulindosisanpassung kann somit erheblich gesteigert werden. Weiterhin stellt die Integration moderner Technologie in die Therapie, wie in Vorstudien belegt, einen nicht unerheblichen Motiovationsfaktor dar. Die Therapie bezogene Selbständigkeit von Patienten mit Diabetes mellitus steigt. Weitere prospektive Studien mit größeren Patientenkohorten zur Evaluation der Effekte sind geplant.

Robotik in der neurologischen Rehabilitation

Spranger, M. (1), Prenzel, O. (2), Gräser, A. (2)

(1) Neurologisches Rehabilitationszentrum für Kinder und Jugendliche Friedehorst, Bremen,
(2) Institut für Automatisierungstechnik, Universität Bremen

Einleitung

Eine selbstbestimmte Teilhabe kann für Patienten mit schwersten Behinderungen, z. B. hohen Querschnittslähmungen, häufig nur mit apparativer Unterstützung erreicht werden (Hägele et al., 2001).

Im Rahmen des Projektes AMAROB werden unter Führung des Instituts für Automatisierungstechnik die Grundlagen zur Entwicklung eines alltagstauglichen Rehabilitationsroboters untersucht (BMBF-Förderprojekt 01IMF01E AMAROB).

Ziel des Forschungsvorhabens

Das Ziel des Projektes besteht in der Erforschung, Entwicklung und Implementierung von Methoden zur Manipulator-Steuerung bei Rehabilitationsrobotern. Als Weiterentwicklung des bestehenden Systems Friend II mit den Komponenten Elektrorollstuhl, Roboterarm mit sieben Freiheitsgraden, intelligentem Tablett, Bildverarbeitungssystem und redundante Sensoren (Kouzmitcheva et al., 2004; Prenzel, 2004; Prenzel et al., 2005) wird jetzt der Nachweis der Alltagstauglichkeit und Wirtschaftlichkeit geführt. In der Rehabilitationsrobotik besteht dieser Nachweis darin, dass eine ununterbrochene Autonomie des behinderten Nutzers für mindestens 1,5 Stunden erreicht wird. Dafür müssen komplexe Handlungsketten robust und sicher ausgeführt werden.

Arbeitsprogramm

Arbeitspakete des Forschungsprojektes sind

- Akzeptanzanalyse potentieller Nutzer
- Definition der Einsatzszenarien
- Intelligenter Greifer und Greifstrategien
- Leichtgewichtiger Roboterarm mit miniaturisiertem Handgelenk und integrierter Sensorik
- Intelligente Umgebung und Umfeldkontrollsysteme
- Teilautonome Robotersteuerung in Intelligenter Umgebung
- Modellwohnung und Arbeitsumgebung, Einsatz des Rehabilitationsroboters mit Behinderten

Ergebnisse

Die Akzeptanz eines Serviceroboters bei kognitiv unbeeinträchtigten Menschen mit schwersten motorischen Einschränkungen und dementsprechenden Hilfebedarf war ganz überwiegend positiv.

Um die Alltagstauglichkeit nachzuweisen, wurden drei komplette Prozessketten definiert: Vorbereitung und Durchführung einer Mahlzeit, Prüfung einer Telefontastatur im Auftrag der Telekom und die Buchverwaltung an einem Bibliotheksarbeitsplatz. Kriterien waren der unmittelbare Nutzen für den Anwender, die wirtschaftliche Realisierbarkeit, die Komplexität der technischen Lösung und die Einbindung in komplette realisierbare Handlungsketten. Ausgehend von den bisherigen Erfahrungen mit FRIEND I und II wurde ein neuer Rehabilitationsroboter zum Einsatz in einer Trainingsküche und einem Trainingsarbeitspatz im neurologischen Rehabilitationszentrums Friedehorst aufgebaut. Obwohl Aufgaben, wie z. B. das Zubereiten einer Mahlzeit oder das Handhaben eines Ordners, auf den ersten Blick einfach und sequenziell durchführbar erscheinen, treten durch variable Umweltbedingungen sehr viele mögliche Varianten auf, die zu komplexen Planungsprozessen führen. Die Leistungsfähigkeit des Rehabilitationsroboters in den genannten Szenarien wird derzeit und weiter bis zum Projektende in einem evolutionären Prozess so lange verbessert, bis jede einzelne eingesetzte Komponente die erforderliche Zuverlässigkeit erreicht. Bislang wurde eine kommerzielle Handprothese zu einem sensorgestützten Greifer weiterentwickelt, der sicher die verschiedenen Greiffunktionen ausführt. Am vorhandenen 7-achsigen Roboterarm wurde das Handgelenk miniaturisiert und das Bewegungsrepertoire zur besseren Hindernisvermeidung in enger Umgebung erweitert. Zum Öffnen von Schränken, Lokalisation von Gegenständen und Beurteilung z. B. der Füllzustandes eines Glases wurden eine Bildverarbeitung, ein intelligentes Tablett mit integrierter Waage und eine Infrarot-basierte Umfeldsteuerung entwickelt bzw. in das System integriert. Zur Systemsteuerung stehen Spracheingabe und Kinn-Joystick zu Verfügung. Erste Versuche mit einem EEG-gesteuerten brain-computer-interface verliefen erfolgreich.

Fazit

Auch wenn das Ziel einer eineinhalbstündigen Autonomie des Robotersystems nach wie vor eine Herausforderung ist, führte die interdisziplinäre Zusammenarbeit von universitären Einrichtungen, Produzenten, Rehabilitationseinrichtung und Rehabilitanden zu innovativen Lö-

sungen von Teilhabe-Einschränkungen, die auch in anderem Kontext nutzbar sind, z. B. die Bildverarbeitung in der Ganganalyse, die Greifhand in der Prothetik, oder die Umfeldsteuerung durch Infrarot-Sensoren oder brain-computer-interface.

Literatur

Hägele, M., Neugebauer, J., Schraft, D. (2001): From robots to robot assistants. Proceedings of the 32nd International Symposium of Robotics (ISR).

Kouzmitcheva, O., Martens, C., Pape, A., She, H., Volosyak, I., Gräser, A. (2004): "FRIEND - An Intelligent Assistant in Daily Life". In: Bien, Z., Stefanov, D. (Hrsg.): Advances in Rehabilitation Robotics: Springer Verlag. 95-126.

Prenzel, O. (2004): Teilautonome Umgebungserfassung zur automatischen Befehlsbearbeitung mit einem Rehabilitationsroboter. Diplomarbeit, Universität Bremen, Institut für Automatisierungstechnik.

Prenzel, O., Feuser, J., Gräser, A. (2005). Rehabilitation robot in intelligent home environment - Software architecture und implementation of a distributed system. ICORR, IEEE 19th international Conference on rehabilitation robotics. Chicago, USA.

Berufliche Teilhabe hörbehinderter Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer durch barrierefreie Kommunikation

Weber, A., Prinz, R., Schlenker-Schulte, C.

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund

Gehörlose und schwerhörige Menschen haben nach medizinischen und beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen oft einen Einstieg ins Arbeitsleben geschafft, doch bedingt durch die in jedem Beruf notwendigen Qualifizierungsanforderungen besteht die Gefahr, dass vorher erfolgreiche Rehabilitationsmaßnahmen nicht nachhaltig die (Re-)Integration ins Erwerbsleben gewährleisten. Neue Medien können für von Behinderung betroffene Menschen als Hilfsmittel zur dauerhaften Kompensation behinderungsbedingter Einschränkungen und als Lernmedien zur (Re-)Integration Verwendung finden (Pfeffer-Hofmann, 2007).

Methodisches Vorgehen

Schwerhörige und gehörlose Frauen und Männer aus kaufmännischen und technischen Berufen wurden während einer berufsbegleitenden Höherqualifizierung in einer virtuellen Fachschule mit einem "blended learning" Konzept (e-learning und Präsenzunterricht) mehrfach mit Leitfadeninterviews und standardisierten Fragebögen befragt, um diese Lernform wissenschaftlich zu evaluieren und die Bedürfnisse der betroffenen Menschen bezüglich der beruflichen Integration genauer zu erfragen.

In den Untersuchungen besonders in den Blick genommen wurde der Aspekt barrierefreier Kommunikation, da dieser für den Personenkreis hörbehinderter Menschen Grundlage aller weiteren Aktivitäten zur Teilhabe darstellt.

Ergebnisse

Die schriftliche Befragung beantworteten 46 Absolventen, 73,9 % Männer und 26,1 % Frauen, der Virtuellen Fachschule für hörbehinderte Menschen (ein Drittel (34,8 %) absolvierte die Fachrichtung "Wirtschaft" und etwa zwei Drittel (65,2 %) die Fachrichtung "Technik"): Das durchschnittliche Alter liegt bei 32,4 Jahren (std. 5,3). Dabei finden sich in der Kategorie "an Taubheit grenzend/gehörlos" all diejenigen Personen, die zumindest für eine Seite angeben, "an Taubheit grenzend schwerhörig" zu sein. Bis auf einen der Teilnehmer besitzen alle einen Schwerbehindertenausweis, mit 61,9 % beträgt bei den meisten der GdB 100 %. Nahezu die Hälfte der Befragten (48,8 %) haben ihre Hörschädigung bereits von Geburt an. 48,8 % nutzen beidseitig technische Hilfen. 45,8 % der Befragten schätzen die Vereinbarkeit während des Fachschulbesuch von Beruf und Privatleben mit "es geht" ein, 29,2 % mit "eher gut". Als besonders bedeutsam sowohl für die Bewältigung der virtuellen Fachschule als auch für die Teilhabe am Arbeitsleben erwiesen sich die verschiedenen Hilfen, um barrierefrei kommunizieren zu können, welche in Abhängigkeit von der Beeinträchtigung genutzt werden und zentrale Kriterien für die Integration darstellen. Ein statistisch signifikanter Zusammenhang konnte zum Beispiel zwischen dem Hörgrad und der Verwendung eines Redemanuskripts ($p < .01$) ermittelt werden.

Schlussfolgerungen

Barrierefreie Kommunikation ermöglicht für hörbehinderte Menschen die Teilhabe an beruflicher Qualifikation und am Arbeitsleben, sofern die Versorgung mit den zur Verfügung stehenden technischen Hilfen nach individuellen Bedürfnissen wirklich zur Anwendung kommt.

Literatur

Pfeffer-Hoffmann, C. (2007): E-Learning für Benachteiligte, Berlin: Mensch und Buch Verlag.

Schlenker-Schulte, C. (Hrsg.) (2004): Barrierefreie Information und Kommunikation. Stuttgart: Neckar Verlag.

Schlenker-Schulte, C., Weber, A. (Hrsg.) (2008): Barrieren überwinden - Teilhabe ist möglich. Stuttgart: Neckar-Verlag (im Druck).

Teletherapeutische Versorgung in der Bewertung durch Schlaganfallpatienten mit Aufmerksamkeitsstörungen

Mohnberg, I., Radoschewski, F.M.
Charité - Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund

Eine intakte Aufmerksamkeitsleistung ist die Voraussetzung für die Bewältigung alltäglicher Aufgaben. Die Diagnose Schlaganfall ist häufig mit einer Störung der Aufmerksam-keits-funktionen verbunden (Niemann, Gauggel, 2006). In der stationären Rehabilitation werden seit geraumer Zeit computerassistierte Verfahren zur therapeutischen Behandlung eingesetzt (Huber et al., 2002). Weiter bestehender Bedarf in der Nachsorgephase ist jedoch noch nicht hinreichend abgedeckt (Röhring et al., 2004). Als eine Möglichkeit zur Deckung dieses Bedarfs wird derzeit die Nachsorge mit dem teletherapeutischen System EvoCare (Dr. Hein GmbH) evaluiert[*)]. Die Studienteilnehmer erlernen während der stationären Rehabilitation den Umgang mit dem System, um später zu Hause unter Supervision der Therapeuten der Reha-Klinik die Trainingseinheiten fortsetzen zu können. Eine wichtige Dimension der Versorgungsqualität bildet dabei die Akzeptanz durch die Rehabilitanden (Donabedian, 1980). Die Rehabilitandenbewertung des Systems ist daher eine Zielgröße der laufenden Evaluation.

Methodik

Die Rekrutierung der Rehabilitanden erfolgt anhand definierter Ein- und Ausschlusskriterien. Zu Rehabilitationsende wird in Kontroll- bzw. Interventionsgruppe randomisiert. Die Kontrollgruppe erhält die üblichen Nachsorgeempfehlungen und die Interventionsgruppe trainiert zusätzlich sechs Wochen unter Supervision mit dem EvoCare-System zu Hause. Neben der mehrfachen standardisierten Messung der Aufmerksamkeitsfunktionen (TAP - Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung) im Behandlungsverlauf und der Dokumentation weiterer klinischer Verlaufsparameter werden die Studienteilnehmer mittels standardisierter Fragebögen jeweils auch zu ihrer Befindlichkeit und Lebensqualität sowie zur Bewertung und Akzeptanz des Behandlungsverfahrens befragt. Die Phase der Rekrutierung von Studienteilnehmern endete im September 2008, die Katamnesephase im März 2009.

Ergebnisse

Daten der Fragebögen am Reha-Ende liegen von insgesamt 32 Studienteilnehmern vor. Im Mittel sind diese 50 Jahre alt (SD 7,9), 23 von ihnen sind männlich. Der überwiegende Teil der Rehabilitanden (n=26) konnte sich schnell mit System und Programm (EvoCog) vertraut machen. Dabei ist bedeutsam, dass die Mehrzahl (n=23) zu Hause über einen Computer

---

*) Die von der GfR NRW e.V. geförderte "EVA-EvoCare Studie" wird in Kooperation mit der Klinik Ambrock, dem Reha-Zentrum Bad Gögging, der Odebornklinik und der Westerwaldklinik Waldbreitbach gGmbH durchgeführt.

verfügt und ein Großteil (n=14) auch am Arbeitsplatz mit Computern arbeitet. Die Nutzerfreundlichkeit des Systems wird überwiegend als gut bezeichnet. Sechs Patienten wiesen auf Probleme infolge eingeschränkter Beweglichkeit hin. Von besonderer Wichtigkeit für nahezu alle Rehabilitanden (n=30) sind die regelmäßigen Auswertungen ihrer Trainingsergebnisse mit den Therapeuten der Reha-Klinik. Die Hälfte der Rehabilitanden gab an, dass sich ihre Aufmerksamkeit verbessert hat (n=16).

Daten zur Befragung sechs Wochen nach Ende der stationären Rehabilitation liegen bislang von 23 Studienteilnehmern vor. Von diesen gehören 12 zur Kontrollgruppe und 11 zur Interventionsgruppe. Die bisher vorliegenden Daten zeigen, dass bei 7 der 11 Studienteilnehmer der Interventionsgruppe das Gerät in der ersten Woche zu Hause aufgestellt wurde. Bei einigen Patienten traten Probleme bei der Installation des Systems auf. Die Bedienungsfreundlichkeit wird auch hier vom überwiegenden Teil der Rehabilitanden mit gut bewertet. Kontakt mit dem Therapeuten per systemintegriertem Mailprogramm erfolgte überwiegend (n=9) 1x pro Woche. In der subjektiven Bewertung des Trainingserfolges zeigt sich in der Interventionsgruppe ein eher heterogenes Bild.

In der Kontrollgruppe zeigt sich bislang, dass ein Teil der Patienten poststationär zwar Leistungen der Krankengymnastik und Ergotherapie in Anspruch genommen hat, aber kein weiteres Training der Aufmerksamkeitsfunktionen erfolgte.

Diskussion

Die Analysen zeigen, dass die teletherapeutische Versorgungslösung EvoCare bei Rehabilitanden mit Störungen im Bereich der Aufmerksamkeit nach einem Schlaganfall auf eine hohe Akzeptanz stößt. Neben der Zufriedenheit mit dem System wird die Bedeutung der Supervision und Rückmeldung seitens der Therapeuten für die Patienten deutlich. Aufgetretene technische und logistische Probleme mit dem System in der Nachsorgephase bedürfen weiterer Aufmerksamkeit. Die bisherigen Ergebnisse lassen erkennen, dass die Rückmeldung durch das System selbst von den Rehabilitanden nicht als hinreichend empfunden wird. Im Rahmen der Studie wird im Folgenden anhand des eingesetzten diagnostischen Testverfahrens (TAP) und der Erhebung der subjektiven gesundheitsbezogenen Lebensqualität untersucht, welche Ergebnisse in der Nachsorge mit dem EvoCare-System erzielt wurden.

Literatur

Donabedian, A. (1980): Explorations in quality assessment and monitoring: Vol. 1 The. definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbour: Health Administration Press.

Huber, W., Schönle, P.-W., Weber, P., Wiechers, R. (Hrsg.) (2002): Computer helfen heilen und leben. Bad Honnef: Hippocampus-Verlag.

Niemann, H., Gauggel, S. (2006): Störungen der Aufmerksamkeit. In: Karnath, H.-O., Hartje, W., Ziegler, W. (Hrsg.): Kognitive Neurologie. Referenz-Reihe Neurologie. Stuttgart: Thieme. 111-125.

Röhring, S., Kulke, H., Reulbach, U., Peetz, H., Schupp, W. (2004): Effektivität eines neuropsychologischen Trainings von Aufmerksamkeitsfunktionen im teletherapeutischen Setting. Neurologische Rehabilitation, 10 (5). 239-246.

Einsatz neuer Medien in der psychosomatischen Rehabilitation - Erste Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie

Ebert, D. (1), Wyler, H. (2), Tarnowski, T. (1), Sieland, B. (1), Berking, M. (1,2)

(1) Universität Lüneburg, (2) Universität Bern, Schweiz

Hintergrund

Wie generell im Bereich der psychosozialen Versorgung (Bauer et al., 2008) liegt im Einsatz neuer Medien auch im Bereich der psychosomatischen Rehabilitation großes Potential.

- Internetgestützte Nachsorgeprogramme können als Step-Down Intervention die Rückfallprävention unterstützen und schließen eventuelle Versorgungslücken (Ebert et al., 2008; Kordy, 2006; Golkaramny, 2007),
- mit kognitiven Computertrainingsprogrammen lassen sich Hirn-Leistungstrainings durchführen (Bender et al., 2003; McGurk et al., 2007),
- die computergestützte Erfassung und automatische Verarbeitung diagnostischer Instrumente ist ökonomisch und effizient. Damit haben Therapeuten schneller Zugriff auf graphisch aufbereitete Auswertungen und die Durchführung von wichtigen Qualitätssicherungsmaßnahmen (z. B. Katamnesen) bei begrenzten finanziellen Ressourcen wird wesentlich erleichtert.

Vor diesem Hintergrund ist es wichtig zu klären, inwieweit bei Patienten psychosomatischer Rehabilitation die technischen Voraussetzungen und die Bereitschaft zur Teilnahme an computer- oder auch internetgestützten Konzepten und Programmen vorhanden sind.

Die neuesten Zahlen des Statistischen Bundesamtes Deutschland (Destatis, 2007) zeigen bspw., dass mittlerweile in 7 von 10 deutschen Haushalten ein Computer steht. 61 % verfügen über einen Internetanschluss im Haushalt. Doch die Daten zeigen ebenso, dass das Vorhandensein von Computer, Internetanschluss und deren Nutzung stark abhängig vom Alter und auch Einkommen ist. So verfügen bspw. 89 % der Haushalte mit einem Einkommen von über 2.600 € über einen Internetanschluss, während in der Einkommensklasse unter 1.100 € nur bei 35,3 % ein solcher vorhanden ist.

Gerade aufgrund der Abhängigkeit von Alter und Einkommen lässt sich schließen, dass von diesen Daten nicht analog zu Patienten psychosomatischer Rehabilitation geschlossen werden kann.

Fragestellung

Die vorgestellte Studie sollte der Frage nachgehen, inwieweit Patienten psychosomatischer Rehabilitation

1. über technische Voraussetzungen zur Teilnahme an internetgestützten Programmen von ihrem Wohnort aus verfügen,
2. über die notwendigen Skills zur Teilnahme an internetgestützten Programmen verfügen,
3. bereit sind, die in der Rehabilitations-Klinik durchgeführte Eingangs- und Ausgangdiagnostik computerbasiert durchzuführen,

4. bereit sind, via Internet an einer Katamnese mehrere Monate nach Beendigung der Rehabilitation teilzunehmen.

Methode

In einer Querschnittserhebung wurden in zwei psychosomatischen Rehabilitationskliniken, Vogelsbergklinik (1) und Klinik Rosenberg (2), insgesamt n=996 Patienten befragt. In beiden Kliniken wurden die Patienten konsekutiv aufgenommen.

Dabei wurden mit 17 Items technische Voraussetzung, Kompetenzen im Umgang mit Computern sowie die Bereitschaft zur Teilnahme an Computer/Internet-gestützten Qualitätssicherungsmaßnahmen abgefragt.

Ergebnisse

1. Technische Voraussetzungen: In 85,3 % der Haushalte steht ein Computer und 78,4 % haben zu Hause einen Internetanschluss. Von den Personen ohne Internetanschluss haben 44,8 % anderweitige Möglichkeiten, auf das Internet zuzugreifen. Folglich haben 90,4 % dieser PatientInnen Zugriff auf das Internet.
2. Kompetenzen: Unsere Annahme, dass die notwendigen Skills für eine webbasierte Nachsorge in etwa mit dem Versenden/Empfangen von E-Mails vergleichbar sind, führt zu dem Ergebnis, dass 65,5 % der Befragten über die notwendigen Skills verfügen und bei 14,2 % mit einer kurzen Schulung ebenfalls die benötigten Kompetenzen erreicht werden würden. Vor diesem Hintergrund wäre also für 79,7 % der Befragten die Teilnahme an einer webbasierten Nachsorge ohne übermäßigen Aufwand realisierbar.
3. Bereitschaft zur computerbasierten Diagnostik: 82,1 % wären bereit, die Fragebögen an einem stationären Computer in der Klinik auszufüllen. Über die Hälfte der Patienten, die diese Frage verneint hat, gab an, dass sie beim Ausfüllen der Fragebögen ungestört sein wollen und/oder sich im Umgang mit Computern nicht erfahren genug fühlen würden. 33,1 % wären aber bereit, die Fragebögen am Computer auszufüllen, wenn sie vorher eine kurze Einführung erhalten würden. Insgesamt ergibt sich, dass 88 % der Patienten bereit wären die die Fragebögen am Computer ausfüllen.
4. Bereitschaft zur internetbasierten Katamnese: Von den 78,9 %, die sich bereit erklärten, an einer Katamnesemessung teilzunehmen, gaben 76,8 % an, dass sie diese auch übers Internet ausfüllen würden. Von den PatientInnen, welche zwar an einer Katamnese teilnehmen würden, aber nicht über das Internet, gaben 80,4 % an, sich im Umgang mit Computern zu wenig erfahren zu fühlen und 55,6 % trauten der Sicherheit bezüglich des Datenschutzes nicht. Wenn sie eine kurze Schulung erhalten würden, wären weitere 12,7 % bereit, die Katamnese online auszufüllen

Diese ersten Ergebnisse legen den Schluss nahe, dass in der Population der psychosomatischen Rehabilitations-Patienten die notwendigen technischen Voraussetzungen und Computer-Skills weitgehend vorhanden sind, um an einer computer- und internetgestützten Diagnostik und/oder Nachsorge teilzunehmen. Zudem ist ein Großteil der Patienten auch bereit, an online durchgeführten Katamnesen teilzunehmen. Somit scheint der Verbreitung der "neuen Medien" in der Regelversorgung von diesem Standpunkt her nichts entgegenzustehen.

Literatur

Bauer, S., Kordy, H. (Hrsg.) (2008): Neue Medien in der psychosozialen Versorgung. Heidelberg: Springer.

Bender, S., Thienel, R., Dittmann-Balcar, A. (2003): Kognitives Training per Computer. Der Neurologe und Psychiater, 1-2/03. 49-51.

Ebert, D., Tarnowski, T., Berking, M., Sieland, B. (2008): Vernetzung von Psychotherapie und Alltag. Ein webbasiertes Nachsorgekonzept zur Förderung von stationären Therapieerfolgen. In: Bauer, S., Kordy, H. (Hrsg.): Neue Medien in der psychosomatischen Rehabilitation. Heidelberg: Springer. 251-265.

Golkaramnay, V., Bauer, S., Haug, S., Wolf, M., Kordy, H. (2007): The exploration of the effectiveness of group therapy through an Internet chat as aftercare: A controlled naturalistic study. Psychotherapy and Psychosomatics, 76. 219-225.

Kordy, H., Glokaramnay, V., Wolf, M., Haug, S., Bauer, S. (2006): Internetchatgruppen in Psychotherapie und Psychosomatik: Akzeptanz und Wirksamkeit einer Internet-Brücke zwischen Fachklinik und Alltag. Psychotherapeut, 51. 144-153.

Mc Gurk, S., Mueser, K., Feldman, K., Wolfe, R., Pascaris, A. (2007): Cognitive training for supported employment: 2-3 year outcomes of a randomized controlled trial. American Journal of Psychiatry, 164. 437-441.

Wolf, M., Maurer, W.-J., Dogs, P., Kordy, H. (2006): E-Mail in der Psychotherapie - ein Nachbehandlungsmodell via Electronic Mail für die stationäre Psychotherapie. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 56. 138-146.

Externe Validität meta-analytischer Befunde zur Effektivität stationärer psychosomatischer Rehabilitation

Rabung, S., Mösko, M., Kawski, S., Koch, U., Schulz, H.
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie,
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Hintergrund

Die stationäre psychosomatische Rehabilitation ist innerhalb der medizinischen Rehabilitation einer der am intensivsten beforschten Versorgungsbereiche. Mit der Mesta-Studie liegt inzwischen auch erstmals eine systematische Zusammenfassung der zahlreichen bislang vorliegenden Einzelbefunde zur Effektivität dieser Behandlungsform im Sinne einer Meta-Analyse vor (Steffanowski et al., 2007). Obgleich den in besagter Meta-Analyse ermittelten Befunden zur Effektivität stationärer psychosomatischer Rehabilitation eine beachtliche Stichprobe an Primärstudien mit entsprechend großen Fallzahlen zugrunde liegt (zur Bestimmung der Behandlungseffekte bis zum Entlassungszeitpunkt konnten beispielsweise Daten aus 56 Studien mit einer Gesamtfallzahl von N=25.892 Rehabilitanden berücksichtigt werden), kann dennoch nicht ohne weiteres davon ausgegangen werden, dass diese Ergebnisse tatsächlich auf die Gesamtheit aller aktuell in Deutschland vorgehaltenen Rehabilitationsangebote verallgemeinerbar sind (z. B. aufgrund von Selektionsmechanismen bezüglich der Einrichtungen, in denen die Studien durchgeführt wurden; Publikations-Bias usw.). Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es daher, die in der Mesta-Studie berichteten Ergebnisse anhand weiterer aktueller Daten zur Effektivität stationärer psychosomatischer Rehabilitation zu validieren.

Methodik

In den vergangenen fünf Jahren (2003-2008) wurden durch das Institut für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf im Rahmen diverser Evaluations- und Qualitätssicherungsprojekte umfangreiche Datensätze zur Ergebnisqualität stationärer psychosomatischer Rehabilitation erhoben. In prospektiven Untersuchungen an konsekutiven Stichproben psychisch bzw. psychosomatisch erkrankter Rehabilitanden wurden jeweils mindestens zur Aufnahme und zur Entlassung sowie zumeist außerdem katamnestisch verschiedene standardisierte Selbst- und Fremdeinschätzungsinstrumente (u. a. Varianten der "Symptomcheckliste" (z. B. SCL-14; Harfst et al., 2002), des "Inventars zur Erfassung interpersonaler Probleme" (z. B. IIP-25; Harfst et al., 2004) oder der "MOS Health-Survey Short-Form" (z. B. SF-8; Ware et al., 1999)) eingesetzt. Anhand dieser Daten sollen die Ergebnisse der Mesta-Studie validiert werden. Das methodische Vorgehen wird sich so weit wie möglich an der Methodik der Mesta-Studie orientieren, um eine möglichst hohe Vergleichbarkeit der ermittelten Befunde zu gewährleisten.

Ergebnisse und Diskussion

Insgesamt liegen für die aktuelle Untersuchung Behandlungsdaten von mehr als 30.000 Rehabilitanden aus über 30 verschiedenen Rehabilitationsfachkliniken aus dem gesamten Bundesgebiet vor. Damit steht der Sekundärdatenbasis aus zumeist veröffentlichten Primärstudien, auf die sich die im Rahmen der Mesta-Studie berichteten Ergebnisse stützen, eine vergleichbar große Basis an Primärdaten aus bislang unveröffentlichten Untersuchungen gegenüber, die eine aussagekräftige Validierung der meta-analytisch ermittelten Befunde erlauben sollte. Detaillierte Ergebnisse sollen berichtet und kritisch diskutiert werden.

Literatur

Harfst, T., Dirmaier, J., Koch, U., Schulz, H. (2004): Entwicklung und psychometrische Überprüfung einer multidimensionalen Kurzform des Inventars zur Erfassung interpersonaler Probleme. DRV-Schriften, Bd 52. 53-55.

Harfst, T., Koch, U., Kurtz von Aschoff, C., Nutzinger, D.O., Rüddel, H., Schulz, H. (2002): Entwicklung und Validierung einer Kurzform der Symptom Checklist-90-R. DRV-Schriften, Bd 33. 71-73.

Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, W.W., Nübling, R. (2007): Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Mesta-Studie. Bern: Huber.

Ware, J.E., Kosinski, M., Dewey, J.E., Gandek, B. (1999): How to Score and Interpret Single-Item Health Status Measures: A Manual for Users of the SF-8 TM Health Survey. Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated.

Willingness to pay als Methode zur Erfassung von Patientenpräferenzen in der Ergebnisbewertung: Verständlichkeit und Akzeptanz

Kriesch, M., Farin, E.

Abt. Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg i. Br.

Hintergrund

Um rehabilitative Interventionen patientenorientiert zu bewerten ist es erforderlich, die Einstellungen und Bedürfnisse der Patienten im Hinblick auf die Ergebnisse ihrer Behandlung zu berücksichtigen. Eine Ergebnisbewertung, die auf Präferenzen basiert, trägt der Tatsache Rechnung, dass eine Veränderung auf einer Zieldimension unterschiedlich zu bewerten ist, je nachdem, welchen subjektiven Nutzen der jeweils erfasste Ziel-Gesundheitszustand für einen Patienten besitzt. Eine Methode zur Erfassung von Patientenpräferenzen ist der Ansatz der "Willingness to pay" (WTP), bei dem die Zahlungsbereitschaft für eine (hypothetische) Verbesserung eines Gesundheitszustandes erfragt wird. Vorliegende Studien befassen sich mit der Praktikabilität der WTP im Rahmen des deutschen Gesundheitssystems (Brach et al., 2005; König, 2004). Während sich die Methode in Interviewsituationen als größtenteils praktikabel erweist, gibt es Hinweise darauf, dass die Fragebogenform mit Akzeptanzproblemen verbunden ist (Johannesson, Jönsson, 1991).

Fragestellung

In der Vorstudie des aktuellen Forschungsprojekts "Patientenorientierte Veränderungsmessung" (POEM) wurden Verständlichkeit und Akzeptanz eines WTP-Fragebogens zur Erfassung von Patientenpräferenzen untersucht. Das Ziel bestand darin, eine verständliche und akzeptierte Methode zur Erfassung von Patientenpräferenzen in Fragebögen zu finden.

Methode

In sechs Rehabilitationskliniken wurden Fokusgruppen mit insgesamt 42 Patienten im Alter von 27 bis 84 Jahren (M = 57,1; SD = 11,9) durchgeführt. Berücksichtigte Erkrankungen waren: Chronisch-ischämische Herzkrankheit, chronischer Rückenschmerz und Brustkrebs. Die Patienten bearbeiteten einen Fragebogen, der eine WTP-Frage und zwei Bewertungsfragen zu deren Verständlichkeit und Akzeptanz enthielt. Im Anschluss daran wurde der Fragebogen mit den Patienten diskutiert.

Neben der quantitativen Auswertung der Fragebogendaten erfolgte eine Inhaltsanalyse der Gesprächsprotokolle. Mit Hilfe des Computerprogramms ATLAS.ti entwickelten zwei Kodierer in mehreren Schritten ein Kategoriensystem, das in einem Kodiermanual hinterlegt wurde.

Ergebnisse

Fünf Patienten verweigerten die Beantwortung der WTP-Frage. Die ermittelten Geldbeträge für verschiedene Gesundheitsverbesserungen lagen bei 73 % der Befragten zwischen 21 € und 300 €. Allerdings hatten 14,3 % der Patienten "große Probleme" beim Verständnis der Frage bzw. bewerteten sie als "vollkommen unverständlich". Auf die Frage, ob sie bereit wären, eine solche WTP-Aufgabe in einem Fragebogen zu beantworten, antworteten 31 % der Patienten mit "nein".

Die qualitative Auswertung ergab, dass sich viele Verständnisprobleme auf die Formulierung der Frage und die Gestaltung des Fragebogens bezogen. Aus den Äußerungen der Patienten ging jedoch auch hervor, dass der hypothetische Charakter der WTP-Frage nicht immer erkannt wurde. Der häufigste Grund für die mangelnde Akzeptanz war die Furcht der Patienten vor negativen finanziellen Konsequenzen ihrer Antworten. Fast ebenso häufig gaben die Patienten an, zwar prinzipiell bereit zu sein, für Verbesserungen der eigenen Gesundheit Geld auszugeben, dazu jedoch finanziell nicht in der Lage zu sein. Darüber hinaus erlebten viele der Patienten es als unangemessen, den Wert von Gesundheit in Geldeinheiten zu beziffern.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Obwohl nur ein geringer Anteil der Patienten die Beantwortung der WTP-Frage verweigerte, fiel ihre Bewertung eher negativ aus. Möglicherweise lassen sich die Verständnisschwierigkeiten durch eine Optimierung der Instruktion bzw. des Fragebogendesigns beseitigen. Dass die Patienten den hypothetischen Charakter der WTP häufig nicht erkannten, ist dagegen problematischer und vermutlich ein wesentlicher Grund dafür, dass die Akzeptanz der WTP so gering ausfiel. Offen ist, ob die generellen Befürchtungen, die mit der WTP-Frage verknüpft werden, und die negative Bewertung der Verwendung von Geldeinheiten im Rahmen eines Interviewzugangs weniger gravierend wären. Unter Umständen ist vor der Durchführung eine intensive Informierung der Befragten erforderlich.

Aufgrund dieser Ergebnisse ergibt sich für die Erfassung von Patientenpräferenzen mittels Fragebogen die Notwendigkeit, nach alternativen Methoden Ausschau zu halten. Visuelle Analogskalen und ein Ranking der Gesundheitsverbesserungen wurden in dem hier vorgestellten Projekt ebenfalls untersucht. Sie versprechen eine gute Praktikabilität und werden im weiteren Projektverlauf berücksichtigt werden.

Literatur

Brach, M., Gerstner, D., Hillert, A., Schuster, A., Sosnowsky, N., Stucki, G. (2005): Development and Evaluation of an Interview Instrument for the Monetary Valuation of Expected and Perceived Health Effects Using Rehabilitation Interventions as a Model. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin, 15. 76-82.

Johannesson, M., Jönsson, B. (1991): Willingness to pay for antihypertensive therapy - results of a Swedish pilot study. Journal of Health Economics, 10. 461-474.

König, H.-H. (2004): Messung von Patientenpräferenzen in der Psychiatrie. Eine Literaturübersicht über den Einsatz von Standard Gamble, Time Trade-Off und Contingent Valuation bei Depression und Schizophrenie. Psychiatrische Praxis, 31. 118-127.

Das Problem der klinisch bedeutsamen Veränderung ("clinically significant change") - Zusammenhänge zwischen indirekter Veränderungsmessung und direkter Veränderungsmessung

Mittag, O.

Abt. Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg i. Br.

Hintergrund

Die Evaluation von medizinischen Rehamaßnahmen erfolgt in Deutschland zumeist durch die Analyse von Veränderungen relevanter Zielgrößen im Prä-Post-Vergleich (= indirekte Veränderungsmessung). Dieses Verfahren wirft eine Reihe inhaltlicher und methodischer Probleme auf. Dazu gehört die Frage, welche Differenz von Eingangs- und Ausgangswert als praktisch (klinisch) bedeutsam angesehen werden soll. Dies kann sich durchaus unterscheiden, je nachdem, ob dabei die Perspektive des Patienten, des Klinikers oder die gesellschaftliche Bedeutung der Veränderung im Vordergrund steht (Crosby et al., 2006). Außerdem spielen der natürliche Verlauf der Erkrankung, die zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten sowie die Erwartungen des Patienten eine Rolle (vgl. Norman et al., 2003).

Hier wird der Frage nach klinisch relevanten Veränderungen im Zusammenhang mit der Rehabilitation von Rückenschmerzen nachgegangen, indem die indirekt gemessene Veränderung in (relevanten) Zielgrößen mit den Ergebnissen der direkten Veränderungsmessung (globaler Erfolg) aus Patientensicht verglichen wird. Ziel ist, einen Anhaltspunkt dafür zu gewinnen, wie groß eine mittels Fragebogen im Prä-Post-Vergleich gemessene Veränderung (mindestens) sein muss, damit sie in der globalen Erfolgsmessung zu einer bedeutsamen Änderung führt, also vom Patienten (vermutlich) als relevant wahrgenommen wird.

Methoden

Zugrunde gelegt wurde eine Stichprobe von 466 Patienten mit der Hauptdiagnose "unspezifische Rückenschmerzen", die in vier norddeutschen Rehabilitationseinrichtungen (zumeist stationär) behandelt wurden (A1-Daten; vgl. Mittag et al., 2006). Gut die Hälfte war männlich (52 %), das Durchschnittsalter betrug 47 Jahre (SD = 9,1) und 52 % der untersuchten Patienten hatte einen Hauptschulabschluss, weitere 22 % einen Realschulabschluss.

Die Patienten wurden zu Beginn der Rehamaßnahme sowie 3 und 12 Monate nach Abschluss der Maßnahme mittels Fragebogen befragt. Erhoben wurden u. a. der psychische Status, körperliche Funktionsfähigkeit sowie Merkmale der Krankheitsbewältigung. Außerdem wurde der Rehabilitationserfolg jeweils mittels einer direkten Frage ("Wie beurteilen Sie den Erfolg der Reha-Behandlung insgesamt" - schlecht, mittelmäßig, gut, sehr gut, ausgezeichnet) gemessen.

Zunächst wurde der Zusammenhang zwischen den Veränderungen in den verschiedenen Zielgrößen (= indirekte Messung) und der direkten Veränderungsmessung zu den beiden Katamnesezeitpunkten durch lineare Regressionsanalysen bestimmt. Für die relevanten Outcomes wurden dann die mittleren Veränderungswerte über die einzelnen Antwortkategorien der Globalmessung abgetragen und die Effektstärken der Veränderungen bestimmt.

Ergebnisse

Nach drei Monaten erwiesen sich Veränderungen hinsichtlich Depressivität (CES-D), Funktionsfähigkeit (FFbH) sowie krankheitsbezogener Kognitionen (PRSS) als prädiktiv für den direkt gemessenen Therapieerfolg. Nach 12 Monaten zeigte lediglich die Veränderung hinsichtlich der Funktionsfähigkeit einen statistisch signifikanten Zusammenhang mit dem globalen Erfolg.

	Mittelwerte (SD) der Veränderung (indirekt)			
Erfolg	**CES-D (3 Mo)**	**FFbH (3 Mo)**	**PRSS (3Mo)**	**FFbH (12 Mo)**
schlecht	-6,21 (10,52)	-11,94 (19,73)	-5,95 (10,10)	- 8,53 (15,69)
mittelmäßg	-2,23 (7,78)*	- 2,95 (12,49)**	-0,83 (6,78)**	- 0,09 (13,50)*
gut	-0,59 (7,68)	1,07 (16,38)*	1,03 (7,68)*	3,06 (18,76)
sehr gut	0,74 (7,63)	8,47 (17,12)*	3,16 (6,56)*	8,73 (15,76)*
ausgezeichnet	6,57 (12,55) **	17,13 (21,16)*	8,62 (11,62)**	14,24 (18,31)*
F (ANOVA) **p**	F = 8,09 4,319 p < .001	F = 13,34 4,322 p < .001	F = 11,90 4,314 p < .001	F = 6,85 4,286 p < .001

Anm.: Positive Werte bedeuten jeweils eine Verbesserung; * / ** = Veränderung > 0,2 SD / > 0,5 SD gegenüber der vorherigen Kategorie

Tab. 1: Mittelwerte und Standardabweichungen der Veränderungswerte über die Antwortkategorien der direkten Veränderungsmessung (Erfolg); Ergebnisse der ANOVAs; Effektstärken der Veränderungen

Alle Veränderungswerte zeigen einen statistisch hochsignifikanten Gradienten über die Antwortkategorien der direkten Veränderungsmessung (siehe Tabelle 1). Patienten, die sich verschlechtert haben, gaben eher einen schlechten Rehaerfolg an, Patienten mit Verbesserungen in den Skalen gaben gute bis ausgezeichnete Erfolge an. Die Veränderungen zwi-

schen den einzelnen Antwortkategorien liegen mit wenigen Ausnahmen (deutlich) über 0, 2 SD, in einigen Fällen auch über 0,5 SD.

Diskussion

Zwischen den Antwortkategorien des externen Anker-Kriteriums (globaler Erfolg) zeigen sich relativ konsistent indirekt gemessene mittlere Veränderungen in der Größenordnung zwischen 0,2 und 0,5 SD. Das entspricht in etwa den Ergebnissen von Norman et al. (2003), die eine bemerkenswerte Universalität eines Unterschiedes von einer halben Standardabweichung als minimal bedeutsamen Wert bei der Messung von gesundheitsbezogener Lebensqualität fanden.

Ebenso wie Norman et al. (2003) besteht in den vorliegenden Daten kein Unterschied zwischen Verbesserungen und Verschlechterungen hinsichtlich der minimal bedeutsamen Unterschiede. Allerdings fällt auf, dass die Differenzen in den Randbereichen (also zwischen "mittelmäßig" und "schlecht" bzw. zwischen "sehr gut" und "ausgezeichnet") deutlich größer sind, als im mittleren Bereich der Skala.

Damit können indirekt gemessene Veränderungen von einer halben Standardabweichung und darüber für den Bereich der Rehabilitation vorerst als "klinisch" bedeutsam betrachtet werden. Ein nächster Schritt wäre nun, die vorliegenden Ergebnisse aus der Rehabilitation bei chronischen, unspezifischen Rückenschmerzen mit dem Verlauf nach akuten Krankheitsereignissen (z. B. Rehabilitation nach akutem Koronarsyndrom) zu vergleichen. Hier sind größere minimal bedeutsame Veränderungen zu erwarten (vgl. Norman et al., 2003). Darüber hinaus wären auch Vergleiche mit weiteren (rehaspezifischen) Außenkriterien hilfreich, um die Evaluation von Rehamaßnahmen im Eingruppen-Prä-Post-Design besser zu fundieren.

Literatur

Crosby, R.D., Kolotkin, R.L., Williams, G.R. (2003): Defining clinically meaningful change in health-related quality of life. Journal of Clinical Epidemiolgy, 56. 395-407.

Mittag, O., Deck, R., Raspe, H. (2006): Individuelle Veränderungsverläufe ("trajectories"). von Rehabilitanden mit Dorsopathien in zwei Studien. DRV-Schriften, Bd 64. 115-116.

Norman, G.R., Sloan, J.A., Wyrwich, K.W. (2003): Interpretation of changes in helath related quality of life: The remarkable universality of half a standard deviation. Medical Care, 41. 582-592.

Wirksamkeitsstudien in der Rehabilitationsforschung - ja, aber wie?

Raspe, H., Hüppe, A., Richter, S.
Institut für Sozialmedizin der Universität zu Lübeck

In der deutschen Rehabilitationsforschung fehlt es nach wie vor an experimentellen Studien, die die Wirksamkeit einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in einem randomisierten kontrollierten Design gegenüber einer "Nicht-Rehabehandlung" (z. B. "usual care") prüfen. Zwar werden in den letzten Jahren häufiger RCTs durchgeführt, doch vergleichen sie in der Regel eine Standardrehabilitation mit einer erweiterten und/oder modifizierten Maßnahme. Dieses Add-on-Design erlaubt nur dann eine Aussage über die Wirksamkeit der neuen Methode, wenn zuvor die Wirksamkeit der Standardbehandlung erfolgreich nachgewiesen wurde. Echten Wirksamkeitsstudien stehen in der medizinischen Reha angeblich methodische, ethische und rechtliche Gründe entgegen (Gerdes et al., 2006). Allerdings belegt Jäckel et al. schon 1990 mit Hilfe eines Wartegruppendesigns eine kurzfristige Wirksamkeit einer stationären Reha bei Rückenschmerzen.

Die Lübecker Arbeitsgruppe hat in den letzten 7 Jahren in drei Studien eine methodisch, ethisch und juristisch gangbare Alternative für einen Wirksamkeitsnachweis entwickelt (Hüppe et al., 2006; 2008; Schlademann et al., 2007; siehe Tabelle). Eine vierte kooperative und von O. Mittag (Freiburg) geleitete Studie befindet sich in Vorbereitung. In jedem Falle ging es darum, die Randomisierung eligibler Versicherter vor die spontane oder induzierte Antragstellung zu ziehen. Dazu bedarf es ihrer Rekrutierung vor einer Kontaktaufnahme mit der DRV (z. B. bei GKV, Ärzten, Betrieben).

Parameter	**PETRA**	**VERA**	**HMK**
Zielerkrankung	Muskuloskelettale Erkankungen (MSE)	Rheumatoide Arthritis (RA)	Diabetes mellitus Typ 2 (DM)
Durchführungszeitraum	2002-2003	2004-2005	2006-2007
Teilnehmer	Versicherte (4 GKV) 100 % Erwerbstätige 20-62 Jahre	Versicherte (6 GKV) 100 % Erwerbstätige 20-62 Jahre	Versicherte (1 GKV) 38 % Erwerbstätige 30-70 Jahre
Rehabedarf	> 42 AU-Tage in 12 Monaten + aktuell AU wegen MSE	Mindestens 1 mal AU wegen RA	Lübecker Algorithmus (Komplexität des DM)
Intervention	Persönliche Beratung auf Reha in der GKV	Beratung auf Reha (auch telefonisch)	Schriftliche Rehaempfehlung
Follow up Erhebung	12 Monate post Screening	12 Monate post Screening	12 Monate post Screening
Primäres Outcome	Parameter der sozialen Teilhabe	Parameter der sozialen Teilhabe	Parameter der sozialen Teilhabe
Valid n	N=217	N=129	N=184
Rehateilnahme	69 % in IG 20 % in KG	31 % in IG 5 % in KG	25 % in IG 5 % in KG

Bei der Durchführung dieser Studien konnten stufenweise Erfahrungen mit Problemen des gewählten Studiendesigns gewonnen werden. In keinem Fall äußerte die zuständige Ethikkommission Bedenken (Equipoise!). Für die Planung zukünftiger Wirksamkeitsstudien werden Anregungen für ein optimiertes Standarddesign vorgestellt und diskutiert. Dabei sind folgende Aspekte anzusprechen:

Elemente des Studienprotokolls	**Erprobter Ansatz**	**Optimierungsansatz**
Datenschutzabklärungen	Datenschutzkonzept zu Studienbeginn, Rechtsgrundlage - Rekrutierung: §284 (1) SGBV - Sozialdatenübermittlung: Genehmigung nach §75 SGBX nicht notwendig (wenn „informed consent“ vorliegt)	Konzept weit vor Studienbeginn mit allen Datenschützern (GKV, RV) klären
Zielsetzung	Evidenz für (Un)Wirksamkeit eines Reha-Angebotes (Programmevaluation)	Nicht übertragbar auf AHB oder zur Evaluation einzelner Leistungen in der Reha
Zugang zu eligiblen Studienteilnehmern	über Datenbanken der GKV über ICD-Diagnosen (AU, Krankenhaus ...), Medikamentenverordnungen	- Qualität der Daten unklar und variabel - Beachtung Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (z. B. Pretest Datenmanagement, Suchlaufstrategien)
Screening: Wahl der Ein- und Ausschlusskriterien	Objektivierung von Rehabedarf anhand der Schwere und Komplexität der Erkrankung (auch Komorbidität)	Einbezug des subjektiven Rehabedarfs und der Antragsintention, starke Präferenzen gefährden das Design
Fallsicherung	PETRA: keine außer ICD-AU-Diagnose VERA: Expertenurteil nach Selbstbeschreibung HMK: ICD-Code, berichtete Arztdiagnose	Bei unspezifischen subjektiven Störungen (RS) unnötig, sonst Arzturteil und technische Untersuchungen erforderlich
Randomisierung	Nach Screening und vor Rekrutierung (PETRA), Nach Screening und nach Rekrutierung (VERA, HMK) Randomisierung in der KK (PETRA), externe zentrale Randomisierung (VERA, HMK)	Nach Screening und Einwilligung Zentrale externe Randomisierung
Antragstellung und Begutachtung	bei PETRA gelungen, bei VERA und HMK z.T. Ablehnung empfohlener Anträge	Sicherung der Rehabewilligung nach empfohlener Antragstellung
Standardisierung aller Interventionselemente	Beratungsgespräche unstandardisiert (PETRA, VERA) Standardisierte schriftliche Information (HMK) Inhalte der Reha nicht kontrolliert	Standardisierung und Manualisierung von Beratung und Rehadurchführung

Elemente des Studienprotokolls	Erprobter Ansatz	Optimierungsansatz
Wahl und Erhebung der Outcomes	Parameter der sozialen Teilhabe, Einbezug subjektiver und objektiver Datenquellen indirekte (PETRA, VERA, HMK) und direkte (HMK) Veränderungsmessung	indirekte und direkte Veränderungsmessung
Reha-äquivalente Leistungen in KG und bei Nicht-Teilnehmern IG	Nicht erfasst	Erfassen durch Fragebogen, evt. Kassendaten

Literatur

Gerdes, K., Zwingmann, C., Jäckel, W. (2006): The System of Rehabilitation in Germany. In: Jäckel, W., Bengel, J., Herdt, J.: Research in Rehabilitation. Results from a Research Network in Southwest Germany. Stuttgart: Schattauer. 3-19.

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.

Hüppe, A., Parow, D., Raspe, H. (2008): Wirksamkeit und Nutzen eines Screeningverfahrens zur Identifikation von rehabilitationsbedürftigen Personen mit Diabetes mellitus Typ 2: eine randomisierte, kontrollierte Evaluationsstudie unter Versicherten der Hamburg Münchener Krankenkasse. Gesundheitswesen, 70. 590-599.

Jäckel, W. et al. (1990): Überprüfung der Wirksamkeit stationärer Rehabilitationsmaßnahmen bei Patienten mit chronischen Kreuzschmerzen: eine prospektive, randomisierte, kontrollierte Studie. Die Rehabilitation, 29. 129-133.

Schlademann, S., Hüppe, A., Raspe, H. (2007): Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Studie zur Akzeptanz und zu Outcomes einer Beratung auf stationäre medizinische Rehabilitation unter erwerbstätigen GKV-Versicherten mit rheumatoider Arthritis (clinicaltrials.gov identifier NCT00229541). Gesundheitswesen, 69. 325-335.

Die Bedeutung sozialer Faktoren für die Rehabilitation onkologischer und psychischer/psychosomatischer Erkrankungen - Ergebnisse einer systematischen Literaturanalyse

Hofreuter-Gätgens, K. (1), Bergelt, C. (1), Hergert, A. (1), Koch, U. (1), Melchior, H. (1), Pfau-Effinger, B. (2), Schulz, H. (1), Watzke, B. (1), Morfeld, M. (3)

(1) Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, (2) Institut für Soziologie, Universität Hamburg, (3) Rehabilitationspsychologie, Fachbereich Angewandte Humanwissenschaften, Hochschule Magdeburg-Stendal

Hintergrund

Der Einfluss sozialer Faktoren (z. B. Beruf, Bildung, Familienstand) auf die gesundheitliche Versorgung erhält sowohl in der Literatur als auch gesellschaftspolitisch immer mehr Aufmerksamkeit. Während im kurativen und präventiven Sektor hierzu Untersuchungen vorliegen, die einen Einfluss darlegen, sind erst wenige Studien vorhanden, die im rehabilitativen Bereich diesen Zusammenhang untersuchen (Übersicht siehe Janßen et al., 2006). Dabei wären z. B. gerade Studien zu dem zentralen Outcome "berufliche Reintegration", als ein Faktor der Partizipation und Teilhabe in Sinne der ICF (WHO, 2001), sinnvoll, die analysieren, ob und inwieweit Unterschiede nach sozialen Faktoren bei den Rehabilitanden bestehen.

Unter den chronischen Erkrankungen weisen die Indikationen Onkologie und Psychosomatik eine hohe Prävalenz in der deutschen Gesamtbevölkerung auf und nehmen einen Anteil von 37,9 % an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ein (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2008). Im Rahmen einer Prozess-Outcome-Studie zur onkologischen und psychischen/psychosomatischen Rehabilitation wurde die vorliegende systematische Literaturanalyse erstellt, die von der Wilhelmstiftung für Rehabilitationsforschung gefördert wird. Zielsetzung war die Identifizierung empirischer Studien zum Einfluss sozialer Faktoren auf Versorgung und Outcome in der Rehabilitation für beide Indikationsbereiche.

Methodik

Die systematische Literaturrecherche erfolgte in den Datenbanken MEDLINE, EMBASE, Psyndex, PsycINFO und Web of Science. Über zweihunderttausend Treffer wurden zunächst mittels Sprache (englisch- und deutschsprachige Artikel), Publikationsjahr (seit 1990), Indikationen (C50 (Brustkrebs), C61 (Prostatakrebs), F32-34 (Depressionen)) sowie Publikationstyp (empirische Studien zu Versorgungs- und Outcomeunterschieden erkrankter Erwachsener) eingegrenzt. Aufgrund der gewählten Einschlusskriterien ergab sich schließlich eine Anzahl von 59 onkologischen Studien bzw. 388 Studien über psychische/psychosomatische Erkrankungen. In einem weiteren Schritt erfolgte dann eine eingehende Analyse der Treffer, wobei nur solche Publikationen weiter berücksichtigt wurden, die Brust- bzw. Prostatakrebs als Erstdiagnose untersuchten, multivariate Analyseverfahren anwenden und

deren durchgeführtes Rehabilitationsverfahren mit den Rehabilitationsmaßnahmen in Deutschland vergleichbar ist.

Ergebnisse

Bei strikter Anwendung der Einschlusskriterien konnten keine internationalen Studien in dem Indikationsbereich Onkologie und nur zwei in dem Indikationsbereich Psychosomatik zum Einfluss sozialer Faktoren in der Rehabilitation identifiziert werden. Beide Untersuchungen geben einen Hinweis auf einen vorhandenen Einfluss der Faktoren Bildung und Einkommen auf das Outcome. Durch eine Ausweitung der Suchkriterien auf alle Indikationen innerhalb Deutschlands, lassen sich unter der Anwendung derselben Einschlusskriterien aus 203 Studien insgesamt neun Studien identifizieren. Die Mehrzahl dieser Studien fand einen signifikanten Zusammenhang zwischen den untersuchten Faktoren und verschiedenen Aspekten der Rehabilitation. Fünf der neun Treffer stammen aus dem Indikationsbereich koronare Herzerkrankungen. Beispielsweise zeigt eine Untersuchung einen signifikanten Einfluss von Bildung auf die berufliche Reintegration nach kardiologischer Rehabilitation (Myrtek et al., 1997). Eine weitere Studie stellt einen schlechteren psychischen Ausgangsbefund zu Beginn der Rehabilitation bei Herzinfarktpatienten aus unteren sozialen Lagen (gemessen an Einkommen, Bildung und Berufsstatus) fest als bei Patienten, die aus einer höheren sozialen Lage kommen (Altenhöner et al., 2005).

Diskussion und Schlussfolgerung

Versorgungsunterschiede hinsichtlich sozialer Faktoren innerhalb der Rehabilitation onkologischer und psychischer/psychosomatischer Erkrankungen lassen sich kaum belegen, da international bislang nur sehr wenige Studien durchgeführt wurden. Zusammen mit Studien anderer Indikationsbereiche aus Deutschland lassen sich zwar jeweils signifikante Zusammenhänge finden, die Übertragbarkeit dieser Ergebnisse ist jedoch derzeit nicht belegt.

Insgesamt besteht ein Forschungsbedarf an differenzierten Untersuchungen zum Einfluss sozialer Faktoren innerhalb der Rehabilitation, die insbesondere den Prozess, die Outcomes und die Gesamtdauer der Rehabilitation beleuchten.

Forschungsaktivitäten in dem Bereich Rehabilitation und sozialer Einflussfaktoren beinhalten die Möglichkeit, zusammen mit anderen psychosozialen Faktoren individuelle, auf die Patienten und ihre Bedürfnisse zugeschnittene Behandlungspfade mittels differentieller Zuweisung zu etablieren und so eine Verbesserung des Prozessablaufs der Kliniken zu erreichen.

Literatur

Altenhöner, T., Leppin, A., Grande, G., Romppel, M. (2005): Social Inequality in Patient's Physical and Psychological State and Participation in Rehabilitation after Myocardial Infarction. International Journal of Rehabilitation Research, 28 (3). 251-257.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2008): Rentenversicherung in Zahlen. Berlin: Grabow.

Janßen, C., Grosse Frie, K., Ommen, O. (2006): Der Einfluss sozialer Ungleichheit auf die medizinische und gesundheitsbezogene Versorgung in Deutschland. In: Richter, M., Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag. 141-155.

Myrtek, M., Kaiser, A., Rauch, B., Jansen, G. (1997): Factors associated with Work Resumption: A 5 year Follow-up with Cardiac Patients. International Journal of Cardiology, 59 (3). 291-97.

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

Ein generisches Instrument zur Erkennung besonderer beruflicher Problemlagen bei chronischen Erkrankungen (SIMBO-C) - Analysen zu Validität und Reliabilität

Streibelt, M.
Charité - Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund

Ein Schwerpunkt der Reha-Forschung liegt in der Entwicklung von Assessments zur Ermittlung besonderer beruflicher Problemlagen (Müller-Fahrnow et al., 2005). Dies resultiert aus der Erkenntnis, dass die Effektivität berufsbezogener Maßnahmen von einer präzisen Steuerung der Patienten abhängt (Streibelt, 2007). Bislang liegen verschiedene Screenings für eine solche Steuerung vor (Bürger et al., 2006; Löffler et al., 2006; Streibelt et al., 2007). Der vorliegende Beitrag stellt eine Weiterentwicklung des bislang auf Muskel-Skelett-Erkrankungen beschränkten SIMBO zu einem generischen Instrument für chronische Krankheiten (SIMBO-C) vor.

Fragestellung

Schwerpunkt der Analyse ist die Testgüte von SIMBO-C. Es werden indikationsspezifische Analysen zu Reliabilität, Konstruktvalidität und prädiktiver Validität durchgeführt.

Methodik

Die Basis bildet ein Sample an Patienten, die eine stationäre Rehabilitation in der orthopädischen (MSK), psychosomatischen (PS) oder inneren (INN) Klinik des Gesundheitsparks Bad Gottleuba absolvierten. Die Studienteilnehmer bekamen bei Anreise einen Fragebogen vorgelegt, in dem neben dem SIMBO-C der allgemeine Gesundheitszustand (EQ5-D), Körperliche (ROLPH) und Emotionale Rollenfunktion (ROLEM) des SF-36 sowie die SPE-Skala (Mittag, Raspe, 2003) integriert waren. Ein Subsample bekam zur Überprüfung der Test-Retest-Validität den Eingangsfragebogen zusätzlich im Einladungsschreiben zugesandt. Drei Monate postrehabilitativ erfolgte die Follow-up-Befragung. Im Mittelpunkt standen die Selbsteinschätzung der beruflichen Leistungsfähigkeit (NRS: 1-10) sowie Informationen zur beruflichen Teilhabe und zur Leistungsinanspruchnahme.

Für die Einschätzung der Test-Retest-Reliabilität wurde der Intra-class Correlation Coefficient (ICC) verwendet. Die Überprüfung der Konstruktvalidität erfolgte mittels Spearman-Korrelation. Für die Analyse der prädiktiven Validität wurden Teilgruppen gebildet (SIMBO-C: 0-10 Punkte, >11-30, >30-50, >50) und anhand multipler Regressionsmodelle überprüft, ob SIMBO-C - adjustiert nach Alter, Geschlecht, Reha-Form (Heilverfahren vs. Anschlussheilbehandlung) und Indikation - bestimmte teilhabebezogene Ereignisse vorhersagen kann.

Ergebnisse

Sample

Die Stichprobe bildeten 426 Patienten (n_{MSK}=182, n_{PS}=173, n_{NN}=91). Die Follow-up-Erhebung dauert noch an; bislang wurden 262 Datensätze integriert. Für die Analyse der Test-Retest-Reliabilität standen 91 Datensätze zur Verfügung (n_{MSK}=49, n_{PS}=33, n_{INN}=9). Die Indikationsbereiche unterschieden sich signifikant im Geschlecht ($p<.05$), der Reha-Form ($p<.01$) und im Alter ($p<.05$).

Test-Retest-Reliabilität

Der ICC lag mit .87 indikationsübergreifend im hohen Bereich (ICCMSK=.89, ICCPS=.84, ICCINN=.90). Der Anteil korrekt Klassifizierter betrug 87 % (90 %, 84 %, 78 %, Cut off: 30 Punkte).

Konstruktvalidität

Es wurden indikationsübergreifend moderate Zusammenhänge zum SPE (r_{gesamt}=.30, $p<.01$), zum ROLPH (r_{gesamt}=.38, $p<.01$) und zum EQ5-D (r_{gesamt}=.32, $p<.01$) nachgewiesen. Eine Ausnahme stellte der Zusammenhang von SIMBO-C und SPE bei Patienten mit inneren Erkrankungen dar (r_{INN}=.16, $p>.05$). Zu ROLEM zeigten nur Patienten mit psychosomatischen und inneren Beschwerdebildern einen Zusammenhang (r_{PS}=.37, $p<.01$; r_{INN}=.30, $p<.05$), MSK-Patienten dagegen nicht (r_{MSK}=.09, $p>.05$).

Prädiktive Validität

Die SIMBO-C-Gruppen besaßen eine adjustierte Dosis-Wirkungs-Beziehung zur beruflichen Leistungsfähigkeit. Mit steigenden SIMBO-C-Gruppen sank die selbsteingeschätzte berufliche Leistungsfähigkeit kontinuierlich (11-30: b=-.72; 31-50: b=-1.10; >50: b=-2.70; Referenz: SIMBO-C≤10).

Die Quoten von Patienten mit mindestens einem Tag Arbeitsunfähigkeit im Follow-up-Zeitraum zeigten für die SIMBO-C-Gruppen mit 16,2 %, 26,6 %, 50,0 % und 85,3 % ebenfalls eine kontinuierliche Beziehung. Desgleichen ließ sich für aktive Erwerbstätigkeit (88,4 %, 63,1 %, 54,6 %, 18,6 %) nachweisen. Die Quote für Wechsel in Arbeitslosigkeit nach Reha-Ende erhöhte sich erst bei SIMBO-C>30 signifikant (13,0 %; 19,0 % vs. 1,5 %; 3,1 %), für EM-Rentenanträge bei SIMBO-C>50 (26,3 % vs. 4,4 %; 6,2 %; 12,5 %).

Diskussion und Schlussfolgerung

Zusammenfassend können dem SIMBO-C hervorragende indikationsspezifische und -übergreifende Testeigenschaften bescheinigt werden. Die Test-Retest-Reliabilität wird als sehr gut, die Konstruktvalidität als gut und entsprechend der Indikationsbereiche konsistent diagnostiziert.

Die Stärke des SIMBO-C liegt in der präzisen Vorhersage postrehabilitativer beruflicher und sozialrechtlicher Ereignisse. Damit ist SIMBO-C prädestiniert für die Erkennung von Patienten, die aufgrund einer erhöhten Gefahr der beruflichen Teilhabestörung frühzeitig in entsprechende therapeutische Konzepte oder spezifische Leistungen zur Teilhabe integriert werden sollten.

Literatur

Bürger, W., Deck, R., Fuhrmann, I. (2006): SIBAR - Ein Fragebogen zur Erfassung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der Medizinischen Rehabilitation. DRV-Schriften, Bd 64. 42-43.

Löffler, S., Wolf, H.D., Gerlich, C., Neuderth, S., Vogel, H. (2006): Eine bundesweite Bestandsaufnahme zum Einsatz von berufsbezogenen Screening-Verfahren in der medizinischen Rehabilitation. DRV-Schriften, Bd 64. 38-39.

Mittag, O., Raspe, H. (2003): Eine kurze Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit: Ergebnisse einer Untersuchung an 4.279 Mitgliedern der gesetzlichen Arbeiterrentenversicherung zu Reliabilität (Guttman-Skalierung) und Validität der Skala. Die Rehabilitation, 42. 169-174.

Müller-Fahrnow, W., Greitemann, B., Radoschewski, F.M., Gerwinn, H., Hansmeier, T. (2005): Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Die Rehabilitation, 44. e32-e45.

Streibelt, M. (2007): Aktivität und Teilhabe. Ein Beitrag zur Wirksamkeit berufsbezogener Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung. Lengerich, Pabst Verlag.

Streibelt, M., Gerwinn, H., Hansmeier, T., Thren, K., Müller-Fahrnow, W. (2007): SIMBO: Ein Screening-Instrument zur Feststellung des Bedarfs an berufsbezogenen medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen. Die Rehabilitation, 46. 266-275.

Eingeschränkte Arbeitsfähigkeit als Indikator für Rehabilitationsbedarf - Einsatz des Work Ability Index (WAI) in einer Versichertenbefragung

Radoschewski, F.M., Müller-Fahrnow, W.†, Bethge, M.

Charité - Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund

Gesundheitsbedingte Einschränkungen der Arbeits-/Erwerbsfähigkeit sind Indikatoren für Rehabilitationsbedarf, stehen im Vorfeld von Erwerbsminderung und Frühberentung und daraus resultierenden Leistungsansprüchen. Chronische Krankheiten als Hauptursachen eingeschränkter Arbeits- und Erwerbsfähigkeit bedürfen eines ganzheitlichen Ansatzes mit stärkerer Vernetzung und Überwindung bestehender Grenzen zwischen den Versorgungsstrukturen (BAR, 2005). Wirksamere Koordination und Kooperation zielt auch auf frühzeitiges Erkennen von Bedarf, auf bessere Verzahnung von Rehabilitation mit betrieblicher Gesundheitsförderung (Reimann, 2007).

Der Work Ability Index (WAI) dient der Erfassung der (subjektiven) Arbeitsfähigkeit von Erwerbstätigen (Tuomi et al., 2006). Gefördert durch ein Netzwerk, wird das Fragebogeninstrument in Betrieben zum Erkennen von Risiken/Ressourcen für eine Verminderung/Verbesserung der Arbeitsfähigkeit mit dem Ziel eingesetzt, geeignete Interventionsmaßnahmen zu empfehlen und umzusetzen (BAUA, 2008). In Längsschnittstudien erwies sich der WAI zudem als starker Prädiktor zukünftiger Berufs- und Erwerbsunfähigkeit (Hasselhorn, Freude, 2007).

Material und Methoden

Die Fragen des WAI wurden 2007 in einer postalischen Befragung einer Stichprobe von Versicherten der Deutschen Rentenversicherungen Bund, Westfalen und Mitteldeutschland im Alter von 30 bis 59 Jahre zu Gesundheit, Erwerbstätigkeit und gesundheitlicher Versorgung eingesetzt (bereinigtes Brutto: 6.059; Rücklauf: 2.091 / 33 %)[*]. Für Häufigkeitsberechnungen und Vergleiche wurden die Daten nach Alter, Geschlecht und Rentenversicherungsträger gewichtet (Standard: Versichertenendbestand des Jahres 2005 der GRV).

Der WAI wird als Punktsummenindex aus 7 Dimensionen ermittelt (vgl. Tuomi et al., 2006), Dimensionen, die sich z.T. auch in anderen Screening-Instrumenten zum Rehabilitationsbedarf wiederfinden (z. B. der Beeinträchtigung der Arbeit infolge Krankheiten, AU in den letzten 12 Monaten oder Prognose der Arbeitsfähigkeit).

Ergebnisse

Bei schlechter Arbeitsfähigkeit - so empfehlen die Entwickler des WAI - sollten die Voraussetzungen und Möglichkeiten zur Rehabilitation geprüft werden. In diesem Sinne ist der WAI ein Screening-Instrument für Rehabilitationsbedarf auf betrieblicher Ebene.

In den Stichproben weisen insgesamt 11 % der Befragten eine schlechte Arbeitsfähigkeit auf. Erwartungsgemäß steigt der Anteil mit dem Alter, ist bei Frauen insgesamt etwas höher und unter Versicherten der ehemaligen Arbeiterrentenversicherungen deutlich höher als bei jenen der DRV Bund. Bei den in Handwerksbetrieben beschäftigten Versicherten ist der Anteil mit etwa 20 % besonders hoch.

Personen mit schlechter Arbeitsfähigkeit weisen die höchste Anzahl sie beanspruchender Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz auf und sind extrem multimorbid (2/3 geben 5 oder mehr ärztlich diagnostizierte Krankheiten an) und nehmen besonders häufig ambulante ärztliche Versorgung in Anspruch (Ø 17 Konsultationen/Jahr).

Nahezu die Hälfte hat allerdings bislang noch keine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen und 59 % tragen sich auch nicht mit der Absicht, dies zu tun. Stattdessen ist 1/3 der Meinung, dass eine Frühberentung für sie die beste Lösung wäre, ein Anteilswert, der bei guter Arbeitsfähigkeit gegen 0 geht.

---

[*] Die Befragung ist Teil der von der Deutschen Rentenversicherung Bund geförderten und den Deutschen Rentenversicherungen Westfalen und Mitteldeutschland unterstützten SPE-Pilotstudie (Sozialmedizinisches Panel für Erwerbstätige).

		WAI - Arbeitsfähigkeit (Anteil in Zeilen-%)				
	Alter	schlecht: *Wiederherstellung*	mittelmäßig: *Verbesserung*	gut: *Förderung*	sehr gut: *Erhaltung*	n
Männer	30-39	5,4	15,8	37,4	41,4	203
	40-49	9,0	19,8	37,8	33,4	344
	50-59	16,9	28,3	28,9	25,9	332
	Gesamt	11,1	22,1	34,4	32,4	879
Frauen	30-39	4,6	16,8	37,0	41,6	262
	40-49	12,2	24,4	37,1	26,3	434
	50-59	23,1	26,0	36,4	14,6	308
	Gesamt	13,5	22,9	36,9	26,7	1004

Tab. 1: Verteilung der Arbeitsfähigkeit nach Alter und Geschlecht

Diskussion und Ausblick

Zweifellos ist auch der WAI als Bedarfsindikator nur begrenzt belastbar. Deutlich wird aber, dass damit eine Personengruppe identifizierbar ist, deren gesundheitliche und sozialmedizinische Charakteristika in hohem Maße Rehabilitationsbedürftigkeit signalisieren. Unter den Bedingungen einer verstärkten Zuwendung zur betrieblichen Ebene macht der seitens der Arbeitsmedizin gegenüber Betriebsärzten und Betrieben propagierte zunehmende Einsatz des WAI das Instrument auch für den Einsatz in der Reha-Forschung interessant.

In weiteren Analysen und mit Zugriff auf die Daten der laufenden Wiederholungsbefragung der SPE-Studie wird die Bedarfs- und insbesondere Prognoserelevanz des WAI differenzierter untersucht werden.

Literatur

BAR (2005): Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Die Zukunft der Rehabilitation und Teilhabe - Orientierungsrahmen für die Arbeit der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) ab 2004. Die Rehabilitation, 44. 50-57.

BAUA (2008): Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): Why WAI? Der Work Ability Index im Einsatz für Arbeitsfähigkeit und Prävention - Erfahrungsberichte aus der Praxis. 2. Auflage.

Hasselhorn, H.M., Freude, G. (2007): Der Work Ability Index - ein Leitfaden. 1. Auflage. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft GmbH. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Sonderschrift. 87.

Reimann, A. (2007): Aktuelle Entwicklungen im Bereich der Rehabilitation. 3. Presseseminar der Deutschen Rentenversicherung Bund, 20. und 21.11.2007 in Würzburg. unter: http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/nn_6990/DRVB/de/Inhalt/Presse/Presseseminare/Presseseminare_DRVBund/wuerzburg_11_2007/21_11_reimann.html.

Tuomi, K., Ilmarinen, J., Jahkola, A., Katajarinne, L., Tulkki, A. (2006): Arbeitsbewältigungsindex. Work Ability Index. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Übersetzung Ü14, 3.

SINGER-online: Ein internetbasiertes Programm zur Dateneingabe und -auswertung des "Selbständigkeits-Index für die Neurologische und Geriatrische Rehabilitation"

Gerdes, N. (1), Rusch, S. (2), Funke, U.N. (3), Pfeiffer, G. (4), Kunze, H. (5), Walle, E. (6), Jäckel, W.H. (1,7)

(1) Hochrhein-Institut, Bad Säckingen, (2) Center for web-based Research and Patient Databases, Universitätsklinikum Freiburg, (3) Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, Landesgeschäftsstelle Dresden, (4) Neurologische Fachklinik Bad Liebenstein, (5) Wittgensteiner Kliniken GmbH, (6) m&i Klinikgruppe Enzensberg, (7) Abt. Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg i. Br.

Hintergrund

Im Kontext eines mehrjährigen Projekts zur Entwicklung eines Modells zur outcome-orientierten Vergütung der Rehabilitation nach Schlaganfall (Gerdes et al., 2007) ist ein internetbasiertes Programm "SINGER-online" entwickelt worden, mit dem die für das Vergütungsmodell erforderlichen Daten von den Kliniken online eingegeben und dann jederzeit zentral ausgewertet werden können. Diese Daten betreffen das neu entwickelte Assessment-Instrument SINGER, das mit 20 Items die Selbständigkeit eines Patienten im Alltagsleben misst (Gerdes et al., 2005), sowie einen Dokumentationsbogen mit medizinischen und demographischen Angaben zu den Patienten. Das Programm soll kurzfristige Klinikvergleiche der Outcomes ermöglichen, eine hohe Qualität der dazu benutzten Daten gewährleisten und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung die Möglichkeit bieten, die von den Kliniken eingegebenen Daten stichprobenartig zu überprüfen. In der laufenden Studie SINGER-III sollte die klinische Praktikabilität des SINGER-online erprobt und erstmals die SINGER-Einstufungen zwischen Kliniken und MDK verglichen werden. Die Programmentwicklung wurde von der Wittgensteiner Kliniken GmbH und der m&i Klinikgruppe Enzensberg finanziert.

Methoden

Das SINGER-online Programm bietet in drei "Portalen" unterschiedliche Funktionen für bestimmte Benutzergruppen an:

Im "Klinik-Portal" wird obligatorisch ein SINGER-Assessment bei Aufnahme und eines bei Entlassung (bis zu 20 Zwischen-Assessments sind möglich) und zusätzlich der Dokumentationsbogen eingegeben. Von der Klinik aus können für die Ansicht und Eingabe der Daten beliebig viele "Dokumentare" eingesetzt werden, so dass das Programm auch zur patientenbezogenen internen Kommunikation genutzt werden kann. Die "abschließende" Speicherung der Daten eines Patienten muss jedoch von einer eigens autorisierten Person ("Center-Admin") vorgenommen werden, und danach können die Daten von der Klinik aus weder verändert noch gelöscht werden.

Für die Kliniken stellt das Programm - gewissermaßen als "Service-Funktion" - eine Reihe von Auswertungen bereit: Dazu zählen die Ausgabe eines Patientenprofils, die Extraktion eines Barthel-Index auf der Grundlage der SINGER-Einstufungen, die Ausgabe eines Fließ-

textes zur Beschreibung der Aktivitäts- und Partizipationsstörungen eines Patienten (z. B. für den Entlassungsbericht) und die Erstellung eines Berichtsblattes, in dem für Stichproben aus einem frei wählbaren Zeitraum die Mittelwerte des SINGER bei Aufnahme und Entlassung inklusive der Effektstärke der Veränderung berechnet werden. (Externe Personen können Zugangsdaten für den "Besucherpark" des SINGER-online beim Erstautor anfordern.)

Zusätzlich ist ein "MDK-Portal" eingerichtet worden, das nur autorisierten ärztlichen MitarbeiterInnen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) zugänglich ist, die jeweils für bestimmte Kliniken zuständig sind. Im SINGER-online können die MDK-MitarbeiterInnen alle Daten aus "ihren" Kliniken einsehen und Fälle zur Überprüfung auswählen. Die Klinik bereitet dann kurzfristig die Unterlagen für diese Patienten vor, die vom MDK anschließend vor Ort eingesehen werden. Im SINGER-online Programm kann der MDK parallel zu den SINGER-Einstufungen der Klinik seine eigene Bewertung vornehmen. Bei der Datenauswertung können die SINGER-Einstufungen durch die Kliniken mit denen des MDK verglichen und die Abweichungen ermittelt werden.

In einer Übersichtsliste zu allen Patienten der jeweiligen Klinik ist im MDK-Portal auch der prognostizierte Entlassungs-Score angegeben, der auf der Grundlage der Regressionsfunktion aus der SINGER-II-Studie (n=1.058; Varianzaufklärung 84,4 %) berechnet wird. Falls der von der Klinik angegebene Entlassungswert um mehr als 10 % über der Prognose liegt, wird der Prognosewert rot eingefärbt, so dass der MDK die Fälle mit auffällig hohen Entlassungswerten identifizieren und dann gezielt überprüfen kann.

Das Zentral-Portal des SINGER-online ist nur für die Studienleitung und den Programmierer zugänglich. Von hier aus können alle Daten aus allen Kliniken eingesehen und ggf. auch geändert oder gelöscht werden. Außerdem werden von diesem Portal aus die Zugangsberechtigungen für neu hinzukommende Kliniken vergeben. Mittels der Exportfunktion des Portals können sämtliche Daten (incl. der MDK-Bewertungen) im CSV-Format exportiert werden, das von MS-Excel oder SPSS eingelesen werden kann. Vorbereitete Statistiksyntaxen ermöglichen eine schnelle Routineauswertung, so dass eine aktuelle Zwischenauswertung mit prädiktorenkontrollierten Klinikvergleichen wenige Tage nach einem gewünschten Stichtag vorliegen kann.

Ergebnisse der MDK-Prüfungen

Für die letzte Zwischenauswertung lagen aus den 12 teilnehmenden Kliniken insgesamt n = 618 abgeschlossene Fälle vor. Davon sind die SINGER-Einstufungen bei Aufnahme in 24,6 % und bei Entlassung in 18,8 % aller Fälle vom MDK überprüft worden. Die vorgegebene Prüfquote von ca. 10 % ist damit deutlich überschritten worden.

Bei den Aufnahmewerten ergab sich in 77,6 % aller geprüften SINGER-Items eine punktgenaue Übereinstimmung zwischen MDK und Klinik, und die Summe aller positiven und negativen Abweichungen lag insgesamt nahe bei Null. Bei den Entlassungswerten fiel die Quote punktgenauer Übereinstimmungen mit 83,3 % noch deutlicher aus. Bezogen auf die einzelnen Kliniken zeigten sich keine Abweichungsmuster, die mit zu niedrigen Einstufungen bei der Aufnahme und zu hohen bei der Entlassung Hinweise auf eine systematische ‚Optimierung' der Einstufungen durch eine der beteiligten Kliniken geben könnten.

Literatur

Gerdes, N., Funke, U.N., Claus, B., Schüwer, U., Themann, P. (2005): "Selbständigkeits-Index für die Neurologische und Geriatrische Rehabilitation" (SINGER): Entwicklung und Validierung eines neuen Assessment-Instruments. DRV-Schriften, Bd 59. 341-3.

Gerdes, N., Funke, U.N., Schüwer, U., Kunze, H., Walle, E., Jäckel, W.H. (2007): Outcome-orientierte Vergütung in der Rehabilitation nach Schlaganfall - Ergebnisse einer Erprobung des Verfahrens in 13 neurologischen Fachkliniken. DRV-Schriften, Bd 72. 337-9.

Merkmale der deutschen Fassung des Chronic Pain Acceptance Questionaire (CPAQ-D) in einer Stichprobe von Patienten mit Somatoformer Schmerzstörung

Schneider, J.

MediClin Reha-Zentrum am Hahnberg, Bad Wildungen

Fragestellung

Nach McCracken (2003) ist die Akzeptanz chronischer Schmerzen dadurch definiert, dass die Betroffenen mit ihren Schmerzen leben ohne spezifische Reaktionen zu zeigen oder Versuche zu unternehmen, die Schmerzen zu reduzieren oder zu vermeiden. Diese Akzeptanz beinhaltet, dass die Betroffenen nicht mit ihren Schmerzen hadern und sich trotz Schmerzen positiven alltäglichen Aktivitäten widmen. Nilges et al. haben eine deutsche Fassung des CPAQ (CPAQ-D) entwickelt und an einer Stichprobe von n=150 Patienten getestet. Die Autoren betonen, dass weitere Daten aus unterschiedlichen Stichproben notwendig sind, um die Stabilität der psychometrischen Eigenschaften dieses Fragebogens zu bestätigen. Die vorliegende Untersuchung ist dieser Aufforderung gefolgt.

Methode

Einer Stichprobe von n=480 Patienten mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung (F45.4) wurde zu Beginn und zu Ende ihres stationären Reha-Aufenthaltes ein Fragebogenset mit folgenden Skalen vorgelegt: CPAQ-D, Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung (FESV), Pain Disability Inventory (PDI), Aachener Selbstwirksamkeitsfragebogen (ASF), die Skalen Situationskontrollversuche, positive Selbstinstruktion, soziale Abkapselung, gedankliche Weiterbeschäftigung, Resignation und Selbstbeschuldigung aus dem Stressverarbeitungsfragebogen (SVF), sowie eine Skala zur Lebenszufriedenheit. Die Daten wurden mittels exploratorischer Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse, Rotation Direct Oblim) und Produkt-Moment-Korrelationen untersucht.

Ergebnisse

Die Faktorenanalysen bestätigen zu beiden Messzeitpunkten weitgehend die zweifaktorielle Struktur des CPAQ-D sowie dessen Itemzuordnung. Die Reliabilitäten liegen je nach Messzeitpunkt und Skala zwischen α=0,81 und α=0,89. Die Korrelationsmatrix aller erhobener Skalen zeigt substantielle Zusammenhänge beider Schmerzakzeptanzskalen mit der schmerzbedingten Beeinträchtigung sowie etwas geringere Korrelationen zur sozialen Abkapselung und Resignation. Die Skala "Aktivitätsbereitschaft" korreliert zudem substantiell

mit den Selbstwirksamkeitserwartungen und der allgemeinen Lebenszufriedenheit. Beide Akzeptanzskalen zeigen nur geringe Korrelationen zu den Schmerzbewältigungsstrategien.

Schlussfolgerungen

Die vorliegende Untersuchung bestätigt die Einsatzmöglichkeit des CPAQ-D im stationären Setting. Außer den Gütekriterien zeigen die Skalenkorrelationen, dass der CPAQ-D zusätzliche Aspekte neben Beeinträchtigung und Bewältigung erhebt. Die "Aktivitätsbereitschaft" zeigt in dieser Studie große Nähe zur Selbstwirksamkeit.

Literatur

McCracken, L.M., Eccleston, C. (2003): Coping or acceptance: what to do about chronic pain? Pain, 105. 197-204.

Nilges, P., Köster, B., Schmidt, C.O. (2007): Schmerzakzeptanz - Konzept und Überprüfung einer deutschen Fassung des Chronic Pain Acceptance Questionaire. Schmerz, 21. 57-67.

Entwicklung und psychometrische Prüfung eines Fragebogens zur patientenseitigen Erfassung rehabilitativer Behandlungskonzepte

Glattacker, M., Heyduck, K., Meffert, C.

Abt. Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg i. Br.

Hintergrund

Ziel des Projekts "Bedarfsgerechte Patienteninformation auf der Basis subjektiver Konzepte"[*)] ist es, die Patienteninformation auf die individuellen Bedarfe der RehabilitandInnen maßzuschneidern. Der Informationsbedarf wird über themenbezogene Kognitionen der PatientInnen - subjektive Vorstellungen über Krankheit und (medikamentöse sowie rehabilitative) Behandlung - ermittelt. Zur Erfassung subjektiver Krankheits- und medikamentöser Behandlungskonzepte liegen validierte Instrumente vor (Gaab, Ehlert, 2005; Glattacker, 2006; Opitz et al., 2008). Auch in Bezug auf rehabilitationsbezogene Kognitionen wie Motivation oder Erwartungen existieren Erhebungsinstrumente (z. B. Deck, 2006; Muthny et al., 2006; Faller et al., 2008), im o. g. Projekt sollte jedoch eine Schwerpunktsetzung dahingehend vorgenommen werden, die für RehabilitandInnen typischen Aspekte einer Rehabilitation zu erfassen[**)].

Im vorliegenden Beitrag werden Ergebnisse zur Entwicklung und psychometrischen Prüfung eines generischen Fragebogens zur Erfassung des rehabilitativen Behandlungskonzepts vorgestellt.

---

*) Förderung durch die Deutsche Rentenversicherung Bund im Rahmen des Förderschwerpunkts "Versorgungsnahe Forschung".

**) Wir danken herzlich den Kooperationskliniken: Fachklinikum Sachsenhof, Bad Elster; Rehabilitationsklinik Moorbad Bad Doberan, Bad Doberan; AOK Klinik Schlossberg, Bad Liebenzell; Sankt-Rochus-Kliniken, Bad Schönborn; Schön Klinik Harthausen, Bad Aibling; Rehabilitationsklinik Frankenhausen DRV Bund, Bad Frankenhausen; Rehabilitationsklinik "Garder See", Lohmen; Brunnen-Klinik, Horn-Bad Meinberg; Klinik am Homberg, Bad Wildungen; DE´IGNIS Fachklinik GmbH, Egenhausen

Methodik und Stichprobe

Zunächst wurde literatur- und theoriebasiert sowie empirisch im Rahmen von fünf Fokusgruppen mit n=25 RehabilitandInnen ein Pool von 115 Items zum rehabilitativen Behandlungskonzept generiert. Die Items wurden in neun Kliniken der Indikationen Muskuloskelettale Erkrankungen (MSK, 5 Kliniken) und Psychosomatik (P, 4 Kliniken) an n=182 RehabilitandInnen einem Pretest unterzogen. Hierbei wurde zunächst die Werteverteilung (Decken-/Bodeneffekte, Schiefe, Exzess, Itemschwierigkeit) der Items geprüft. Im Anschluss an eine explorative Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse, Varimax-Rotation) zur Skalenextraktion mittels Screeplot und Faktorladungen >.50 wurde die Eindimensionalität der extrahierten Faktoren geprüft und die interne Konsistenz der Skalen (Cronbachs Alpha) bestimmt. Analysen zur Known-Groups-Validität erfolgten über die Ermittlung von Unterschieden zwischen den beiden Indikationen (t-Test für unabhängige Stichproben). Die Akzeptanz des Fragebogeninhalts wurde über die Anzahl fehlender Werte sowie über konkrete Fragen zur patientenseitigen Bewertung der Frageninhalte ermittelt.

Die Stichprobenbeschreibung findet sich in Tabelle 1.

	MSK	**P**
n	103	79
Alter (M, SD)	55,5 (14,0)	49,6 (8,4)
Geschlecht (Frauen in %)	50,5	70,9

Tab. 1: Stichprobe (n_{gesamt}=182)

Ergebnisse

Die Mehrzahl der Items weist eine rechtssteile Verteilung und Deckeneffekte auf, was sich auch in einer geringen Itemschwierigkeit (Mittelwert) widerspiegelt. Die explorative Faktorenanalyse führte zu einer 4-Faktoren-Lösung. Nach der Selektion einzelner Items auf Basis von Modifikationsindices und Indikatorreliabilitäten kann die Eindimensionalität dieser Faktoren als gut bewertet werden (CFI .97-1.0; TLI .96-.98; RMSEA .05-.07; CMIN/df 1,4-1,8; GFI .96-1.0). Inhaltlich können die Skalen als "Somatische Ergebniserwartung" (6 Items), "Psychische Ergebniserwartung" (5 Items), "Prozesserwartungen" (z. B. bzgl. Patientenorientierung und Kommunikation, 8 Items) und "Befürchtungen" (z. B. im privaten oder sozialen Bereich, 4 Items) interpretiert werden. Die interne Konsistenz der Skalen liegt zwischen .80 und .84. Die Behandlungskonzepte der Psychosomatikpatienten unterscheiden sich in erwarteter Richtung von denen der MSK-Rehabilitanden: Die "Somatische Ergebniserwartung" ist signifikant geringer und die "Psychische Ergebniserwartung" sowie die "Befürchtungen" sind signifikant stärker ausgeprägt (p<=.001). Die Akzeptanz der Fragebogeninhalte fällt positiv aus: Der Anteil fehlender Werte liegt für 17 Items unter 5 % bzw. bei max. 7,7 %. Nur n=7 RehabilitandInnen (3,8 %) bewerten die Verständlichkeit als "schlecht" (5-stufiges Antwortformat; "sehr gut" bis "sehr schlecht").

Diskussion

Mit dem entwickelten Fragebogen können mit 23 Items Aspekte des rehabilitativen Behandlungskonzepts erfasst werden, deren Ausprägung für die Behandler als Basis für eine maßgeschneiderte Patienteninformation von hoher Relevanz sind (z. B.: Hat ein Patient eine

eher somatische oder psychische Ergebniserwartung? Welche Ansprüche stellt er an eine partizipativ gestaltete Behandlungsplanung?). Die ersten psychometrischen Ergebnisse sind gut. Eine Ausnahme bildet die rechtssteile Verteilung einiger Items, die angesichts der Zielsetzung des Fragebogens aber dennoch relevante Informationen liefern.

Literatur

Deck, R. (2006): Entwicklung und Validierung einer Kurzform des Fragebogens zu rehabezogenen Erwartungen und Motivationen (FREM-8). Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 15. 175-183.

Faller, H., Vogel, H., Meng, K. (2008): FEZ - Fragebogen zu Erwartungen und Zielen von Rehabilitanden. In: Bengel, J., Wirtz, M., Zwingmann, C. (Hrsg.): Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation. Göttingen: Hogrefe. 87-89.

Gaab, J., Ehlert, U. (2005): Chronische Erschöpfung und Chronisches Erschöpfungssyndrom. Göttingen: Hogrefe.

Glattacker, M. (2006): Subjektive Krankheitskonzepte von Patienten in der stationären medizinischen Rehabilitation. Tönning: Der Andere Verlag.

Muthny, F.A., Fiedler, R.G., Richter, M., Schweidtmann, W., Wiedebusch, S. (2006): Rehabezogene Kognitionen ("REHAKOG"): Vorsätze, Selbstwirksamkeitserwartungen und Befürchtungen. In: Nübling, R., Muthny, F.A., Bengel, J. (Hrsg.): Reha-Motivation und Behandlungserwartung. Bern: Huber. 179-194.

Opitz, U., Glattacker, M., Jäckel, W.H. (2008): Der "Beliefs about Medicines Questionnaire" (BMQ© R Horne) - Übersetzung und erste methodische Prüfung an Patienten mit Fibromyalgie. DRV-Schriften, Bd 77. 99-100.

Reliabilität und Validität des Hannoverschen Screenings der subjektiven Rehabilitationsbedürftigkeit für den Einsatz in der ärztlichen Praxis, in den Krankenkassen und im Betrieb

Kobelt, A. (1), Gutenbrunner, C. (2), Ehlebracht-König, I. (3), Schmid-Ott, G. (4), Jacobi, C. (5), Schulz, K. (6), Nounla, J. (7), Machens, R. (8), Feige, A. (9), Stumpf, R. (10), v. Bremen, W. (11), Ricken, U. (12), Geib, U. (13), Backhaus, S. (14), Schuler, U. (15), Karpinski, N. (16), Grosch, E. (1), Petermann, F. (16)

(1) Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, (2) Koordinierungsstelle für Rehabilitationsforschung, Hannover, (3) Rehazentrum Bad Eilsen, (4) Berolina-Klinik, Löhne, (5) Paracelsus Roswitha-Klinik, Bad Gandersheim, (6) Klinik Bad Reichenhall, (7) - (15) kooperierende chirurgische, internistische und allgemeinärztliche Praxen, (16) Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen

Einleitung

Die Feststellung und Beurteilung der subjektiven Rehabilitationsbedürftigkeit als Voraussetzung für einen Antrag auf medizinische Rehabilitation ist für Haus- und Betriebsärzte, aber auch für Krankenkassen manchmal schwer möglich. Das Risiko, dass rehabilitationsbedürftige Menschen erst durch längere oder häufigere Krankheitszeiten auffällig werden und nicht rechtzeitig in eine medizinische Rehabilitationsbehandlung gelangen, nimmt damit deutlich zu. Gleichzeitig ist der Rentenversicherungsträger auf ausführliche Informationen des betreuenden Arztes angewiesen, um Art und Inhalt der Leistung entsprechend der Teilhabeeinschränkungen steuern zu können. Vogel et al. (1997) hatten in einer Untersuchung festgestellt, dass das Wissen über und die Einstellung zur medizinischen Rehabilitation bei den Hausärzten sehr unterschiedlich ausgeprägt sind. Sie schlossen daraus, dass das notgedrungen auch die Empfehlung von medizinischen Heilbehandlungen und die Motivierung ihrer Patienten, eine Rehabilitation in Anspruch zu nehmen, beeinflussen müsse. Die Autoren schlugen vor, die Ärzte deutlich mehr durch Informationen zu unterstützen. Gleichzeitig sollten Instrumente entwickelt werden, die die Identifikation der Rehabedürftigkeit erleichtern helfen (van den Bussche, Dunkelber, 2003).

In einer früheren Arbeit (Kobelt et al., 2008) wurden bereits erste Ergebnisse zur Dimensionalität und zur Itemanalyse des Hannoverschen Screenings zur subjektiven Rehabilitationsbedürftigkeit vorgestellt. Die Skala wies gleichermaßen eine gute Reliabilität (.81) und gute Itemkennwerte auf, wobei sich die untersuchten Rehaantragsteller und Nichtantragsteller deutlich unterschieden. Gleichzeitig ergaben sich deutliche Assoziationen zwischen der subjektiven Rehabilitationsbedürftigkeit und dem Ausmaß der Erschöpfung.

In der vorliegenden Arbeit sollen die Gütekriterien des Screenings anhand neuer Stichproben überprüft und zusätzliche Validitätsuntersuchungen vorgenommen werden.

Methode

Rehabilitanden aus drei Indikationsgebieten (Pneumologie (n = 125), Rheumatologie (n = 81), Psychosomatik (n = 72)), die sich am Beginn ihrer medizinischen Heilbehandlung befanden, und Patienten aus Arztpraxen (Allgemeinmedizin / Innere Medizin (n = 132), Chirurgie (n = 73)), die keinen Antrag auf medizinische Rehabilitation gestellt hatten, wurde das Hannoversche Screening zur subjektiven Rehabilitationsbedürftigkeit vorgelegt. Neben soziodemographischen Fragen enthielt der Fragebogen den FFbH (Funktionsfragebogen Hannover), den SPE (subjektive Prognose der Erwerbsfähigkeit), die Skala zur chronischen Erschöpfung (CFS), den SCL14 und die Mobilitätsskala sowie die Alltagsaktivitätsskala des IRES. Es wurde eine Faktorenanalyse gerechnet sowie Korrelationsstatistiken berechnet.

Ergebnisse

Die Rehabilitanden unterschieden sich zwar nicht im Alter (m = 49 ± 7 Jahre; Vergleichsgruppe m = 47 ± 9 Jahre, n. s.), die Stichprobe enthielt jedoch mehr Männer (56 % gegenüber 42 %) als die Gruppe der Patienten.

Die Einfaktorenlösung (Kobelt et al., 2008) konnte mit den neuen Stichproben bestätigt werden (s. Tabelle 1a+b).

	Komponenten	**Trennschärfe**	**Itemschwierigkeit**
1. Ich glaube, dass ich nach einer medizinischen Rehabilitationsbehandlung wieder leistungsfähiger bin.	.64	.50	.40
2. Eine medizinische Rehabilitationsbehandlung wird mich dabei unterstützen, an meinen Arbeitsplatz zurückkehren zu können.	.70	.53	.34
3. Ich leide stark unter meinen Beschwerden.	.84	.73	.30
4. Ich befürchte, dass durch meinen Gesundheitszustand meine Erwerbsfähigkeit dauerhaft gefährdet ist.	.81	.70	.30
5. Fühlen Sie sich durch äußere Arbeitsbedingungen (z.B. durch Lärm, Kälte, Hitze, Nässe, Erschütterungen...) belastet?	.54	.39	.22
6. Fühlen Sie sich durch die Arbeitsanforderungen (Zeitdruck, Arbeitsdruck, neue Arbeitstechniken, Verantwortlichkeit) belastet?	.61	.47	.30
7. Wie lange waren Sie in den letzten 12 Monaten arbeitsunfähig (von einem Arzt krankgeschrieben)?	.55	.43	.50
Skalierung (Item 1 - 6)	0 (Nein), 1 (überwiegend nein), 2 (überwiegend ja), 3 (ja)		
Skalierung (Item 7)	0 (gar nicht), 1 (insgesamt weniger als eine Woche), 2 (insgesamt 1-2 Wochen), 3 (insgesamt 3-4 Wochen), 4 (mehr als vier Wochen)		

Tab. 1a: Items des Hannoverschen Screenings der subjektiven Rehabilitationsbedürftigkeit

Statistischer Kennwert	Ergebnis
KMO	.80
Aufgeklärte Varianz	46,2 %
Mittelwert (sd)	4.3 (2.1)
Cronbachs alpha	.78
n	463

Tab. 1b: Hannoverschen Screenings der subjektiven Rehabilitationsbedürftigkeit: Unrotierte Faktorenlösung (Eigenwert >1) und Itemstatistik

Die Rehabilitanden (m = 5,3 ± 1,3) unterschieden sich deutlich von der Vergleichsgruppe (m = 2,9 ± 2,2) aus den Arztpraxen im Ausmaß der Rehabilitationsbedürftigkeit (min. = 0, max. = 7, T=-14,0; df = 461; p <.001). Das Screening wies hohe Korrelationswerte zu den Skalen SPE (.66, p<.001), SCL 14 (.48, p <.001), Körperliche Aktivität (.54, <.001), Mobilität (.40, p<.001), FFbH (-.27, p <.001) und zum Ausmaß der Erschöpfung auf (.58, p<.001). Dabei konnten erwartungsgemäß unterschiedlich hohe Korrelationsmaße für die einzelnen Indikationsgruppen ermittelt werden.

Diskussion

Das Hannoversche Screening zur Rehabilitationsbedürftigkeit erwies sich in der Praxiserprobung als reliables und valides Instrument zur Identifizierung subjektiver Rehabilitationsbedürftigkeit und kann vor allem aufgrund seiner leichten Anwendbarkeit für die hausärztliche Routine empfohlen werden. Durch eine bimodale Umcodierung der Itemwerte lässt sich leicht ein Grenzwert bestimmen, auf dessen Grundlage die Prüfung der Notwendigkeit einer medizinischen Rehabilitation empfohlen werden kann. Auf der Grundlage unserer Studien kann ein Punktwert von 5 als kritische Grenze angenommen werden. Allerdings müssen bei unseren Ergebnissen eventuell vorhandene Geschlechtseffekte kritisch berücksichtigt werden. Auch setzt der Fragebogen voraus, dass die Befragten in einem Arbeitsverhältnis stehen.

Literatur

Kobelt, A., Spallek, M., Grosch, E., Schwarze, M., Karpinski, N., Gutenbrunner, C. (2008): Entwicklung eines Kurzscreenings zur praktischen Einschätzung der subjektiven Rehabilitationsbedürftigkeit im Betrieb und in der ärztlichen Praxis. DRV-Schriften, Bd 77. 104-106.

van den Bussche, H., Dunkelber, S. (2003): Bedarf und Nutzen von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen aus hausärztlicher Sicht. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 63. 299-305.

Vogel, H., Petermann, F., Schillegger, P., Schmidt, S., Seger, W. (1997): Einstellungen niedergelassener Ärzte zur medizinischen Rehabilitation: Eine empirische Untersuchung zur Problematik des Zugangs zur Rehabilitation. Die Rehabilitation, 36. 96-105.

Evaluation von Performance-Tests of lower limb activities (Polla)

Weinhold, W.
Lubinus-Aktiv Kiel

Einleitung

Kostensteigerungen im Gesundheitswesen erfordern eine höhere Transparenz gesundheitsbezogener Leistungen. So sind in der Physiotherapie evidenzbasierte Praxis und standardisierte Testverfahren nicht mehr wegzudenken. Insbesondere praktikable Performance-Tests zur Überprüfung der Funktionsfähigkeit im Alltag mit ihren Vorzügen einer hohen Augenscheinvalidität, guten Reproduzierbarkeit und größeren Änderungssensitivität liegen gegenwärtig noch nicht vor. Ziel der Arbeit war daher die Konstruktion und Evaluation eines Performance-Tests für den physiotherapeutischen Arbeitsalltag auf der Grundlage alltäglicher Aktivitäten (Performance-Test of lower limb activities = Polla). Gefördert wurde das Projekt (Nr. 65) aus den Mitteln des Vereins zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein e.V. Die Empfehlungen einer Expertenkommission um Bührlen et al. (2002) dienten als Grundlage für die Entwicklung des Polla mit 14 alltagsnahen Aktivitäten, von denen zehn Tests qualitativ und vier zusätzlich quantitativ überprüft wurden. Es wurde erwartet, dass sich in den Ergebnissen des Polla Zusammenhänge zu einer Selbsteinschätzung von Aktivitäten sowie zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36) zeigen und dass der Polla, durch seine krankheitsspezifische Ausrichtung, im Instrumentenvergleich größere Veränderungen darstellen kann.

Methode

In einem quasi-experimentellen Untersuchungsplan wurden zu t1 und t2 nach sechs Wochen die Ergebnisse des Polla, der Selbsteinschätzung und des SF-36 erfasst. Eine Gruppe Patienten (n=30) wurde über Alter, Geschlecht und Body-Mass-Index mit einer Vergleichsgruppe Gesunder parallelisiert. Zur Bestimmung der Interrater-Reliabilität (n=32) wurde zu t2 von drei Therapeuten zeitgleich beurteilt. Der Retest zur Intrarater-Reliabilität (n=29) erfolgte zwei Tage nach dem ersten Test. Ausschlüsse betreffen Patienten mit einem Belastungsverbot und Personen mit sprachlichen Verständnis-Schwierigkeiten. Die Patientenstichprobe von 81 Patienten weist bei vergleichbarer Geschlechtsverteilung ein mittleres Alter von 53 Jahren (±17,7) auf. Die Datenaufbereitung schloss mit einer Summenscorebildung.

Ergebnisse

Die Konsistenzanalyse über Cronbachs Alpha zeigt eine mittlere Reliabilität von $\alpha=0,8$ für den Polla und eine hohe von über $\alpha > 0,9$ für die Selbsteinschätzung. Zu t2 zeigen alle Instrumente bedeutsame Unterschiede gegenüber t1. Sie sind für den Polla mit $p<0,001$ und die Selbsteinschätzung und den SF-36 mit $p\leq 0,05$ signifikant. Die KÖFU (SF-36) zeigt über den Korrelationskoeffizienten Spearman-Rho mittlere Zusammenhänge zum Polla ($r=0,547^{**}$) und hohe Zusammenhänge zur Selbsteinschätzung ($r=0,783^{**}$). Die Änderungssensitivität zu t2 gegenüber t1 ergibt über die Standardized Response Mean (SRM) große Effekte (SDpool>0,8) für den Polla, die KÖFU und die Selbsteinschätzung. Mittlere Effekte (SDpool=0,8) präsentieren die SF-36 Skalen. Zum Follow-up mit 26 Patienten gegenüber

dem Therapieende kann lediglich der Polla große Effekte von Veränderungen dokumentieren (SDpool=0,9). Unterschiede zwischen den Gruppen der Gesunden und Patienten - berechnet über eine univariate Varianzanalyse - arbeiten alle Instrumente zu t1 und t2 mit großen Effekten heraus (E>0,4). Zum Follow-up gelingt dies lediglich dem Polla. Das Kappa-Maß zeigt für die Interrater-Reliabilität gute Werte (κ=0,747) und der Korrelationskoeffizient in Klassen (ICC) sehr gute Übereinstimmungen für die Intrarater-Reliabilität von ICC=0,973 bis 0,981.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse von mittleren Zusammenhängen zwischen Fremdbeurteilungen und Selbsteinschätzungen in der Untersuchung werden auch von verschiedenen Autoren in der Literatur unterstützt. Demnach zeigen sich keine starken Zusammenhänge aufgrund der Tatsache, dass Performance-Tests Aktivitäten objektiv erfassen (krankheitsspezifisch), Instrumente der Lebensqualität dagegen Behinderungen subjektiv beschreiben (krankheitsübergreifend). Zudem zeigen sich Diskrepanzen zwischen Patientenvorstellungen und Testanforderungen bei der Ausführung von Aktivitäten. Die Änderungssensitivität wird über den Polla insgesamt besser geleistet als über die SF-36-Dimensionen. Der Polla präsentiert sich als ein handlicher und schnell durchzuführender Performance-Test mit guten Testeigenschaften, der sich für den Einsatz in der Physiotherapie als eine sinnvolle Ergänzung zu Instrumenten der Patientenselbsteinschätzung eignet.

Literatur

Bührlen, B., Gerdes, N., Jäckel, W.H. (2002): Die Operatonalisierung von Therapiezielen für die Überprüfung der Zielerreichung in der Rehabilitation (Abschlussbericht). Bad Säckingen: Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung e.V.

Einschätzungen der Leistungsfähigkeit zur Vorhersage beruflicher Teilhabe oder: Ist der EFL-Test ein Männer-Test? Eine Analyse geschlechtsspezifischer Validität

Streibelt, M., Blume, C.

Charité - Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund

Einschätzungen der Leistungsfähigkeit sind relevante Informationen für die postrehabilitative Phase und erlangen bei Frühberentungsverfahren gutachterlichen Charakter. Dabei wird angenommen, dass diese Informationen hinreichend präzise die Chancen des Patienten auf dem Arbeitsmarkt widerspiegeln, obwohl nicht transparent ist, wie sie erhoben werden. Eine Möglichkeit ist die Diagnostik durch Functional Capacity Evaluation Systeme (Büschel et al., 2006), deren prädiktive Validität für berufliche Teilhabe als nachgewiesen gilt (Gross, Battie, 2004; Streibelt et al., 2008).

Allerdings ist bekannt, dass die durch FCEs gemessene körperliche Leistungsfähigkeit (im Folgenden: Capacity, C) nur bei Männern hohe Zusammenhänge zur selbsteingeschätzten

Leistungsfähigkeit und damit eine gute Konstruktvalidität besitzt. Bei Frauen konnten nur geringe Zusammenhänge gefunden werden (Blume et al., 2008).

Fragestellungen

Die Untersuchung thematisiert a) ob diese geschlechtsspezifisch unterschiedliche Validität des EFL-Urteils durch die Arbeitsanforderungen erklärt werden kann und eröffnet b) die Frage, ob die Capacity, durch FCEs gemessen, berufliche Teilhabe bei Frauen wie bei Männern ähnlich präzise vorherzusagen vermag.

Methodik

Die Datengrundlage bilden Versicherte der Deutschen Rentenversicherung mit Muskel-Skelett-Erkrankungen (n=494), die 2002/2003 eine stationäre Rehabilitation durchliefen (Streibelt, 2007). Von diesen nahmen 220, 168 Männer (M) und 52 Frauen (F), am EFL-Test nach Isernhagen teil. Von 196 Patienten (M=150, F=46) sind postrehabilitative Routinedaten der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) bis Dezember 2004 vorhanden. Durch die konsekutive Aufnahme der Studienteilnehmer ergeben sich Follow-up-Zeiträume von 16 bis 28 Monaten (∅ 22 Monate).

Berufliche Teilhabe wird als der prozentuale Anteil an Monaten mit versicherungspflichtiger Beschäftigung bezogen auf das gesamte Follow up definiert. Die selbsteingeschätzte Leistungsfähigkeit (C-SELF) wurde anhand der Funktionsfähigkeit des SF-36 erhoben (transformiert: 1-5), die FCE-Einschätzung (C-FCE) über eine Zusammenfassung der EFL-Einzeltests zur DOT-Skala (U.S. Department of Labor Employment and Trading 1977, 1-5). Die Klassifikation nach REFA operationalisiert Arbeitsanforderungen (Fremdeinschätzung, REFA, 1-5).

Zur Aufklärung der Geschlechtsspezifik der Leistungsfähigkeit und daran anschließende Konsequenzen für die Vorhersage berufliche Teilhabe wurden lineare Schätzmodelle verwendet. Der Vergleich zwischen den Geschlechtern erfolgt dabei über standardisierte Beta-Koeffizienten, die als Korrelationskoeffizient interpretierbar sind.

Ergebnisse

Erwartungsgemäß besaßen Frauen sowohl nach C-SELF (Frauen: 2,9; Männer: 3,2; p=.015) als auch nach C-FCE (F: 3,7; M: 4,2; p<.001) eine geringere Capacity als Männer; desgleichen konnten für sie geringere körperliche Arbeitsanforderungen berichtet werden (F: 2,9; M: 3,7; p<.001). Die berufliche Teilhabe war bei beiden Geschlechtern mit 68,2 % (Frauen) und 71,9 % (Männer) des Follow up-Zeitraums ähnlich hoch.

Es ließ sich eine signifikante Beziehung der Interaktion Geschlecht×Arbeitsanforderungen mit C-SELF nachweisen (p=.019), nicht jedoch mit C-FCE (p=.858). Im Modell der Frauen wurde eine signifikant negative Beziehung der Arbeitsanforderungen zur selbsteingeschätzten Leistungsfähigkeit nachgewiesen (Beta=-.29, p=.036), bei Männern nicht (Beta=.10, p=.177).

Die Selbsteinschätzung zeigte als Prädiktor bei beiden Geschlechtern einen signifikanten Effekt auf berufliche Teilhabe (BetaC-SELF(W)=.28; Beta C-SELF(M)=.30); für C-FCE ließ sich dies nur im Modell der Männer nachweisen (BetaC-FCE(M)=.27).

Diskussion und Schlussfolgerung

Frauen berücksichtigen in der Selbsteinschätzung ihrer Leistungsfähigkeit die eigenen Arbeitsanforderungen: Bei geringen Arbeitsanforderungen werden eher hohe Einschätzungen getroffen und umgekehrt. Männer berücksichtigen ihre Arbeitsanforderungen bei der Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit dagegen nicht. Trotzdem sind beide Gruppen in der Lage ihre spätere berufliche Teilhabe ähnlich gut vorherzusagen. Fremdurteile wie der FCE-Test folgen nicht dieser geschlechtsspezifischen Logik mit der Konsequenz, dass FCE-basierte Leistungsfähigkeit bei Frauen keine prädiktive Validität für berufliche Teilhabe besitzt.

Es ist demnach in der rehabilitativen Praxis darauf zu achten, dass insbesondere bei Frauen die subjektiven Angaben zur Leistungsfähigkeit stärker als bislang für die Arzturteile im positiven Leistungsbild berücksichtigt werden bzw. eine Relativierung über die jeweiligen Arbeitsanforderungen erfolgt.

Literatur

Blume, C., Streibelt, M., Müller-Fahrnow, W. (2008): Geschlechtsspezifische Zusammenhänge von objektiven und subjektiven Parametern körperlicher Leistungsfähigkeit. DRV-Schriften, Bd 77. 301-303.

Büschel, C., Greitemann, B., Schaidhammer-Placke, M. (2006): Stellenwert der EFL nach Isernhagen in der sozialmedizinischen Beurteilung stationärer orthopädischer Reha-Patienten. DRV-Schriften, Bd 64. 43-45.

Gross, D.P., Battie, M.C. (2004): The prognostic value of functional capacity evaluation in patients with chronic low back pain: part 2: sustained recovery. Spine 29 (8). 920-4.

Streibelt, M. (2007): Aktivität und Teilhabe. Ein Beitrag zur Wirksamkeit berufsbezogener Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung. Lengerich, Pabst Verlag.

Streibelt, M., Blume, C., Thren, K., Reneman, M., Müller-Fahrnow, W. (2008): Value of FCE Information in a Clinical Setting for Predicting Return to Work. Arch Phys Med Rehab. Artikel angenommen.

U.S. Department of Labor Employment and Trading (1977): Dictionary of occupational titles (DOT), U.S. Government Printing Office.

Entwicklung und Einsatz adaptiver Testverfahren in der Rehabilitation am Beispiel der Erfassung von "Funktionsfähigkeit im Alltag"

Wirtz, M. (1), Forkmann, T. (2), Böcker, M. (2), Eberle, N. (2), Müller, E. (1), Frey, C. (1), Gauggel, S. (2), Bengel, J. (3)

(1) Institut für Psychologie, Pädagogische Hochschule Freiburg, (2) Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum RWTH-Aachen, (3) Institut für Psychologie, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Einleitung

Bei der Erfassung von Patientenmerkmalen in der Rehabilitation muss darauf geachtet werden, dass Messinstrumente und Assessmentmethoden zur Anwendung kommen, (1) die Konstrukte erfassen, die sowohl praxisrelevant als auch theoriebasiert sind, (2) die psychometrischen Gütekriterien genügen und (3) für diagnostische und evaluative Zwecke optimale Eigenschaften in der klinischen Praxis besitzen.

Eine mögliche Strategie, diesen Ansprüchen gerecht zu werden, ist die Entwicklung ICF-orientierter adaptiver Assessmentinstrumente, die auf den Annahmen der Item-Response-Theorie basieren (Heinemann, 2005). Von adaptiven Testprozeduren spricht man dann, wenn ein Assessmentinstrument die Anpassung der gestellten Fragen an das Einschränkungsniveau des Patienten erlaubt. Dies kann auf Papier durch Indikatorfragen mit Sprungvorgaben oder am Computer durch einen Auswahlalgorithmus, der auf die Antworten des Patienten reagiert, erreicht werden. Beim Computer basierten adaptiven Testen werden jedem Patienten nur solche Items zur Beantwortung vorgelegt, die die bereits erhobenen Informationen zu seinem individuellen Einschränkungsniveau optimal verwerten.

Die Anwendung adaptiver Testprozeduren hat eine Reihe von Vorteilen gegenüber herkömmlichen Fragebogeninstrumenten: Trotz einer deutlich geringeren Beanspruchung der Patienten (hohe Ökonomie) wird in allen Bereichen der Konstruktausprägung eine sehr hohe Messpräzision erreicht. Durch Itembanken, die auch sehr schwierige und sehr leichte Items enthalten, wird die Erfassung eines breiten Belastungsspektrums und damit die Anwendung im gesamten Genesungsverlauf ermöglicht.

International werden bereits große Projekte durchgeführt, die die Entwicklung und den praktischen Einsatz IRT-basierter, adaptiver Testprozeduren für zentrale Outcome-Prameter im Gesundheitsbereich anstreben (z. B. PROMIS-Studie; Cella et al., 2007).

In einem Kooperationsprojekt der Pädagogischen Hochschule Freiburg, des Universitätsklinikums der RWTH Aachen und der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg werden derzeit auch für den deutschsprachigen Raum für Patienten aus der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation sowie für neurologische Patienten adaptive Assessmentprozeduren entwickelt. In diesem Beitrag werden exemplarisch für den Bereich der "Funktionsfähigkeit im All-

tag" die zentralen Schritte der Entwicklung und der Nutzen des adaptiven Vorgehens dargestellt.

Methode

Ausgehend von etablierten Messinstrumenten sowie Experten- und Patientenbefragungen wurde eine Itembank erarbeitet, die ein breites Spektrum der Einschränkungen im Bereich der "Funktionsfähigkeit im Alltag" erfasst (203 Items, Domänen Mobilität, Selbstversorgung und Häusliches Leben,). Die Items wurden einer Stichprobe von n = 307 orthopädischen Rehabilitationspatienten vorgelegt. Anhand der Selektionskriterien für Rasch-Skalen (Partial-Credit-Modell; InFit-Maße < 1.3; Wirtz et al., 2005) wurden Items identifiziert, die dem Modell entsprechen und sich damit als Grundlage für adaptive Testprozeduren eignen.

Ergebnisse

Es lässt sich eine eindimensionale, Rasch-homogene Itembank identifizieren, die das gesamte Einschränkungsspektrum im Bereich "Funktionsfähigkeit im Alltag" operational definiert. Neben den zufrieden stellenden Itemfit-Maßen liefern differenziertere Datendiagnostikstrategien (Personen-Fit-Maße, Differential Item Functioning; Wirtz, Böcker, 2007) Hinweise auf verbleibende nicht eindimensionale Iteminformationen. So können z.B. für die Moderatorvariablen Diagnose, Schweregrad der Erkrankung, Geschlecht und Alter unterschiedliche psychometrische Eigenschaften der Items nachgewiesen werden. Ausgehend von dieser Problematik werden verschiedene Lösungen für eine endgültige Itembank als optimale Basis für eine computergestützte adaptive Assessmentprozedur (Ware et al., 2005) diskutiert. Zur Verbesserung des Assessmentstandards in der Rehabilitation (insbesondere in Bezug auf Reliabilität, Änderungssensitivität, Testökonomie und Testfairness) wird eine simultane Schätzung des Ausmaßes an Einschränkungen und der Kompatibilität zu den Annahmen des eindimensionalen Modells empfohlen.

Ausblick

Obwohl beim computergestützten adaptiven Testen nur wenige Items beantwortet werden müssen, kann in allen Bereichen des Merkmalsspektrums eine Messgenauigkeit gewährleistet werden, die diejenige klassischer Erhebungsskalen zum Teil erheblich übertrifft. Die Datenanalysen tragen zudem zu einem deutlich differenzierten Verständnis zentraler Konstrukte bei. Die Potentiale dieses Ansatzes sollten verstärkt genutzt werden, um die Diagnostik in der Rehabilitation in Bezug auf Verlässlichkeit, Genauigkeit, und die Aussagekraft diagnostischer Befunde und die Patientenfreundlichkeit des Erhebungsprozesses zu verbessern.

Literatur

Cella, D., Yount, S., Rothrock, N., Gershon, R., Cook, K., Reeve, B., Ader, D., Fries, J.F., Bruce, B., Rose, M. on behalf of the PROMIS Cooperative Group (2007): The Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS). Medical Care, 45 (5). 3-11.

Heinemann, A.W. (2005): Putting Outcome Measurement in Context: A Rehabilitation Psychology Perspective. Rehabilitation Psychology, 50 (1). 6-14.

Ware, J.E., Gandek, B., Sinclair, S.J., Bjorner, J.B. (2005): Item response theory and computerized adaptive testing: Implications for outcomes measurement in rehabilitation. Rehabilitation Psychology, 50 (1). 71-78.

Wirtz, M., Böcker, M. (2007): Das Rasch-Modell - Eigenschaften und Nutzen für die diagnostische Praxis. Die Rehabilitation, 46 (4). 238-245.
Wirtz, M., Farin, E., Bengel, J., Jäckel, W.H., Hämmerer, D., Gerdes, N. (2005): IRES-24 Patientenfragebogen - Entwicklung der Kurzform eines Assessmentinstrumentes in der Rehabilitation mittels des Mixed-Rasch-Modells. Diagnostica, 51 (2). 75-87.

Entwicklung und erste Validierung der Aachener Funktionsfähigkeits-Itembank

Böcker, M. (1), Eberle, N. (1), Wirtz, M. (2), Hesse, M. (3), Gauggel, S. (1)
(1) Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum der RWTH-Aachen, (2) Institut für Psychologie, Pädagogische Hochschule Freiburg, (3) Universitätsklinikum der Universität zu Köln

Einleitung

In der medizinischen Rehabilitation hat sich die Fähigkeit eines Patienten, Tätigkeiten des Alltags zu verrichten (Funktionsfähigkeit im Alltag) als wichtigster Prädiktor für den Behandlungserfolg sowie für das Ausmaß, in dem eine Person später wieder in das alltägliche Leben und in den gesellschaftlichen Kontext eingebunden ist, erwiesen (Farin et al., 2002). Entsprechend kommt der Untersuchung der Funktionsfähigkeit als Aspekt des Konstrukts "Aktivitäten" entsprechend der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF; WHO, 2001) in der Diagnostik ein besonderer Stellenwert zu. Auch bei der Einschätzung des Grades der Pflegebedürftigkeit, bei der Evaluation von Rehabilitationsmaßnahmen sowie bei gesundheitspolitischen Entscheidungen spielt die Fähigkeit eines Patienten, Tätigkeiten des Alltags selbstständig zu verrichten, inzwischen eine entscheidende Rolle. Die Beurteilung der Funktionsfähigkeit erfolgt überwiegend anhand der so genannten "Activities of daily living" (ADL)-Skalen. Ein großes Problem bestehender ADL-Skalen besteht u. a. darin, dass viele von ihnen nur für eine spezifische Rehabilitationsphase entwickelt worden sind. Der Einsatz verschiedener ADL-Skalen zu unterschiedlichen Rehabilitationszeitpunkten zur Verhinderung von Boden- oder Deckeneffekten ist problematisch, da die Skalen oft unterschiedliche Inhaltsbereiche abdecken und dadurch die Ergebnisse nur schwer vergleichbar sind. Ziel des vorgestellten Forschungsprojektes ist es daher, für die neurologische Rehabilitation ein computergestütztes adaptives Testverfahren (CAT) zur Erfassung der Funktionsfähigkeit des Alltags zu entwickeln, das erstens die Datenerhebung vereinfacht, zweitens zu genaueren und aussagekräftigeren diagnostischen Ergebnissen führt und drittens über den gesamten Rehabilitationsverlauf hinweg eingesetzt werden kann. Dabei sollen unter Anlehnung an neuere Forschungserkenntnisse (Haley et al., 2004) für die differenzierte Diagnostik der Patienten drei zentrale Dimensionen der Funktionsfähigkeit des Alltags erfasst werden, und zwar "Mobilität", "Persönliche Pflege und Instrumentelle Aktivitäten" sowie "Angewandte Kognition".

Methode

Für die Konstruktion des ursprünglichen Itempools wurden zunächst zu den 3 Dimensionen "Mobilität", "Persönliche Pflege und Instrumentelle Aktivitäten" sowie "Angewandte Kognition" Items aus etablierten deutsch- und englischsprachigen ADL-Skalen zusammengetragen, die um Items ergänzt wurden, die diejenigen ICF-Kategorien abdeckten, die bisher vernachlässigt worden waren. Diese insgesamt 354 Items wurden 39 Experten vorgelegt, die beurteilen sollten, für wie relevant sie die jeweiligen Items für Patienten mit neurologischen Erkrankungen halten. Nach Auswertung der Expertenurteile blieben 220 Items übrig, die nun neurologischen Patienten verschiedener Rehabilitationsphasen vorgegeben wurden. Die Antworten von über 500 neurologischen Patienten wurden mithilfe des Partial-Credit-Modells ausgewertet, um für jede der drei Dimensionen diejenigen Items zu identifizieren, die den Selektionskriterien für Rasch-Skalen genügen (z. B. Item-Fit, Dif-Analysen, Faktorenanalyse der Residuen).

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Rasch-Analyse zeigten, dass sich für alle drei Dimensionen eine große Anzahl von Items identifizieren ließ (von 44 Items für die Dimension "Mobilität" bis 64 Items für die Dimension "Angewandte Kognition), die den Rasch-Selektionskriterien genügen. Dabei decken die Items bei guter Item-Reliabilität eine große Spannbreite an Itemschwierigkeiten ab. Korrelationsanalysen der Personenkennwerte für die drei Dimensionen unterstrichen die Wichtigkeit, die Funktionsfähigkeit im Alltag nicht als ein eindimensionales Konstrukt zu verstehen. So korrelierte insbesondere die Skala "Angewandte Kognition" nicht hoch mit den beiden anderen Skalen (z. B. r = .37 mit "Mobilität). Der Vergleich der Selbst- und der Fremdeinschätzung für eine Substichprobe ambulanter Patienten zeigte eine insgesamt gute Übereinstimmung zwischen den Patienten und ihren Angehörigen in allen drei Bereichen der Funktionsfähigkeit des Alltags, wobei die Übereinstimmung in den beiden Skalen "Mobilität" und "Persönliche Pflege und Instrumentelle Aktivitäten" am höchsten war.

Ausblick

Mit der Aachener Funktionsfähigkeits-Itembank wurde eine gute Grundlage geschaffen, um in der neurologischen Rehabilitation Patienten mit einem Funktionsfähigkeits-CAT zu untersuchen. Dabei wird die Untersuchung von den drei Dimensionen "Mobilität", "Persönliche Pflege und Instrumentelle Aktivitäten" sowie "Angewandte Kognition" eine differenzierte Diagnostik über ein breites Schwierigkeitsspektrum hinweg ermöglichen. Der Vergleich der Selbst- und Fremdeinschätzung eines Patienten kann Rückschlüsse auf die Krankheitseinsicht des jeweiligen Patienten erlauben.

Literatur

Farin, E., Follert, P., Jäckel, W.H. (2002): Die Therapiezielfestlegung bei Patienten mit psychischen Belastungen in der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation. Die Rehabilitation, 41. 389-400.

Haley, S.M., Coster, W.J., Andres, P.L., Ludlow, L.H., Ni, P., Bond, T.L.Y., Sinclair, S.J., Jette, A.M. (2004): Medical Care, 42/1. I49-61.

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

Entwicklung des adaptiven Depressionsscreenings (A-DESC)

Forkmann, T. (1), Böcker, M. (1), Wirtz, M. (2), Norra, C. (3), Gauggel, S. (1)
(1) Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, RWTH-Aachen,
(2) Institut für Psychologie, Pädagogische Hochschule Freiburg,
(3) Psychiatrie - Psychotherapie - Psychosomatik - Präventivmedizin,
LWL-Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum

Hintergrund

Computerbasierte adaptive Testverfahren (CAT) ermöglichen sowohl für den Diagnostiker als auch den Patienten eine Reihe deutlicher Vorteile gegenüber herkömmlicher statischer (Paper-Pencil)-Instrumente. Eine zentrale Besserung ist, dass durch die adaptive Auswahl der Items eine deutliche Reduktion der Testlänge bei gleichzeitig hoher Messpräzision erreichbar ist, was insbesondere für die Diagnostik depressiver Patienten eine spürbare Belastungsreduktion ermöglicht. Nichtsdestotrotz sind Entwicklungen von CATs für die klinisch-psychologische Diagnostik noch rar. Die vorliegende Arbeit hatte daher zum Ziel, ein CAT zur Diagnostik von Depression zu entwickeln. Vor dem Hintergrund hoher Depressionsprävalenzen bei primär somatisch erkrankten Patienten (z. B. aus der Kardiologie; MacMahon, Lip, 2002) sollte bei der Entwicklung besonderes Augenmerk darauf gelegt werden, dass das Verfahren sowohl bei primär psychisch als auch primär somatisch Erkrankten gleichermaßen einsetzbar ist.

Methodik

Die Entwicklung des adaptiven Depressionsscreenings (A-DESC) umfasste vier Schritte: im ersten Schritt wurde ein Pool von 241 Items aus bestehenden Depressionsfragebögen sowie auf Grundlage der Literatur zusammen gestellt und im zweiten Schritt von 49 klinischen Experten (Psychiater und klinische Psychologen) auf ihre Relevanz beurteilt. Die übereinstimmend als relevant eingeschätzten Items wurden in einem dritten Schritt von 367 stationären Patienten (161 depressive, 103 kardiologische, 103 HNO-Patienten) beantwortet und mittels der Rasch-Analyse (Bond, Fox, 2001) kalibriert. In einem vierten Schritt wurde ein adaptiver Algorithmus programmiert, der auf diese Itembank zugreift und anhand der Itemschwierigkeiten in Abhängigkeit vom Antwortverhalten des Patienten Items vorgibt, bis ein definiertes Abbruchkriterium erreicht ist.

Ergebnisse

Von den Experten wurden 157 Items übereinstimmend (Intraklassenkorrelation ICC = .97) als mindestens teilweise relevant eingestuft. Anhand des Rasch-Modelfits wurden auf Basis der Patientendaten sukzessive misfittende Items (Infit >1.3) ausgeschlossen. Anschließend wurde für Alter, Geschlecht und diagnostische Gruppe (primär somatisch vs. psychisch Erkrankte) mittels Analyse des Differential Item Functioning (DIF) überprüft, ob sich die einzelnen Items hinsichtlich ihrer Schwierigkeit unterschieden. Items, die für primär somatisch Erkrankte Patienten höhere Scores lieferten als für primär psychisch Erkrankte wurden ausgeschlossen. Eine Residualfaktorenanalyse der verbleibenden Items belegte die Eindimensionalität der Itembank (Varianzaufklärung des ersten Faktors 93.7 %), die mit einer Itemtrennung/-reliabilität von 5.84/.97 und einer Personentrennung/-reliabilität von 7.68/.98 einher-

geht. Der Bereich des Depressionskontinuums, in dem die Items präzise messen (Standardmessfehler ≤0.5), umfasste 7.51 Logits und umschloss 89.1 % der Stichprobe.

Diskussion

Mit dem A-DESC wurde mithilfe der Rasch-Analyse ein Verfahren entwickelt, das Depression mit hoher Messpräzision über einen weiten Ausprägungsgrad erfasst. Der auf die entwickelte Itembank zugreifende adaptive Algorithmus ermöglicht eine Reihe wichtiger Vorteile für Diagnostiker und Patient gegenüber statischen Instrumenten. So sind deutlich weniger Items bei gleichzeitig hoher Messpräzision notwendig, wobei, wie z. B. Gardner und Kollegen (2004) zeigen konnten, eine vergleichbar hohe Validität erwartbar ist. Diese reduzierte Testbelastung sowie das während der adaptiven Testung an dem Antwortverhalten des Patienten angepasste Itemset führen zudem zu einer Motivationssteigerung auf Seiten des Testanden. Da die Entscheidung über Auswahl und Reihenfolge der Items von einem Computer-Algorithmus getroffen wird, kann darüber hinaus von Zugewinnen im Hinblick auf Validität, Reliabilität und Testfairness ausgegangen werden (Gershon, 2005; Linacre, 2000).

Aufbauend auf den vielversprechenden Ergebnissen der Entwicklung des A-DESC gilt es im nächsten Schritt, die psychometrischen Eigenschaften des Verfahrens zu replizieren und insbesondere Reliabilität und Validität des Algorithmus in der klinischen Anwendung zu überprüfen.

Schlussfolgerungen

Das A-DESC ist ein vielversprechendes Verfahren, dass, sollte sich seine psychometrische Qualität in Validierungsstudien bestätigen, eine Vielzahl von Verbesserungen und Erleichterungen für Diagnostiker und Patienten in der stationären und ambulanten psychiatrischen, psychosomatischen und rehabilitativen Versorgung ermöglicht.

Literatur

Bond, T.G., Fox, C.M. (2001): Applying the Rasch model: Fundamental measurement in the human sciences. Lawrence Erlbaum: Mahwah, New Jersey.

Gardner, W., Shear, K., Kelleher, K.J., Pajer, K.A., Mammen, O., Buysse, D., Frank, E. (2004): Computerized adaptive measurement of depression: a simulation study. BMC Psychiatry, 4. 13-23.

Gershon, R.C. (2005): Computer adaptive testing. Journal of Applied Measurement, 6. 109-127.

Linacre, J.M. (2000): Computer-adaptive testing: a methodology whose time has come. In: Chae, S., Kang, U., Jeon, E., Linacre, J.M. (Eds.): Development of computerized middle school achievement test. Komesa Press: Seoul. 3-58.

MacMahon, K.M., Lip, G.Y. (2002): Psychological factors in heart failure: a review of the literature. Archives of Internal Medicine, 162. 509-516.

Entwicklung eines adaptiven Assessments zur Erfassung "beruflicher Funktionsfähigkeit": Itembanken für zentrale Zielkonstrukte

Müller, E. (1), Prinz, E. (1), Frey, C. (1), Bengel, J. (2), Wirtz, M. (1)

(1) Institut für Psychologie, Pädagogische Hochschule Freiburg,

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

Einleitung

Ein zentrales Ziel des von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderten Projektes "Entwicklung und Validierung eines adaptiven Assessments für Patienten in der orthopädischen Rehabilitation - RehaCAT" ist es, relevante Einschränkungsbereiche der "beruflichen Funktionsfähigkeit" bei Patienten in der orthopädischen Rehabilitation zu identifizieren, in Itembanken zu operationalisieren und als computeradaptives Assessmentverfahren zur Verfügung zu stellen.

Die Entwicklung von ICF-orientierten Verfahren zu Erfassung der Teilhabe - als zentrales Behandlungsziel der Rehabilitation - ist eine wichtige Herausforderung für die Weiterentwicklung der Diagnostik in der Rehabilitation (Perenboom, Chorus, 2003; Heinemann, 2005). Vor diesem Hintergrund erfolgt die Operationalisierung der "beruflichen Funktionsfähigkeit" im Sinne des Teilhabekonzeptes als Einschränkungen in der Interaktion zwischen der Person und dem beruflichen Kontext.

Methoden

In einem ersten Schritt wurden Items aus:

- 19 deutsch- und englischsprachigen Fragebögen, die Funktionsfähigkeit im Beruf oder verwandte Konstrukte erfassen (z. B. Work Limitations Questionnaire von Lerner et al., 2001; Fragebogen zur Analyse belastungsrelevanter Anforderungsbewältigung, Richter et al., 1999)
- sowie berufsbezogene Items aus Fragebögen/Itembanken zu Teilhabe (z. B. Participation Measure for Post-Acute Care, Gandek et al., 2007)

gesammelt und zu Kategorien zusammengefasst. Die Kategorisierung erfolgte entsprechend der im Item adressierten beruflichen Anforderung, unabhängig davon, welche Fragestellung im Ursprungsfragebogen damit verbunden war (Einschränkungen, Belastungsfaktoren, Zufriedenheit etc.).

In einer Online-Befragung, zu deren Teilnahme über Newsletter/Verteiler von Fachgesellschaften und Interessensgruppen Ärzte, Psychologen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und ICF-Experten aufgefordert wurden, wurde eine Einschätzung der Relevanz der Kategorien und einzelner Items für Patienten in der orthopädischen Rehabilitation erhoben und es wurden pro Kategorie für die Relevanzeinschätzung der Items die Beurteilerübereinstimmung ($ICC_{2,2}$) berechnet.

Darüber hinaus wurden die Items 29 Patienten zur Beantwortung vorgelegt, um Mängel der Verständlichkeit mittels der "Think-aloud-Technik" und des "Comprehension probing" zu identifizieren.

Ergebnisse

Insgesamt 370 Originalitems aus bestehenden Fragebögen und Itembanken wurden in sechs Kategorien zusammengefasst und in Items umgesetzt.

- Arbeitsleistung (25 neu formulierte Items, Beurteilerübereinstimmung $ICC_{2,2}$=.89),
- kognitive Anforderungen (32 Items, $ICC_{2,2}$=.82),
- körperliche Anforderungen (28 Items, $ICC_{2,2}$=.41),
- emotionale/ zwischenmenschliche Anforderungen (18 Items, $ICC_{2,2}$=.67),
- Arbeitszeit/Arbeitsgeschwindigkeit (14 Items, $ICC_{2,2}$=.77),
- und Umgang mit Stress und Erholung (13 Items, $ICC_{2,2}$=.46).

Insgesamt gingen 130 neu formulierte Items in die Expertenbefragung und die Patienteninterviews ein.

An der Online-Befragung beteiligten sich 40 Experten aller an der Rehabilitation beteiligten Berufsgruppen (Ärzte, Ergotherapeuten, Psychologen, Physiotherapeuten u. a.).

In der Beurteilung der Relevanz der Einschränkungsbereiche zur Erfassung der "beruflichen Funktionsfähigkeit" anhand einer dreistufigen Likert-Skala (sinnvoll und unabdingbar/sinnvoll, aber nicht unabdingbar/nicht sinnvoll) bezeichnen 94 % der Experten den Bereich "körperliche Anforderungen" als "sinnvoll und unabdingbar" bei der Erfassung der beruflichen Funktionsfähigkeit. Eine hohe Relevanz wird auch den Bereichen "Arbeitsleistung" (79 %), "Umgang mit Stress und Erholung" (73 %), "Arbeitszeit/Arbeitsgeschwindigkeit" (65 %) und "Kognitive Anforderungen" (65 %) zugeschrieben, während weniger als die Hälfte der Experten "Emotionale/zwischenmenschliche Anforderungen" (47 %) für "sinnvoll und unabdingbar" halten. Auch bei der Bewertung der Relevanz der einzelnen Items differenzieren die Experten deutlich und zeigen anhand ihrer teils umfangreichen Kommentare Verbesserungspotentiale der Itembank auf.

Die Patienteninterviews haben gezeigt, dass die Einschränkungen im Beruf, die die Patienten in freien Antworten beschreiben, in den Items repräsentiert sind. Items, die von Patienten nicht oder falsch verstanden wurden, wurden überarbeitet.

Ausblick

Sowohl die Expertenbefragung als auch die Patienteninterviews tragen zu einer umfassenden Konstruktvalidierung bei. Im nächsten Schritt werden die Items in einer umfangreichen Datenerhebung 800 orthopädischen Patienten zur Bearbeitung vorgelegt werden. Diese Daten werden die Grundlage für die Erarbeitung adaptiver Testprozeduren auf der Grundlage der Item-Response-Theorie bilden, die eine ökonomisches und patientenfreundliches Assessment der "beruflichen Funktionsfähigkeit" ermöglichen, das gleichzeitig modernen Standards der Diagnostik genügt.

Literatur

Gandek, B., Sinclair, S.J., Jette, A., Ware, J.E. (2007): Development and initial psychometric evaluation of the Participation Measure for Post-Acute Care (PM-PAC). American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 86 (1). 57-71.

Heinemann, A. (2005): Putting Outcome Measurement in Context: A rehabilitation psychology perspective. Rehabilitation Psychology, 50. 6-14.

Lerner, D., Amick, B., Rogers, W., Malspeis, S., Bungay, K., Cynn, D. (2001): The work limitations questionnaire. Medical Care, 39 (1). 72-85.

Perenboom, R., Chorus, A. (2003): Measuring participation according to the Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Disability and Rehabilitation, 25 (11-12). 577-587.

Richter, P., Hille, B., Rudolf, M. (1999): Gesundheitsrelevante Bewältigung von Arbeitsanforderungen. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 20 (1). 25-38.

Der MOSES-Fragebogen: Ein adaptives, ICF-orientiertes Assessmentinstrument zur Erfassung von Mobilität und Selbstversorgung

Farin, E.

Abt. Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg i. Br.

Einleitung

Die ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) ist gut geeignet, eine Standardisierung der Inhalte und Operationalisierungen von Assessmentverfahren zu Aktivitäten und Partizipation zu leisten und bietet die Grundlage für die Entwicklung generisch einsetzbarer Verfahren. Bisher liegen jedoch nur wenige Assessmentinstrumente vor, die unter Bezug auf die ICF entwickelt wurden und die Struktur und Inhalte des Klassifikationssystems abbilden. Im internationalen Bereich hat z. B. die Arbeitsgruppe um Stephen Haley entsprechende Arbeiten vorgelegt (Haley et al., 2004). Andere Ansätze wie z.B. die amerikanische PROMIS-Initiative (Rose et al., 2008), gehen hingegen von einer Zusammenstellung bestehender Fragebögen aus, ohne die ICF als Entwicklungsraster zu nutzen. Bei der Entwicklung des MOSES-Fragebogens, der in einer Patienten- sowie einer Behandlerversion vorliegt (MOSES-Patient und MOSES-Behandler) und das adaptive Testen im Form des "Branched Testing" (Kubinger, 2003) realisiert (Farin et al., 2007; Farin, Fleitz, 2008, im Druck), wurden unter direktem Bezug auf die Inhalte der drei- und vierstelligen Kategorien der ICF Fragebogenitems erstellt und einer umfassenden psychometrischen Prüfung unterzogen[*)]. Der vorliegende Beitrag stellt die Eigenschaften des Instruments dar und geht dabei auf die Möglichkeit ein, das adaptive Testen bei einer Papier-und-Bleistift-Version eines Assessmentinstruments zu realisieren.

Methodik

Mit Hilfe von sogenannten "Itemkonstruktionsregeln" wurden zu den Kategorien Mobilität, Selbstversorgung und Häusliches Leben der ICF Items entwickelt. Das resultierende Instrument wurde n=549 Patienten mit muskuloskeletalen Erkrankungen, n=212 Patienten mit kardiologischen Erkrankungen und n=258 neurologische Rehabilitanden vorgelegt. Zur Er-

*) Die Entwicklung des MOSES-Fragebogens stellt ein Entwicklungsprojekt im Rahmen des Qualitätssicherungsprogramms der Gesetzlichen Krankenkassen in der medizinischen Rehabilitation ("QS-Reha-Verfahren", siehe www.qs-reha.de) dar und wurde von den Spitzenverbänden der Gesetzlichen Krankenkassen finanziell gefördert.

stellung einer Behandlerversion wurden die 58 Items des MOSES-Patient ohne inhaltliche Veränderungen in ein Fremdbeurteilungsformat überführt und anschließend psychometrisch geprüft. Zu Beginn jeder Seite wird ein graphisch gestalteter Sprungbefehl vorgegeben, der dazu führt, dass der Bearbeiter des Fragebogens (Patient oder Behandler) für die Einschränkungen des Patienten nicht passende Passagen überspringt. Durch eine Kombination von Patient- und Behandlerversion wurde zudem eine Version "MOSES-Combi" erstellt.

Ergebnisse

Der MOSES-Patient enthält mit 58 Items 12 Skalen und genügt den Anforderungen des Rasch-Modells. Die vorliegenden Ergebnisse verweisen auf gute Reliabilität sowie hohe Änderungssensitivität und Konstruktvalidität. Die Analysen zum Differential Item Functioning zeigen, dass der MOSES-Patient in Stichproben mit unterschiedlichen Altersgruppen und Geschlechtsverteilungen einsetzbar ist. Die Patienten benötigen zur Bearbeitung des Fragebogens (einschließlich der Zusatzfragen) im Mittel ca. 25 Minuten. Das adaptive Konstruktionsprinzip mit der Einführung von Sprungfragen erwies sich als praktikabel und führt dazu, dass sich die Bearbeitungszeit bei wenig eingeschränkten Personen auf ca. 15 Minuten reduziert.

In der Behandlerversion verbleiben 47 Items, verteilt auf 12 Skalen. Die Skalen sind aufgrund des Wegfalls von 11 Items inhaltlich homogener als bei der Patientenversion und decken dadurch die ICF-Kategorien nicht so breit ab. Auch in der Behandlerversion ist die Geltung des Rasch-Modells gegeben. Es gibt darüber hinaus deutliche Belege für die Eindimensionalität und Änderungssensitivität.

Die Version MOSES-Combi enthält 87 Items und erfüllt ebenfalls die Anforderungen des Rasch-Modells.

Diskussion

Mit der erfolgreichen Umsetzung der Idee, die Kategorien der ICF nach nachvollziehbaren Regeln für eine Formulierung der Items eines Patientenfragebogens zu nutzen, konnte aufgezeigt werden konnte, dass das Ziel einer theoriegeleiteten und inhaltlich vereinheitlichten Messung der Aktivitäten mit Hilfe der ICF erreichbar scheint. Das adaptive Testen im Sinne des Branched Testing erwies sich als praktikabel. Auch wenn damit nicht alle Möglichkeiten des computergestützen adaptiven Testens (CAT) ausgeschöpft werden können, besteht doch der Vorteil, dass das Vorgehen leichter in die Routine der Gesundheitsversorgung integriert werden kann. Mit dem Fragebogen MOSES-Combi liegt zudem ein Instrument vor, welches für verschiedene Messmodelle mit unterschiedlichen Datenquellen einsetzbar ist und jeweils Messwerte liefert, die auf einer Skala liegen und direkt vergleichbar sind (Farin, eingereicht). Diese Idee ist auf andere Anwendungsfelder übertragbar und erweiterbar.

Literatur

Farin, E. (eingereicht): Integration of Patient and Provider Assessments of Mobility and Self-Care in One Scale - Psychometric Properties of the MOSES-Combi Questionnaire. Journal of Clinical Epidemiology.

Farin, E., Fleitz, A. (im Druck) (2008): The development of an ICF-oriented, adaptive physician assessment instrument of mobility, self care, and domestic life. International Journal of Rehabilitation Research.

Farin, E., Fleitz, A., Frey, C. (2007): Psychometric properties of an ICF-oriented, adaptive questionnaire for the assessment of mobility, self care and domestic life. Journal of Rehabilitation Medicine, 39. 537-546.

Haley, S.M., Coster, W.J., Andres, P.L., Ludlow, L.H., Pengsheg, N., Bond, T.L.Y., Sinclair, S.J., Jette, A.M. (2004): Activity Outcome Measurement for Postacute Care. Medical Care, 42. I-49-I-61.

Kubinger, K.D. (2003): Adaptives Testen. In: Kubinger, K.D. & Jäger, R.S. (Hrsg.): Schlüsselbegriffe der psychologischen Diagnostik. Weinheim: Beltz PVU. 1-9.

Rose, M., Bjorner, J.B., Becker, J., Fries, J.F., Ware, J.E. (2008): Evaluation of a preliminary physical function item bank supported the expected advantages of the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS). Journal of Clinical Epidemiology, 61. 17-33.

Methodische Qualität von Leitlinien in der Rehabilitation

Gülich, M. (1), Wiegele, C. (1), Glattacker, M. (1), Helbing, G. (1), Jäckel, W.H. (1,2)
(1) Abt. Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg i. Br.,
(2) Reha-Klinikum und Hochrhein-Institut, Bad Säckingen in Kooperation mit der Kommission Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften

Hintergrund

Leitlinien zielen darauf ab, das sehr umfangreiche und einem schnellen Wandel unterworfene medizinische Wissen systematisch zu sichten und so aufzubereiten, dass alle am Behandlungsprozess Beteiligten ihre Handlungsentscheidungen nach möglichst rationalen Kriterien treffen und an der zur Zeit besten Wissensbasis orientieren können (AWMF, 2001). Auch im Bereich der Rehabilitation sind in den letzten Jahren erhebliche Anstrengungen zur Entwicklung von Leitlinien unternommen worden (Glattacker et al., im Druck; Korsukéwitz et al., 2003). Bisher fehlen Aussagen zur Qualität der Rehabilitationsleitlinien.

Methodik

Die Recherche der Leitlinien erfolgte u. a. auf den Internetseiten von Guidelines International Network (G-I-N), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) sowie Deutschen Rentenversicherung. Ausschlaggebend für den Einschluss einer Leitlinie in die Bewertung war ein direkter Bezug der Leitlinie zur medizinischen Rehabilitation sowie eine angegebene Gültigkeitsdauer (mindestens bis August 2007) bzw. ein Erscheinungsdatum nach 2004 mit mindestens drei-jähriger Gültigkeit. Die Bewertung erfolgte mit dem "Deutschen Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI) - Fassung 2005/2006" (DELBI, 2008). DELBI verfügt über insgesamt 29 Kriterien, die sieben verschiedenen Domänen zugeordnet sind. Jede einzelne Domäne beurteilt dabei die Qualität der Leitlinie aus einem bestimmten Blickwinkel. Für jedes Kriterium können 1 bis 4 Punkte vergeben werden, wobei 4 die Höchstpunktzahl darstellt. Die Bewertung der Leitlinien erfolgte durch zwei unabhängige Gutachter. DELBI ermöglicht eine rechnerische Auswertung der einzelnen Domänen, woran sich die "Güte" bzw. der "Verbesserungsbedarf" der Leitlinie erkennen lässt.

Ergebnisse

28 Leitlinien wurden für den Bereich der Rehabilitation identifiziert. Die Anzahl der Leitlinien in den verschiedenen Indikationen zeigt die Tabelle 1.

Innere Medizin (8)	Psychosomatik/Sucht (2)
Muskoskelettale Krankheiten (6)	Geriatrie (1)
Kinder und Jugend (6)	Neurologie (1)
Dermatologie (3)	Onkologie (1)

Tab. 1: Anzahl der Leitlinien in den Indikationen

Die Ergebnisse der Leitlinienbewertung (% der maximal erreichbaren Punktzahl) durch zwei unabhängige Untersucher unter Verwendung von DELBI sind in Tabelle 2 gelistet. Angezeigt werden dabei der Mittelwert pro Domänenwert über die 28 bewerteten Leitlinien hinweg sowie das Minimum und Maximum pro Domänenwert.

DELBI Domäne	Mittelwert	Minimum	Maximum
Domäne 1: Geltungsbereich und Zweck	58,3 %	22,2%	100 %
Domäne 2: Beteiligung von Interessengruppen	19,8 %	0%	70,8 %
Domäne 3: Methodische Exaktheit der Leitlinienentwicklung	17,5 %	2,4%	73,8 %
Domäne 4: Klarheit und Gestaltung	41,2 %	4,2%	87,5 %
Domäne 5: Generelle Anwendbarkeit	12,7 %	0%	55,6 %
Domäne 6: Redaktionelle Unabhängigkeit	2,1 %	0%	33,3 %
Domäne 7: Anwendbarkeit im deutschen. Gesundheitssystem	21,8 %	2,8%	50,0 %

Tab. 2: Ergebnisse der Leitlinienbebewertung

Diskussion

Gemessen an den DELBI-Kriterien besteht für die Qualität von Leitlinien im Bereich der Rehabilitation noch deutlicher Entwicklungsbedarf. Die festgestellten Defizite sind zum Teil vermutlich durch fehlende Aussagen zu den DELBI-Kriterien bedingt (Dokumentationsprobleme). Bei der Aktualisierung der bestehenden und der Entwicklung von neuen Leitlinien sollten die aufgezeigten Qualitätsprobleme und Dokumentationsmängel berücksichtigt werden.

Literatur

Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (ÄZQ) (2001): Das Leitlinien-Manual. Z Ärztl Fortbild Qual Gesundh Wes, 95. (Suppl 1).

Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI) URL: http://www.versorgungsleitlinien.de/methodik/delbi, Abruf am 1.11.2008.

Glattacker, M., Müller, E., Jäckel, W.H. (im Druck): Qualitätssicherung und Leitlinien in der Rehabilitation bei muskusloskelettalen Krankheiten. Zeitschrift für Rheumatologie.

Korsukéwitz, C., Rose, S., Schliehe, F. (2003): Zur Bedeutung von Leitlinien für die Rehabilitation. Die Rehabilitation, 42. 67-73.

Bedeutung der S3-Leitlinie "Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms" für die medizinische Rehabilitation

Köllner, V. (1,2), Bernardy, K. (1,3)

(1) Mediclin Bliestal Kliniken, Blieskastel, (2) Institut für Psychoanalyse, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Universitätskliniken des Saarlandes, Homburg/Saar,
(3) Schmerzambulanz der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie, Universitätskliniken des Saarlandes, Homburg/Saar

Hintergrund und Fragestellung

Angesichts der anhaltenden Kontroverse zwischen unterschiedlichen medizinischen Fachgesellschaften, ob es sich beim Fibromyalgiesyndrom (FMS) um eine sinnvolle klinische Entität oder eine Fiktion handelt, welche Ursachen es habe und wie es zu behandeln sei (Häuser, 2008), wurde auf Initiative der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Schmerztherapie (DIVS) mit methodischer Unterstützung der AWMF eine S3-Leitlinie zum FMS erarbeitet und 2008 verabschiedet. In ihr wurden in Deutschland erstmals evidenzbasierte und von allen beteiligten Fachgesellschaften konsentierte diagnostische und therapeutische Standards festgelegt. Da die Chronifizierung der Fibromyalgie-Beschwerden mit erheblichen Beeinträchtigungen persönlicher und sozialer Aktivitäten einschließlich der Berufsausübung einhergehen kann, stellt das FMS eine relevante Rehabilitationsindikation dar (Deutschen Rentenversicherung Bund, 2005). Hier soll dargestellt werden, welche Bedeutung diese Leitlinie für die Rehabilitation hat.

Methoden

Die Langversion des Leitlinientextes (AWMF, 2008) wurde nach für die Rehabilitation relevanten Aussagen gesichtet.

Ergebnisse

Die Diagnosestellung des FMS kann alternativ nach den Kriterien des American College of Rheumatology (ACR) oder nach symptombasierten Kriterien (chronische Schmerzen in mehreren Körperregionen, Steifigkeits- und Schwellungsgefühl, Müdigkeit und Schlafstörungen) erfolgen. Der Nachweis von 11/18 druckschmerzhaften Tenderpoints ist also nicht mehr zwingend erforderlich, ebenso sprechen druckschmerzhafte "Kontrollpunkte" nicht gegen eine Diagnose.

Als Basistherapie werden jeweils mit Evidenzgrad 1a Patientenschulung, kognitive Verhaltenstherapie (v. a. operante Verfahren), dem individuellen Leistungsvermögen angepasstes aerobes Ausdauertraining und zur medikamentösen Therapie Amitryptilin 25-50 mg/die empfohlen. Bei ausbleibendem Behandlungserfolg wird ein zeitlich befristeter medikamentöser Behandlungsversuch mit den Antidepressiva Paroxetin, Fluoxetin oder Duloxetin oder den Analgetika Paracetamol oder Tramadol (als einziges Opioid mit nachgewiesener Wirksamkeit) empfohlen (Evidenzgrad 2b). Den gleichen Empfehlungsgrad haben physikalische Therapieverfahren wie z. B. Ganzkörperwärmetherapie. Die Studienergebnisse für Entspannungsverfahren (einschließlich PMR) sind negativ, ebenso wenig konnte bisher die Wirksamkeit von körpertherapeutischen Verfahren nachgewiesen werden, so dass beide Gruppen allenfalls als zeitlich befristetes Element multimodaler Programme empfohlen werden.

Deutlich besser ist der Effekt von Hypnotherapie und geleiteter Imagination auf Schmerzsymptomatik, Müdigkeit und Schlafstörung belegt (Thieme et al., 2008). Multimodale Therapie ist sowohl Wartegruppen als auch Routinebehandlung eindeutig überlegen (Evidenzgrad 1a, Arnold et al., 2008). (Teil)stationäre Rehabilitation wird empfohlen, wenn die Teilhabe am Erwerbsleben oder am gesellschaftlichen Leben oder die Fähigkeit zur Selbstversorgung gefährdet sind. Zur Einschätzung sollen die Kriterien der ICF verwendet werden.

Diskussion

Mit der S3-Leitlinie liegen evidenzbasierte Kriterien zu Definition, Diagnostik und Behandlung des FMS vor. Für die sozialmedizinische Begutachtung ist der Wegfall der Tenderpoints als obligates Diagnosekriterium ebenso von Bedeutung wie die Auflistung von effizienten Behandlungsmöglichkeiten und -pfaden. Das FMS kann somit nicht mehr als therapieresistent angesehen werden, allerdings ist bei langdauernder Chronifizierung und ausgeprägter Komorbidität die Prognose weiterhin ungünstig (Egle et al., 2007).

Bestätigt wird das multimodale Grundkonzept der medizinischen Rehabilitation mit Psychoedukation, Verhaltenstherapie, Aktivitätsaufbau, Trainingstherapie und Unterstützung beim Selbstmanagement. Allerdings gibt die Leitlinie auch Anlass, gängige Praktiken in Rehabilitationskliniken, wie z. B. den routimäßigen Einsatz von PMR als Entspannungsverfahren, kritisch zu hinterfragen. Angesichts der sozialmedizinischen Relevanz des FMS stellt sich die Frage, ob eine eigene Leitlinie zur Rehabilitation bei FMS sinnvoll ist.

Literatur

Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2008): "Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms". www.leitlinien.net, Abruf: 3. 11. 2008.

Arnold, B., Häuser, W., Bernardy, K., Brückle, W., Friedel, E., Köllner, V., Kühn-Becker, H., Richter, M., Weigl, M., Weiss, T., Offenbächer, M. (2008): Multimodale Therapie des Fibromyalgiesyndroms. Der Schmerz, 22. 334-338.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2005): Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Psychischen Störungen (2. Aufl.).

Häuser, W. (2008): Fibromyalgiesyndrom. Leitlinie zu einer Fiktion? Der Schmerz, 22. 239-240.

Egle, U.T., Derra, C., Gruner, B., Kappis, B., Köllner, V., Maatz, E., Schoof, M., Schubert, U., Schwab, R. (2007): Fibromyalgie und Leistungseinschränkung. Orientierungshilfen für die sozialmedizinische Begutachtung in der psychosomatischen Medizin. Psychotherapeut, 52. 436-442.

Thieme, K., Häuser, W., Batra, A., Bernardy, K., Felde, E., Gesmann, M., Illhardt, A., Settan, M., Wörz, R., Köllner, V. (2008): Psychotherapie des Fibromyalgiesyndroms. Der Schmerz, 22. 295-302.

Entwicklung einer Prozessleitlinie für die Rehabilitation von Patienten mit Depression - Phase 2: Ergebnisse einer Analyse von KTL-Daten

Barghaan, D., Dirmaier, J., Koch, U., Schulz, H.
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie,
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Einführung

Leitlinien werden als wichtiger Beitrag für die Sicherstellung und Optimierung der Behandlungsqualität angesehen (Brüggemann, Korsukéwitz, 2004). Mit dem Ziel, neben den schon bestehenden struktur-, prozess- und ergebnisorientierten Qualitätssicherungsverfahren die Versorgung verbessern zu können, werden seit einigen Jahren im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung für verschiedene Indikationsbereiche der Rehabilitation Prozessleitlinien, bestehend aus evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM), entwickelt, derzeit u. a. auch für den Bereich der Rehabilitation von Patienten mit Depression.

Methodik

Die Entwicklung der Prozessleitlinie Depression folgt einem von der gesetzlichen Rentenversicherung entwickelten vierstufigen Vorgehen (Brüggemann, 2005): In einer ersten Phase, die bereits abgeschlossen ist, sollen anhand von Literaturrecherchen evidenzbasierte Behandlungselemente (EB) entwickelt werden (vgl. Dirmaier et al., eingereicht), die dann in einer zweiten Phase anhand der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL, Deutsche Rentenversicherung, 2007) mit den tatsächlich erbrachten Leistungen verglichen werden sollen. In einer dritten Phase erfolgt unter Beteiligung von Experten verschiedener Berufsgruppen die Ausgestaltung der EB in Form einer Prozessleitlinie, welche dann in einer vierten Phase exemplarisch implementiert und evaluiert werden soll.

Als Ergebnis der Phase 1 wurden 17 EB formuliert, denen unterschiedliche Evidenzgrade zugeordnet wurden. In der Phase 2, die hier vorgestellt wird, erfolgte eine Analyse des aktuellen Versorgungsgeschehens anhand von KTL-Daten des Berichtsjahrs 2007, um zu prüfen, inwieweit die formulierten 17 EB eine Relevanz in der aktuellen rehabilitativen Versorgungspraxis für diesen Indikationsbereich besitzen.

Insgesamt konnten 211 KTL-Codes jeweils einem der EB zugeordnet werden. Analysiert wurden KTL-Daten von 21.927 Rehabilitanden in psychosomatischen/psychotherapeutischen/psychiatrischen Fachabteilungen hinsichtlich der Kodierungshäufigkeiten pro EB, des zeitlichen Umfangs der kodierten Leistungen pro EB sowie der Anzahl insgesamt kodierter EB pro Aufenthalt, als Indikator für die Multimodalität der rehabilitativen Behandlung. Hierbei wurden Vergleiche zwischen Diagnosegruppen und Einrichtungsvergleiche vorgenommen.

Ergebnisse

Die Anzahl der kodierten Leistungen sowie die kodierte Zeitdauer ist zwischen den 17 EB sehr unterschiedlich. Am häufigsten und mit der höchsten Zeitdauer werden Leistungen der EB Psychotherapie und Sport- und Bewegungstherapie kodiert. Sehr selten und mit kürzeren Zeitdauern werden Leistungen der EB Verbesserung der sozialen Kompetenz, Unterstützung der beruflichen Integration, Soziale und sozialrechtliche Beratung, Psychoedukati-

on, Organisation der Nachsorge, Indikative Gruppe bei psychischer Komorbidität sowie Angehörigen-orientierte Interventionen kodiert. Zwischen den vier Diagnosegruppen (Depressionen, Anpassungsstörungen und Angst und depressive Störung gemischt, andere F-Diagnose, somatische Diagnose) ergeben sich in keinem EB, außer in den EB Indikative Gruppe bei psychischer Komorbidität und Psychotherapie, wesentliche Unterschiede hinsichtlich der kodierten Leistungs-Anzahl und Zeitdauer. Die Einrichtungsvergleiche, bezogen auf die 17 EB zeigen eine große Varianz zwischen den Kliniken sowohl hinsichtlich der Kodierungshäufigkeiten als auch im Hinblick auf die Anzahl der verschiedenen EB, die bei einem Rehabilitand während seines Aufenthaltes kodiert wurden. Flächendeckend in fast allen Kliniken wurden Leistungen der EB Entspannungstraining, Information und Motivation, Psychotherapie sowie Sport- und Bewegungstherapie kodiert. Nur einige wenige Kliniken kodierten Leistungen des EB Angehörigenorientierte Interventionen. Die Spanne der verschiedenen EB, aus denen ein Rehabilitand während seines Aufenthaltes mindestens eine Leistung erhalten hat, reicht in den einzelnen Kliniken von durchschnittlich 6 bis 12.

Diskussion und Ausblick

Mit den KTL-Analysen wurde ein Einblick in die aktuelle Kodierpraxis im Versorgungsbereich der Rehabilitation von Menschen mit depressiven Erkrankungen möglich. Es zeigte sich, dass alle EB in der Versorgungsrealität berücksichtigt werden und relevant sind. Jedoch bestehen erhebliche Unterschiede zwischen den Kliniken hinsichtlich der Häufigkeit, Zeitdauer und Multimodalität der kodierten Leistungen. Der Bedarf für eine Prozessleitlinie Depression in der Rehabilitation erscheint unter anderem insofern gegeben, als dass sie helfen könnte, die Qualitätsstandards der einzelnen Einrichtungen zu vereinheitlichen.

Literatur

Brüggemann, S. (2005): Das Reha-Leitlinienprogramm der BfA. Zeitschrift für ärztl. Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 99. 47-50.

Brüggemann, S., Korsukéwitz, C. (2004): Leitlinien in der Rehabilitation: Einschränkung der Therapiefreiheit oder Grundlage für bessere Ergebnisse? Die Rehabilitation, 43. 304-311.

Deutsche Rentenversicherung (2007): Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation.

Dirmaier, J., Krattenmacher, T., Barghaan, D., Koch, U., Schulz, H. (eingereicht): Entwicklung einer Prozessleitlinie für die Rehabilitation von Patienten mit Depression: Evidenzbasierte Behandlungselemente.

Entwicklung einer evidenzbasierten Prozessleitlinie zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit Asthma bronchiale - Phase 1: Bewertende Literaturanalyse

Ahnert, J., Löffler, S., Müller, J., Vogel, H.
Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Universität Würzburg

Hintergrund

Im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Bund werden seit ca. zehn Jahren Prozessleitlinien für die medizinische Rehabilitation erstellt, die für die zahlenmäßig relevanten Indikationsgruppen der Rehabilitation klinikbezogene und evidenzbasierte Behandlungsprozessstandards zusammenstellen (Brüggemann, Klosterhuis, 2005). Der Projektablauf zur Entwicklung der Prozessleitlinien gliedert sich in folgende Arbeitsabschnitte: Literaturrecherche, Analyse der Versorgungsrealität anhand der KTL-Daten, Entwicklung einer rehabilitationsspezifischen Leitlinie im Konsens mit Experten sowie Implementation und Integration in die Reha-Qualitätssicherung. Prozessleitlinien für den Bereich der medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen befinden sich für die Indikationen Asthma, Adipositas und Neurodermitis gerade in der Entwicklungsphase. Da Asthma bronchiale mit ca. 24 % die häufigste medizinische Diagnose in der Kinder- und Jugendrehabilitation darstellt (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2007), soll im vorliegenden Beitrag exemplarisch für die Indikation Asthma bronchiale über den ersten Schritt der Leitlinienerstellung, die Literaturrecherche, berichtet werden. Die umfassende Literaturrecherche beantwortet die Frage, welche Therapien Kinder mit Asthma bronchiale in der Rehabilitation nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen erhalten sollen.

Methode

Es wurde zunächst in einer umfassenden Literaturrecherche in den entsprechenden Datenbanken Leitlinien, Metaanalysen, Reviews als auch Primärstudien zum Thema Asthmatherapie bei Kindern und Jugendlichen gesammelt, analysiert und bewertet. Es wurden diejenigen Verfahren beziehungsweise Therapien identifiziert, deren Wirksamkeit in der Behandlung von Asthma bronchiale wissenschaftlich nachgewiesen, das heißt, evidenzbasiert, sind (medikamentöse Therapien ausgeschlossen). Therapien, die sich aus der Versorgungspraxis ergeben, wurden ebenfalls einbezogen, solange sie nicht nachweislich unwirksam oder schädlich sind. Die einzelnen Verfahren wurden im Anschluss inhaltlich zu so genannten evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM) und zusätzlichen Therapiemodulen (ZTM) gruppiert.

Ergebnisse

In der Literatursuche konnten 152 methodisch hochwertige Studien zu Behandlung von Asthmaerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen selektiert und zur Bestimmung der Therapiemodule herangezogen werden. Als vorläufige evidenzbasierte Therapiemodule in der rehabilitativen Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Asthma bronchiale konnten "Sport- und Bewegungstherapie", "Sport/ Spiele", "Patienten- und Elternschulung", "Information und Motivation", "Tabakentwöhnung", "Psychotherapie", "Entspannungstraining", "Ernährungsberatung" und "Inhalation" identifiziert werden. Die empirischen Befunde zur Wirk-

samkeit von "Atemtraining", klinischer Sozialarbeit ("beruflicher Orientierung", "sozialrechtlicher Beratung" und "Organisation der Nachsorge") und "Integrationsförderung" liefern eher geringe empirische Evidenz.

Diskussion/ Ausblick

Trotz mitunter verbesserungsfähiger Reportqualität und methodischer Limitationen der vorliegenden Studien lassen sich aus der detaillierten Analyse der Interventionen konkrete Hinweise auf die optimale Gestaltung der Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen mit Asthma bronchiale ableiten. Im nächsten Schritt des Projektes wird das aktuelle Versorgungsgeschehen auf Grundlage der dokumentierten Leistungen nach der Klassifikation Therapeutischer Leitungen (KTL) analysiert werden.

Literatur

Brüggemann, S., Klosterhuis, H. (2005): Leitlinien für die medizinische Rehabilitation - eine wesentliche Erweiterung der Qualitätssicherung. RVaktuell, 52 (10/11). 467-475.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2007): Statistik Rehabilitation 2006, Rehabilitation für Kinder und Jugendliche (Sonderauswertung).

Prozessleitlinie für die stationäre Rehabilitation von Kindern- und Jugendlichen - Phase 2: Ergebnisse der KTL-Analyse am Beispiel der Indikation Asthma bronchiale

Löffler, S., Ahnert, J., Schuler, M., Müller, J., Vogel, H.

Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Universität Würzburg

Hintergrund

Prozessleitlinien für die medizinische Rehabilitation sind Entscheidungshilfen für die therapeutische Versorgung nach dem jeweils aktuellen Wissensstand (Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, 2005). Als Bestandteil der Qualitätssicherung leisten sie einen Beitrag zur Vermeidung von Versorgungsdefiziten und erhöhen die Transparenz von Gesundheitsleistungen (Brüggemann, Klosterhuis, 2005). In dem vorliegenden, von der Deutschen Rentenversicherung Bund initiierten, Projekt werden Prozessleitlinien zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen für die Indikationen Asthma bronchiale, Adipositas und Neurodermitis erarbeitet. Damit soll sichergestellt werden, dass die Therapie in der Rehabilitation nach dem Prinzip der bestverfügbaren Evidenz gestaltet und die Qualität der Behandlung in den Einrichtungen vergleichbar wird. Im vorliegenden Beitrag werden exemplarisch die Ergebnisse der KTL Analyse (Phase 2) bei der Indikation Asthma bronchiale vorgestellt.

Methode

Für die KTL-Analyse standen die Daten von insgesamt 4.929 Patient(inn)en unter 18 Jahren zur Verfügung, welche mit der Erstdiagnose Asthma bronchiale in den Jahren 2007 und 2008 in einer von der Deutschen Rentenversicherung Bund belegten Reha-Einrichtung behandelt wurden. Die dokumentierten KTL-Leistungen wurden den, in der Phase 1 des Projektes entwickelten und mit der Deutschen Rentenversicherung Bund abgestimmten, 9 evi-

denzbasierten Therapiemodulen (ETM) zugeordnet bzw. den 4 zusätzlichen Therapiemodulen (ZTM). Letztere umfassen Therapien und Behandlungsformen mit begrenzter empirischer Evidenz, die sich in der Praxis aber bewährt haben oder von Experten empfohlen werden. Die Analyse der Versorgungsrealität erfolgte auf Patienten-, Gruppen- und Klinikebene. Zur Überprüfung von Gruppenunterschieden wurden t-Tests und einfaktorielle Varianzanalysen gerechnet.

Ergebnisse

Durchschnittlich erhalten Kinder und Jugendliche mit der Erstdiagnose Asthma bronchiale Leistungen aus 6,7 Therapiemodulen. Die Module "Sport- und Bewegungstherapie", "Bewegungsspiele", Atemtraining", "Inhalation", "Schulung Asthma bronchiale", "Angehörigengespräch und Elternschulung", "Information und Motivation" und "Integrationsförderung" erhalten jeweils über 2/3 der Patient(inn)en.

Während es kaum Geschlechtsunterschiede in der Behandlung gibt, unterscheiden sich Kinder im Vorschulalter, Grundschulkinder und Jugendliche im frühen oder späten Jugendalter deutlich im Leistungsgeschehen: die jüngsten Patient(inn)en (Alter 0 bis 5 Jahre) erhalten mit Ausnahme der Elternschulung meist in geringerem Umfang Leistungen aus den Therapiemodulen als die anderen Altersgruppen. Auffällig ist auch ein anderes Ergebnis: Obwohl die Behandlung der Patient(inn)en in allen Kliniken nach einem multimodalen, multiprofessionellen Konzept erfolgt, zeigen sich in einigen Bereichen deutliche klinikspezifische Unterschiede bezüglich des Leistungsumfanges aus den verschiedenen Therapiemodulen. So variiert z. B. der prozentuale Anteil an Patient(inn)en, die Sport- und Bewegungstherapie erhielten, je nach Klinik zwischen 100 % und 32 %.

Diskussion/Ausblick

Es zeigen sich teilweise deutliche Unterschiede zwischen den in der Literaturrecherche gefundenen Therapieempfehlungen und den Ergebnissen der KTL-Analyse. Ein Teil der Unterschiede im dokumentierten Leistungsumfang zwischen den Kliniken ist vermutlich auf eine unterschiedliche Patientenstruktur zurückzuführen (z. B. unterschiedliches Durchschnittsalter der Kinder, Schweregrad der Erkrankung, Komorbiditäten). Hinzu kommen womöglich individuelle Dokumentationsgewohnheiten der Kliniken, so dass bestimmte Leistungen zwar erbracht, aber nicht dokumentiert wurden.

Im weiteren Verlauf des Projektes sollen eine Expertenbefragung und ein Experten-Workshop zur Diskussion der Ergebnisse der Literatur- und der KTL-Analysen stattfinden, um im Konsens vorläufige Leitlinien für die Behandlung von Asthma bronchiale, Adipositas und Neurodermitis in der Kinder- und Jugendrehabilitation zu formulieren. Diese werden im Anschluss in die klinischen Praxis implementiert und auf ihre Praktikabilität untersucht.

Literatur

Brüggemann, S., Klosterhuis, H. (2005): Leitlinien für die medizinische Rehabilitation - eine wesentliche Erweiterung der Qualitätssicherung. RV aktuell, 52 (10/11). 467-475.

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (2005): Leitlinien-Report. Leitlinie für die Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit. Berlin: Selbstverlag.

Entwicklung einer Implementierungsstrategie zur Einführung von Outcome Measures in einem multiprofessionellen Rheumazentrum

Hoeps, K. (1), Lauterbach, A. (2), Takken, T. (3), Grüneberg, C. (2)

(1) reha rheinland, Rheinisches Rheumazentrum St. Elisabeth-Hospital, Meerbusch,
(2) Hochschule Fresenius, Fachbereich Gesundheit, Idstein,
(3) Wilhemina Children's Hospital, UMC Utrecht, Niederlande

Hintergrund

In den letzten 30 Jahren sind im Rahmen der quantitativen Ergebnissicherung in der rheumatologischen Rehabilitation große Fortschritte zu verzeichnen. Diese Fortschritte in der Nutzung von Outcome Measures beziehen sich insbesondere auf die Forschung, jedoch nicht auf den Klinikalltag (Pincus, Yaziki, 2007). Ferner besteht eine große Lücke zwischen "Best Practice", die durch wissenschaftliche Evidenz bestimmt ist, und der tatsächlichen "Clinical Care". Da in vielen Fällen die Umsetzung von wissenschaftlicher Evidenz in der Praxis fehlschlägt, ist eine auf die Zielgruppe abgestimmte Implementierungsstrategie notwendig, um diese Kluft zu überbrücken (Grol, Wensing, 2004).

Ziele

Ziel der Studie war es, (1) förderliche und hinderliche Faktoren für die Implementierung von verschiedenen Outcome Measures zur Bestimmung des Gesundheitszustandes von Patienten mit Rheumatoider Arthritis (RA) zu identifizieren, die im Handlungsalltag eines multiprofessionellen Rheumazentrums eine Rolle spielen können.

Weiterhin sollte (2) eine Implementierungsstrategie basierend auf den Ergebnissen einer Fokusgruppe entwickelt werden. In einer Pilotstudie sollte anschließend mit Indikatoren überprüft werden, ob die gewählten Interventionen zur Einführung der Outcome Measures in den Klinikalltag erfolgreich waren.

Methode

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde eine Fokusgruppe durchgeführt, um förderliche und hinderliche Faktoren zur Implementierung der gewählten Outcome Measures, die für die verschiedenen Fachdisziplinen (Arzt, Psychologe, Ergotherapeut, Physiotherapeut) eine Rolle spielen können, zu identifizieren. Die Daten wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse (Mayring, 2000) ausgewertet. Ein auf die Zielgruppe abgestimmtes Interventionsprogramm zur Nutzung der acht Outcomes Visual Analogue Scale (VAS), (EPM-) Range of Motion (ROM), Disease Activity Score (DAS28), Activities of Daily Living (ADL) Skala, Greifkraft, Health Assessment Questionnaire (HAQ), Morgensteifigkeit und der 6 Minute Walk Test (6MWT) wurde in einer Pilotstudie überprüft.

Ergebnisse

Alle Fachdisziplinen wurden durch jeweils eine Person in der Fokusgruppe vertreten. Die förderlichen und hinderlichen Faktoren wurden in den folgenden Kategorien zusammengefasst: Eigenschaften der Innovation, Eigenschaften des Professionals, Eigenschaften des Kontexts und Eigenschaften des Patienten (Peters et al., 2002). Häufig genannte Faktoren waren zum Beispiel die Organisationsstruktur, fehlende oder negative Erfahrungen mit Outcome Measures, und neue Möglichkeiten in Bezug auf Qualitätssicherung und evidenzbasiertes Handeln. Das auf die Zielgruppe abgestimmte Interventionsprogramm bestand aus einem Informationspaket, einem interaktiven Workshop mit Rollenspielen und Feedbackmomenten, und aus Erinnerungshilfen und Handouts.

Für keinen der fünfzehn Patienten, die an der Pilotstudie teilnahmen, gab es ein komplettes Datenset in Bezug auf die erwähnten acht Outcomes.

Ein Beispiel für einen Indikator war die "Nummer der Screenings, in denen der Professional das Outcome X misst" geteilt durch die "Gesamtzahl der Screenings". In allen Screenings wurde der HAQ durch den Arzt bestimmt (100 %). Die Performancetests schnitten jedoch wesentlich schlechter ab: der 6MWT wurde nur in 20 % der Screenings durchgeführt, Greifkraft in nur 53 % der Fälle. Alle anderen Outcomes wurden bei mindestens 60 % (n=9) der Patienten bestimmt.

Schlussfolgerung

Die Kurzzeitergebnisse der Pilotstudie in Bezug auf die Einführung der verschiedenen Outcome Measures in einem multiprofessionellen Rheumazentrum erscheinen insgesamt vielversprechend. Die Performancetests (Greifkraft, 6MWT) werden nicht so häufig angewendet wie die anderen Outcomes VAS, ROM, DAS28, ADL Skala, HAQ und Morgensteifigkeit. Gründe hierfür könnten sein, dass Performancetests als zeitaufwändig empfunden werden oder dass die durch einen Performancetest entstehende Belastung für den Patienten als sehr hoch eingeschätzt wird. In der Zukunft sollte das Augenmerk auf strukturelle Veränderungen gelegt werden, um auch positive Langzeitergebnisse in Bezug auf die Nutzung der Outcomes und die Zusammenarbeit der Fachdisziplinen zu erzielen.

Literatur

Grol, R., Wensing, M. (2004): What Drives Change? Barriers to and Incentives for Achieving Evidence-based Practice. Medical Journal of Australia, 15. 57-60.

Mayring, P. (2000): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (7. Aufl.). Weinheim: Deutscher Studien Verlag.

Peters, M.A.J., Harmsen, M., Laurant, M.G.H., Wensing, M. (2002): Ruimte voor verandering? Knelpunten en mogelijkheden voor verbetering in de patiëntenzorg. Nijmegen: Afdeling Kwaliteit van Zorg (WOK), UMC St. Radboud Nijmegen.

Pincus, T., Yaziki, Y. (2007): Quantitative Assessment of Musculoskeletal Conditions in Standard Clinical Care. Best Practice and Research in Clinical Rheumatology, 21. 597-599.

Prädiktoren der Patientenzufriedenheit in der Rehabilitandenbefragung der Deutschen Rentenversicherung

Farin, E. (1), Jäckel, W.H. (1,2), Widera, T. (3)

(1) Abt. Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg i. Br.,
(2) Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung am RehaKlinikum Bad Säckingen,
(3) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Einleitung

In der medizinischen Rehabilitation ist der Qualitätsindikator Patientenzufriedenheit von besonderer Relevanz, da eine erfolgreiche rehabilitative Intervention die Mitwirkung des Patienten erfordert und die Adhärenz von der Zufriedenheit abhängt (vgl. Mancuso et al., 2003). Die Untersuchung der Einflussfaktoren der Patientenzufriedenheit ist aus verschiedenen Gründen bedeutsam: 1. erfordern faire Einrichtungsvergleiche die Adjustierung der von den Einrichtungen nicht beeinflussbaren Faktoren (Farin, 2005), 2. ist über die Kenntnis der Einflussfaktoren die rechtzeitige Identifikation von "Risikopatienten" möglich und 3. sind mit den Einflussfaktoren u. U. Ansatzpunkte für Maßnahmen zur Verbesserung der Patientenzufriedenheit gegeben. Vorliegende Studien zeigen, dass insbesondere Alter und Gesundheitsstatus wichtige Prädiktoren der Patientenzufriedenheit darstellen (vgl. z. B. Nguyen et al., 2002). Bei Rehabilitanden der Rentenversicherung sind zusätzlich auf das Erwerbsleben bezogene Variablen zu berücksichtigen.

Folgende Fragestellungen werden untersucht:

1. Welche soziodemographischen Variablen und welche medizinischen Basisvariablen erlauben eine Vorhersage der Patientenzufriedenheit in der stationären medizinischen Rehabilitation? Wie hoch ist die Varianzaufklärung durch diese patientenbezogenen Prädiktoren im Vergleich zum Einrichtungsfaktor?
2. Wie unterschiedlich ist das Prädiktorengefüge je nach Indikation und Zufriedenheitsskala?
3. Haben die Prädiktoren auch dann noch einen Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit mit der Rehabilitation, wenn der Einfluss der Komponenten der Gesamtzufriedenheit (z. B. Zufriedenheit mit ärztlicher Betreuung etc.) kontrolliert wird?

Methodik

Der eingesetzte Fragebogen, der seit Oktober 2007 im Routine-Einsatz ist und die Weiterentwicklung einer früheren Version darstellt (vgl. Widera, Klosterhuis, 2007; Meyer et al., 2008), umfasst 10 Zufriedenheitsskalen mit insgesamt 39 Items und ein Item zur Gesamtzufriedenheit. Der Fragebogen enthält neben den Skalen zur Rehabilitandenzufriedenheit auch Items zum subjektiv wahrgenommenen Rehabilitationserfolg. Diese Items sind jedoch kein Gegenstand der vorliegenden Arbeit. In die Studie einbezogen wurde Patienten der somatischen Indikationen in der stationären Rehabilitation. Die Patienten wurden zwischen Oktober 2007 und März 2008 befragt. Der Befragungszeitpunkt war 2-3 Monate nach der Rehabilitationsmaßnahme. Der resultierende Datensatz umfasst Daten von n = 28.547 Patienten aus 594 Einrichtungen. Es waren alle wesentlichen somatischen Indikationen der medizinischen Rehabilitation vertreten. Für die Analysen wurden lineare Regressionsanalysen und

lineare hierarchische Modelle eingesetzt. Da keine Kreuzvalidierung vorgenommen wurde, werden nur hochsignifikante Regressionskoeffizienten ($p<0.001$) als substantiell interpretiert.

Ergebnisse

Zu Frage 1: Für die Gesamtzufriedenheit gilt: Patienten sind zufriedener, wenn sie (in der Reihenfolge der Bedeutung): jünger sind, im AHB-Verfahren sind, berufstätig sind, keine oder geringe AU-Zeiten haben, keinen Rentenantrag gestellt haben, nach der Reha keine belastenden Lebenssituationen erlebt haben, onkologische Patienten sind, keine orthopädischen Patienten sind, aus den neuen Bundesländern kommen, weniger Diagnosen haben, weiblich sind und keine neurologischen Patienten sind. Die Varianzaufklärung schwankt je nach Skala zwischen 2.0 % und 6.4 %; bezüglich der Gesamtzufriedenheit beträgt sie 5.7 %. Der Einrichtungsfaktor klärt mit 7.3 % etwas mehr Varianz auf als die o. g. Prädiktoren. Für einen Patienten mit einer optimalen Merkmalskonstellation resultiert eine erwartete Zufriedenheit von 1.24 (Skala von 1 = sehr gut bis 5 = schlecht), für einen Patienten mit einer ungünstigen Merkmalskonstellation ein Wert von 3.30.

Zu Frage 2: Teilweise sind die relevanten Prädiktoren je nach Indikation heterogen. Zwischen den verschiedenen Skalen gibt es wenige Unterschiede, die Skala "Nützlichkeit von Verhaltensempfehlungen" weist jedoch Besonderheiten auf.

Zu Frage 3: Nach Aufnahme von Komponenten der Gesamtzufriedenheit in eine Regressionsmodell zur Vorhersage der Gesamtzufriedenheit steigt die Varianzaufklärung auf 62.4 %. Die meisten soziodemographischen Prädiktoren sind nach wie vor hochsignifikant.

Diskussion

In der Diskussion werden Hypothesen zur Erklärung der Wirkung der Prädiktoren erörtert. Die Kausalitätsrichtung ist oft unklar, da es (z. B. beim Alter) einerseits sein kann, dass Ältere dazu neigen, weniger kritisch zu sein, aber andererseits auch denkbar ist, dass Einrichtungen besser auf die Behandlung Älterer eingestellt sind (vgl. z. B. Campbell et al., 2001). Die Ergebnisse verweisen auf die Bedeutung der Risikoadjustierung bei Einrichtungsvergleichen und legen indikations- und skalenspezifische Regressionsmodelle nahe. Limitationen der Studie bestehen vor allem darin, dass aus der Vielzahl möglicher Prädiktoren nur einige herausgegriffen wurden und dass keine Prädiktoren auf der Einrichtungsebene betrachtet wurden (z. B. Personalschlüssel).

Literatur

Campbell, J.L., Ramsay, J., Green, J. (2001): Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients` assessment of primary health care. Quality in Health Care, 10. 90-95.

Farin, E. (2005): Die Anwendung Hierarchischer Linearer Modelle für Einrichtungsvergleiche in der Qualitätssicherung und Rehabilitationsforschung. Die Rehabilitation, 44. 157-164.

Mancuso, M., Smith, P., Illig, S., Granger, C.V., Gonzales, V.A., Linn, R.T., Ottenbacher, K.J. (2003): Satisfaction with medical rehabiliation in patients with orthopedic impairments. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 84. 1343-1349.

Meyer, T., Pohontsch, N., Maurischat, C., Raspe, H. (2008): Patientenzufriedenheit und Zielorientierung in der Rehabilitation. Lage: Jacobs.

Nguyen, T.P.L., Briancon, S., Empereur, F., Guillemin, F. (2002): Factors determining inpatient satisfaction with care. Social Science and Medicine, 54. 494-504.

Widera, T., Klosterhuis, H. (2007): Patientenorientierung in der Praxis - 10 Jahre Rehabilitandenbefragung im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. RVaktuell, 54. 177-182.

Kontinuierliche Patientenbefragungen - Zur Vorhersagbarkeit von Behandlungsergebnissen im Rahmen eines Routinemonitoringsystems

Nübling, R. (1), Rieger, J. (2), Steffanowski, A. (1), Kriz, D. (1), Schmidt, J. (1)

(1) GfQG, Karlsruhe, (2) Paracelsus-Kliniken Deutschland GmbH, Osnabrück

Hintergrund

Kontinuierliche Patientenbefragungen sind als Routinemonitoring inzwischen fester Bestandteil des internen Qualitätsmanagements der meisten Rehabilitationskliniken. Sie dienen als Grundlage zur Evaluation und Steuerung von qualitätsrelevanten Prozessen (vgl. Nübling et al., 2007). Auch im Rahmen der externen Qualitätssicherung (v. a. QS-Programme der DRV und der GKV) werden sie zunehmend mehr in ein Kennzahlensystem zur Bewertung von Einrichtungen und v. a. zur Belegungssteuerung einbezogen (Benchmarking-Tools, vgl. z. B. Beckmann et al., 2008). Für Einrichtungen wird es deshalb zunehmend auch wirtschaftlich notwendig, möglichst schnell über die entsprechenden Daten zu verfügen, um im Rahmen des Qualitätsmanagements vorhandene Verbesserungspotentiale schnellstmöglich zu erkennen und zu realisieren Darüber hinaus können Routinedaten auch zur Beantwortung wissenschaftlicher Fragestellungen herangezogen werden, im vorliegenden Fall für die Vorhersagbarkeit von kurzfristigen Behandlungsergebnissen. Ergebnisse dieser Art können wiederum als wichtiger Input für die Neu- und Weiterentwicklung von Behandlungskonzepten gesehen werden.

Methodik

Ein auf der Grundlage des Patientenfragebogens des 5-Punkte-Programms der Deutschen Rentenversicherung weiter entwickeltes Routineinstrument wird seit Anfang 2005 in elf Rehabilitationskliniken der Paracelsus-Gruppe unterschiedlicher Indikationsbereiche routinemäßig eingesetzt (Vollerhebung). Es umfasst indikationsübergreifend u. a. Patientenbewertungen zur ärztlichen, psychologischen und pflegebezogenen Versorgung sowie einen klinikspezifischen Teil, der die Inanspruchnahme und Bewertung angebotener Therapiemaßnahmen thematisiert. Der Fragebogen ist testmethodisch hinsichtlich seiner Gütekriterien überprüft (vgl. Müller-Fahrnow et al., 2005; Spyra et al., 2006) und wird in den Klinken kurz vor Entlassung an jeden behandelten Rehabilitanden ausgegeben. Die Form der quartalsbezogenen Routinerückmeldungen wurde bereits beschrieben (vgl. Nübling et al., 2007, 2008).

Ergebnisse

Grundlage für die vorliegende Analyse ist eine Stichprobe von n=54.803 Patienten, die zwischen Januar 2005 und Juli 2008 rehabilitiert wurden. Die Rücklaufquote stieg in diesem

Zeitraum kontinuierlich und liegt inzwischen über alle Kliniken bei fast 80 % (Gesamtdurchschnitt: ca. 75 %). Kurz einige Stichprobenmerkmale: 65 % Frauen; Altersschnitt 60 Jahre (S=13.1); Erwerbsstatus: 37 % berufstätig 44 % berentet, 9 % arbeitslos; Schulabschluss: 44 % Haupt-, 28 % Realschule, 25 % FHR/Abitur; Diagnosehauptgruppen: 24 % Orthopädie, 9 % Kardiologie, 48 % Onkologie, 20 % Psychosomatik/Sucht.

Hinsichtlich der Ergebnisparameter lässt sich zeigen, dass - für die gesamte Stichprobe und über die gesamte Laufzeit der Erhebungen betrachtet - die Bewertungen der Patienten ausgesprochen gut sind. Die Overall-Werte liegen zwischen 1,6 (Skalen Pflegerische Betreuung, Behandlungsmaßnahmen) und 2,4 (Skala Nachsorgevorbereitung), der gewichtete Multiple Qualitätsindex (Nübling et al., 2008) bei 1,8 (Range 1=positiv - 5=negativ). Über 90 % der Patienten bewerten die Reha-Maßnahme als sehr gut oder gut, etwa 91 % würden die Klinik weiterempfehlen, knapp 90 % würden wieder in die Klinik kommen und 87 % gaben an, dass sich ihr Gesundheitszustand gebessert hat. Hierbei gibt es erwartungsgemäß Unterschiede zwischen den somatischen Indikationsbereichen und der Psychosomatik, deren Bewertungen kritischer ausfallen.

Zur Abschätzung der Bedingungsfaktoren für die subjektiv eingeschätzte Veränderung des Gesundheitszustandes wurden Zusammenhangsanalysen (einfache Korrelationen, multiple Regressionsanalyse) zwischen Ausgangsvariablen, der Behandlungsdauer sowie den Qualitätsdimensionen (Skalen) und den subjektiv erlebten Veränderungen gerechnet. Tab. 1 a und b zeigt die Ergebnisse dieser Analysen für die Gesamtstichprobe sowie für die beiden Indikations-gruppen (somatisch vs. psychosomatisch) im Vergleich. Zusammenfassend hängt aus Sicht der Patienten das subjektiv wahrgenommene Behandlungsergebnis vor allem von den Be-handlungsmaßnahmen, der Vorbereitung zur Nachsorge, der ärztlichen Betreuung und - im Indikationsbereich der Psychosomatik - von der Psychologischen Betreuung ab. Weiter wichtig aus Patientensicht sind die Behandlungsdosis, die pflegerische Betreuung sowie Vorträge und Schulung. Weniger bedeutsam sind die so genanten "Hotelparameter" wie Ver-pflegung, Unterbringung oder Service. Unterschiede zwischen Psychosomatik und den somatischen Indikationen ergeben sich zu einen bzgl. der Höhe der Vorhersagbarkeit der ge-sundheitlichen Veränderungen sowie bzgl. der Reihenfolge der signifikanten inkrementellen Anteile. In der Gewichtung ähnliche Ergebnisse zeigen sich für die Vorhersage der Gesamt-bewertung der Reha-Maßnahme (bei insgesamt höherer Vorhersage, R=.74 und R^2adj=.54, Gesamtstichprobe).

Merkmale	**Somatik n= 46.425**	**Psycho-somatik n=8.378**	**Gesamt n=54.803**
Geschlecht (1=m, 2=w)	-.06	-.02	-.05
Durchschnittsalter	.08	-.03	.09
Erwerbsstatus (1= berufstätig, 0=nicht berufstätig	.03	-.03	.03
Schulischer Hintergrund (1=HS, 2=MR 3=FHR, 4=Abi)	.00	.05	.01
Stationäre Behandlungsdauer	-.06	.25	-.02

Tab. 1a: Korrelationen/Multiple Regression; Allgemeine Stichprobenmerkmale, Gesamtstichprobe sowie getrennt nach Indikationsbereich

Merkmale	Somatik n= 46.425	Psycho-somatik n=8.378	Gesamt n=54.803
Skala Ärztliche Betreuung	(3) .32	(4) .37	(3) ,34
Skala Pflegerische Betreuung	.20	(5) .21	(5/6) .21
Skala Psychologische Betreuung	.17	(3) .43	(5*) .28
Skala Behandlungsmaßnahmen	(1) .32	(1) .45	(1) .35
Skala Vorträge/Schulungen	(7) .23	(7) .29	(6/7) .26
Skala Sozial-/Berufsberatung	(8) .18	.32	.23
Skala Rehabilitationsthemen	.26	.32	.28
Skala Rehabilitationsbeginn	.07	.13	.09
Skala Besonderheiten der Reha	(5) .13	.14	.13
Skala Unterbringung	(6) .21	.19	.22
Skala Verpflegung	.21	.17	.22
Skala Freizeitgestaltung	.19	.24	.22
Skala Organisation/Service	.25	.27	.26
Skala Nachsorgevorbereitung	(2) .31	(2) .44	(2) .33
Skala Behandlungsdosis	(4) .31	(6) .43	(4) .35
R	**.41**	**.54**	**.45**
R^2_{adj}	**.17**	**.29**	**.20**

Tab. 1b: Korrelationen/Multiple Regression; Qualitätsskalen (UVen) mit Veränderung des Gesundheitszustandes (AV), Gesamtstichprobe sowie getrennt nach Indikationsbereich

Legende: Bivariate Produkt-Moment-Korrelationen; Multiple Regressionsanalyse, Methode Enter (R und R²adj) sowie Stepwise (Reihenfolge des Eingangs der Variablen in Klammer; * bei der Gesamtstichprobe wurde einmal mit und einmal ohne psychologische Betreuung gerechnet)

Diskussion

Auf der Grundlage einer sehr großen Stichprobe einer Routineerhebung in allen bedeutsamen Indikationsbereichen der medizinischen Rehabilitation kann gezeigt werden, dass die Einschätzung der Behandlungsergebnisse im Sinne gesundheitlicher Veränderungen sowie auch die Bewertung der Reha-Maßnahme insgesamt deutlich stärker von den Behandlungsmerkmalen sowie der Vorbereitung der Nachsorge als von den so genannten "Hotelparametern" abhängt. Obwohl die Ergebnisseite ausschließlich bei Entlassung und nur über Einzelitems erfasst wurde, kann dies als Hinweis darauf verstanden werden, dass - anders als von Kritikern der Rehabilitation vielfach und auch heute noch vermutet ("Morgens Fango, abends Tango") - Patienten sehr wohl die Behandlung und alle damit verbundenen Aspekte in den Mittelpunkt ihrer Reha-Maßnahme stellen.

Schlussfolgerung

Qualitativ hochwertige Reha-Konzepte und insbesondere deren rehabilitandenzentrierte Umsetzung macht sich bezahlt, für Leistungsträger, Klinikträger und v. a. für Patienten. Professionelle Hilfen durch gut ausgebildete Ärzte, Pflegepersonal und Psychologen, ein um-

fassen-des Angebot guter Behandlungsbausteine sowie gute Konzepte für die Überleitung in die Nachsorge sind - obwohl eine fundierte Kosten-Nutzen-Analyse dazu noch aussteht - für alle Beteiligten gut investiertes Geld.

Literatur

Beckmann, U., Klosterhuis, H., Lindow, B. (2008): Bewertungskonzept für medizinische Reha-Einrichtungen. DRV-Schriften, Bd 77. 146-148.

Müller-Fahrnow, W., Spyra, K., Erhart, M. (2005): Neuer Patientenfragebogen für das interne Qualitätsmanagement der Paracelsus-Kliniken - testtheoretische Ergebnisse für ein intern einsetzbares Komplement zu den externen Inventaren. DRV-Schriften, Bd 59. 66-69.

Nübling, R., Körner, M., Steffanowski, A., Rundel, M., Kohl, C.F.R., Löschmann, C., Schmidt, J. (2007): Kontinuierliche Patientenbefragung als Instrument für das interne Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, 12. 44-50.

Nübling, R., Kriz, D., Steffanowski, A., Schmidt, J. (2008). Patientenbefragung. Routinemonitoring - Benchmarking Klinikvergleiche. Internetpublikation unter http://www.gfqg.de/-gfqg_patientenbefragung.pdf.

Spyra, K., Erhart, M., Müller-Fahrnow, W., Rieger, J. (2006). Das KlinikSpezifische PatientenInventar zur Beurteilung der Leistungen der somatischen und psychosomatischen/Sucht-Rehabilitation (KSPI-SO/PS). Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 71. 47-6.

Bewertung von Instrumenten und Verfahrensweisen hinsichtlich ihres Nutzens für die externe Qualitätssicherung aus Sicht von Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen

Neuderth, S., Lukasczik, M., Musekamp, G., Heide, M., Gerlich, C., Vogel, H.

Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Universität Würzburg

Hintergrund

Im Rahmen von zwei Pilotprojekten im Auftrag der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen werden Verfahren der externen Qualitätssicherung für Einrichtungen der stationären medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter einschließlich Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen entwickelt. Die Qualitätssicherungsinstrumente orientieren sich hierbei am QS-Reha®-Verfahren der gesetzlichen Krankenkassen (Bassler et al., 2007) und erfassen Qualitätsindikatoren auf den Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Im Hinblick auf die Ergebnisqualität wurden die Zielbereiche Funktionsfähigkeit, Befindlichkeit und Ressourcen, Belastungen, Erziehungsverhalten, kindliches Verhalten und Befinden sowie die Patientenzufriedenheit erfasst und über verschiedene Assessment-Instrumente operationalisiert (z. B. IMET (Deck et al., 2007), KINDL (Ravens-Sieberer, 2003)). Zudem wurde ein Arzt-/Therapeuten-Bogen entwickelt, welcher der Festlegung und Überprüfung von Therapiezielen dient.

Für die Routine der externen Qualitätssicherung werden Instrumente ausgewählt, die methodisch geeignet sind, um Qualitätsaspekte im Klinikvergleich darzustellen; zudem wird einbezogen, inwieweit die Instrumente von den Einrichtungen als sinnvoll, nutzbringend und verständlich eingeschätzt werden.

Methode

Um die Erfahrungen der Piloteinrichtungen mit den in der Datenerhebung eingesetzten Instrumenten und Verfahren in den Entscheidungsprozess einbeziehen zu können, wurde im Sommer 2008 eine Befragung aller Piloteinrichtungen (n = 38) zu den Patientinnenfragebögen, den Arzt-/Therapeuten-Bögen sowie zur Projektorganisation und Datenerhebung durchgeführt.

Die Befragung erfolgte anonymisiert und wurde online über die Projekthomepage abgewickelt (www.rehawissenschaft.uni-wuerzburg.de/qs-muvaki/). 34 Einrichtungen haben sich an der Befragung beteiligt.

Ergebnisse

Bei den in der Patientinnenbefragung eingesetzten Instrumenten wurden kurze Verfahren (wie z. B. die Rosenberg-Skala (Ferring, Filipp, 1996)) favorisiert. Die Mehrzahl der eingesetzten Instrumente wurde als zu lang und aufwändig bewertet. Ein heterogenes Bild zeigte sich bezüglich der Bewertung der Eignung der Instrumente für den Mutter-/Vater-Kind-Kontext. Ressourcen- und kontextbezogene Verfahren (wie z. B. die Berliner Social Support Skalen (BSSS; Schulz, Schwarzer, 2003)) wurden hierbei positiv beurteilt und als geeignet für den klinikinternen Einsatz angesehen. Die Verständlichkeit der Instrumente wurde im Durchschnitt positiv bewertet.

Die in den Arzt-/Therapeuten-Bögen aufgeführten Therapieziele wurden als verständlich und eindeutig eingestuft; die Therapiezielkataloge wurden als hilfreich bewertet. Aufgrund des hohen Aufwands für die Bearbeitung wurden die Arzt-/Therapeuten-Bögen von Seiten der Einrichtungen gleichwohl als eher ungeeignet für die Routine der Qualitätssicherung angesehen.

Die Organisation der Projekte im Vorfeld der Datenerhebung wurde von den Piloteinrichtungen als durchschnittlich gut bewertet; Informationsvermittlung und Organisationskonzept erfuhren eine tendenziell positive Beurteilung. Die Betreuung der Einrichtungen durch die Universität Würzburg wurde positiv bewertet.

Ausblick

Es hat sich gezeigt, dass die Behandlungskonzepte und -philosophien in Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen und deren Abbildbarkeit in definierten Ergebnisparametern eine Herausforderung für die Forschung darstellen. Die kontextspezifischen Problemkonstellationen sind sehr individuell und lassen sich insbesondere über ressourcenbezogene Verfahren erfassen. Der Umfang der Patientinnenfragebögen muss im Routineeinsatz deutlich reduziert werden. Der Einsatz von Arzt-/Therapeuten-Bögen zur Definition und Überprüfung von Behandlungszielen hat sich als "Paper-Pencil-Version" als zu aufwändig erwiesen und soll in der Routine externer Qualitätssicherung in reduzierter Form über ein EDV-System in Anlehnung an EVA-Reha® (Bassler et al., 2007) umgesetzt werden.

Literatur

Bassler, M., Nosper, M., Follert, P., Böwering, L., Polak, U. (2007): Datenquellen für eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung in der medizinischen Rehabilitation: Das QS-Reha®-Verfahren der gesetzlichen Krankenkassen und das Dokumentationssystem Eva-Reha® des MDK Rheinland-Pfalz. Die Rehabilitation, 46. 155-163.

Deck, R., Mittag, O., Hüppe, A., Muche-Borowski, C., Raspe, H. (2007): Index zur Messung der Einschränkungen der Teilhabe (IMET) - erste Ergebnisse eines ICF-orientierten Assessment-Instruments. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 76. 113-120.

Ferring, D., Filipp, S.H. (1996): Messung des Selbstwertgefühls: Befunde zur Reliabilität, Validität und Stabilität der Rosenberg-Skala. Diagnostica, 42. 284-292.

Projekthomepage: www.rehawissenschaft.uni-wuerzburg.de/qs-muvaki/

Ravens-Sieberer, U. (2003): Der KINDL-R Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen - Revidierte Form. In: Schumacher, J., Klaiberg, A., Brähler, E. (Hrsg.): Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden. Göttingen: Hogrefe. 184-188.

Schulz, U., Schwarzer, R. (2003): Soziale Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung: Die Berliner Social Support Skalen (BSSS). Diagnostica, 49. 73-82.

Befragung von Rehabilitanden in der medizinischen Rehabilitation - Fragebogenanpassungen für Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen

Zwingmann, C. (1), Richter, J. (1), Boywitt, D. (2), Blatt, K. (1), Widera, T. (3)

(1) Prognos AG, Düsseldorf, (2) Universität Mannheim, Fachbereich Psychologie,
(3) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Hintergrund

Die Deutsche Rentenversicherung strebt mit ihrem Qualitätssicherungsprogramm eine optimierte Ergebnis- und Nutzerbewertung an (Beckmann et al., 2005). Ein zentrales Anliegen ist dabei die Einbindung des Rehabilitanden in die Bewertung des Rehabilitationsprozesses. In diesem Sinne erfasst die als monatliche Stichprobenerhebung konzipierte Rehabilitandenbefragung die subjektive Zufriedenheit mit dem Leistungsangebot und ermittelt den Erfolg der Rehabilitation aus Patientensicht. Dabei werden für die somatischen Indikationen und den Bereich Psychosomatik/Abhängigkeitserkrankungen unterschiedliche Erhebungsinstrumente eingesetzt (Widera, Klosterhuis, 2007).

Nach mehrjähriger Erfahrung mit dem Qualitätssicherungsinstrument der Rehabilitandenbefragung wurden die Befragungsinstrumente vor kurzem weiterentwickelt. Zunächst wurde der Fragebogen für die somatischen Indikationen überarbeitet (Kürzungen, Vereinfachungen, Vereinheitlichung von Antwortformaten, Optimierung des Layouts, Itemerweiterung um relevante Sachverhalte; Ziegler et al., 2006). Der vorliegende Beitrag berichtet über ein im Anschluss durchgeführtes Projekt zur Modifikation der Fragebögen für den Bereich Psycho-

somatik/Abhängigkeitserkrankungen. Im Einzelnen ging es um die folgenden drei Versorgungssegmente:

- Psychosomatik in der stationären medizinischen Rehabilitation (SRP)
- Abhängigkeitserkrankungen in der stationären medizinischen Rehabilitation (SRS)
- Abhängigkeitserkrankungen in der berufsbegleitenden ambulanten medizinischen Rehabilitation (ARS).

Da der Befragungsschwerpunkt auf gemeinsamen Aspekten der medizinischen Rehabilitation bei psychosomatischen und Abhängigkeitserkrankungen liegt, wurde entschieden, die stationären Indikationsbereiche SRP und SRS wie bisher gemeinsam zu erfassen. Für die drei Versorgungssegmente wurden also lediglich zwei Fragebögen entwickelt.

Methodik

Bei der Überarbeitung ging es nicht um eine vollständige Neuentwicklung, sondern um eine Anpassung an bestehende Routine- bzw. Projektinstrumente auf Grundlage vor allem der so genannten "Masterversion" aus dem Bereich der somatischen Indikationen der stationären medizinischen Rehabilitation (Ziegler et al., 2006). Die Anpassungs- und Überarbeitungsschritte wurden in mehreren Arbeitstreffen abgestimmt.

Anschließend wurde mit den Fragebogenentwürfen zwischen Februar und April 2008 eine Pilotierungsbefragung durchgeführt. Für die psychometrischen Analysen standen die Daten von 774 SRP-Patienten, 410 SRS-Patienten und 153 ARS-Patienten zur Verfügung.

Ergebnisse

Die Auswertung der Pilotierungsdaten umfasste: Indikatoren der Itemwerteverteilungen, Anteile fehlender Werte, Prozentsätze bei der Antwortkategorie "gar nicht" bzw. "nicht gehabt", sowohl exploratorische als auch konfirmatorische Prüfungen der Dimensionalität in den Inhaltsbereichen "Beschwerden/Schwierigkeiten" und "Zufriedenheit" sowie die Berechnung von internen Konsistenzen und Trennschärfen in diesen beiden Inhaltsbereichen.

Die durchschnittliche Quote fehlender Werte liegt zwischen 2,6 % und 2,9 % und damit geringer als in der somatischen "Masterversion" (3,2 %). Dennoch ergeben sich bei mehreren Items Quoten fehlender Werte $\geq$ 5 %; hierfür werden beispielhaft mögliche Gründe aufgezeigt. Beim Frageblock "Beschwerden/Schwierigkeiten vorher" wird die Kategorie "gar nicht [gehabt]" im Durchschnitt lediglich zwischen 7,9 % und 14,3 % angegeben, sodass die Items insgesamt gut auf die Rehabilitanden passen - allerdings bei beachtlichen Schwankungen. Die exploratorischen und konfirmatorischen Dimensionsanalysen sind insgesamt plausibel interpretierbar: Im Bereich "Beschwerden/Schwierigkeiten" lassen sich zwei Faktoren "Beschwerden" und "Relationen" unterscheiden. Die verschiedenen "Zufriedenheitsbereiche" lassen sich durch einen gemeinsamen Faktor zweiter Ordnung erklären. In den stationären Versorgungssegmenten drückt sich Zufriedenheit am stärksten im Bereich "Rehaplan/Rehaziele" aus, gefolgt von den Bereichen "Arzt" (SRP) bzw. "Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining" und "Psychotherapeut" (SRS). Im ambulanten Bereich (ARS) wird Zufriedenheit am besten durch einen Faktor abgebildet, der inhaltlich "Einzelgespräche" und "Planung/Ziele" umfasst.

Schlussfolgerungen

Im Wesentlichen können die verwendeten Fragebogenentwürfe als gelungen bezeichnet werden. Es wurden nur noch marginale Veränderungen vorgenommen und einige wenige Anregungen für die weitere Überarbeitung gegeben.

Literatur

Beckmann, U., Klosterhuis, H., Mitschele, A. (2005): Qualitätsentwicklung durch Qualitätssicherung - Erfahrungen aus zehn Jahren Qualitätssicherung der Rehabilitation. Die Angestelltenversicherung, 52, 9. 431-438.

Widera, T., Klosterhuis, H. (2007): Patientenorientierung in der Praxis - 10 Jahre Rehabilitandenbefragung im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. RVaktuell, 54, 6. 177-182.

Ziegler, M., Bühner, M., Raspe, H. (2006): Psychometrische Ergebnisse des Pretests zur Weiterentwicklung des Fragebogens zur Patientenzufriedenheit und gesundheitlichen Effekten im Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung Bund. Unveröffentlichter Abschlussbericht.

Reha-Vorbereitung online! Wie wird die Rehabilitation auf den Websites stationärer Einrichtungen zur kardiologischen und orthopädischen Rehabilitation präsentiert?

Sewöster, D., Haaf, H.-G.
Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Hintergrund

Moderne Technologien machen Informationen schnell und fast überall verfügbar (Bauer, Kordy, 2008). Im ersten Quartal 2007 verwendeten in Deutschland über 85 % der 25-64jährigen Internetnutzer das WorldWideWeb zur Recherche von Produkt- und Dienstleistungsangeboten (Statistisches Bundesamt, 2008). Die Recherche auf der Internetseite einer Reha-Einrichtung - zwecks Vorbereitung eines geplanten Aufenthaltes in der Einrichtung oder Auswahl einer Einrichtung - weckt Erwartungen und erzeugt Voreinstellungen. Diese beeinflussen nicht zuletzt die Motivation und die Compliance der Rehabilitanden und somit den Therapieerfolg. Reha-Vorbereitung bewirkt, dass Patienten informierter und weniger angespannt ihren Aufenthalt antreten (Bischoff et al., 2003). Das Informationsbedürfnis der Patienten beschränkt sich dabei nicht nur auf medizinische und krankheitsbezogene Aspekte, es richtet sich auch auf Organisatorisches wie u. a. Leistungsangebote, Telefonnummern, Lagepläne.

Wie präsentieren Reha-Einrichtungen ihre Leistungen im Internet? Werden Reha-Ziele genannt, welche Organisationshilfen werden gegeben und welche Formen von Kommunikation und Vernetzung werden dargestellt?

Ziel der Untersuchung ist es, einen Überblick über Art und Inhalt der Internetauftritte von Reha-Einrichtungen zu geben und die informative und kommunikative Qualität dieser Web-Angebote zu erfassen.

Methodik

Die Internetseiten von je 30 stationären Reha-Einrichtungen der Indikationsbereiche Kardiologie und Orthopädie wurden zufällig aus einer Liste der durch die Deutsche Rentenversicherung belegten Einrichtungen ausgewählt. Die Untersuchung erfolgte anhand eines Kriterienkatalogs, der sich am Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation orientiert. Ergänzt wurde der Kriterienkatalog durch einige Items zu Organisationshilfen aus Rehabilitandensicht. Der Katalog umfasste insgesamt 84 Items, die entweder dichotom (Kriterium nicht vorhanden/vorhanden) oder 3stufig skaliert (Kriterium nicht vorhanden/erwähnt/erläutert) waren. Er wurde in einem Pre-Test erfolgreich erprobt und anschließend wurden 60 Websites von zwei geschulten Ratern analysiert.

Ergebnisse

Im Untersuchungszeitraum (02.09. - 30.09.2008) hatten alle 60 ausgewählten Reha-Einrichtungen einen Internetauftritt. Hinsichtlich Umfang und inhaltlicher Ausgestaltung bestehen große Unterschiede. Die Inhalte der untersuchten Websites reichen von steckbriefartigen Beschreibungen der jeweiligen Einrichtung über organisatorische Informationen und Therapieangebote bis hin zu detaillierten Darstellungen des Konzepts, der Reha-Ziele, Nachsorgeangebote und Forschungskooperationen.

Generelle Reha-Ziele konnten auf 68,3 % (41) der Websites an zentraler Stelle identifiziert werden. Einzelne Reha-Ziele finden sich in den unterschiedlichsten Rubriken. Am häufigsten werden hier die "Besserung/Wiederherstellung der Gesundheit" mit 75 % und die "Besserung/Wiederherstellung der Funktions-/Leistungsfähigkeit" mit 60 % benannt, während die "Wiedereingliederung in familiäres/soziales Umfeld" bzw. "Wiedereingliederung in berufliches Umfeld" zu jeweils 48,3 % erwähnt werden. Eher selten wird auf den Internetseiten der Reha-Einrichtungen mit "Erholung/Entspannung" (26,7 %), "Stressabbau" (10,0 %) oder "Raus aus dem Alltag" (8,3 %) geworben.

Die angebotenen Therapien werden bei 3/4 der Internetseiten relativ ausführlich dargestellt. Dabei werden "eher aktive" (38,3 %) häufiger als "eher passive" (23,3 %) Behandlungselemente hervorgehoben. Bei 38,3 % Internetauftritten werden aktive und passive Elemente gleichermaßen betont. Über die Hälfte der Websites beschreiben das therapeutische Angebot als "patientenorientiertes" und "ganzheitliches" Konzept, das von einem "interdisziplinären Team" umgesetzt wird. Knapp unter 50 % geben an, dass die Therapieplanung gemeinsam mit dem Rehabilitanden erfolgt. Auf 25 (41,7 %) Websites wird auf eine "berufliche Orientierung" der Rehabilitation verwiesen.

Ausführlich werden organisatorische Hinweise dargestellt. Über 80 % der Websites geben Informationen zur Reha-Beantragung und benennen die Kostenträger. Mehr als 30 % beschreiben den konkreten Ablauf am Aufnahme-/Anreisetag und bieten eine Liste mitzubringender Unterlagen, Kleidung etc. Auf nur fünf Websites konnten keinerlei Anfahrtshinweise gefunden werden.

Seltener werden die Bereiche Nachsorge und Kooperationen thematisiert. Bei 36,7 % der Webauftritte finden sich Hinweise auf Nachsorgeprogramme/-einrichtungen, bei 35 % auf Selbsthilfegruppen. Eine Website wirbt mit einer telefonischen Nachbetreuung und in 10 % der Fälle wird eine Kontaktaufnahme mit weiterbehandelnden Ärzten erwähnt. Eine Zusammenarbeit mit medizinischen Einrichtungen geben zwar 63,3 % der Einrichtungen an, demgegenüber weisen lediglich fünf Internetauftritte auf eine Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen bei berufsorientierten Leistungen hin.

Fazit

Insgesamt ergibt sich ein sehr heterogenes Bild der Internetauftritte. Um eine inhaltlich ansprechende Seite ins Netz zu stellen, sind gewisse Zeit- und Personalreserven notwendig, über die einige Reha-Einrichtungen vermutlich nicht verfügen. Andere Anbieter, insbesondere Klinikgruppen, haben eine professionelle Internetpräsenz und bieten sehr umfangreiche Informationen und Kommunikationsmittel an - nicht immer sind diese Seiten allerdings übersichtlich und aktuell.

Die Rehabilitationsleistungen werden von den Einrichtungen weitgehend realistisch dargestellt und die Internetauftritte können den Rehabilitanden wichtige Informationen speziell im organisatorischen Bereich liefern. Aus den Internetauftritten lässt sich keine einseitig werbende Darstellung ableiten, die etwa eine Kurerwartung wecken würde. Eine ausführlichere Beschreibung wäre bei den Reha-Zielen und den therapeutischen Inhalten wünschenswert. Aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung Bund ist insbesondere ein stärkerer Bezug zu berufsorientierten Leistungen und damit zum Ziel der beruflichen Wiedereingliederung anzustreben.

Literatur

Bauer, S., Kordy, H. (2008): E-Mental-Health. Neue Medien in der psychosozialen Versorgung. Berlin: Springer.

Bischoff, C., Gönner, S., Ehrhardt, M., Limbacher, K., Husen, E., Jäger, R.S. (2003): Ambulante prä- und poststationäre Maßnahmen - ein Beitrag zur Flexibilisierung der stationären psychosomatischen Versorgung. Unveröffentlichter Abschlussbericht. Bad Dürkheim: Psychosomatische Fachklinik Bad Dürkheim.

Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. (07/2007). Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitationswissenschaften (Hrsg.). Berlin.

Statistisches Bundesamt Deutschland (2008): Das statistische Jahrbuch 2008. URL: http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Publikationen/Querschnittsveroeffentlichungen/JahrbuchDownlads.psml;jsessionid=5F21B03E97-97FFDE447C0B0874EE2B81.internet, Abruf: 21.10.2008.

Ein Qualitätsbericht Rehabilitation aus der Sicht von Patienten und Verbrauchern

Seidel, G. (1), Haase, I. (2), Walle, E. (2), Dierks, M.L. (1)

(1) Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover, (2) m&i-Klinikgruppe Enzensberg, Hopfen

Hintergrund und Zweck

Jedes Krankenhaus ist verpflichtet, alle zwei Jahre einen strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 SGB V zu veröffentlichen. Diese Berichte werden hinsichtlich ihres Nutzens für die Patienten bisher überwiegend kritisch beurteilt (Altenhöhner et al., 2007; Braun, 2007; Döbler et al., 2007). Inzwischen haben auch diverse Reha-Einrichtungen auf freiwilliger Basis damit begonnen, Qualitätsberichte zu erstellen und zu publizieren, ein Konzept für einen einheitlichen Qualitätsbericht Rehabilitation (entwickelt vom Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen in Zusammenarbeit mit der Charité Berlin) liegt inzwischen vor.

Bislang fehlen sowohl im Akut- als auch im Reha-Bereich empirische Grundlagen darüber, inwieweit die angebotenen Informationen den Wünschen und Bedürfnissen der (potentiellen) Patienten bzw. Rehabilitanden entsprechen. Vor diesem Hintergrund hat das Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hoch-

schule Hannover in Zusammenarbeit mit der m&i-Klinikgruppe Enzensberg in einer Pilotstudie die Anforderungen und Bewertungskriterien von Patienten und Verbrauchern erfasst. Am Beispiel eines 2007 erstellten Qualitätsberichts einer Rehabilitationsklinik sollte geprüft werden, ob der Bericht den Informationsbedarf von Patienten und Laien trifft.

Methodik

Um die Wirkung, Verständlichkeit und Glaubwürdigkeit des Qualitätsberichts aus Sicht der Nutzer zu erheben, wurden drei unterschiedliche Bewertungsverfahren eingesetzt. Zunächst erhielten die Nutzer das zu bewertende Dokument mit der Bitte, dieses durchzulesen und ihre spontanen Eindrücke, Anmerkungen und offenen Fragen zu notieren. Jeder Leser bewertete zudem mithilfe eines standardisierten Instruments die Wirkung des Textes. In einer anschließenden, strukturierten Gruppendiskussionen (focus groups) wurden die individuellen Einschätzungen besprochen und mithilfe eines systematischen Fragenrasters vertieft und ergänzt.

Einbezogen in die Untersuchung wurden gesunde Erwachsene (n=8, Gruppendiskussion 1), Mitglieder einer Osteoporose-Selbsthilfegruppe (n=7, Gruppendiskussion 2) und Personen, die sich in einer stationären, medizinischen Rehabilitationsmaßnahme befanden (n=11, Reha-Patienten Orthopädie, Gruppendiskussion 3; n=8, Reha-Patienten Kardiologie, Gruppendiskussion 4).

Ergebnisse

34 Personen im Alter von 27-84 Jahren (durchschnittlich 56 Jahre alt, 65 % Frauen, 68 % chronisch Erkrankte) nahmen an den durchschnittlich 2,5-stündigen Gruppendiskussionen teil. Mit knapp 45 % verfügten etwas mehr Frauen als Männer über einen hohen Bildungsgrad (Männer: 33 %). Fast alle Teilnehmer hatten Erfahrungen mit Rehabilitationskliniken (85 %).

Alle Teilnehmenden befürworten die Initiative des Erstellers des Qualitätsberichts, eine Information für Patienten bereitzustellen. Sie heben die äußere Gestaltung, das Bildmaterial und die Struktur des Berichts hervor. Manche wünschen sich mehr Bilder zu den therapeutischen Einrichtungen, zu den Patientenzimmern und zur Umgebung. Am meisten interessieren die Tester die Kapitel zu medizinischen Schwerpunkten der Klinik, inklusive der dort enthaltenen Patientenbewertungen. Relevant sind aus Sicht der Befragten auch die Informationen zum Service. Von eher geringem Interesse sind dagegen Informationen zu den Qualitätsprojekten der Klinik, zu Leitlinien oder dem Wirken der Klinik in Wissenschaft und Forschung. Obwohl die Teilnehmer dem Qualitätsbericht einen gut verständlichen Sprachstil bescheinigen, bemängeln sie doch die verwirrende Vielzahl der Fachausdrücke und Abkürzungen, Diagramme und Zahlen. Kritisch angemerkt wird auch, dass der Bericht zu umfangreich sei und sich nicht nur an Patienten, sondern auch an Kostenträger und zuweisende Ärzte wendet. Die meisten Kapitel des Qualitätsberichts wirken glaubwürdig, entsprechend hoch ist ihre Bereitschaft der Leser, den Qualitätsbericht weiter zu empfehlen.

Diskussion und Schlussfolgerung

Damit ein Qualitätsbericht Rehabilitation für Bürgerinnen und Bürger ansprechend und informativ erscheint, sollte die Zielgruppe der Information genannt werden und die Inhalte für Leser verständlich formuliert werden, d. h. Fachausdrücke und Abkürzungen durch deut-

sche Begriffe und oder Erklärungen im Text ersetzen und Zahlenmaterial in Statistiken, Tabellen und Grafiken eindeutig und übersichtlich darstellen. Zudem sollten das fachlich-medizinische Profil einer Rehabilitationsklinik, die Patientenerfahrungen bzw. Patientenbewertungen und die Servicequalität ausgewogen nebeneinander dargestellt werden.

Literatur

Altenhöner, T. et al. (2/2007): Was wollen Patienten wissen? Strukturierte Qualitätsberichte noch immer nicht patientengerecht. Krankenhaus Umschau. 111-112.

Braun, B. (3/2007): Qualitätsberichte: Klartext für Klinikkunden? Q-med. 49-54.

Döbler, K. et al. (2007): Qualitätsberichte der Krankenhäuser: Wie viel Prozess- und Ergebnisqualität steckt drin? Gesundh ökon Qual manag, 12. 25-34.

Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen GmbH in Kooperation mit dem Lehrstuhl für Versorgungsforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation, Charité - Universitätsmedizin Berlin (Hrsg.): Qualitätsbericht Rehabilitation (QB-Reha). Manual. Berlin 2007 (Manuskriptdruck).

Qualität in der Patientenschulung: Entwicklung von Qualitätsmerkmalen der Schulungsumsetzung

Ströbl, V., Küffner, R., Müller, J., Reusch, A., Faller, H.

Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Universität Würzburg

Hintergrund

Der Schulung von Patienten kommt im Rahmen der medizinischen Rehabilitation ein hoher Stellenwert zu. Ziele von Gruppenprogrammen zur Patientenschulung sind die Förderung von Compliance, Selbstmanagement und Empowerment, die über Wissensvermittlung, Training von Fertigkeiten sowie Einstellungsänderungen angestrebt werden. In zahlreichen Studien hat sich gezeigt, dass Patientenschulungen effektiv sind (zusammenfassend Faller et al., 2005). Allerdings werden Patientenschulungen im Rahmen wissenschaftlicher Studien häufig unter Idealbedingungen durchgeführt; in der Routineanwendung dagegen z. T. unter suboptimalen Rahmenbedingungen. Um auch in der Routineanwendung optimale Ergebnisse bei den geschulten Patienten zu erzielen, sollte besonderer Wert auf die Qualität der Schulungen gelegt werden. Neben einem qualitativ hochwertigen Schulungskonzept kommt dabei der Umsetzung einer Schulung im Klinikalltag eine besondere Bedeutung zu, also der Schulungsdurchführung sowie der Einbindung der Schulung in die gesamte Rehabilitationsmaßnahme (Vogel, 2007). Nach der Formulierung von Qualitätskriterien des Schulungskonzepts (Ströbl et al., 2007) wurden im Rahmen des Projekts "Zentrum Patientenschulung" Qualitätsmerkmale der Schulungsumsetzung über einen Konsensprozess mit Experten verabschiedet. In diesem Beitrag werden Vorgehen und Ergebnis dieses Konsensprozesses dargestellt.

Methode

Der Konsensprozess umfasste zwei schriftliche Delphi-Runden sowie eine abschließende Konsensusdiskussion. Befragt wurde der wissenschaftliche Beirat des Zentrums Patienten-

schulung (n=30, Rücklauf 67 % bzw. 57 %), der sich aus Praktikern, Forschern sowie Angehörigen der Träger der Rehabilitation zusammensetzt. Zusätzlich wurde eine Befragung unter Klinikmitarbeitern, die als Dozenten in der Patientenschulung tätig sind, durchgeführt (n=27, Rücklauf 63 %); an dieser Befragung beteiligten sich Ärzte und Psychologen, oder der Fragebogen wurde von einer interdisziplinär zusammengesetzten Gruppe der Klinik beantwortet.

Auf vierstufigen Likertskalen sollten die Befragten die Wichtigkeit von 11 Qualitätsmerkmalen der Schulungsumsetzung beurteilen (z. B. "adäquater Schulungsraum", "kontinuierliche Fortbildung der Schulungsleiter"). Die Qualitätsmerkmale lassen sich den vier Bereichen Rahmenbedingungen, Schulungsteam, Einbindung in das Klinikgesamtkonzept sowie kontinuierliches Qualitätsmanagement zuordnen. Für die Qualitätsmerkmale wurden jeweils zwischen 4 und 13 Qualitätskriterien vorgeschlagen (z. B. "Entsprechend den Erfordernissen der Schulung sind verschiedene Medien verfügbar, um multimedial arbeiten zu können […]", "Alle Schulungsleiter haben eine komplette Schulung visitiert"). Zur Ableitung der Qualitätskriterien war relevante Literatur zu Qualitätsanforderungen an Patientenschulungen sowie Qualitätssicherung in der Rehabilitation gesichtet worden. Zudem wurden über offene Fragen in der 1. Delphi-Runde sowie der Zusatzbefragung Klinikmitarbeiter weitere Anregungen gewonnen. Die Qualitätskriterien sollten von den befragten Experten hinsichtlich ihrer Eignung zur Operationalisierung des jeweiligen Qualitätsmerkmals ebenfalls auf einer vierstufigen Likertskala beurteilt werden. Items, für die in den schriftlichen Befragungen kein Konsens erzielt werden konnte, werden in der Konsensusdiskussion erörtert, um zu einer Einigung zu gelangen. Als Konsens in den schriftlichen Befragungen wurde eine Zustimmung von mindestens 75 % zu einem Kriterium definiert.

Ergebnisse und Ausblick

Alle 11 Qualitätsmerkmale erzielten beim Beirat des Zentrums Patientenschulung in der 1. Delphi-Runde einen Konsens. Bei der Zusatzbefragung Klinikmitarbeiter lag für 9 Qualitätsmerkmale ein Konsens vor; kein Konsens wurde bei dieser Befragung für die beiden Qualitätsmerkmale zum Qualitätsmanagement erzielt.

71 Kriterien wurden vom wissenschaftlichen Beirat und von den Klinikmitarbeitern beurteilt. Dabei lag für 41 Kriterien bei beiden Gruppen ein Konsens vor. 5 Kriterien wurden übereinstimmend von weniger als 75 % beider Gruppen als geeignet eingestuft (kein Konsens). Die anderen 25 Kriterien wurden von Beirat und Klinikmitarbeitern unterschiedlich beurteilt. Auf der Konsensuskonferenz, die Anfang November 2008 stattfinden wird, werden die divergierend beurteilten Kriterien hinsichtlich ihrer Eignung zur Operationalisierung der Qualitätsmerkmale diskutiert und eine Endversion erstellt. Diese Endversion kann auf dem Reha-Kolloquium 2009 präsentiert werden.

Es zeichnet sich bereits jetzt ab, dass im Rahmen des Konsensprozesses Qualitätsmerkmale und -kriterien definiert werden können, die von den verschiedenen beteiligten Experten übereinstimmend als zentral für die Qualität der Umsetzung einer Patientenschulung erachtet werden. Die so konsensuell verabschiedeten Qualitätsmerkmale der Schulungsumsetzung werden Schulungsleitern in der Patientenschulung in Form einer Checkliste zur Verfügung gestellt. Diese kann genutzt werden, um Ansatzpunkte zur Optimierung der Durchführungsqualität der eigenen Schulungen zu identifizieren.

Literatur

Faller, H., Reusch, A., Vogel, H., Ehlebracht-König, I., Petermann, F. (2005): Patientenschulung. Die Rehabilitation, 44. 277-286.

Ströbl, V., Friedl-Huber, A., Küffner, R., Reusch, A., Vogel, H., Faller, H. (2007): Beschreibungs- und Bewertungskriterien für Patientenschulungen. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 20. 11-14.

Vogel, H. (2007): Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung der Patientenschulung - ein Rahmenkonzept. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 20. 5-10.

RehaProDok: die Entwicklung eines EDV-technisch generierten Dokumentes als Alternative zum Reha-Entlassungsbericht für das Peer Review-Verfahren

Kalwa, M. (1), Greitemann, B. (2)

(1) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin,

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

Hintergrund und Fragestellung

In dem Qualitätssicherungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung ist seit 1994 das Peer Review- Verfahren als Methode zur Beurteilung der Prozessqualität etabliert (Farin et al., 2004). Trotz ausgezeichneter Evaluationsergebnisse ist eine häufig von Rehaklinikern geäußerte Kritik, dass die Anforderungen des Peer Reviews die Erstellung des Reha-Entlassungsberichtes aufwändiger werden ließen. Zudem werden in diesem Bericht die prozessrelevanten Inhalte lediglich retrospektiv beschrieben. Ziel unseres - in Kooperation mit der Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin (Direktor: Professor Dr. Wilfried H. Jäckel) des Universitätsklinikums Freiburg und durch die Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften Nordrhein-Westfalen e.V. (GfR) geförderten - Projektes war es daher, sowohl den Dokumentationsprozess zu erleichtern als auch bereits während der Rehabilitation relevante Informationen zu erfassen. Es sollte ein Dokument entstehen, welches für den Peer eine mindestens gleichwertige Grundlage seiner Beurteilung darstellt. In einem Expertenworkshop wurden die Inhalte dieses Dokumentes festgelegt. Ziel war außerdem die Optimierung des Kurzbriefes an den Hausarzt/die Hausärztin (Seger et al., 2008) und die sprachliche Verankerung der Terminologie der ICF in der Niederlegung der Rehabilitationsziele (Borchse et al., 2005). Auf der Basis der bereits existierenden elektronischen Patientenakte (Laux et al., 2006) sollte ein technisches Pflichtenheft erarbeitet werden, welches öffentlich zugängig ist. Mittels Marktrecherche war zu zeigen, dass die in der Klinik Münsterland eingesetzten Verfahren gleichermaßen mit anderen Software-Lösungen gängiger Anbieter durchführbar wären.

Methode und Ergebnisse

Die technische Anpassung erfolgte in mehreren Teilschritten. Zunächst wurde eine Datenmaske zur Erfassung der Rehabilitationsziele erstellt. Dort wurde die ICF-Terminologie umgesetzt und eine Codierung hinterlegt. Das Erreichen des Zieles wird beim Abschlussge-

spräch dokumentiert. Der Hausarzt-Kurzbrief wurde so eingerichtet, dass er vollautomatisch aus bereits während des Rehaverlaufes erfassten Daten generiert wird. Gegenüber dem vorher bestehenden Formular wurden noch Rehabilitationsziele sowie Ergebnisse der durchgeführten Diagnostik ergänzt. Für das Peer Review-Verfahren wurde ein gänzlich neues Dokument entworfen. Dieses beruht ebenfalls auf während der Rehabilitation erfassten Daten, diese werden jedoch aus der Datenbank in der Weise zusammengeführt, dass die Reihenfolge dem Manual entspricht, nachdem der Peer seine Beurteilung durchführt. Ziel war es, so den Rehaprozess optimiert darzustellen und gleichzeitig die Aufgabe des Peers zu erleichtern. Auch dieses Dokument wird automatisch generiert. Sowohl der Hausarzt-Kurzbrief als auch dieses ProzessDoku genannte Dokument wurden durch die AQMS evaluiert (Jäckel, Meixner, 2007).

Es zeigte sich, dass die technische Implementierung dieser Strukturen problemlos und ohne Mehraufwand in der Klinik zu leisten war und sich mühelos in den Routinebetrieb integrieren ließ. Die Marktrecherche ergab eine vergleichbare technische Realisierbarkeit mit den Produkten anderer Software-Anbieter, ein Pflichtenheft ist erstellt.

Diskussion und Ausblickl

Perspektivisch ist nun als nächster Schritt die Einbindung von Leitlinien geplant. Sie sollen nicht nur aus dem Behandlungskontext heraus aufgerufen werden können, sondern deren Umsetzung soll im Hintergrund gemessen werden, so dass bei etwaiger Differenz zwischen Leitlinien-Anforderung und individueller Umsetzung eine automatische Information an den Stationsarzt/die Stationsärztin ergeht. Grundsätzlich wären auch noch weitere Entwicklungen möglich. Beispielsweise könnten bestimmte Therapiekomplexe (z. B. verschiedene Maßnahmen zur Berufsorientierung) gebündelt dargestellt werden, Anpassungen der Therapien im Verlauf könnten als Therapiemerkmal dokumentiert werden. Interdisziplinäre patientenbezogene Besprechungen oder auch vereinbarte Pflegeziele könnten dokumentiert werden, ebenso die Ergebnisse durchgeführter Assessments. Diese Daten liegen sämtlich auf Datenbankebene vor und müssten nur entsprechend konfiguriert werden. Diese Themen wurden auf dem Expertenworkshop intensiv diskutiert und zunächst zurückgestellt. Ein Grund hierfür war der zwar mutmaßliche, aber noch nicht mit ausreichender Evidenz bestätigte Wert dieser Faktoren als Qualitätsmerkmale.

Literatur

Borchse, M., Krölling, P., Sigl, T., Stucki, G. (2005): ICF-basiertes Assessment in der rehabilitativen Therapie - dargestellt anhand des ICF-Modellblatts am Beispiel der Kniegelenkarthrose. Phys Rehab Kur Med, 15. 210-215.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Leitlinie zur Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen. URL: www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/Sozialmedizin und Forschung/reha-Qualitätssicherung/Rehabilitationsleitlinien, Abruf: 20.10.2008.

Farin, E., Carl, C., Jäckel, W.H., Rütten-Koppel, E., Maier-Riehle, B., Berghaus, U. (2004): Die Weiterentwicklung des Peer Review Verfahrens in der Medizinischen Rehabilitation. Rehabilitation, 43. 162-165.

Jäckel, W.H., Meixner, K. (2007): Ergebnisse der Projektphase II - Konzept und Evaluation, unveröffentlichter Abschlussbericht der Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin Universitätsklinikum Freiburg.

Laux, H., Kalwa, M., Assmann, F., Berlage, I. (2006): Die elektronische Patientenakte im Intranet einer Reha-Klinik. Die Schwester/Der Pfleger, 7. 570-572.

Seger, W., Petri, B., Müller-Fahrnow, W., Lay, W., Grotkamp, S., Hüller, E., Seidel, E., Steinke, B., Deetjen, W., Gronemeyer, St., Lübke, N., von Mittelstaedt, G., Korsukéwitz, Ch., Aubke, W., Schian, H.M., Heipertz, W., Wallrabenstein, H., Zelfel, R.C., Cibis, W., Philgus, B. (2008): Perspektiven der Rehabilitation - ein Positionspapier des Ärztlichen Sachverständigenrates der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zur Weiterentwicklung der Rehabilitation. Gesundheitswesen, 70. 267-280.

Evaluation der Ergebnisqualität des besonderen Heilverfahrens der gesetzlichen Unfallversicherung: Eine internetbasierte Delphi-Befragung zur Auswahl geeigneter Verletzungsarten

Moock, J. (1), Bahr, K. (1), Bak, P. (2), Kohlmann, T. (1)
(1) Institut für Community Medicine, Universität Greifswald,
(2) Institut für Physiotherapie, Universitätsklinikum Jena

Hintergrund

Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) fördert das Forschungsprojekt "Evaluation der Ergebnisqualität des Heilverfahrens der gesetzlichen Unfallversicherung" (Projekt-Nr. FFFR0136). Ziel dieser Studie ist es, am Beispiel geeigneter Verletzungsarten, die Grundlagen für eine ergebnisorientierte Evaluation des besonderen Heilverfahrens zu schaffen. In einem ersten Schritt erfolgt die Auswahl der einzubeziehenden Verletzungsarten im Konsensusprozess mittels der Delphi-Methode.

Methode

Gemeinsam mit dem projektbegleitenden Expertengremium wurde eine Liste von potentiell geeigneten Verletzungsarten erarbeitet. Die Auswahl orientierte sich an zwei wesentlichen Bereichen: 1) Häufigkeit und Bedeutsamkeit der Verletzungsart im Behandlungsgeschehen, 2) Schweregrad und Komplexität der Verletzung. Die Verletzungsartenliste wurde im Rahmen einer Online-Befragung einem erweiterten Expertenkreis (Gesamt n=160: Expertengremium (n=16), Unfallversicherungsträger (n=21), Reha- und Akutmedizin (n=90) ambulanter Sektor (n=33)) vorgelegt, mit der Bitte, anhand eines Kriterienkatalogs, jede Verletzungsart dahingehend zu beurteilen, ob sie sich für das geplante Evaluationskonzept eignet. Der Kriterienkatalog umfasste die folgenden Bereiche (in Klammern Itemanzahl): klinischer, rehabilitativer, administrativer Versorgungsaufwand (3), klinisches Erscheinungsbild und Schweregradspektrum (2), Verfügbarkeit einheitlicher Standards und Vergleichsdaten zur akut- und rehabilitationsmedizinischen Versorgung (3), ökonomische Bedeutsamkeit (1), Bedeutung patienten-bezogener Ergebnisparameter (1). Die Ergebnisse wurden deskriptiv und mit Methoden der Faktoren- und Clusteranalyse ausgewertet und für die zweite Delphi-Runde aufbereitet.

Ergebnisse

In zwei vorbereitenden Arbeitstreffen mit Mitgliedern des projektbegleitenden Expertengremiums wurde eine Liste erarbeitet, die insgesamt zehn Verletzungsarten umfasst: proximale Humerusfraktur, distale Radiusfraktur, Handverletzungen, Beckenfrakturen, Tibiakopffraktur, Calcaneusfraktur, Sprunggelenkfrakturen, hüftgelenknahe Oberschenkelfrakturen, vordere Kreuzbandruptur, Wirbelkörperfrakturen. Ausgeschlossen wurden Polytraumen und Verletzungen im Kindes- und Jugendalter. Die zehn Verletzungsarten wurden in die Delphi-

Online-Befragung aufgenommen. 100 Experten (62,5 %) beteiligten sich nach einmaliger Erinnerung an der ersten Delphi-Runde. Die Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation) zeigte für die zehn Items eine 3-Faktoren-Lösung auf: Faktor 1: klinisches Erscheinungsbild und Schweregradspektrum (2 Items); Faktor 2: Versorgungsaufwand (5 Items); Faktor 3: Standards und Vergleichsdaten (3 Items). Die Varianzaufklärung dieser drei extrahierten Faktoren lag bei 60,0 %. Für die drei Faktoren wurden Summenscores berechnet, die analog zu den Items auf einen Wertebereich von 1 bis 7 transformiert wurden. Insbesondere der erste Faktor diskriminierte gut zwischen den zehn Verletzungsarten. Die vordere Kreuzbandruptur wurde als besonders homogen (5,4±1,2) und die Handverletzungen (2,1±1,0) als besonders heterogen beurteilt. Für den zweiten Faktor zeigten sich nur geringe Unterschiede. Die Mittelwerte für die zehn Verletzungsarten variierten in einem Bereich von 3,9±0,9 (distale Radiusfraktur, vordere Kreuzbandruptur) bis 5,2±0,8 (Handverletzungen). Die Clusteranalyse (quadrierte euklidische Distanz, Ward) über die zehn Verletzungsarten und die zehn Items führte zu einer 3-Cluster-Lösung: Cluster 1: proximale Humerusfraktur, distale Radiusfraktur, Tibiakopffraktur, Calcaneusfraktur, Sprunggelenkfrakturen, hüftgelenknahe Oberschenkelfrakturen; Cluster 2: Handverletzungen, Beckenfrakturen, Wirbelkörperfrakturen; Cluster 3: vordere Kreuzbandruptur. Bedeutsame Unterschiede zwischen den drei Gruppen von Verletzungsarten zeigten sich in den Bereichen akuter Versorgungsaufwand, ökonomische Bedeutsamkeit und Verfügbarkeit von Vergleichsdaten. Der Inhalt der zweiten Delphi-Befragungsrunde basierte auf den Ergebnissen der ersten Runde. Für die zweite Delphi-Runde wurden nur die Teilnehmer (n=100) der ersten Runde berücksichtigt. Die zweite Delphi-Runde wird voraussichtlich am 15. November 2008 beendet. Bisher nahmen 49 Experten teil. Erste Ergebnisse der zweiten Delphi-Runde weisen darauf hin, dass die Varianz der Eignungsurteile homogenisiert wurde.

Diskussion und Schlussfolgerung

Die Delphi-Methode in Form einer Online-Befragung ist ein geeignetes Verfahren zur Auswahl von Verletzungsarten für das Konzept zur Evaluation des besondern Heilverfahrens der deutschen gesetzlichen Unfallversicherung. Die Ergebnisse der ersten Delphi-Runde zeigten, dass insbesondere ein hohes Maß an Homogenität im klinischen Erscheinungsbild und im Schweregradspektrum für die Experten ausschlaggebend ist, ob sich eine Verletzungsart für das Evaluationskonzept eignet.

Evaluation der Ergebnisqualität des besonderen Heilverfahrens der gesetzlichen Unfallversicherung: Eine systematische Literaturstudie zu eingesetzten patientennahen Assessmentverfahren (2003-2008)

Bahr, K. (1), Moock, J. (1), Bak, P. (2), Kohlmann, T. (1)

(1) Institut für Community Medicine, Universität Greifswald,

(2) Institut für Physiotherapie, Universitätsklinikum Jena

Hintergrund

Im Modul 2 des Projektes "Evaluation der Ergebnisqualität des Heilverfahrens der gesetzlichen Unfallversicherung" (FFFR0136) wurde eine systematische Literaturstudie durchgeführt. Ziel war es, Instrumente zur Messung von patientennahen Ergebnisparametern im Rahmen von Studien zu Unfallverletzten zu identifizieren.

Methode

In die Literaturstudie wurden die Abstracts aller Originalartikel von 6 Zeitschriften (Trauma und Berufskrankheit, Der Unfallchirurg; Aktuelle Traumatologie (2003 bis 2007; danach Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie); Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin; Die Rehabilitation; Das Gesundheitswesen) für den Zeitraum von 01/2003 bis 06/2008 eingeschlossen. Zur Sichtung der Abstracts wurde ein Kriterienkatalog erarbeitet. Jedes Abstract wurde von zwei unabhängigen Reviewern gesichtet und für die Begutachtung des Volltextes ausgewählt, wenn mindestens eines der folgenden Inhaltsmerkmale erfüllt war: Evaluationsergebnisse (gesundheitsökonomische oder patientennahe Outcomes), Angaben zu verwendeten Instrumenten, Angaben zu Versorgungsprozessen und -strukturen. Zur Beurteilung der Interrater-Reliabilität wurde für jedes Gutachterpaar der Kappa-Koeffizient berechnet. Gegenstand der folgenden Ergebnisdarstellung sind speziell die patientennahen Messverfahren bei Unfallverletzungen.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 1922 Artikel in die Literaturstudie eingeschlossen. 514 Abstracts wurden von den Reviewern anhand der definierten Auswahlkriterien als geeignet beurteilt. Der mittlere Kappa-Koeffizient lag mit 0,45 auf einem moderaten Niveau. Nach Begutachtung der Abstracts wurden 9 Arbeiten zu rein ökonomischen und 67 Arbeiten zu patientennahen Outcomes gefunden. Die Durchsicht der Originalartikel lieferte 18 Arbeiten zu Unfallverletzungen, die patientennahe Messinstrumente einsetzten.

Angewendet wurden gut eingeführte subjektive Patientenfragebögen wie der "Disabilities of the Arm, Shoulder and the Hand Fragebogen" (DASH, n=7), der "Short Form - 36 Items" (SF-36, n=6) und der EQ-5D (n=3). Darüber hinaus fanden sich in Einzelfällen selbst entwickelte Instrumente zur Erfassung der Patientensicht (n=3).

In Studien zu den oberen Extremitäten (distale Radiusfraktur, proximale Humerusfraktur, Rotatorenmanschettenruptur) wurden patientennahe Messverfahren am häufigsten (n=7) eingesetzt.

In drei Studien zu unfallbedingten Verletzungen der Wirbelsäule fanden patientennahe Instrumente (SF-36, n=3; EQ-5D, n=1) Anwendung. Ebenso in zwei Arbeiten zu Verletzungen

der unteren Extremitäten (SF-36, n=2). Weiter wurden zwei Arbeiten zu unfallbedingten Amputationen der unteren Extremitäten gefunden, in denen die gesundheitsbezogene Lebensqualität erfasst wurde, ohne nähere Angabe des eingesetzten Instrumentariums.

In einer Arbeit zum Polytrauma wurde der Polytrauma-Outcome-Chart (POLO-Chart) eingesetzt, der sowohl klinische als auch patientennahe Scores und ein traumaspezifisches Lebensqualitätsmodul (Trauma Outcome Profile (TOP)) umfasst.

Darüber hinaus wurden in einer Vielzahl von Arbeiten klinische Scores benutzt, die sich aus einer Kombination von subjektiven - aus Patientensicht - und objektiven Ergebnisparametern zusammensetzen. Beispiele hierfür sind u. a. der Score nach Lysholm und Gillquist zur Evaluation von Kniebandinstabilitäten und der Score des International Knee Documentation Committee (IKDC). In einem nächsten Schritt werden auch diese Arbeiten inhaltsanalytisch begutachtet.

Diskussion

Die Kriterien zur Auswahl relevanter Arbeiten erwiesen sich als praktikabel. Primär wurden in den identifizierten Studien indikationsspezifische Instrumente und krankheitsübergreifende Verfahren zur Messung der Lebensqualität verwendet. Spezifische Instrumente zur Erfassung des mentalen Wohlbefindens oder Skalen zur subjektiven Einschätzung der zukünftigen Erwerbsfähigkeit wurden bisher in Studien zur Behandlung von Unfallverletzten nicht berücksichtigt. Sie könnten jedoch im Rahmen des Rehabilitationsmanagements der DGUV nützliche Hinweise für die Behandlungssteuerung geben. Zukünftige Studien sollten die psychometrischen Eigenschaften und die Anwendbarkeit vorhandener Messverfahren im Rahmen des besonderen Heilverfahrens der gesetzlichen Unfallversicherung adressieren.

Optimierung der berufsgenossenschaftlichen stationären Weiterbehandlung (BGSW) nach schweren Verletzungen der unteren Extremitäten durch systematischen Einsatz von Assessmentinstrumenten

Müller, W.-D. (1), Lohsträter, A. (2), Kropf, U. (1), Smolenski, U.C. (3), Bak, P. (3)

(1) m&i Fachklinik Bad Liebenstein, (2) Verwaltungs-Berufsgenossenschaft, Bezirksverwaltung Erfurt, (3) Institut für Physiotherapie, Universitätsklinikum Jena

Hintergrund und Zweck der Untersuchung

Wirksamkeit, Effizienz und Kosteneffektivität der stationären Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen und Verletzungen sind bislang noch unzureichend wissenschaftlich nachgewiesen bzw. werden in der Literatur kontrovers diskutiert. (Hüppe et al., 2005; Bitzer et al., 2001; Haaf, 2005).

Ziel unserer Arbeitsgruppe war es, ein System zu entwickeln, welches auf der Basis eines multidimensionalen Reha-Assessments eine Steuerung sowie eine kontinuierliche Optimierung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität des Reha-Verfahrens anhand der Assessmentergebnisse kurzfristig ermöglicht.

Methodik

In einer prospektiven Fallkontrollstudie wurden während des Zeitraumes von September 2002 bis Oktober 2007 486 von 493 konsekutiven Patienten der VBG, die nach schweren Verletzungen der unteren Extremitäten eine BGSW absolvierten, untersucht. Im Rahmen der BGSW wurde ein multimodales komplexes Rehabilitationsprogramm durchgeführt. Im Studienverlauf wurde die Verfahrensprozedur auf der Grundlage der im Reha-Assessment ermittelten Ergebnisse systematisch weiterentwickelt, wobei sich insgesamt 3 Optimierungsstufen abzeichneten.

Optimierungsstufe I (Gruppe 1, n=111): herkömmliches BGSW-Verfahren mit "klassischer" Fallsteuerung der VBG.

Optimierungsstufe II (Gruppe 2, n=101): zusätzlich "online"-Auswertung des Reha-Assessments und Nutzung zur Reha-Steuerung, Fallkonferenz.

Optimierungsstufe III (Gruppe 3, n=274): zusätzlich Steuerung der Reha unter Nutzung eines Assessment-Auswertungsalgorithmus, arbeitsplatzbezogener Profilvergleich, FCE-gestütztes Workhardening und Workconditioning, Nachbehandlungsmanagement, jährliches Review.

Zielparameter waren der allgemeine Gesundheitszustand (SF-36), der krankheitsspezifische Gesundheitszustand (WOMAC) sowie die Lebensqualität (EQ-5D) bei Aufnahme in die BGSW-Klinik (T 1), bei Entlassung (T 2 nach 21 Tagen sowie T 2a nach Verlängerung) und 6 Monate nach Entlassung (T 3). 297 Patienten konnten bisher 6 Monate nach Entlassung postalisch nachbefragt werden, von denen 259 antworteten.

Im Rahmen einer jährlichen Effizienzanalyse (jährliches Review) wurden alle rehabilitationsrelevanten medizinischen und ökonomischen Daten parallel zu den Ergebnissen des Rehabilitations-Assessments in direkter Zusammenarbeit zwischen der VBG und der Rehaklinik erfasst und ausgewertet (Lohsträter et al., 2007). Das Review wurde im Studienverlauf 2 mal durchgeführt, wobei 234 Fälle der Jahre 2004/2005 und 164 Fälle des Jahres 2006 analysiert worden sind.

Ergebnisse

Durch die Reha-Interventionen konnten im Hinblick auf die allgemeine und spezifische Gesundheit sowie die Lebensqualität große positive Effekte generiert werden. Entscheidende Effekte wurden im Bereich der physischen Parameter mit hohen bis sehr hohen Effektstärken erzielt. Die schrittweise erarbeiteten Optimierungsstufen des Reha-Prozesses bildeten sich in den unterschiedlichen Assessmentergebnissen der 3 Gruppen deutlich ab.

Die größten Effektstärken wurden sowohl während der BGSW als auch im Gesamtbeobachtungszeitraum durch Gruppe 3 (entspr. höchster Optimierungsstufe) in allen gemessenen Bereichen nachgewiesen.

Im Ergebnis des Reviews 2004/2005 wurde von 57 % der Patienten die Arbeitsfähigkeit im prognostizierten Zeitraum erreicht. Im zweiten Review 2006 verbesserte sich dieser Prozentsatz auf 75 %.

Diskussion

Die Änderungssensitivität der eingesetzten Assessmentinstrumente war insbesondere mit Blick auf die relativ kurzen Zeitabstände zwischen den Messpunkten T1 und T2 (bzw. T2a) während der BGSW, sehr gut und entsprach den Ergebnissen früherer eigener Studien (Müller et al., 2006).

Entscheidenden Einfluss auf die durchweg besten Reha-Ergebnisse in der dritten Optimierungsstufe hatten u.a. folgende Faktoren:

1. Praxiserfahrung aus Optimierungsstufe 1 und 2
2. Weiterentwicklung des Instrumentes der Fallkonferenz
3. arbeitsplatzbezogene Verfahrensorientierung

Die Auswertungen im Rahmen der Reviews brachten den Beweis, dass assessmentbasierte Optimierungszyklen in kurzer Zeit richtungsweisende Ergebnisverbesserungen hinsichtlich Wiedereingliederung der Rehabilitanden in den Arbeitsprozess bewirken können. Sie halfen zudem, Verfahrensmängel und -schwachpunkte detailliert aufzudecken.

Schlussfolgerungen

Das vorgestellte System der assessmentgesteuerten Rehabilitation von Unfallverletzten hat sich in der Praxis bewährt. Die Ergebnisse zeigen, dass eine permanente Prozessoptimierung in der Rehabilitation sinnvoll und ergebnisorientiert notwendig ist.

Das System kann Grundlagen für zukünftige Effizienzanalysen von Rehabilitationsprozessen liefern und ist als Benchmarking-Instrument geeignet. Weiterführende Untersuchungen müssen zeigen, inwiefern die Erkenntnisse der vorliegenden Untersuchung auf andere Patientengruppen bzw. Verletzungsarten übertragbar sind.

Literatur

Bitzer, E.M., Dorning, H., Schwartz, F.W. (2001): Effekte der Rehabilitation nach Hüftgelenkoperationen auf indikationsspezifische Beschwerden und Funktionseinschränkungen. Die Rehabilitation, 40 (1). 43-49.

Haaf, H.G. (2005): Ergebnisse der Wirksamkeit der Rehabilitation. Die Rehabilitation, 44. e1-e20.

Hüppe, A., Raspe, H. (2005): Die Wirksamkeit stationärer medizinischer Rehabilitation in Deutschland bei chronischen Rückenschmerzen: Aktualisierung und methodenkritische Diskussion. Die Rehabilitation, 44. 24-33

Lohsträter, A., Froese, E., Haider, E., Müller, W.D., Bak, P., Kohlmann, T., Ekkernkamp, A. (2007): Der Einsatz von Assessmentverfahren in der Rehabilitation von Unfallverletzten. Gesundheitswesen, 69. 45-49.

Müller, W.D., Arndt, K., Bocker, B., Bak, P., Smolenski, U.C. (2006): Kurzfristige Effekte der stationären Rehabilitation bei Patienten nach Hüft- und Knie-TEP-Implantation. Phys Med Rehab Kuror, 16 (3). 144-148.

Verzahnung zwischen medizinischer Rehabilitation und beruflicher Reintegration bei Beschäftigten eines Bergwerkbetriebes mit Rückenschmerzen - Implementierung eines optimierten Reha-Konzeptes

Müller, W.-D. (1), Knufinke, R. (2), Kleinhans, W. (3), Smolenski, U.C. (4), Bak, P. (4)

(1) m&i Fachklinik Bad Liebenstein,

(2) Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See,

(3) K+S KALI GmbH, Werk Werra, (4) Institut für Physiotherapie, Universitätsklinikum Jena

Hintergrund und Zweck der Untersuchung

Ein zentraler sozialmedizinischer Aspekt der Rehabilitation ist die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Berufs- und Erwerbsfähigkeit der Rehabilitanden. Das Gelingen dieses Auftrages kann im gegliederten Sozialsystem nur durch ein exakt strukturiertes kooperatives Zusammenwirken aller am Reha-Prozess beteiligten Partner erreicht werden.

Im Rahmen einer früheren Studie wurde in Zusammenarbeit mit Industriebetrieben und der DRV Mitteldeutschland über ergebnisorientierte Optimierungsschritte ein integriertes Rehabilitations- und berufliches Integrationskonzept entwickelt und in der Praxis erfolgreich erprobt (Müller et al., 2005; Müller et al., 2006).

Zweck der Untersuchung war es, dieses erfolgreiche Konzept auf weitere Industriebetriebe zu übertragen, wobei es hier unter den spezifischen Bedingungen eines Bergwerkunternehmens hinsichtlich seiner Wirksamkeit untersucht worden ist.

Methodik

Im Rahmen einer aktuell noch laufenden prospektiven Fallkontrollstudie wurden in der Zeit von 01/06 bis 04/08 106 Mitarbeiter eines Bergwerkbetriebes (104 Männer, 2 Frauen, Durchschnittsalter 46,9; SD: 7,2 Jahre) mit gefährdeter Erwerbsfähigkeit wegen rezidivierenden Rückenschmerzen zu einer durchschnittlich 3-wöchigen stationären Rehabilitationsbehandlung unter Trägerschaft der DRV Knappschaft-Bahn-See mit gestrafftem Antragsverfahren eingewiesen. Vor Beginn der Reha erfolgte die Ermittlung des Arbeitsplatzanforderungsprofiles nach IMBA durch den Betrieb. Zum Reha-Beginn wurde das AP-Anforderungsprofil mit dem Patientenfähigkeitsprofil mittels EFL-Screening und IMBA verglichen und das Reha-Interventionsprogramm auf die spezifischen Anforderungen des arbeitsbezogenen Leistungsvermögens abgestimmt. Das Rehabilitationsprogramm beinhaltete Elemente der Bewegungstherapie, Ergotherapie, Physiotherapie sowie psychologische und schmerztherapeutische Interventionen. Am Reha-Ende erfolgte im Rahmen einer regelhaften Fallkonferenz unter Beteiligung des Betriebes die nahtlose Wiedereingliederung des Rehabilitanden in den Arbeitsprozess mit allen notwendigen Begleitmaßnahmen (z. B. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, ambulante Therapie). Den Patienten wurden SF-36, EQ-5D und FFbHR am Anfang (T 1), am Ende (T 2) der Rehamaßnahme und 6 Monate nach der Entlassung (T 3) vorgelegt.

Ergebnisse

Von den eingeschlossenen 106 Patienten standen zum Zeitpunkt T 2 noch 104 zur Verfügung. Zum Zeitpunkt T 3 konnten bereits 82 Patienten postalisch nachbefragt werden, von denen 54 Patienten antworteten (65,8 %). Longitudinale Effekte wurden geprüft und mit den

Stichproben aus früheren Studien verglichen. Seitens des Betriebes wurden die Arbeitsunfähigkeitszeiten (orthopädische Leiden betreffend) aller eingeschlossenen Patienten 1 Jahr vor und 1 Jahr nach der stationären Rehabilitationsbehandlung ermittelt.

Die Ergebnisse des Eingangsassessments zeigten einen komplexen Reha-Bedarf bei der gesamten Stichprobe auf. Im allgemeinen Gesundheitszustand (SF-36) zeigten sich während des Reha-Verfahrens im Bereich der körperlichen Skalen mittlere bis große Effektstärken; im Bereich der mentalen Skalen mittlere Effektstärken. Die Verbesserungen konnten nach der stationären Phase weiter ausgebaut werden, so dass über den Gesamtbetrachtungszeitraum alle Skalen hohe Effektstärken auswiesen.

Im spezifischen Gesundheitszustand (FFbHR) waren während des Reha-Verfahrens sehr hohe Effektstärken nachweisbar, die sich in der Nachbehandlungsphase weiter verstärkten.

Ebenso konnten bei der Lebensqualität (EQ-5D) während der Reha hohe Effektstärken gemessen werden, die ebenfalls nach der stationären Phase ausgebaut worden sind.

Die Arbeitsunfähigkeitszeiten konnten im Jahr nach der stationären Reha im Vergleich zum Jahr davor um knapp 80 % gesenkt werden.

Diskussion

Die Auswahl der Rehabilitanden war aufgrund des komplexen Reha-Bedarfs bei gutem Reha-Potential adäquat. Die stationäre Rehabilitation zeigte messbare positive und nachhaltige Effekte, die sich im deutlichen Rückgang der Arbeitsunfähigkeitszeiten der Rehabilitanden nach stattgehabter Reha widerspiegelten. Die gemessenen Effekte sind vergleichbar mit denen von Kollektiven aus anderen Industriebetrieben, welche mit analogen Reha-Konzepten behandelt wurden (Müller et al., 2006).

Die Effektstärken sind deutlich größer als diejenigen, welche im Rahmen einer Multizenterstudie der Gesetzlichen Rentenversicherung bei orthopädischen Reha-Patienten während "klassischer" stationärer Reha-Verfahren gemessen wurden (Igl et al., 2006).

Schlussfolgerungen

Das im Zuge systematischer und assessmentgestützter Optimierungsschritte entwickelte Reha-Konzept konnte erfolgreich auf die spezifischen Bedingungen eines Bergwerkbetriebes übertragen werden. Die Nutzung der Assessmentergebnisse zur Reha-Steuerung und zur weiteren Optimierung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der stationären Rehabilitation sowie die Analyse der ökonomischen Effekte sind notwendig. Zukünftige Studien müssen zeigen, ob die Erkenntnisse der vorliegenden Untersuchung auf andere Patientengruppen bzw. Krankheitsbilder übertragbar sind.

Literatur

Igl, W. et al. (2006): Änderungssensitivität von generischen Patientenfragebogen - Ergebnisse einer verbundübergreifenden Reanalyse. Phys Med Rehab Kuror, 16. 69-81.Müller, W.D., Bak, P., Maier, V., Lohsträter, A., Smolenski, U.C. (2005): Ergebnisorientierte Optimierung der Rehabilitationskonzepte bei berufstätigen Patienten mit rezidivierenden Rückenschmerzen - eine kontrollierte klinische Studie. DRV-Schriften, Bd 59. 258-259.

Müller, W.D., Maier, V., Bak, P., Smolenski, U.C. (2006): Verzahnung zwischen medizinischer Rehabilitation und beruflicher Reintegration bei Beschäftigten der Automobilindustrie mit Rücken- und Gelenkschmerzen. Phys Med Rehab Kuror, 16. 149-154.

Assessmentgesteuerte ergebnisorientierte Optimierung von Effekten der Berufsgenossenschaftlichen Stationären Weiterbehandlung (BGSW) in der Rehabilitation von Unfallverletzten - eine multizentrische Studie

Bak, P. (1), Müller, W.-D. (2), Lohsträter, A. (3), Froese, E. (3), Smolenski, U.C. (1)

(1) Institut für Physiotherapie, Universitätsklinikum Jena, (2) m&i Fachklinik Bad Liebenstein, (3) Verwaltungs-Berufsgenossenschaft, Hamburg

Hintergrund

Die Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung (BGSW) ist eine standardisierte Rehabilitationsform nach schweren Unfällen im Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Unfallversicherung. Es gibt in der Literatur punktuelle Hinweise darauf, dass sich medizinische und ökonomische Effekte der Rehabilitation nach Unfällen durch Implementierung von assessmentgestützten Qualitätsmanagement-Systemen verbessern lassen (Lohsträter et al., 2007). Diese Daten beziehen sich aber überwiegend auf einzelne Kliniken oder Verletzungsarten.

Ziel der Untersuchung war es, die Effekte der BGSW in mehreren mit der Verwaltungs-BG (VBG) vernetzten Reha-Kliniken über das Jahr 2006 zu erfassen. Anschließend wurden in einem gemeinsamen Workshop die Ergebnisse besprochen und Algorithmen zur Steuerung des Heilverfahrens mit Hilfe der Assesmentinstrumenten erarbeitet. Im darauf folgenden Jahr (2007) wurden diese Algorithmen in den Kliniken implementiert und die Effekte der BGSW mit denen des Vorjahres verglichen.

Methodik

Vertreter der mit der VBG vernetzten Reha-Kliniken wurden in einem Workshop über den Einsatz von patienten-zentrierten Assessmentinstrumenten in der Rehabilitation Unfallverletzter informiert. Allen VBG-Versicherten wurden SF-36 und EQ-5D sowie, je nach Verletzungsart, regionalspezifische Instrumente (WOMAC, DASH, FFbH) am Rehabeginn (T1), Rehaende (T2) und 6 Monate danach (T3) vorgelegt. SF-36 wurde alters- und geschlechtsadjustiert sowie auf eine 50-10 Skala transformiert. Die übrigen Instrumente wurden gleichgerichtet und auf eine 0-100 Skala linear transformiert. Für alle Messdimensionen wurden Effektstärken (ES) berechnet.

Im nachfolgenden Jahr wurden die Fragebögen zentral ausgewertet und die Ergebnisse innerhalb von 24 Stunden an die jeweilige Klinik übermittelt. Diese Ergebnisse wurden mittels festgelegten Algorithmen bei der inhaltlichen und prozessualen Steuerung des Heilverfahrens eingesetzt.

Ergebnisse

Es wurden im Jahr 2006 561 Rehabilitanden aus 22 bundesweit verteilten Kliniken im durchschnittlichen Alter von 45,7 J. (SD: 12,6) eingeschlossen. 54 (9,6 %) erlitten Mehrfachverletzungen und 507 Monoverletzungen. 323 (63,7 %) der Patienten erlitten Verletzungen der unteren, 126 (19,1 %) der oberen Extremitäten und 109 (17,2 %) Verletzungen der Wirbelsäule. 557 Patienten (99,3 %) konnten zu T2 und 359 Patienten (64,0 %) zu T3 nachuntersucht werden. Alle Rehabilitanden absolvierten ein multidisziplinäres stationäres Rehabilitationsprogramm. Die durchschnittliche Verweildauer betrug 31,6 (SD: 6,7) Tage.

In den physischen Subskalen von SF-36 und dem PCS zeigten sich überwiegend moderate Effekte zwischen T1 und T2 sowie überwiegend große Effekte zwischen T1 und T3. Die Effekte in den mentalen Subskalen und dem MCS waren deutlich geringer. In beiden Dimensionen von EQ-5D zeigten sich überwiegend moderate und nachhaltige Effekte. Die regional-spezifischen Instrumente zeigten überwiegend große Effekte bereits zwischen T1 und T2. Diese konnten dann weiter ausgebaut werden. Es wurden erhebliche Differenzen in den Effekten zwischen den einzelnen Kliniken festgestellt werden.

Im Jahre 2007 wurden 659 Patienten aus 24 Kliniken rekrutiert. Die Altersstruktur, die Geschlechtsverteilung und die regionale Verteilung der Verletzungsmuster unterschieden sich nicht signifikant von den Parametern der Vorjahresstichprobe. Lediglich der Anteil der Mehrfachverletzten stieg signifikant auf 14,5 %. Die mittlere Verweildauer verkürzte sich tendenziell auf 30,1 (SD: 5,2) Tage.

Die beobachteten Effekte waren in allen Messparametern deutlich höher. Im PCS zeigten sich bereits zwischen T1 und T2 überwiegend große und im MCS überwiegend moderate Effektstärken. Die Effektstärken im EQ-5D waren nur tendenziell verbessert. In den regional-spezifischen Messparametern zeigten sich durchweg große Effekte zwischen T1 und T2. Alle Effekte konnten im weiteren Verlauf noch mal signifikant verbessert werden. Die Variabilität der Ergebnisse zwischen den Kliniken konnte deutlich reduziert werden.

Diskussion

Große Erhebungen, welche auch patienten-zentrierte Outcomeinstrumente in der Rehabilitation Unfallverletzter beinhalten, sind rar. Erwartungsgemäß waren die bereits in der ersten Stichprobe beobachteten Effekte deutlich größer als die bei den DRV-Patienten in der orthopädischen Rehabilitation beschriebenen (Igl et al., 2006). Vergleichbare Effekte wurden bei der Rehabilitation nach schweren Verletzungen der unteren Extremitäten (Kropf et al., 2006) und nach distalen Radiusfrakturen beobachtet (Lohsträter, 2007). Die deutlichen Unterschiede in den Effektstärken zwischen den Kliniken sind in erster Linie auf die eklatant unterschiedlichen Patientenzahlen zurückzuführen. Dennoch muss auch die daraus resultierende Erfahrung in der Rehabilitation Unfallverletzter diskutiert werden. Durch Erfahrungsaustausch und Implementierung der strukturierten Algorithmen konnte diese Variabilität verringert werden. Der Einsatz von Assessmentinstrumenten zur Steuerung des Heilverfahrens hat zur Verbesserung der Effekte geführt. Neben den Reha-Managementaspekten sind eine gezielte Auseinandersetzung der Rehabilitanden und der Ärzte mit den rehabilitationsrelevanten Domänen der Funktionalen Gesundheit und Lebensqualität sowie die strukturierte Kommunikation zwischen den am Rehaprozess Beteiligten zu diskutieren.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Alle der verwendeten Messinstrumente erwiesen sich als ausreichend sensitiv. Das daraus modular aufgebaute Parametersystem erwies sich als Indikator der Ergebnisqualität praktikabel und als Qualitätsmanagementinstrument als wirksam. Der Einfluss der einzelnen Faktoren auf das Gesamtergebnis der Rehabilitation nach Unfallverletzungen soll, inklusive der ökonomischen Modellierung, in einer bereits angelaufenen Studie detailliert untersucht werden. In der laufenden Studie sollen neu rekrutierte Kliniken die Daten vorerst nur erheben, um eine parallele Vergleichsstichprobe auswerten zu können und die formale Güte des Studiendesigns zu verbessern. Dennoch werden sich pragmatische Studien zur Verbesserung

der klinischen Praxis (clinical practice improvement) in der Rehabilitation, vor allem jene mit sequenziellem Design, neben der RCTs zunehmend behaupten.

Literatur

Igl, W., Zwingmann, Ch., Faller, H., Beutel, M., Beyer, W., Bischoff, C., Fritschka, E., Gustson, D., Hillert, A., Knickenberg, R., Kuhn, A., Kulick, B., Lamprecht, F., Nübling, R., Rief, W., Schmidt, J., Schmitz, B., Vauth, R., Vogel, H., Wagner, R., Wallesch, C.W., Wittmann, M. (2006): Änderungssensitivität von generischen Patientenfragebogen - Ergebnisse einer verbundübergreifenden Reanalyse. Phys Med Rehab Kuror, 16 (2). 69-81.

Kropf, U., Müller, W.D., Lohsträter, A., Bak, P., Smolenski, U.C. (2006): Effizienz und Kosteneffektivität der Berufsgenossenschaftlichen Stationären Weiterbehandlung (BGSW) nach Verletzungen der Wirbelsäule und der unteren Extremität. Phys Med Rehab Kuror 16 (2). 69-81.

Lohsträter, A. (2007): Unterscheidet sich eine Gruppe von Patienten nach distaler Radiusfraktur mit Handreha-Management von einer Gruppe von Patienten nach distaler Radiusfraktur ohne Handreha-Management hinsichtlich definierter Zielparameter? Dissertation Medizinische Fakultät, Universität Greifswald.

Lohsträter, A., Froese, E., Haider, E., Müller, W.D., Bak, P., Kohlmann, T., Ekkernkamp, A. (2007): Der Einsatz von Assessmentverfahren in der Rehabilitation von Unfallverletzten. Gesundheitswesen, 69 (1). 45-49.

Beschäftigung, Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit im 2-Jahresverlauf nach medizinischer Rehabilitation 2004 - Neue Ergebnisse aus der Reha-Statistik-Datenbasis

Buschmann-Steinhage, R., Zollmann, P.
Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Hintergrund

Seit den 1990er Jahren nutzt die Rentenversicherung systematisch ihre prozessproduzierten Daten, um Aussagen über den Erfolg der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu treffen. Im Sozialmedizinischen Verlauf wird der Frage nachgegangen, zu welchem Anteil Rehabilitanden nach der Rehabilitationsleistung aus dem Erwerbsleben ausscheiden (in Erwerbsminderungs- oder Altersrente bzw. Tod) und zu welchem Anteil Rehabilitanden im Erwerbsleben verbleiben (und ob dabei lückenlose oder lückenhafte Beiträge an die Rentenversicherung entrichtet werden). Während sich für Männer und Frauen nur geringe Unterschiede im sozialmedizinischen Verlauf im Zeitraum von zwei Jahren nach der Rehabilitation zeigen, ergeben sich deutliche Differenzen zwischen ausgewählten Maßnahme- und Verfahrensarten (Allgemeines Antragsverfahren, AHB-Verfahren, Ca-Verfahren, Entwöhnungsbehandlungen) sowie nach Diagnosengruppen (z. B. Bewegungsorgane, Kreislaufsystem). Bislang wurde nur in wenigen Untersuchungen der Frage nachgegangen, ob die Beiträge aufgrund von versicherungspflichtiger Beschäftigung, Arbeitslosigkeit oder aber Kranken- bzw. Übergangsgeld geleistet wurden. Da die Rehabilitation der Rentenversicherung letztlich auf die Wieder-(Aufnahme) der Beschäftigung zielt, wird in diesem Beitrag die Art der Beiträge näher betrachtet.

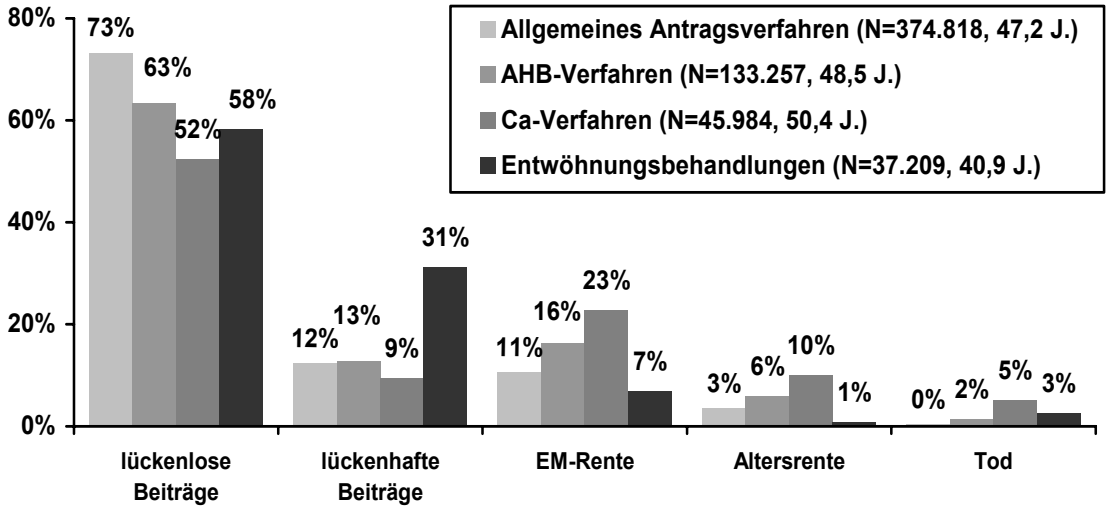
Methodik

Grundlage der deskriptiv-statistischen Analysen bildet die Reha-Statistik-Datenbasis (RSD), die Verlaufsauswertungen über einen Zeitraum von acht Jahren gestattet. In ihr sind personenbezogene Daten über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, über Renten und Beitragszeiten sowie soziodemografische Angaben enthalten. Die aktuelle RSD umfasst den Zeitraum von 1999 bis 2006. Alle pflichtversicherten Rehabilitanden mit medizinischer Rehabilitation im Jahr 2004 wurden bis zwei Jahre nach Ende der Leistung beobachtet. Zur Berücksichtigung der Gender-Perspektive wurden zudem getrennte Analysen für Männer und Frauen durchgeführt.

Ergebnisse

Die Ergebnisse zum sozialmedizinischen Verlauf nach medizinischer Rehabilitation sind seit Jahren relativ stabil: Ca. 70 % aller Rehabilitanden weisen in den zwei Jahren nach Ende der Leistung lückenlose Beitragszahlungen auf und 14 % lückenhafte Beitragszahlungen. Aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind 12 % in Erwerbsminderungsrente, 4 % in Altersrente. Etwa 1 % der Rehabilitanden ist aus dem Erwerbsleben heraus verstorben.

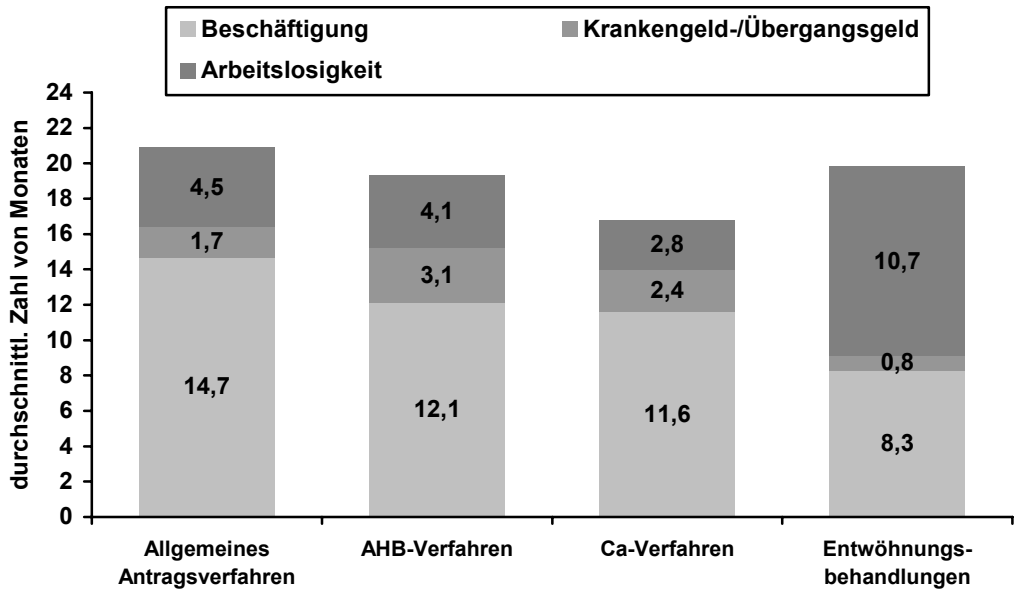
Die Unterschiede nach ausgewählten Verfahrensarten (keine disjunkten Gruppen) sind in der Abbildung 1 wiedergegeben. Besonders hervorzuheben ist der Anteil von Rehabilitanden mit lückenhaften Betragszahlungen (31 %) bei den Entwöhnungsbehandlungen. Allerdings gehen diese Rehabilitanden auch zu einem geringeren Anteil in Erwerbsminderungs- (7 %) oder Altersrente (1 %) als Rehabilitanden anderer Verfahrensarten. Sie sind mit 41 Jahren auch deutlich jünger. Am ältesten sind mit 50 Jahren die Rehabilitanden mit Krebserkrankungen (Ca-Verfahren), die entsprechend auch zu höheren Anteilen aus dem Erwerbsleben ausscheiden (23 % EM-Rente, 10 % Altersrente).



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD), Erhebungsjahr 2007, Berichtszeitraum 1999-2006

Abb. 1: Sozialmedizinischer Verlauf von pflichtversicherten Rehabilitanden zwei Jahre nach medizinischer Rehabilitation im Jahr 2004 nach ausgewählten Verfahrensarten

Im Hinblick auf Beschäftigung, Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit zeigen sich für die Rehabilitanden des Jahres 2004 folgende Ergebnisse: Von insgesamt 24 möglichen Beitragsmonaten werden durchschnittlich 20,3 Beitragsmonate verbucht, d. h. der Rentenversicherung gehen durch das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben im Schnitt 3,7 Beitragsmonate verloren. Der weit überwiegende Anteil der erzielten Beitragsmonate ist mit Beiträgen aus versicherungspflichtiger Beschäftigung (13,6) belegt. Es folgen mit 4,7 Monaten die Beitragseinnahmen aufgrund von Arbeitslosigkeit und nur 2,0 Monate resultieren aus (längerer) Arbeitsunfähigkeit (Kranken-/Übergangsgeld). Die Unterschiede zwischen den Verfahrensarten sind auch bei der Art der Beiträge beträchtlich (siehe Abbildung 2).



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD), Erhebungsjahr 2007, Berichtszeitraum 1999-2006

Abb. 2: Mittlere Anzahl von Monatsbeiträgen pflichtversicherter Rehabilitanden zwei Jahre nach medizinischer Rehabilitation im Jahr 2004 nach Beitragsarten und ausgewählten Verfahrensarten

Die meisten Beitragsmonate aufgrund von Beschäftigung werden im Allgemeinen Antragsverfahren, die geringsten bei Entwöhnungsbehandlungen erzielt. Dort übersteigt die Anzahl der Beiträge aus Arbeitslosigkeit sogar leicht die durchschnittliche Zahl von Beiträgen aus Beschäftigung. Da Rehabilitanden im Ca-Verfahren zu einem hohen Anteil aus dem Erwerbsleben ausscheiden, liegt hier die Zahl der Monatsbeiträge insgesamt niedriger als bei den anderen Verfahrensarten. Im AHB-Verfahren resultieren vergleichsweise viele Beitragsmonate aus Krankengeld-/Übergangsgeldbezug. Diese Beitragsmonate konzentrieren sich insbesondere auf die Zeit unmittelbar im Anschluss an die Reha-Leistung, da nicht alle Rehabilitanden arbeitsfähig entlassen werden.

Die Anzahl der Beitragsmonate aus Beschäftigung schwankt bei den somatischen Diagnosengruppen zwischen 11,6 Monaten bei Neubildungen und 17,2 Monaten bei Hautkrankheiten. Bei Erkrankungen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes stammen im Durchschnitt 15,1 Monatsbeiträge aus versicherungspflichtiger Beschäftigung.

Aus den geschlechtsspezifischen Auswertungen lassen sich nur wenige Besonderheiten erkennen: Frauen erzielen etwas mehr Beitragsmonate aus Beschäftigung als Männer (F: 14,0, M: 13,3); dafür liegt die Anzahl der Monate wg. Kranken-/Übergangsgeldbezug (F: 1,9; M: 2,1) und wg. Arbeitslosigkeit (F: 4,3; M:5,1) bei Frauen niedriger. Die größten Unterschiede zwischen Männern und Frauen gibt es in der jüngsten Altersgruppe bis 29 Jahre. Hier beträgt die Differenz der Beitragsmonate aufgrund von Beschäftigung 2 Monate zugunsten der Frauen. Entsprechend liegen die Beitragsmonate für Krankengeld-/Übergangsgeldbezug und vor allem für Arbeitslosigkeit bei Frauen in dieser Altersgruppe niedriger.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Der differenziertere Blick auf die Art der Beiträge im Zwei-Jahres-Verlauf nach medizinischer Rehabilitation lohnt sich. Aussagen über die Rückkehr in die Beschäftigung, über Zeiten von (längerer) Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit sind für die Rentenversicherung von großer Bedeutung. Sie können Hinweise auf die Problemlagen von unterschiedlichen Rehabilitandengruppen geben. Zwar weist beispielsweise auch der Sozialmedizinische Verlauf mit einem beträchtlichen Anteil an lückenhaften Beitragsverläufen auf Problemgruppen in der Suchtrehabilitation hin. Die zum Teil prekären Beschäftigungsverhältnisse kommen aber noch deutlicher zum Ausdruck, wenn die Beitragsart mit berücksichtigt wird.

Literatur

Buschmann-Steinhage, R., Zollmann, P. (2008): Zur Effektivität der medizinischen Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit. Suchttherapie, 9. 63-69.

Henkel, D., Grünbeck, P. (2005): Entwicklung der Arbeitslosenquote in der Suchtrehabilitation und Verlauf der beruflichen Integration Alkoholabhängiger vor und nach der Rehabilitation. Suchttherapie, 6. 155-164.

Klosterhuis, H., Zollmann, P., Grünbeck, P. (2004): Verlaufsorientierte Auswertungen zur Rehabilitation - aktuelle Ergebnisse aus der Reha-Statistik-Datenbasis. Deutsche Rentenversicherung, Heft 5. 287-296.

Zollmann, P., Schliehe, F. (2003): Rehabilitation und Wiedereingliederung im demographischen Wandel. In: Badura, B., Schellschmidt, H., Vetter, C. (Hrsg.): Fehlzeitenreport 2002, Demographischer Wandel: Herausforderungen für die betriebliche Personal- und Gesundheitspolitik, Berlin - Heidelberg - New York: Springer-Verlag. 118-199.

"Reha vor Rente": Inanspruchnahme bei Menschen mit Rheuma

Kalwa, M., Irle, H.

Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Hintergrund und Fragestellung

Die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung hat die Aufgabe, die Erwerbsfähigkeit des Versicherten weitmöglichst zu verbessern bzw. wiederherzustellen. Daher ist es geboten, vor einer etwaigen Frühberentung alle rehabilitativen Möglichkeiten auszuschöpfen. Nun kann jedoch die Erkrankung so schwer wiegend sein, dass eine Rehabilitationsleistung nicht erfolgversprechend ist und der Reha-Antrag des Versicherten nach § 116 Abs. 2 SGB VI in einen Rentenantrag umgedeutet werden muss. Es ist beschrieben worden, dass dieser Anteil je nach Diagnosegruppe unterschiedlich hoch ist (Klosterhuis et al., 2001). Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, dies beispielhaft für ein spezifisches Kollektiv, nämlich Versicherte mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen zu überprüfen. Diese Patientengruppe wurde gewählt, da aktuell die Kommission Versorgung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie in ihrem Memorandum "Rheumatologische Versorgung von akut und chronisch Rheumakranken in Deutschland" das Ausmaß der rehabilitativen Versorgung

von Patient(inn)en mit entzündlichen Erkrankungen des Bewegungsapparates problematisiert.

Methodik

Als Datengrundlagen dienen die Statistiken der Deutschen Rentenversicherung aus den Jahren 2003 bis 2007. Für die Diagnosegruppen M05-M14 (Entzündliche Polyarthropathien) und M30-M39 (Systemkrankheiten des Bindegewebes) werden Zahlenreihen aus den Bereichen Reha-Antragsverfahren und Erwerbsminderungsrentenzugänge ausgewertet und mit anderen Diagnosegruppen verglichen.

Ergebnisse und Diskussion

Die Rheumatiker stellen nur einen geringen Anteil des Klientels der Deutschen Rentenversicherung: 2007 wurden von insgesamt etwas mehr als 770.000 Leistungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation nur 6.177 bei den Erstdiagnosen M05-M14 sowie 1.732 bei den Diagnosen M30-M36 durchgeführt. Im selben Jahr entfielen 2,25 % aller Erwerbsminderungsrenten auf die Diagnosen M05-M14 und 0,88 % auf die Diagnosen M30-M36.

Zieht man die Zahlen über diejenigen Versicherten heran, die in den letzten fünf Jahren vor dem Rentenzugang wegen Erwerbsminderung an einer stationären medizinischen Rehabilitation teilgenommen haben, zeigt sich, dass deren Anteil 2007 bei den Diagnosen M05-M14 54,67 % und bei den Diagnosen M30-M36 49,77 % betrug. Die bereits 1996 veröffentlichten Angaben (Mau et al., 1996) spiegeln sich also auch in den letzten 5 Jahren wider. Wichtig ist jedoch, diese Zahlen im Vergleich zu anderen Indikationsgruppen zu betrachten: lediglich die muskuloskelettalen Erkrankungen insgesamt weisen mit 55,38 % Rehabilitationsleistungen vor der Frühberentung einen höheren Anteil auf; alle anderen Indikationsgruppen liegen zwischen 37,26 % (Krankheiten des Verdauungssystems) und 48,58 % (Krankheiten des Gefäßsystems). Daten über diagnosebezogene Ablehnungsquoten von Reha-Anträgen existieren nicht, allerdings lassen sich durch Betrachtung der Quoten von Reha-Anträgen, die in Rentenanträge umgedeutet werden mussten, indirekte Rückschlüsse ziehen. Hier liegen die rheumatischen Erkrankungen mit 25,17 % unter dem Durchschnitt - bei Neubildungen beziffert sich der Anteil bspw. auf 40,24 %. Es lässt sich also nicht belegen, dass Rheumatikern übermäßig häufig eine medizinische Rehabilitation vorenthalten wird.

Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass die sozialmedizinische Prognose nach abgeschlossener Rehabilitation bei diesem Patientenkollektiv deutlich ungünstiger ist als bei anderen chronischen Erkrankungen. 2007 wurden 20,58 % dieser Versicherten mit einem unter 3-stündigen Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt entlassen. Der Mittelwert über alle Indikationen hinweg liegt bei lediglich 14,66 %. Auch für die letzte Tätigkeit erreichen nur rund 68 % ein über 6-stündiges Leistungsvermögen gegenüber 78 % als Mittelwert. Lediglich die Gruppe der Krankheiten des Nervensystems weist ein noch ungünstigeres Profil auf.

Hinsichtlich der Altersverteilung bei Rentenbeginn lassen sich keine wesentlichen Unterschiede feststellen, tendenziell sind die Rheumatiker bei Beginn der Erwerbsminderungsrente mit durchschnittlich 51 Jahren (M05-M14) bzw. 48 Jahren (M30-M39) etwas jünger.

In den Jahren 2003 bis 2007 haben sich zu den genannten Aspekten keine wesentlichen Änderungen ergeben, allenfalls ist eine leichte Zunahme bei der Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen vor Frühberentung zu erkennen. Die Absolutzahl der Reha-Leistungen für Rheumatiker (M05-M14) hat sich 2007 auf 6.177 Leistungen (Vorjahr: 5.601) erhöht; dabei sind allerdings auch die allgemein angestiegenen Zahlen (Korsukéwitz, Rehfeld, 2008) zu berücksichtigen.

Schlussfolgerung und Ausblick

Zusammenfassend kann gezeigt werden, dass Menschen mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen in Bezug auf die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen gegenüber anderen chronisch Kranken nicht benachteiligt werden. Im Detail bestehen deutliche Unterschiede zu den übrigen Indikationsgruppen, die bei Beibehaltung des Antragsprinzips auch der Eigendynamik des Krankheits- und Behinderungsbildes geschuldet sein dürften. Dennoch besteht Handlungsbedarf, zumal der positive Effekt einer medizinischen Rehabilitation sowohl auf die Erkrankungsaktivität als auch auf die Lebensqualität der betroffenen Rheumakranken mehrfach nachgewiesen werden konnte (Ammer, 2003).

Literatur

Ammer, K. (2003): Konservative, nichtmedikamentöse Therapie bei Rheumatoidarthritis. Phys Rehab Kur Med; 13. 13-20.

Klosterhuis, H., Irle, H., Becker, E. (2001): "Reha vor Rente" - Anspruch oder Wirklichkeit? Zur Inanspruchnahme von Reha-Maßnahmen vor Frühberentung. DRV-Schriften, Bd 26. 62- 63.

Kommission Versorgung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (2008): Memorandum "Rheumatologische Versorgung von akut und chronisch Rheumakranken in Deutschland" www.dgrh.de/versorgung.html [letzter Aufruf 28.10.1008].

Korsukéwitz, C., Rehfeld, U. (2008): Rehabilitation und Erwerbsminderungsrenten - aktueller Stand und Entwicklungen. RVaktuell, 9. 274-284.

Mau, W., Bornmann, M., Weber, H., Weidemann, H.F. (1996): Defizite rehabilitativer Maßnahmen im Verlauf der frühen chronischen Polyarthritis. Z Rheumatol, 55. 223-229.

Migration und rehabilitative Versorgung in Deutschland - Versorgungsbedarf und subjektive Bedürfnisse türkischer und türkischstämmiger Migranten im System der medizinischen Rehabilitation

Schott, T., Reutin, B., Yilmaz, Y., Brause, M., Spallek, J., Razum, O.
Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld

Hintergrund

Der Anteil der in Deutschland lebenden Ausländer stieg in den letzten Jahrzehnten von 1,2 % (1961) auf rund 8,8 % (2004). Die größte Gruppe der Ausländer stammt aus der Türkei (26,3 %). Alle diese Menschen haben Anspruch auch auf die Sozialleistungen, die unsere Gesellschaft bietet. Wenig allerdings ist bisher bekannt, ob diese Angebote, an der deut-

schen Bevölkerung seit Jahrzehnten erfolgreich erprobt, in ihrer Wirksamkeit und Nachhaltigkeit auch Menschen mit einem Migrationshintergrund erreichen. Dies gilt auch für die Leistungen der Medizinischen Rehabilitation. Die Zahl der türkischstämmigen Rehabilitanden ist in den letzten Jahren bereits gestiegen und es ist zu erwarten, dass sie weiter steigen wird (Maier et al., 2008; Lampert et al., 2005). Demgegenüber stehen Barrieren durch mangelndes Wissen, psychosoziale oder ökonomische Probleme, sowie Schwierigkeiten sprachlicher oder kultureller Art. Sie erschweren die Inanspruchnahme medizinisch notwendiger Maßnahmen, begrenzen deren Wirksamkeit und führen möglicherweise zu dauerhaften Gesundheitsschäden und Kostensteigerungen im Gesundheitswesen. Türkische Migranten unterscheiden sich von der deutschstämmigen Bevölkerung nicht nur durch ihre nationale Herkunft. Sie sind beispielsweise häufiger Arbeiter und ihre Kinder erreichen seltener höhere Bildungsabschlüsse. Es ist hinlänglich belegt, dass solche sozialen Merkmale Einfluss auf die gesundheitliche Situation von Bevölkerungsgruppen und deren Versorgung haben (Tiesmeyer et al., 2007).

Studiendesign

In einer von der Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften NRW geförderten Studie wird auf Basis von Routinedaten der Deutschen Rentenversicherungen Rheinland und Westfalen überprüft, welchen Anteil die türkischen oder türkischstämmigen Rehabilitanden am Gesamtvolumen rehabilitativer Maßnahmen in den letzten Jahren hatten und wie erfolgreich diese Leistungen waren. Die Identifikation von Rehabilitanden türkischer Abstammung erfolgt durch die Anwendung eines sog. Namensalgorithmus (Razum et al., 2001). Hierbei werden Personen türkischer Abstammung sehr zuverlässig anhand ihres Vor- und Familiennamens identifiziert. Als zusätzliches Kriterium wird türkische Nationalität verwendet.

In einem zweiten Studienteil, einer qualitativen Untersuchung, werden mittels Experteninterviews und Fokusgruppen, Problemfelder aus Sicht der beteiligten Therapeuten und Rehabilitanden diskutiert. Es gilt, Möglichkeiten der Weiterentwicklung, aber auch bestehende Grenzen in der Rehabilitation von Personen mit türkischem Migrationshintergrund zu identifizieren.

Ergebnisse

Die Inanspruchnahme durch türkische Migranten stieg in den letzten Jahren auf über 5 % an. Bei türkischstämmigen Männern war ein Anstieg der Inanspruchnahme um fast 30 % zu verzeichnen. Allerdings war der Rehabilitationserfolg von türkischen Rehabilitanden, über fast alle Indikationsgebiete hinweg, geringer als der von Rehabilitanden ohne türkischen Migrationshintergrund (Maier, 2007; Maier et al., 2008).

Erste Ergebnisse der Expertenbefragung deuten darauf hin, dass Sprachbarrieren häufig die Kommunikation erschweren. Die eigentlichen Herausforderungen werden von den Experten jedoch in kulturellen Differenzen hinsichtlich Erwartungen, Krankheitsursachenzuschreibungen oder Bewältigungsstrategien gesehen.

Diskussion

Vor dem Hintergrund dieser Befunde stellt sich zunehmend die Frage, in welchen Aspekten die Versorgung von Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund deren spezifische Bedürfnisse berücksichtigen kann und welche Strategien erfolgreich erscheinen, auch weitere

soziale Merkmale, wie z. B. Bildung, Versicherungsstatus, Einkommen und Geschlecht (gender), mit einzubeziehen. Abschließend kann die Frage diskutiert werden, ob eine verstärkte Patientenorientierung und Individualisierung der Rehabilitation zu einer Steigerung von Wirksamkeit und Nachhaltigkeit beitragen könnte.

Literatur

Lampert, T., Saß, A.C., Häfelinger, M., Ziese, T. (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung - Robert Koch-Institut (Hrsg.) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Berlin: Saladruck.

Maier, C. (2007): The use and outcome of medical rehabilitation among rehabilitees of Turkish origin. Master' theses, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften.

Maier, C., Razum, O., Schott, T. (2008): Migration und rehabilitative Versorgung in Deutschland - Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation und Rehabilitationserfolg bei Personen mit türkischem Hintergrund. In: Muthny, F.A., Bermejo, I. (Hrsg.): Interkulturelle Medizin, Deutscher Ärzte Verlag.

Razum, O., Zeeb, H., Akgun, S. (2001): How useful is a name-based algorithm in health research among Turkish migrants in Germany? In: Tropical Medicine and International Health (6). 654-661.

Tiesmeyer, K., Brause, M., Lierse, M., Lukas-Nülle, M., Hehlmann, T. (Hrsg.) (2007): Der blinde Fleck. Ungleichheiten In der Gesundheitsversorgung, Bern: Huber.

Partizipationsstörungen und Rehabilitationsbedarf bei Patienten in der ambulanten primärärztlichen Versorgung

Muschalla, B. (1), Mielisch, S. (1), Lawall, C. (2), Lewerenz, M. (2), Linden, M. (1)

(1) Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité, Universitätsmedizin Berlin und dem Rehabilitationszentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund, Teltow, (2) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Hintergrund

Ärzte in der Primärversorgung spielen eine zentrale Rolle bei der Bestimmung von sozialen Teilhabestörungen, d. h. insbesondere Arbeitsunfähigkeit. Es stellt sich die Frage, in welcher Weise es bei den Patienten auch in außerberuflichen Partizipationsbereichen krankheitsbedingt zu Einschränkungen kommt. In dieser explorativen Studie wird untersucht, in welcher Weise Patienten in Praxen niedergelassener Allgemein- und Fachärzte krankheitsbedingte Teilhabestörungen erleben, und wie diese Beeinträchtigungen mit erlebten Arbeitsplatzproblemen und Arbeitsunfähigkeit zusammenhängen.

Methode

293 berufstätige Patienten im Alter von 18-65 Jahren in Praxen niedergelassener Ärzte wurden mittels Fragebogen untersucht. Es wurden selbsteingeschätzte krankheitsbedingte Partizipationseinschränkungen im Alltags- und Berufsleben (IMET, Deck et al., 2007) erfasst sowie soziodemografische, berufsbezogene Merkmale und Arbeitsunfähigkeitsdauer.

Ergebnisse

27,6 % der Patienten gaben an, von Arbeitsplatzproblemen betroffen zu sein. 19 % waren aktuell arbeitsunfähig. Von den Patienten mit Arbeitsplatzproblemen waren zum Zeitpunkt der Untersuchung 25,6 % arbeitsunfähig, 12,3 % neun Wochen und länger.

Arbeitsunfähige berichteten signifikant häufiger von Mobbingerfahrungen als die aktuell arbeitsfähigen Berufstätigen. Hinsichtlich quantitativer oder qualitativer Überforderung und Beeinträchtigungen durch äußere Einflüsse gab es keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Partizipationsbeeinträchtigungen waren bei allen Patienten am stärksten ausgeprägt bezüglich der Berufsrolle und Bewältigung besonderer Belastungen, jedoch ebenso zu finden bzgl. der Bewältigung von Pflichten in Familie und Haushalt, Freizeitaktivitäten und sozialen Aktivitäten (Abbildung 1). In allen Bereichen gaben die Arbeitsunfähigen im Durchschnitt signifikant höhere Beeinträchtigungsgrade an als die arbeitsfähigen Patienten.

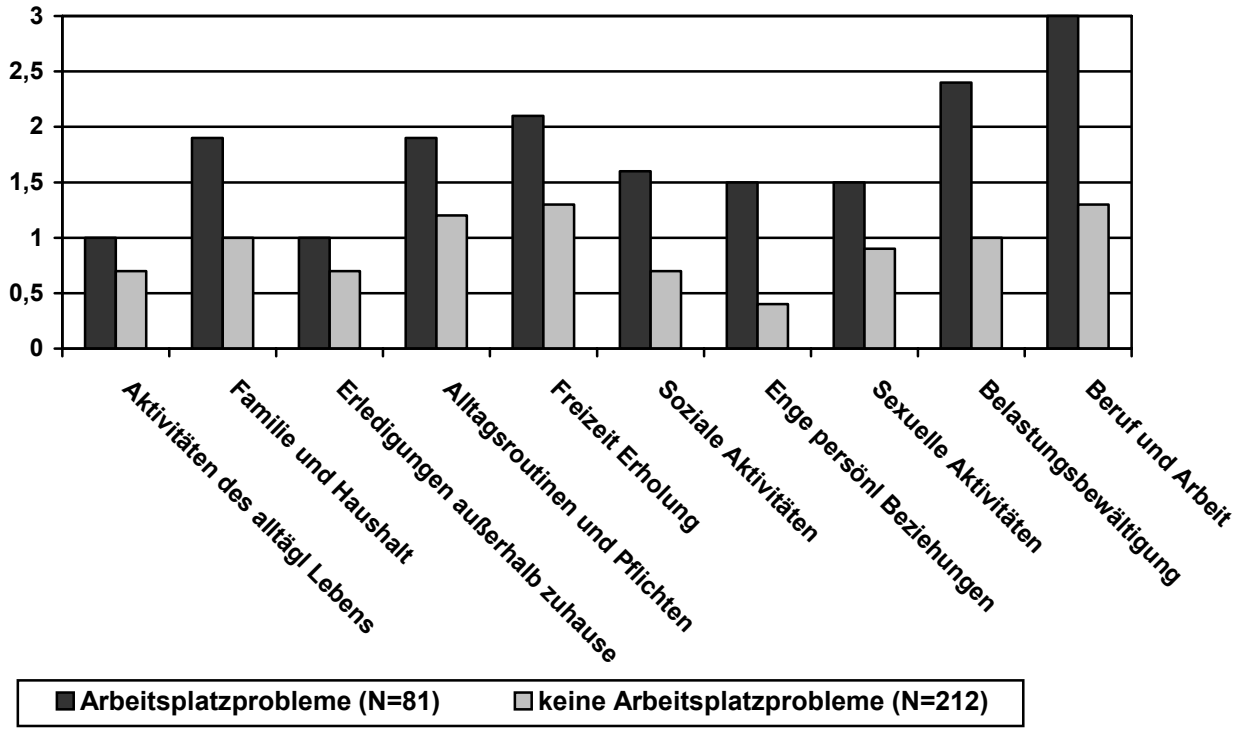


Abb. 1: Selbstberichtete krankheitsbedingte Beeinträchtigungen bei berufstätigen Patienten in der ambulanten primärärztlichen Versorgung (n=293)

Schlussfolgerungen

In der primärärztlichen Versorgung sind Patienten, die unter arbeitsplatzbezogenen Problemen leiden, häufig. Krankheitsbedingt kommt es nicht nur zu arbeitsplatzbezogenen Partizipationsstörungen sondern zu generellen, lebensbereichsübergreifenden Einschränkungen. Ärzte in der Primärversorgung haben eine zentrale Rolle inne bei der Feststellung wie der Beseitigung von sozialen Teilhabestörungen. In diesem Sinne müssen Frühinterventionen, medizinische oder und beruflich orientierte Rehabilitationsmaßnahmen, oder Maßnahmen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement eingeordnet werden in einen größeren Zusammenhang und als ein Teil einer Förderung der Teilhabe am sozialen Leben gesehen werden. Niedergelassene Ärzte nehmen im Rehabilitationsprozess eine zentrale Position

ein, da ihnen die Feststellung von Reha-Bedarf, Einleitung und Beantragung medizinischer Reha-Maßnahmen, Reha-Beratung sowie Durchführung rehabilitativer Interventionen im Sinne der Therapie chronischer Erkrankungen obliegt.

Literatur

Deck, R., Mittag, O., Hüppe, A., Muche-Borowski, C., Raspe, H. (2007): Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe (IMET) - Erste Ergebnisse eines ICF-orientierten Assessmentinstruments. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 76. 113-120.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2007): Regionale Initiative Betriebliches Eingliederungsmanagement. Abschlussbericht zum Modellprojekt. Berlin: DRV.

Muschalla, B., Vilain, M., Lawall, C., Lewerenz, M., Linden, M. (2008): Berufliche und soziale Partizipationsstörungen bei Patienten in der primärärztlichen Versorgung. Die Rehabilitation, eingereicht.

Identifikation von potentiellem Reha-Bedarf in der Hausarztpraxis: Wunsch und Wirklichkeit

Deck, R., Raspe, H.

Institut für Sozialmedizin, Universität zu Lübeck

Hintergrund

Die Entscheidung zu einer Rehabilitationsmaßnahme wird maßgeblich vom Hausarzt des Betroffenen mit beeinflusst. Idealerweise ist der Hausarzt der erste Ansprechpartner in Sachen Rehabilitation. Bisher vorliegende Befunde weisen allerdings darauf hin, dass die Einbindung der Hausärzte in das Rehabilitationsgeschehen zu wünschen übrig lässt (Dunkelberg, van den Bussche, 2004; van den Bussche, Dunkelberg, 2003; Deck et al., 2000). Vor diesem Hintergrund wurde ein Gemeinschaftsprojekt mit niedergelassenen Ärzten, verschiedenen Kostenträgern und Wissenschaftlern durchgeführt, in welchem ein Verfahren zur Erleichterung der Bedarfserkennung entwickelt und damit ein optimierter Zugang zur medizinischen Rehabilitation erreicht werden sollte.

Methodik

Zur Erleichterung der Bedarfsfeststellung erarbeitete die Projektgruppe eine kurze, einseitige Checkliste, die einfach und ohne großen zeitlichen Aufwand in Hausarztpraxen eingesetzt werden konnte. Sie umfasst relevante Indikatoren des Reha-Bedarfs, berücksichtigt die Inhalte der Antragsformulare der Reha-Kostenträger und ist indikationsübergreifend einsetzbar. Parallel zur Checkliste für die Ärzte wurde ein Selbstauskunftsbogen für Patienten entwickelt, der Fragen zur subjektiven Gesundheit und Angaben zu Aktivitäts- und Partizipationsstörungen enthält. Die subjektiven Wahrnehmungen des Patienten sollen die Informationen aus den ärztlichen Unterlagen ergänzen. Der Fragebogen beinhaltet neben standardisierten Skalen zu gesundheitsbezogenen Beeinträchtigungen die subjektiv eingeschätzte Reha-Bedürftigkeit (Globalurteil). Für die Überprüfung der Übereinstimmung der Bedarfseinschätzungen von Arzt und Patient wurde aus den Angaben der Checkliste und aus den An-

gaben des Patientenfragebogens jeweils ein Risikoscore (0 bis 100 %) berechnet. 40 Arztpraxen sagten ihre Teilnahme zu und erhielten insgesamt 330 Fragebogensätze.

Ergebnisse

Die tatsächliche Beteiligung der Hausärzte war enttäuschend, sie betrug über alle Ärzte 18 Prozent. Bei den Ärzten, die an der Studie teilnahmen, variierte die Rücksendung der Unterlagen, insgesamt konnten 60 Patienten mit kompletten Datensätzen in die Auswertung eingeschlossen werden (23 Männer (38 %), 37 Frauen (62 %), Durchschnittsalter 52 Jahre). Bei 51 Patienten (85 %) erachteten die Hausärzte eine Rehabilitation für erforderlich, bei sechs Patienten (10 %) war der Rehabilitationsbedarf fraglich, lediglich bei drei Patienten sahen sie keine Notwendigkeit für eine Reha-Maßnahme. Der Mittelwert des Risikoscores auf der Basis der ärztlichen Checkliste betrug 60.5 (s=17). Die Frage nach dem subjektiven Rehabilitationsbedarf beantworteten mit einer Ausnahme alle Patienten positiv, der Mittelwert auf dem Risikoscore anhand des Patientenfragebogens lag allerdings bei 56 (s=15). Die Verteilung auf den Risikoscores ist bei Arzt und Patient sehr ähnlich. Bei den Patienten zeigt sich eine etwas geringere Belastung als vom Arzt vermutet, auf der anderen Seite ergibt sich eine leichte Unterschätzung der patientenseitigen Beeinträchtigung auf Seiten des Hausarztes. Die Korrelation der Einschätzung des Reha-Bedarfs von Arzt und Patient erwies sich als statistisch signifikant (r^2=0.341, $p<0.01$). Die direkte Übereinstimmung der beiden Risiko-Belastungsscores von Arzt und Patient ist als mäßig zu bewerten. Bei ausschließlicher Betrachtung der Hauptübereinstimmungsdiagonale liegt sie bei 30 % (Kappa: 0.11, p=0.08). Erweitert man die Diagonale im Sinne einer teilweisen Übereinstimmung um jeweils eine Abweichung nach oben oder unten, erhöht sich die Übereinstimmung auf 78 %. Aufschluss über die Abweichungen liefern handschriftliche Kommentare der Hausärzte.

Schlussfolgerung und Ausblick

Insgesamt betrachtet scheinen sich die Instrumente für eine schnelle und aufwandlose Aufdeckung eines möglichen Reha-Bedarfs in der Hausarztpraxis zu eignen. Die Studie zeigte allerdings ein weiteres Mal das Problem der Beteiligung niedergelassener Ärzte. Eine Diskussionsrunde mit an der Studie beteiligten Ärzte brachte ein wenig Licht in das Dunkel der geringen Teilnahme. Als der wesentliche Grund kristallisierte sich der zusätzliche "Bürokratismus" heraus: "wir haben ohnehin schon zu viele Zettel in der Praxis", "gerade bei der Reha müssen wir zusätzlich noch viele Anträge schreiben, das reicht", "keine Lust, noch mehr Papiere zu bearbeiten". Darüber hinaus herrscht bei den niedergelassenen Ärzten ein gewisses Negativ-Image von Rehabilitation und Kostenträgern vor, welches sich insbesondere auf (immer noch) mangelnde Kommunikation beider Seiten zurückführen lässt (Träder, 2007). Erfahrungen einzelner Ärzte, dass es Differenzen zwischen den im Reha-Entlassungsbericht aufgeführten und den vom Patienten berichteten Therapiemaßnahmen gibt, verstärkten diese Problematik noch.

Literatur

Deck, R., Heinrichs, K., Koch, H., Kohlmann, T., Mittag, O., Peschel, U., Ratschko, K.W., Welk, H., Zimmermann, M. (2000): "Schnittstellenprobleme" in der medizinischen Rehabilitation: die Entwicklung eines Kurzfragebogens zur Ermittlung des Informations- und Kommunikationsbedarfs bei Hausärzten. Gesundheitswesen, 62. 431-436.

Dunkelberg, S., van den Bussche, H. (2004): Bedarf an und Nutzen von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen aus hausärztlicher Sicht. Die Rehabilitation, 43. 33-41.

Träder, J.M. (2007): Reha-Bedarf aus Hausarztsicht. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 78. 184-186.

Van den Bussche, H., Dunkelberg, S. (2003): Wer sollte über Anträge zur medizinischen Rehabilitation entscheiden? Die Rehabilitation, 42. 350-353.

Berufliche Leistungsfähigkeit nach einer medizinisch-beruflich orientierten orthopädischen Rehabilitation: Eine cluster-randomisierte Studie zur Wirksamkeit eines multimodalen Programms mit kognitiv-behavioralem Ansatz

Bethge, M. (1), Herbold, D. (2), Trowitzsch, L. (3), Jacobi, C. (4)

(1) Charité - Universitätsmedizin Berlin, (2) Paracelsus-Klinik an der Gande, Bad Gandersheim, (3) Institut für Arbeits- und Sozialmedizin in der Paracelsus-Klinik an der Gande, (4) Paracelsus-Roswitha-Klinik, Bad Gandersheim

Hintergrund und Fragestellung

Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems zählen zu den häufigsten Ursachen für beeinträchtigte berufliche Teilhabe. Für die Rehabilitation solcher Problemlagen entwickelte die American Physical Therapy Association bereits in den 1970er Jahren Richtlinien für Work-Hardenings. Schonstein et al. (2003) ermittelten in einer Meta-Analyse solcher Programme durchschnittlich um 45 Tage reduzierte Fehlzeiten gegenüber einer herkömmlichen Behandlung.

Seit den 1990er Jahren haben mit der medizinisch-beruflich orientierten (MBO) Rehabilitation vergleichbare Programme auch in Deutschland an Bedeutung gewonnen (Bethge, Müller-Fahrnow, 2008). Diese konzentrierten sich in der Orthopädie zunächst auf die physischen Anforderungen der Erwerbstätigkeit. Angesichts des Einflusses berufsbezogener psychosozialer Belastungen auf Krankheitsentstehung und Chronifizierung stellt sich jedoch auch hier die Herausforderung entsprechende psychosoziale Module zu etablieren. Die Paracelsus-Klinik an der Gande hat deshalb mit der integrierten medizinisch-berufsorientierten orthopädischen Rehabilitation (IMBO-Rehabilitation) ein berufsbezogenes kognitiv-behaviorales Gruppenkonzept eingeführt (Bethge, Trowitzsch, 2008). Der Beitrag berichtet Ergebnisse zur Wirksamkeit des Programms.

Methodik

Die Wirksamkeit der IMBO-Rehabilitation wird in einer cluster-randomisierten Studie überprüft. Die Patienten wurden zufällig einer der 16 Interventionsgruppen (IG) bzw. einer der 16 Kontrollgruppen (KG) zugewiesen. Einschlusskriterien waren mindestens dreimonatige Arbeitsunfähigkeit im vorangegangenen Jahr, die subjektive Erwartung längerer starker Einschränkungen der Berufsausübung oder Arbeitslosigkeit. Zur Überprüfung der Effekte wurden verallgemeinerte Schätzungsgleichungen gerechnet (Donner, Klar, 2000). Die Datenerhebung zu Rehabilitationsende ist abgeschlossen, die Befragungen nach 6 und 12 Monaten laufen noch. Für die 6-Monats-Katamnese sind derzeit Daten für 24 der 32 durchgeführten Gruppen verfügbar (Stand: 27.10.2008).

Ergebnisse

236 Patienten (86,8 %; IG: n = 118 KG: n = 118) erklärten ihre Bereitschaft zur Studienteilnahme. Zu Rehabilitationsende liegen Angaben für 155 Personen vor (IG: n = 84, KG: n = 71; Rücklauf: 65,7 %), für die 6-Monats-Katamnese sind Daten derzeit für 118 Personen verfügbar (IG: n = 59, KG: n = 59).

Zu Rehabilitationsende berichteten die Teilnehmer der IG höhere berufsbezogene Selbstwirksamkeitserwartungen (β = 2,1; p < 0,001), eine stärkere Unterstützung hinsichtlich ihrer Krankheitsbewältigung (β = 1,8; p < 0,001), eine bessere Vorbereitung auf die Zeit nach der Rehabilitation (β = 1,8; p = 0,006) und eine bessere Einschätzung ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit (β = 0,7; p = 0,006). Nach 6 Monaten zeigten die Teilnehmer der IMBO-Rehabilitation neben einer besseren beruflichen Leistungsfähigkeit ein besseres psychisches Wohlbefinden (β = 6,4; p = 0,034), zudem deuten sich positive Effekte auf körperliche Funktionsfähigkeit (β = 6,0; p = 0,086), Depressivität (β = -1,3; p = 0,048) und soziale Funktionsfähigkeit an (β = 7,0; p = 0,095).

Die mittelfristigen Intragruppeneffekte der IG für Schmerzintensität (d = 0,67), Depressivität (d = 0,37), Katastrophisieren (d = 0,61), Vitalität (d = 0,80) und körperliche Funktionsfähigkeit (d = 0,56) waren deutlich besser als die von Hüppe und Raspe (2005) in ihrer Meta-Analyse berichteten Intragruppeneffekte, während die KG nach 6 Monaten insbesondere hinsichtlich Funktionsfähigkeit (d = 0,27) und Depressivität (d = -0,02) nur geringe bis keine Veränderungen zeigte.

Schlussfolgerung

Kurzfristig führt die IMBO-Rehabilitation zu höheren Selbstwirksamkeitserwartungen und zu einer verbesserten Einschätzung der beruflichen Leistungsfähigkeit. Nach 6 Monaten deutet sich die Überlegenheit der IMBO-Rehabilitation gegenüber der bisherigen orthopädischen Rehabilitation auch für weitere Zielgrößen an. Die Ergebnisse sind ein weiterer Hinweis, dass intensivierte multimodale Programme, die die berufsbezogenen physischen und psychosozialen Anforderungen stärker als bisher einbeziehen, in der orthopädischen Rehabilitation zu besseren Ergebnissen führen (Bethge, Müller-Fahrnow, 2008).

Literatur

Bethge, M., Müller-Fahrnow, W. (2008): Wirksamkeit einer intensivierten stationären Rehabilitation bei muskuloskelettalen Erkrankungen: systematischer Review und Meta-Analyse. Die Rehabilitation, 47 (4). 200-9.

Bethge, M., Trowitzsch, L. (2008): Berufsbezogenes funktionelles Training in der Rehabilitation bei muskuloskelettalen Erkankungen. In: Hillert, A., Müller-Fahrnow, W., Radoschewski, F.M. (Hrsg.): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen und klinische Praxis. Köln, Deutscher Ärzte-Verlag. 163-8.

Donner, A., Klar, N. (2000): Design and Analysis of Cluster Randomization Trials in Health Research. London, Arnold.

Hüppe, A., Raspe, H. (2005): Zur Wirksamkeit von stationärer medizinischer Rehabilitation in Deutschland bei chronischen Rückenschmerzen: Aktualisierung und methodenkritische Diskussion einer Literaturübersicht. Die Rehabilitation, 44 (1). 24-33.

Schonstein, E., Kenny, D.T., Keating, J., Koes, B.W. (2003): Work conditioning, work hardening and functional restoration for workers with back and neck pain. Cochrane Database Syst Rev (1): CD001822.

Evaluation des Stresskompetenztrainings BUSKO - erste ausgewählte Ergebnisse

Küch, D. (1), Roßband, H. (1), Morfeld, M. (2)

(1) Klinik Werra der Deutsche Rentenversicherung Bund, Bad Sooden-Allendorf,
(2) Fachbereich Angewandte Humanwissenschaften, Hochschule Magdeburg Stendal

Hintergrund

In einem Screening der Klinik Werra (Rehabilitationsklinik für Orthopädie und Pulmologie) berichteten 45 % aller Rehabilitanden über besondere berufliche Belastungen (Küch et al., 2008), woraufhin im Rahmen medizinisch-beruflicher Orientierung (MBO-Reha) ein verhaltensorientiertes Stresskompetenztraining mit beruflicher Ausrichtung entwickelt wurde (BUSKO = Beruf und Stresskompetenz) mit Schwerpunkt auf instrumenteller und mentaler Kompetenz (Kaluza, 2007). Eine Kontrollgruppe erhielt ein Programm mit dem Schwerpunkt Balance (regenerative Kompetenz). Die Zuweisung zu den Gruppen erfolgte auf Basis partizipativer Entscheidungsfindung, die Programmdurchführung durch spezifisch fortgebildete Diplomandinnen der Rehabilitationspsychologie.

Methode

In einer Längsschnittuntersuchung (vor und nach dem Training, Katamnese nach einem Jahr) wurden Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Belastungen bezüglich der Auswirkungen verhaltensorientierter Stresskompetenztrainings untersucht. Instrumente waren: Brief Symptom Inventory BSI (Franke, 2000), SF 12 zur Lebensqualität (Bullinger, Kirchberger, 1998), Gratifikationskrisen und Überbeanspruchung (Siegrist et al., 2004) sowie weitere Evaluationsbögen.

Ergebnisse

Von 223 Teilnehmern (71 % Frauen; Durchschnittsalter 50,8 Jahre; 95,3 % Angestellte) wurden beide Trainings als hilfreich beurteilt. BUSKO-Kompetenz beeinflusste wirkungsvoller gesundheitsbezogene Kognitionen (besserer Umgang mit Arbeitsstress, neue Sichtweisen etc.).

Die vor dem Training ausgesprochen niedrige Lebensqualität (SF-12) verbesserte sich leicht (körperliche Summenskala M=36,7 auf 38,3) bis deutlich (psychische Summenskala M=40,0 auf 47,32). Die Gruppenunterschiede waren nicht signifikant.

Im Gesamtindex (GSI) des BSI zeigten sich signifikante Verbesserungen nach der Intervention bei den weiblichen Teilnehmern (Effektstärke d=0,81 bei Frauen, d=0,38 bei Männern). Gruppenunterschiede waren bei den Frauen signifikant (Effektstärke für BUSKO-Kompetenz d=0,66, für BUSKO-Balance d=0,91 hinsichtlich des GSI). Die Effektstärken der Männer

zeigten umgekehrte tendenzielle Gruppenwirkungen (d=0,56 für BUSKO-Kompetenz, d=0,24 für BUSKO-Balance).

Berufsbezogene Gratifikationskrisen waren hoch ausgeprägt (24,67 % hatten erhöhte Werte beim Effort/Reward-Imbalance-Quotienten, 25,34 % erhöhtes Overcommitment). Es zeigten sich hinsichtlich beider Konstrukte tendenzielle Verbesserungen in den hohen Bereichen der Risikoausprägungen.

Diskussion und Ausblick

Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Belastungen hatten niedrige gesundheitsbezogene Lebensqualität, schlechte psychische Befindlichkeit und ausgeprägte Gratifikationskrisen, was die Notwendigkeit spezifischer psychosozialer Interventionen für diese Rehabilitandengruppe betont. Beide Stresskompetenztrainings wurden als hilfreich beurteilt, mit leichter Überlegenheit von BUSKO-Kompetenz.

Die psychische Befindlichkeit verbesserte sich signifikant bei Frauen, nur tendenziell bei Männern, mit Hinweisen auf potentielle Effektivitätssteigerung durch geschlechtsspezifische Behandlungsmaßnahmen in der beruflich orientierten Rehabilitation.

Tendenzielle Verbesserungen bezüglich der psychischen Lebensqualität und der Gratifikationskrisen innerhalb von zwei Wochen deuteten auf komplexe und rehabilitations-externe Wirkfaktoren hin. Katamnestisch werden stärkere Effekte bezüglich wesentlicher Parameter und eine Überlegenheit des Kompetenztrainings gegenüber dem Balanceprogramm erwartet. Weitere Verbesserungen (Nachsorgeprogramm, Geschlechtsdifferenzierung, Verhältnisansatz) sind anzudenken.

Literatur

Bullinger, M., Kirchberger, I. (1998): SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand: Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.

Franke, G.H. (2000): Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis (BSI)- Manual. Göttingen: Beltz Test.

Kaluza, G. (2007): Gelassen und sicher im Stress. Das Stresskompetenz-Buch. Stress erkennen, verstehen, bewältigen (3. Auflage). Heidelberg: Springer.

Küch, D., Rusdorf, S., Rossband, H., Morfeld, M. (2008): Analyse des Bedarfs psychologischer Interventionen in der Rehabilitation - Vergleich dreier Screening-Instrumente zur Feststellung psychischer Auffälligkeiten. DRV-Schriften, Bd 17. 88-90.

Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I., Peter, R. (2004): The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. Social Sciences & Medicine, 58. 1483-1499.

Ergebnisse eines Projekts zur Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation

Beck, L., Faulstich, I., Mau, W.

Institut für Rehabilitationsmedizin der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund und Ziele

Um die Erfolgsrate nachhaltiger beruflicher Integration zu erhöhen, sind in den letzten Jahren Bemühungen verstärkt worden, die berufliche Orientierung der medizinischen Rehabilitation weiter auszubauen (Hansmeier, 2006; Hansmeier, Radoschewski, 2007). Auch die Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland hat ein Verzahnungsprojekt eingeführt, das medizinische und berufliche Rehabilitation enger verknüpfen und die Kooperation der beteiligten Einrichtungen verstärken und ausbauen soll. Ziel der vorliegenden Studie ist, Strukturen, Prozesse und Ergebnisse dieses Projekts*) zu untersuchen und Verbesserungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

Probanden und Methoden

Die Untersuchung erfolgte als retrospektive Kohortenstudie, in der betroffene Rehabilitanden im Oktober 2007 anonym befragt und deren Angaben durch Informationen aus den zugehörigen Versicherungsakten ergänzt wurden. Untersucht wurden 186 RehabilitandInnen aus fünf Rehabilitationskliniken, die seit 2005 am Verzahnungsprojekt teilgenommen hatten und für die sowohl Angaben aus der schriftlichen Befragung durchschnittlich 10 Monate (Range 2-23 Monate) nach der medizinischen Rehabilitation als auch Informationen aus den Versichertenakten vorlagen. Zusätzlich wurden mit den am Verzahnungsprojekt beteiligten Mitarbeitern der Leistungserbringer und -träger halbstrukturierte Interviews durchgeführt.

Ergebnisse

Von den 186 Probanden waren 78 % Männer, das durchschnittliche Alter lag bei 47 (±9) Jahren. Als häufigste Erkrankungen wurden muskuloskelettale (66 %) und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (36 %) genannt. Insgesamt 158 (85 %) Rehabilitanden haben einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) gestellt, davon wurden 140 (89 %) bewilligt. Die Anregung zum LTA-Antrag erfolgte nach Angaben der Rehabilitanden zu 45 % durch Mitarbeiter der Rentenversicherung, zu 38 % durch den Sozialarbeiter und zu 13 % durch den Arzt in der Rehabilitationsklinik, andere Personengruppen spielten mit jeweils unter 10 % eine untergeordnete Rolle (Mehrfachnennungen). Die durchschnittliche Dauer zwischen Beantragung und Bewilligung lag bei 24 (±35) Tagen. Bei mehr als einem Drittel (38 %) erfolgte die Bewilligung innerhalb von 4 Tagen und z. T. sogar noch am selben Tag, was nach den Ergebnissen der Interviews vermutlich durch eine zentrale Prozessorganisation ermöglicht wird. Bei der Beurteilung verschiedener Aspekte der Betreuung einer LTA wurde von Teilnehmern der größte Verbesserungsbedarf bzgl. der Vermittlungsaktivitäten gesehen (35 % nicht damit zufrieden). Von den Rehabilitanden, die eine LTA oder eine andere Wiedereingliederungsmaßnahme erhalten hatten, waren 44 % weiter erwerbstätig, 31 % arbeitslos, 6 % berentet und 20 % arbeitsunfähig ohne weitere Angaben. Bei den Re-

*) Mit Förderung der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland

habilitanden ohne LTA und sonstige Maßnahmen betrug demgegenüber der Anteil an weiter erwerbstätigen lediglich 24 %, arbeitslos waren 61 %, berentet 7 % und arbeitsunfähig 9 % (p=0.003). Weitere Prozessverläufe und Ergebnisse werden analysiert.

Diskussion und Ausblick

Die im Rahmen der beruflichen Orientierung noch während des Aufenthalts in einer Rehabilitationsklinik erfolgte Identifikation eines Bedarfs an LTA und die Initiierung eines entsprechenden Antrags werden durch das Verzahnungsprojekt erreicht. Die Bearbeitung der Anträge erfolgt zügig, wobei zwischen den beteiligten Akteuren noch weiter zu untersuchende Unterschiede in der Prozessgestaltung bestehen. Bei den Teilnehmern einer LTA war der Anteil an Erwerbstätigen zum Nachbefragungszeitpunkt fast doppelt so hoch wie bei Rehabilitanden ohne LTA. Für die in beiden Gruppen, sowohl bei Rehabilitanden mit als auch ohne LTA, dennoch vorhandenen Anteile nicht Wiedereingegliederter ist zu diskutieren, ob gerade auch vor dem Hintergrund der schwierigen regionalen Arbeitsmarktsituation individuelle Reintegrationsbemühungen mit entsprechend strukturierten Prozessen noch weiter intensiviert werden sollten.

Literatur

Hansmeier, T. (2006): Assessments und Interventionen der medizinisch-beruflich-orientierten Rehabilitation aus wissenschaftlicher Sicht. In: Müller-Fahrnow, W., Hansmeier, T., Karoff, M. (Hrsg.): Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Hansmeier, T., Radoschewski, M. (2007): Bestandsaufnahme zu medizinisch-beruflich orientierten Aktivitäten in Rehabilitationseinrichtungen (PORTAL-Studie). RVaktuell, 54 (6). 183-190.

Stufenweise Wiedereingliederungen zu Lasten der Gesetzlichen Rentenversicherung - Ergebnisse einer bundesweiten Evaluationsstudie

Bürger, W.

fbg - Forschung und Beratung im Gesundheitswesen, Karlsruhe

Hintergrund

Nach einer gesetzlichen Novellierung können seit April 2004 Stufenweise Wiedereingliederungen (STW) zu Lasten der gesetzlichen Rentenversicherung durchgeführt werden, wenn sie in unmittelbaren Anschluss an eine medizinische Rehabilitation durchgeführt werden.

Bis dato wurden diese Maßnahmen vor allem von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert, wobei trotz der langen Tradition vergleichsweise wenig über Umfänge, Indikation, Art der Durchführung und die Wirksamkeit solcher Maßnahmen bekannt ist (vgl. Bürger, 2004; Wasilewski et al., 1995).

Die Deutsche Rentenversicherung hat deshalb vor dem Hintergrund dieser gesetzlichen Neuordnung 2006 ein Forschungsprojekt in Auftrag gegeben, um Erkenntnisse über das Verfahren in ihrer Trägerschaft zu gewinnen.

Methodik

Die Auswertung eines Routinedatensatzes der Deutschen Rentenversicherung mit über 140.000 Versicherten der DRV Bund, Rheinland-Pfalz und Nord, die in 1.083 Rehabilitationseinrichtungen behandelt wurden und von Daten einer ergänzenden einmaligen katamnestischen Befragung von fast 6.500 Versicherten mit und ohne STW nach einer medizinischen Rehabilitation ergab eine hinsichtlich der Untersuchung von STW bislang einzigartige Datenbasis. Einbezogen wurden alle berufstätigen Versicherten, die im Zeitraum zwischen Juni 2004 und Juni 2006 eine medizinische Rehabilitation durchgeführt hatten und dort arbeitsunfähig, aber vollschichtig belastbar entlassen wurden, also prinzipiell für eine STW in Frage kamen. Eingegrenzt wurde der Kreis der Untersuchten auf Versicherte bis zum Alter von 60 Jahren ohne Suchterkrankungen.

Die Befragung mindestens 15 Monate nach der Rehabilitation erlaubt eine Beobachtung von Verläufen ein 1 Jahr nach Durchführung der STW. Die Rücklaufquote an der schriftlichen Befragung betrug 53 %.

Die Auswertungen berücksichtigen Versicherte ohne Empfehlung zur STW, mit Empfehlung zu einer STW (ohne STW) und Versicherte mit einer durchgeführten STW, die mithilfe eines besonderen statistischen Verfahrens der propensity-scores (vgl. Bacher, 2002) umfassend statistisch parallelisiert werden konnten.

Ergebnisse und Diskussion

15 % der Versicherten erhalten aus der Rehabilitation heraus eine Empfehlung zur STW, etwa die Hälfte der Versicherten folgt dieser Empfehlung. Etwa ein weiteres Viertel der Versicherten folgt der Empfehlung mit deutlicher Verzögerung und beginnt die STW zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen.

Die Quote an Empfehlungen zur STW in den Rehabilitationseinrichtungen variieren massiv. So empfehlen 20 % der 359 Einrichtungen, die mit mehr als 100 Versicherten im Datensatz vertreten sind, ihren Patienten in weniger als 5 % der Fälle eine STW, 6 Einrichtungen empfehlen im gesamten Beobachtungszeitraum nicht eine einzige STW. Umgekehrt empfehlen 18% der Einrichtungen mehr als einem Viertel ihrer Klientel eine STW, bei 10 Einrichtungen liegt die Empfehlungsquote gar bei über 50 %. Ähnlich schwankt auch die Quote an Versicherten, die der Empfehlung gefolgt sind, in den Einrichtungen beträchtlich und variiert zwischen 0 und 100 %.

Auch wenn die Empfehlungs- und Durchführungsquoten natürlich mit der Art der Erkrankung, der Art des Rehabilitationsverfahrens und den behandelten Patienten zusammenhängen, hat die einzelne Rehabilitationseinrichtung unabhängig von diesen Merkmalen offenbar durch die Art ihrer Beratung einen wesentlichen Einfluss darauf, ob Versicherte eine STW durchführen oder nicht.

STW zu Lasten der Rentenversicherung beginnen im Mittel 6 Tage nach der Rehabilitation und dauern meist 4-6 Wochen. Die Belastungssteigerungen erfolgen in 88 % der Fälle stundenweise.

83 % der Versicherten kehren nach einer STW wieder ins Erwerbsleben zurück, angesichts der Risikogruppe eine hohe Quote. Ungünstige Prognosen weisen insbesondere Abbrecher

des Verfahrens (9 %) sowie Versicherte ohne Schul- und Berufsausbildung und mit geringem Einkommen auf.

Vergleiche von streng parallelisierten Stichproben mit und ohne STW zeigen, dass das Verfahren effektiv und kostengünstig ist. Versicherte kehren nach einer STW häufiger und schneller wieder ins Erwerbsleben zurückkehren und sind seltener frühberentet.

Die umfassenden Daten liefern zudem wichtige Hinweise zur Optimierung des Verfahrens.

Literatur

Bacher, J. (2002): Statistisches Matching: Anwendungsmöglichkeiten, Verfahren und ihre praktische Umsetzung in SPSS. ZA-Informationen, 51. Jg. 38-66.

Bürger, W. (2004): Stufenweise Wiedereingliederung nach orthopädischer Rehabilitation - Teilnehmer, Durchführung, Wirksamkeit und Optimierungsbedarf. Die Rehabilitation, 43. 152-161.

Bürger, W. (2008): Stufenweise Wiedereingliederung zu Lasten der Gesetzlichen Rentenversicherung - Umfang, Indikation, Einleitung, Durchführung, Bewertung und Ergebnisse. Unveröffentlichter Abschlussbericht eines Forschungsprojektes im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. Karlsruhe.

Wasilewski, R., Oertel, M., Faßmann, H. (1995): Maßnahmen zur Stufenweisen Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess. in: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.). Forschungsbericht 249: Bonn.

Berufsorientierte Rehabilitation berufshomogener Gruppen an Rehabilitationskliniken am Beispiel des RehaBau-Programms für Bauhandwerker

Horbach, G., Philipp, J.

Salzetalklinik, Bad Salzuflen

Hintergrund

Im Zuge der Bemühungen um den Erhalt der Erwerbsfähigkeit einer älter werdenden Arbeitsbevölkerung sind Rehabilitationsmaßnahmen unverzichtbar.

Bauhandwerker gehören zu den Berufsgruppen, deren Tätigkeit durch besonders schwere körperliche Belastung, erhebliche mechanische Beanspruchung sowie Einwirkung von Lärm, Hitze, Kälte etc. gekennzeichnet sind. Sie zählen zu den Beschäftigten mit hohen Erkrankungshäufigkeiten (Fleischer, Becker, 2002; Hartmann et al., 2003).

Mit ihrer berufsbezogenen Orientierung richtet sich die Rehabilitation an den arbeitsrelevanten Beschwerden aus (Slesina, 2004). Aus diesem Grunde wurde Ende 2004 in Zusammenarbeit mit der Bau-Berufsgenossenschaft Hamburg das RehaBau-Programm an unserer Klinik etabliert und weiterentwickelt. Die Zuweisung der Patienten erfolgt über die DRV Westfalen und über den AMD der Bau-Berufsgenossenschaft Dortmund.

Methodik

Die berufsorientierten Rehabilitationsmaßnahmen werden in den Wintermonaten angeboten. Die Rehabilitanten werden zu festen Terminen einbestellt. Die geschlossenen Gruppen umfassen 15 Arbeiter aus dem Baugewerbe und werden von einem festen Team aus Krankengymnasten und Sporttherapeuten betreut. Bisher wurden 8 Gruppen mit insgesamt 107 Teilnehmern durchgeführt.

Neben dem üblichen konservativ-orthopädischen Behandlungsprogramm werden spezielle berufsorientierte Trainingsangebote, sozial-psychologische Begleitmaßnahmen und Ergonomie am Arbeitsplatz angeboten. Dafür steht eine Übungsbaustelle zur Verfügung, so dass sehr praxisorientiert rücken- und gelenkschonendes Verhalten eingeübt werden kann. Zu Beginn und am Ende des dreiwöchigen Programms werden Videoaufzeichnungen auf der Übungsbaustelle gemacht und die dort beobachteten Bewegungsmuster in der Gruppe besprochen.

Ergebnisse

An unserer Klinik haben bisher 106 Arbeiter aus dem Baugewerbe dieses Programm durchlaufen. Es waren alle Altersgruppen vertreten, das Durchschnittsalter lag bei 45 Jahren. 57 % der Teilnehmer hatten 2 und mehr Diagnosen aus dem Bereich des Bewegungsapparates.

Von den Teilnehmern standen 88 % im Erwerbsleben, 12 % waren arbeitslos. 55 % der Teilnehmer waren bei Beginn der Maßnahme arbeitsunfähig, von diesen 35 % länger als 3 Monate. Bei Beendigung des 3-wöchigen Programms konnten 67 % der Rehabilitanten sofort und 9 % im Rahmen einer stufenweise Wiedereingliederung an den alten Arbeitsplatz zurückkehren.

Bezüglich der Beschwerdesymptomatik gaben 84,1 % der Arbeiter an, dass es zu einer Besserung der Beschwerden von Seiten des Bewegungsapparates gekommen war.

In den durchgeführten Befragungen wurde das Programm von allen Teilnehmern positiv bewertet. Es bestand eine hohe Motivation die erlernten rücken- und gelenkschonenden Arbeitsabläufe in den Alltag zu integrieren und das Gelernte an Kollegen weiterzugeben.

Schlussfolgerung

Zusammenfassend hat sich eine hohe Akzeptanz von Seiten der Teilnehmer an der berufsorientierten Rehabilitation gezeigt. Besonders edukativ und motivierend erwies sich das videounterstützte Training auf der Übungsbaustelle unter Simulation realistischer Arbeitsbedingungen. Die Gruppen sind allerdings in Bezug auf Erwerbsstatus und Behinderung sehr inhomogen. Das Programm ist aufwendig und benötigt mehr personelle Ressourcen als ein konventionelles konservativ-orthopädisches Rehabilitationsverfahren.

In einem zweiten Schritt ist nun eine Studie geplant, in der folgende Fragen geklärt werden sollen:

- Führt das RehaBau-Programm zu einer langfristigen Änderung im Sinne eines rücken- und gelenkschonenden Verhaltens im Vergleich zu einer normalen orthopädischen Rehabilitation?

- Fördert die Teilnahme an der RehaBau-Maßnahme die Leistungsfähigkeit der Patienten im Beruf und kommt es zu einer Reduzierung der Arbeitsunfähigkeitszeiten im Vergleich zu Patienten, die eine normale orthopädische Rehabilitation absolviert haben?

Literatur

Fleischer, A.G., Becker, G. (2002): Vergleichende Analyse der Belastungsstruktur von Bauarbeitern. Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed., 37. 481-488.

Hartmann, B., Hanse, J., Hauck, A., Josenhans, J., Bodman, J., Weh, L. (2003): RehaBau - eine Maßnahme zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit alternder Bauarbeiter. Die BG 4/2003. 134-140.

Slesina, W. (2004): Medizinische Rehabilitation bei Dorsopathien und berufliche Reintegration. Zentralblatt Arbeitsmedizin, 54. 234-240.

Trägerübergreifende Zusammenarbeit bei der Erhaltung von Arbeits- und Erwerbsfähigkeit - Chronische Krankheit, Arbeitsunfähigkeit und Rehabilitationserfolg

Stapel, M. (1), Kulick, B. (1), Herkner, H.-J. (2), Schmidt, J. (2)
(1) Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz,
(2) Allgemeine Ortskrankenkasse, Landesverband Rheinland-Pfalz

Problemstellung

Chronische Krankheiten stellen eine erhebliche Gefährdung der Arbeitsfähigkeit und im weiteren Verlauf der Erwerbsfähigkeit dar. Oft besteht eine multikausale, zumeist ungeklärte Pathogenese, die häufig eng mit entsprechendem Risikoverhalten, Disstress etc. in Verbindung steht und schließlich in einer fortschreitenden Verschlechterung der Lebenssituation der Betroffenen mündet. Durch immer wiederkehrende z. T. lang andauernde Arbeitsunfähigkeit und viele Arztkonsultationen entwickeln die Betroffenen zunehmend ein Krankheitsbild, das wenig Aussicht auf Beschwerdebesserung enthält. Mit zunehmendem Alter und Dauer der Erkrankung gewinnt der Berentungswunsch für die Betroffenen immer größere Bedeutung. Neben den erheblichen finanziellen Aufwendungen des Gesundheitssystems für Behandlung und Lohnfortzahlung ist der Produktivitätsausfall für die Arbeitgeber erheblich und kann für die Betroffenen in einigen Fällen zum Arbeitsplatzverlust führen.

Um dem entgegenzuwirken, sollte mit der im Jahr 1999 geschlossenen Kooperationsvereinbarung zwischen den Landesverbänden der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK), der Betriebs- und Innungskrankenkasse in Rheinland-Pfalz und der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz die Steuerung einer rechtzeitigen und bedarfsgerechten Einleitung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation trägerübergreifend verbessert werden.

Hauptfragestellung und Methodik

Zur Überprüfung der Auswirkungen der mit dieser Kooperationsvereinbarung avisierten veränderten Zugangssteuerung wurde bereits Anfang des Jahres 2006 der erste Schritt unternommen. Eine trägerübergreifende Zusammenführung der Daten konnte aber erst nach einem länger andauernden Genehmigungsverfahren (Datenschutz) erfolgen.

Grundlage der Evaluation bildeten Informationen über Arbeitsunfähigkeitszeiten und Informationen zur medizinischen Rehabilitation von Versicherten, die über den Zeitraum von 2001 bis 2005 durchgängig bei der AOK Rheinland-Pfalz versichert waren und im Jahr 2003 eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation abgeschlossen hatten. Insgesamt konnten n=1.604 Versicherte identifiziert werden, die im Beobachtungszeitraum durchgängig bei der AOK versichert waren und im Jahr 2003 eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation im Normalverfahren abgeschlossen hatten.

Hauptfragestellungen bildeten die Veränderung der Arbeitsunfähigkeit im Vergleich zwischen konventionellem und geändertem Zugangsverfahren vor und nach der medizinischen

Rehabilitation als auch die Identifikation von Informationen, die mit dem vorzeitigen Berentungswunsch in Zusammenhang stehen.

Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen zunächst, dass sich die Gruppen hinsichtlich der durchschnittlichen Anzahl an Arbeitsunfähigkeitsfällen vor der medizinischen Rehabilitation kaum unterscheiden. Hingegen ist der Unterschied der Dauer der Arbeitsunfähigkeit mit insgesamt etwa 87 Tagen bzw. 23 Tagen je Arbeitsunfähigkeitsfall vor der medizinischen Rehabilitation zwischen den Gruppen erheblich. Insgesamt reduziert sich die Arbeitsunfähigkeit im Beobachtungszeitraum nach der medizinischen Rehabilitation innerhalb der Gruppen bedeutsam. Die prozentuale Reduktion der Arbeitsunfähigkeit erreicht in der Gruppe des geänderten Zuweisungsverfahrens jedoch nahezu eine Verdoppelung des Reduktionsanteils der Gruppe mit konventionellem Zuweisungsverfahren.

Für den Verfahrensvergleich von besonderer Bedeutung ist, dass 42,3 % (n=679) der Fälle durchschnittlich etwa sechs Monate vor und drei Monate nach der medizinischen Rehabilitation durchgängig arbeitsunfähig waren, von denen aber 7,4 % (n=50) als arbeitsfähig die Rehabilitation beendeten.

Insgesamt stellen etwa 10 % der RehabilitandInnen aus beiden Gruppen innerhalb von ca. drei Jahren nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation mindestens einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente, die bei etwa der Hälfte bereits nach der ersten Antragstellung bewilligt wurde. Die Antragstellung steht dabei in einem engen Zusammenhang mit der Häufigkeit und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit vor und nach der medizinischen Rehabilitation. Von besonderer Bedeutung für die Prozesssteuerung ist dabei, dass etwa 30 % der Rentenantragsteller (n=50) aus der Gruppe des geänderten Zuweisungsverfahrens stammen, deren durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit etwa ein Jahr beträgt.

Fazit

Die vorliegenden Ergebnisse liefern für das gesamte Spektrum chronischer Erkrankungen insgesamt die Erkenntnis, dass die medizinische Rehabilitation zur Verminderung der Auswirkungen chronischer Krankheiten auf das Gesundheitssystem und die Volkswirtschaft einen bedeutsamen Beitrag leistet und weisen auf die Notwendigkeit der besonderen Beachtung von Versicherten mit Rentenwunsch/-antrag hin. Daneben erweist sich die übergreifende Kooperation der Leistungsträger medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen als äußerst fruchtbar. Die Arbeitsunfähigkeit der von der gesetzlichen Krankenversicherung als akut erwerbsminderungsgefährdet identifizierten Fälle reduziert sich im postrehabilitativen Verlauf auf das Niveau von Versicherten im herkömmlichen Zuweisungsverfahren. Die Ergebnisse geben zudem wertvolle Hinweise zur Verbesserung der Prozesssteuerung, z. B. um weitere spezifische Kriterien aus den Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung zur Identifikation von Versicherten mit besonderen Berufsrisiko zu gewinnen. Darüber hinaus erhalten nachgehende Leistungen für den nachhaltigen Rehabilitationserfolg noch mehr Gewicht.

Physische und psychosoziale berufliche Belastungen, Kontrollüberzeugungen und berufliche Leistungsfähigkeit

Bethge, M., Radoschewski, F.M., Müller-Fahrnow, W.[†]
Charité - Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund

Arbeit ist für die meisten Menschen die zentrale Ressource zur Befriedigung ökonomischer und sozialer Bedürfnisse. Dem Erhalt der Erwerbsfähigkeit kommt im System der sozialen Sicherung deshalb eine herausragende Bedeutung zu. Die Kenntnis zu den für die Rehabilitation wichtigen Wechselwirkungen beruflicher Belastungen und personaler Kontextfaktoren, z. B. gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen, auf Erwerbsfähigkeit und berufliche Teilhabe gesundheitlich beeinträchtigter Personen ist jedoch nach wie vor begrenzt. Ziel des Beitrags ist deshalb die Überprüfung der Moderatorwirkung gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugungen auf den Zusammenhang von beruflichen Belastungen und beruflicher Leistungsfähigkeit.

Methodik

Die Datenbasis für die Untersuchung bilden Erhebungsdaten der Ersterhebung des Sozialmedizinischen Panels für Erwerbspersonen (SPE) (Bethge et al., 2008). Die berufliche Leistungsfähigkeit wurde mit dem Work-Ability-Index (WAI) (Tuomi et al., 2001) operationalisiert, physische Anforderungen über einen Index verschiedener Belastungsfaktoren, psychosoziale Belastungen über das Anforderungs-Kontroll-Modell (Karasek et al., 1998) und das Modell beruflicher Gratifikationskrisen (Siegrist, 1996). Zur Erfassung gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugungen wurde eine Kurzform des Fragebogens zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG) (Lohaus, Schmitt, 1989) eingesetzt.

Um den Zusammenhang zwischen beruflichen Belastungen, Kontrollüberzeugungen und Einschränkungen der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben zu analysieren, wurden multiple Regressionen gerechnet. Zur Überprüfung der Wechselwirkungen wurden subgruppenspezifische Effekte geschätzt und mit einem linearen Wald-Test auf Unterschiedlichkeit geprüft.

Ergebnisse

Die Bruttostichprobe umfasste 6.059 Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Bund, Mitteldeutschland und Westfalen. Der Rücklauf betrug 32,7 % (n = 2.092). In die folgenden Analysen wurden ausschließlich erwerbstätige Arbeiter und Angestellte (n = 1.463) eingeschlossen. Vollständige Werte für alle berücksichtigten Kovariaten lagen für n = 1.348 Personen vor.

Knapp ein Drittel (32,0 %) der befragten Personen berichteten Einschränkungen der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben (WAI < 37), die den Autoren des WAI folgend auf einen Bedarf an betrieblicher Gesundheitsförderung oder Rehabilitation hinweisen (Tuomi et al., 2001). Diese Einschränkungen standen in engem Zusammenhang mit physischen und psychosozialen beruflichen Belastungen. Körperliche Belastungen ($b = -3{,}27$; $p < 0{,}01$), berufliche Gratifikationskrisen ($b = -4{,}15$; $p < 0{,}01$) und hoch beanspruchende Tätigkeiten im Sinne des Anforderungs-Kontroll-Modells ($b = -4{,}32$; $p < 0{,}01$) waren Faktoren, die unabhängig voneinander einen Erklärungswert für die berufliche Leistungsfähigkeit besitzen. Internale

gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen wiederum bildeten eine personale Ressource, die positiv mit der beruflichen Leistungsfähigkeit assoziiert war ($b = 2{,}58$; $p < 0{,}01$). Darüber hinaus bestätigte sich die Moderatorwirkung gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugungen auf den Zusammenhang von beruflichen Belastungsfaktoren und beruflicher Leistungsfähigkeit. Die Folgen der drei betrachteten Belastungsfaktoren auf die berufliche Leistungsfähigkeit waren ungünstiger für Personen mit geringen internalen Kontrollüberzeugungen (körperliche Belastungen: $b_{gering} = -4{,}96$; $b_{hoch} = -2{,}36$; $Chi^2 = 12{,}02$; $p < 0{,}01$; berufliche Gratifikationskrisen: $b_{gering} = -5{,}61$; $b_{hoch} = -3{,}20$; $Chi^2 = 5{,}62$; $p = 0{,}02$; hoch beanspruchende Tätigkeiten: $b_{gering} = -5{,}72$; $b_{hoch} = -3{,}69$; $Chi^2 = 4{,}03$; $p = 0{,}05$).

Schlussfolgerung

Mit den Daten des SPE können berufsgruppenübergreifend Risiken eingeschränkter beruflicher Leistungsfähigkeit untersucht werden. Die dargestellten Analysen konnten dabei nicht nur physische und psychosoziale berufliche Belastungsfaktoren als Risiken für eingeschränkte Leistungsfähigkeit identifizieren, sondern bestätigen auch die Bedeutung gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugungen als wichtige personale Ressource, die die Effekte beruflicher Belastungen moderiert. Die Veränderung dieser Überzeugungen sollte ein wesentliches Ziel in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation darstellen.

Literatur

Bethge, M., Müller-Fahrnow, W., Radoschewski, F.M. (2008): Zusammenhang von psychosozialen Belastungen und Einschränkungen der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben - Ergebnisse aus dem Sozialmedizinischen Panel für Erwerbspersonen. Deutsche Rentenversicherung, 63 (3). 313-26.

Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P., Amick, B. (1998): The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. J Occup Health Psychol, 3 (4). 322-55.

Lohaus, A., Schmitt, G.M. (1989): Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG). Göttingen, Hogrefe.

Siegrist, J. (1996): Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. J Occup Health Psychol, 1 (1). 27-41.

Tuomi, K., Huuhtanen, P., Nykyri, E., Ilmarinen, J. (2001): Promotion of work ability, the quality of work and retirement. Occup Med (Lond), 51 (5). 318-24.

Evaluation des Behandlungskonzeptes Medizinische Rehabilitation von Bezieher/innen von Arbeitslosengeld II (ALG II)

Wolf, H.-D. (1), Löffler, S. (1), Holderied, A. (2), Fritschka, E. (3), Kottmann, J. (4), Vogel, H. (1)

(1) Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Universität Würzburg, (2) Deutsche Rentenversicherung Unterfranken, (3) Sinntalklinik, Bad Brückenau, (4) Frankenklinik, Bad Kissingen

Hintergrund

Obwohl im Hinblick auf Arbeitslosigkeit und Gesundheit multifaktorielle Zusammenhänge gefunden wurden (z. B. Paul, Moser, 2006) und in der medizinischen Rehabilitation eine Vielzahl von Konzepten zur Förderung der beruflichen Orientierung entwickelt wurde (vgl. Neuderth, Vogel, 2002; Müller-Fahrnow et al., 2006) existieren bisher noch keine differenzierten und erprobten Konzepte zur rehabilitativen Behandlung von Langzeitarbeitslosen.

Das Projekt "Entwicklung und Evaluation eines Behandlungskonzeptes Medizinische Rehabilitation von Bezieher/innen von Arbeitslosengeld II" hat das Ziel, insbesondere die berufliche Problemlage dieser Patientengruppe in der medizinischen Rehabilitation angemessen zu berücksichtigen.

Zielgruppe

Das Behandlungskonzept (Wolf et al., 2008) wurde entwickelt für Rehabilitanden mit ALG II-Bezug bis zu einem Alter von 57 Jahren, die eine somatische, stationäre medizinische Rehabilitation absolvieren.

Reha-Prozess / Behandlungskonzept

Die Zuweisung der Rehabilitanden erfolgt durch die Deutsche Rentenversicherung Nordbayern und Schwaben in die Kooperationskliniken Frankenklinik Bad Kissingen und Sinntalklinik Bad Brückenau. Die Rehabilitationsdauer beträgt für die Teilnehmer vier Wochen.

Das modulare Behandlungskonzept besteht aus drei Behandlungsbereichen

- verhaltensmedizinische Behandlung
- medizinisch-beruflich orientierte Maßnahmen (Sozialberatung, berufliche Belastungserprobung, Bewerbungstraining, berufsbezogenes Gruppenangebot)
- aktive Unterstützung bei der beruflichen Wiedereingliederung und an der Schnittstelle zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation.

Datenerhebung und Stichprobe

Seit Beginn der Datenerhebung Anfang 2008 wurden 12 Interventionsgruppen (IG) und 10 Kontrollgruppen (KG) durchgeführt. Dabei nahmen 39 Rehabilitanden an IG und 50 Rehabilitanden an KG teil. 48,9 % der Teilnehmer waren Frauen; das durchschnittliche Alter der Rehabilitanden lag bei 45,3 Jahren (SD = 10,5). Im Hinblick auf soziodemografische Aspekte wie Geschlecht und Alter sowie auf die Reha-Motivation (PAREMO) ergaben sich keine Unterschiede zwischen den Teilnehmern der Untersuchungsbedingungen IG und KG.

Das Interesse an berufsbezogenen Maßnahmen zu Reha-Beginn (t1) lag im mittleren Bereich. Das größte Interesse lag dabei bei der Klärung beruflicher Interessen, am geringsten war das Interesse zur Teilnahme an einem Arbeitspraktikum.

Beim Vergleich zwischen t1 und t2 (Reha-Ende) ergaben sich beim SF-12 sowohl bei IG ($t = -2{,}29$, $p = .035$) als auch bei KG ($t = -2{,}56$, $p = .017$) signifikante Verbesserungen bei der psychischen Gesundheit. Signifikante Unterschiede zwischen IG und KG konnten nur beim körperlichen Gesundheitszustand (SF-12) gefunden werden. Dort hatten die Teilnehmer der KG am Ende der Maßnahme signifikant bessere Werte als IG ($t = -2{,}76$, $p = .030$).

Bzgl. der subjektiven Erwerbsprognose (SPE-Skala) und bei depressiven Syndromen und Major Depressives Syndrom nach PHQ konnten im vorläufigen Datensatz tendenzielle Verbesserungen zwischen t1 und t2 ermittelt werden, allerdings ohne signifikante Unterschiede zwischen IG und KG. Die Werte für Behandlungszufriedenheit lagen bei beiden Untersuchungsbedingungen im mittleren Bereich.

Diskussion und Ausblick

Die Ergebnisse der formativen Evaluation und der vorläufige Stand der summativen Evaluation ergaben gute Zufriedenheitswerte für berufsbezogene Behandlungsmodule und mittlere Werte bei der Gesamtzufriedenheit. Der Vergleich zwischen IG und KG ergab bislang noch keine hypothesenkonformen Resultate.

Die Klinikerhebung läuft noch bis zum Juni 2009, im Herbst 2008 begann die Erhebung der Katamnesen. Erst nach Abschluss aller Erhebungen werden sich verlässlichere Aussagen über mittel- und langfristige Effekte des Behandlungskonzepts treffen lassen.

Literatur

Müller-Fahrnow, W., Hansmeier, M., Karoff, M. (Hrsg.) (2006): Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Neuderth, S., Vogel, H. (Hrsg.) (2002). Berufsbezogene Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation - bisherige Perspektiven und aktuelle Perspektiven. Frankfurt: BAR.

Paul, K., Hassel, A., Moser, K. (2006): Die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit: Befunde einer quantitativen Forschungsintegration. In: Hollederer, A., Brand, H. (Hrsg.): Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit . Bern: Verlag Hans Huber. 35-51.

Wolf, H., Meng, K., Holderied, A., Vogel, H. (2008): Entwicklung und Evaluation eines Behandlungskonzeptes Medizinische Rehabilitation von Bezieher/innen von Arbeitslosengeld II (ALG II). DRV-Schriften, Bd 77. 557-558.

Reha-Abbrüche bei unterschiedlichen beruflichen Bildungsmaßnahmen - Eine vergleichende Betrachtung

Rennert, D., Slesina, W.
Sektion Medizinische Soziologie, Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund und Fragestellung

Eine von der Deutschen Rentenversicherung geförderte Evaluationsstudie über berufliche Bildungsmaßnahmen für Rehabilitanden nach § 33 Abs.2 SGB IX bezog Maßnahmen der außerbetrieblichen Umschulung in Berufsförderungswerken, der innerbetrieblichen Umschulung nach dem dualen System sowie 9-10-monatige berufliche Qualifizierungsmaßnahmen (Anpassungsqualifizierung) ein. Untersucht wurden insbesondere Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität durch mehrfache schriftliche Befragung der RehabilitandInnen.

Für jede dieser drei Maßnahmeformen wurde ein separates Modell zur Prognose des Maßnahmeabbruchs anhand von Merkmalen, die bereits zu Beginn der beruflichen Rehabilitation erfasst wurden, berechnet. Dieser Beitrag informiert über die drei Prognosemodelle und stellt sie vergleichend gegenüber.

Methodik und Stichprobe

An der T1-Befragung zu Reha-Beginn (in den Jahren 2003-04) beteiligten sich 380 RehabilitandInnen der außerbetrieblichen Umschulung, 352 RehabilitandInnen der innerbetrieblichen Umschulung und 276 RehabilitandInnen der Anpassungsqualifizierung. Der Anteil der weiblichen Rehabilitanden lag bei der innerbetrieblichen Umschulung und der Anpassungsqualifizierung bei ca. einem Drittel der Teilnehmer (35,3 % bzw. 31,9 %), während der Anteil der Teilnehmerinnen in der außerbetrieblichen Umschulung nur ca. ein Fünftel betrug (22,2 %). Die Teilnehmer der Anpassungsqualifizierung wiesen im Vergleich zu den beiden Umschulungsformen ein deutlich höheres Alter, einen höheren Anteil an mit einem Partner/einer Partnerin zusammen lebenden Personen und einen geringeren Bildungsgrad auf.

Mittels multipler logistischer Regressionsanalysen wurde das vorzeitige Ausscheiden aus der Maßnahme anhand der T1-Rehabilitandenmerkmale prädiziert (Algorithmus nach Muche et al., 2005).

Ergebnisse

Die Abbrecherquoten, bezogen auf die T1-Teilnehmer, betrugen 16,6 % in der außerbetrieblichen und 15,1 % in der innerbetrieblichen Umschulung sowie 17,8 % in der Anpassungsqualifizierung. Die Dokumentation der Maßnahmeabbrüche bei den Bildungsträgern führte als häufigste Ursache gesundheitliche Gründe (60,3 % bis 73,6 %) gefolgt von persönlichen Gründen (7,5 % bis 10,2 %) an (vgl. auch Erbstößer, Grünbeck, 2007). Auf die anderen Abbruchgründe entfielen insgesamt Anteile kleiner 10 %.

Entsprechend dem bei Muche et al. 2005 beschriebenen Vorgehen wurde für jede Maßnahmeform ein separates Modell zur Prognose des Maßnahmeabbruchs erstellt. Eine Übersicht über die Modelle gibt Tabelle 1.

Prognosemerkmale	Reha-Form					
	Außerbetriebliche Umschulung		Innerbetriebliche Umschulung		Anpassungs-qualifizierung	
	NHP-Skala „Schmerz“	+	Ablehnung/Abbruch früherer beruflicher Bildungsmaßnahmen	+	materielle Zufriedenheit	–
	hauptsächliche gesundheitliche Einschränkung	O	Dauer der Arbeitslosigkeit vor Maßnahmebeginn	+	Kontaktfähigkeit	+
	antizipierte soziale Unterstützung für die Umschulung	–	Kontaktfähigkeit	–	Schulabschluss	–
	Dauer der Arbeitslosigkeit vor Maßnahmebeginn	+	Berufsfindung/ Arbeitserprobung erhalten	–	Erwerbsstatus bei Maßnahmebeginn	–
	Grad der Behinderung	+	NHP-Skala „Schmerz“	+	Grad der Behinderung	–

Anm.: **+**: Es besteht ein positiver Zusammenhang mit dem Maßnahmeabbruch (Bsp.: Je höher die Ausprägung auf der NHP-Skala "Schmerz", umso wahrscheinlicher ist ein Maßnahmeabbruch; **–**: Es besteht ein negativer Zusammenhang mit dem Maßnahmeabbruch (Bsp.: Je niedriger der Schulabschluss, desto wahrscheinlicher ist ein Maßnahmeabbruch.; **O**: Im Vergleich zu muskuloskelettalen Erkrankungen weisen RehabilitandInnen mit psychischen oder anderen Erkrankungen ein erhöhtes Risiko des Maßnahmeabbruchs auf.

Tab. 1: Prognosemodelle zum Maßnahmeabbruch in den 3 Reha-Formen

In allen drei Modellen spielt die Erwerbsbiographie vor Maßnahmebeginn (Erwerbsstaus bzw. Dauer der Arbeitslosigkeit) zur Prognose des Reha-Abbruchs eine wichtige Rolle. Zudem erweisen sich in den beiden Umschulungsformen die selbsteingeschätzten gesundheitlichen Beschwerden durch Schmerzen als relevante Prädiktoren des Maßnahmeabbruchs. Der Grad der Behinderung erwies sich in der außerbetrieblichen Umschulung und in der Anpassungsqualifizierung als signifikanter Prädiktor - allerdings mit entgegengesetzten Vorzeichen. Gleiches gilt auch für die selbsteingeschätzte Kontaktfähigkeit, welche sich im Prognosemodell der innerbetrieblichen Umschulung und der Anpassungsqualifizierung als signifikanter Prädiktor mit unterschiedlicher Richtung zeigt. Ferner gibt es Prognosemerkmale, wie die materielle Zufriedenheit oder die soziale Unterstützung, die nur in einzelnen Modellen wirksam werden.

Zusammenfassung und Ausblick

Der Vergleich der drei Modelle zum Maßnahmeabbruch in der beruflichen Rehabilitation zeigt, dass Rehabilitandenmerkmale, die zu Beginn der Umschulung erfasst wurden, geeignet sind, das vorzeitige Ausscheiden aus beruflichen Reha-Maßnahmen zu prognostizieren.

Neben einigen gemeinsamen Prognosemerkmalen zeigt sich im Vergleich aber auch, dass es maßnahmespezifische Merkmale gibt. Insbesondere das Modell zur Anpassungsqualifizierung weist einige kontraintuitive Merkmalszusammenhänge auf, die durch weitere Untersuchungen geprüft werden müssen. Es zeigt sich aber auch, dass sogenannte "weiche" Merkmale, wie die Einschätzung der Schmerzbelastung, die Kontaktfähigkeit und die materielle Zufriedenheit einen erheblichen Einfluss auf das vorzeitige Ausscheiden aus der Maßnahme ausüben. Die Prognosegüte aller Modelle (außerbetrieblich: AUC[*)] =78 %; innerbetrieblich: AUC= 76 %; Anpassungsqualifizierung: AUC=78 %) rangiert z.T. deutlich unter denen der Prognosemodelle für den Erwerbsstatus 1 Jahr nach Maßnahmeende (AUC zwischen 78 % und 85 %). Dies hat teils statistische (geringe Fallzahl der Abbrecher), aber auch theoretische Ursachen. So stellt Faßmann (1998) fest, dass es "überaus schwierig ist, "den typischen Abbrecher" zu identifizieren" (ebd. S. 11).

Literatur

Erbstößer, S., Grünbeck, P. (2007): Abbruch von beruflichen Bildungsleistungen und die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben. DRV-Schriften, Bd 72. 299-301.

Faßmann, H. (1998): Das Abbrecherproblem - die Probleme der Abbrecher: Zum Abbruch der Erstausbildung in Berufsbildungswerken. Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie, 1. Nürnberg.

Muche, R., Ring, C., Ziegler, C. (2005): Entwicklung und Validierung von Prognosemodellen auf Basis der logistischen Regression. Aachen: Shaker.

Risikofaktoren für eine nicht-erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung hirnverletzter Menschen

Sokoll-Potratz, K. (1), Kobelt, A. (2)

(1) Reha-Aktiv Bersenbrück GmbH,

(2) Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Hintergrund

Die berufliche Wiedereingliederung von Menschen mit einer Hirnschädigung ist aufgrund der komplexen körperlichen, neuropsychologischen und psychischen Beeinträchtigungen häufig mit Problemen verbunden, hat jedoch eine hohe gesundheitspolitische und ökonomische Relevanz. Ist eine Reintegration erfolgt, ist weiterhin ist fraglich, ob ein aufgenommenes Arbeitsverhältnis dauerhaft besteht. Es werden in der Literatur unterschiedliche Faktoren erwähnt, die als Prädiktoren für eine erfolgreiche berufliche Reintegration angesehen werden können. Hierzu zählen der Schweregrad der erlittenen Hirnschädigung, Art und Ausmaß kognitiver, sprachlicher und sensomotorischer Defizite, Alter, Bildungsniveau, emotionale Stabilität sowie frühere berufliche Erfahrung und der frühere Berufsweg (vgl. Gauggel et al., 1998; Fries et al., 2007).

[*)] AUC = "area under the curve" bezeichnet den Gesmatdiskrinationswert des Modells - im vorliegenden Fall gibt es an wie viel Prozent der Abbrecher und Nichtabbrecher durch das Modell richtig prognostiziert werden.

Fragestellung

Von welchen personenbezogenen bzw. erkrankungsbedingten Faktoren ist die erfolgreiche berufliche Integration (d. h. berufliche Wiedereingliederung und der Verbleib am Arbeitsplatz über wenigstens 12 Monate) abhängig?

Methodik

Die Stichprobe umfasste alle 75 Personen, die zwischen März 2004 und Oktober 2007 aus einer Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben in der Reha-Aktiv Bersenbrück GmbH, einer Einrichtung zur beruflichen Rehabilitation von Menschen mit neurologischen Schädigungen, ausgeschieden sind. In telefonischen Interviews wurde erfragt, ob die Personen beruflich reintegriert und über einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten tätig waren. Als berufliche Reintegration wurden neben einem Arbeitsverhältnis auch ein Schulbesuch, eine Ausbildung sowie eine Umschulung bezeichnet, da einige Rehabilitanden bei Aufnahme zur beruflichen Rehabilitation noch sehr jung und ohne Ausbildung waren bzw. den erlernten Beruf erkrankungsbedingt nicht mehr ausüben konnten. Weiterhin wurde erfragt, ob eine Reintegration bei dem prämorbid vorhandenen "alten" Arbeitgeber erfolgt war oder ein Arbeitsverhältnis bei einem "neuen" Arbeitgeber aufgenommen worden war. Erfasst wurden ebenfalls Geschlecht, Alter zum Zeitpunkt der Aufnahme im Rehabilitationszentrum und bei Erkrankungsbeginn, Diagnose, der Zeitraum von Erkrankungsbeginn bis zur Aufnahme im beruflichen Rehabilitationszentrum sowie eine mögliche Arbeitslosigkeit bei Erkrankungsbeginn. Ebenso wurde der Schweregrad der neuropsychologischen Defizite, der psychischen Beeinträchtigungen sowie der körperlichen Einschränkungen bei Beginn der beruflichen Rehabilitationsmaßnahme mit Hilfe einer jeweils 5-stufigen Skala dokumentiert.

Es wurden logistische Regressionen, Korrelationen und Chi²-Tests gerechnet.

Ergebnisse

Das Alter der untersuchten Personengruppe zum Zeitpunkt der Aufnahme im beruflichen Rehabilitationszentrum lag zwischen 18 und 49 Jahre (m=29; 11 Jahre, sd=8,4), wobei das männliche Geschlecht mit 63 (84 %) zu 12 (16 %) deutlich überwog. Es handelte sich größtenteils um Menschen, die ein schweres Schädelhirntrauma erlitten hatten (n=61), daneben noch um Personen nach einem Schlaganfall (n=9), einem Hirntumor (n=3), sowie einer Epilepsie und einer entzündlichen Erkrankung des Gehirns (jeweils n=1). Das Alter bei Erkrankungsbeginn lag zwischen 8 und 49 Jahren (m=27; 1 Jahre, sd=9,7). Der Zeitraum von Erkrankungsbeginn bis zur Aufnahme im beruflichen Rehabilitationszentrum streckte sich von 3 Monaten bis 17 Jahren (m=2; 11 Jahre; sd=3;0). Die Arbeitslosigkeit bei Erkrankungsbeginn lag bei 13,3 %.

52 % der ausgeschiedenen Personen konnten erfolgreich beruflich integriert werden (d.h. berufliche Wiedereingliederung und Verbleib am Arbeitsplatz über zumindest 12 Monate). Bei dem größte Teil (39 %) bestand ein Arbeitsverhältnis, 5 % absolvierten eine Ausbildung, 4 % eine Umschulung und 4 % besuchten eine Schule.

Von der Gesamtstichprobe (n=75) kehrten 13 % zu ihrem "alten" Arbeitgeber zurück, 44 % nahmen ein Beschäftigungsverhältnis bei einem "neuen" Arbeitgeber auf, 4 % besuchten eine Schule und bei 39 % bestand seit Ausscheiden aus der beruflichen Rehabilitationsmaßnahme kein Arbeitsverhältnis.

Ingesamt waren die Faktoren "weibliches Geschlecht" (6fach erhöhtes Risiko, $p<.01$), "Arbeitslosigkeit bei Erkrankungsbeginn" (4fach erhöhtes Risiko, $p<.05$), "schwerere neuropsychologische Defizite" (3,8fach erhöhtes Risiko, $p<0.5$) und "schwerere psychische Beeinträchtigungen" (7,4fach erhöhtes Risiko, $p<.01$) mit einer nicht erfolgreichen beruflichen Integration verbunden ($Chi^2=52.2$, $df=17$, $P<.001$; $R^2=.7$ und Prozentsatz richtiger Zuordnungen 84 %).

Diskussion

Nach unseren Ergebnissen stellen sich Geschlecht, mögliche Arbeitslosigkeit bei Erkrankungsbeginn, sowie das Ausmaß neuropsychologischer Defizite und psychischer Beeinträchtigungen als mögliche Prädiktoren für eine erfolgreiche bzw. nicht-erfolgreiche berufliche Integration dar. Alter bei Erkrankungsbeginn oder bei Aufnahme der beruflichen Rehabilitationsmaßnahme, Art der Diagnose oder auch das Ausmaß körperlicher Einschränkungen scheinen bei der untersuchten Stichprobe nicht ausschlaggebend gewesen zu sein.

Bezüglich des Ausmaßes psychischer Beeinträchtigungen, das sich bei dieser Untersuchung als prognostisch entscheidend gezeigt hat, scheint, losgelöst von der Frage einer möglichen prämorbiden Genese, der psychotherapeutischen Betreuung in der beruflichen Rehabilitation schädelhirnverletzter Menschen ein hoher Stellenwert zuzukommen.

Aufgrund der speziellen Ausrichtung unserer Einrichtung besteht die untersuchte Stichprobe zum großen Teil aus Personen, die nach der Erkrankung ein Beschäftigungsverhältnis bei einem "neuen" Arbeitgeber aufgenommen haben, und nur zu einem kleinen Teil aus Personen, die zum "alten" Arbeitsgeber zurückgekehrt sind. Dies hat sicherlich auch einen Einfluss auf die Reintegrationsquote und den Verbleib am Arbeitsplatz, da mögliche protektive Faktoren wie langjährige Betriebszugehörigkeit mit sozialem Verantwortungsgefühl weniger vorhanden sind.

Kritisch anzumerken sind die geringe Stichprobengröße sowie auch der kurze Katamnesezeitraum. Um berufliche Reintegration nachhaltig nachweisen zu können, ist sicherlich ein deutlich längerer Zeitraum notwendig.

Literatur

Fries, W., Schwenk-Eschenlohr, K. (2007): Zurück ins Erwerbsleben: Strategien für die berufliche Wiedereingliederung. In: Fries, W., Lössl, H., Wagenhäuser, S. (Hrsg.): Teilhaben! Neue Konzepte der NeuroRehabilitation - für eine erfolgreiche Rückkehr in Alltag und Beruf. Stuttgart: Thieme. 148.

Gauggel, S., Konrad, K., Wietasch, A. (1998): Neuropsychologische Rehabilitation: Ein Kompetenz- und Kompensationsprogramm. Weinheim: Psychologie Verlags Union. 156-159.

Der Einfluss von Persönlichkeitsfaktoren auf die Leistung im Reha-Assessment und die Reintegrationsprognose

Arling, V. (1), Schellmann, C. (1), Sostmann, A. (1), Spijkers, W. (1), Zergiebel, W. (2)
(1) Institut für Psychologie, RWTH Aachen, (2) Berufsförderungswerk Michaelshoven, Köln

Theoretischer Hintergrund

Notwendige Voraussetzung für einen erfolgreichen Rehabilitationsverlauf bzw. Reintegration ist die Kenntnis von teilnehmerspezifischen Faktoren (z. B. Köster et al., 2007). Bzgl. kognitiver Faktoren herrscht in der Literatur weitgehend Konsens darüber, dass Intelligenz berufliche Leistung und Ausbildungserfolg valide vorhersagt. Für Persönlichkeitseigenschaften gilt, dass sie über die allgemeinen Fähigkeiten hinaus inkrementell zur Vorhersage beruflicher Leistungsfähigkeit beitragen (Schmidt, Hunter, 1998). Diese Bedeutsamkeit von Persönlichkeitsfaktoren konnte für die berufliche Rehabilitation ebenfalls nachgewiesen werden (z. B. Schröder, Steinwede, 2004).

In diesem Sinne besteht das Ziel der vorliegenden Studie nun darin, zu untersuchen, welche teilnehmerspezifischen Faktoren (Prädiktorvariablen) Arbeitsleistung und Arbeitsverhalten in der Arbeitserprobung bzw. die Reintegrationsprognose (Kriteriumsvariablen) maßgeblich beeinflussen. In diesem Rahmen wurden kognitive Leistungsdaten und Persönlichkeitseigenschaften von Teilnehmer des Reha-Assessments in einem Berufsförderungswerks vom Lehrgebiet Berufliche Rehabilitation des Instituts für Psychologie (RWTH Aachen) analysiert.

Methode

In der Untersuchung fanden 113 Rehabilitanden (♀ = 42; ♂ = 71) mit einem durchschnittlichen Alter von 34,2 Jahren (Spanne: 19-50 Jahre) Berücksichtigung, die an einen Reha-Assessment in einem Berufsförderungswerk teilgenommen hatten. In der Analyse wurden neben demographischen Daten die vom BFW standardmäßig eingesetzten kognitiven Verfahren (Kenntnistest für Rechtschreibung, Berufsbezogener Rechentest, Intelligenztest, Figural Reasoning Test) berücksichtigt. Darüber hinaus kam zusätzlich der Tour-Planer (Arling, 2006) zur Erfassung der Planungskompetenz zum Einsatz.

Bzgl. der Persönlichkeitseigenschaften wurden in Form von standardisierten Selbsteinschätzungen die Leistungsmotivation (Leistungsmotivationsinventar), die berufliche Selbstwirksamkeit (Skala zur Erfassung der beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung) und die Big Five (Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrung, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit; NEO-Fünf-Faktoren-Inventar) erfasst.

Darüber hinaus wurde soziale Scharfsinnigkeit, interpersonale Einflusskompetenz, Netzwerkfähigkeit und sichtbare Aufrichtigkeit mit dem Political Skill Inventory abgefragt. Stressresistenzmaße wie Commitment, Kontrolle und Herausforderung wurden mit der Skala Hardiness berücksichtigt (vgl. Zettler et al., 2007).

Als Kriterien wurden die Leistung in der Arbeitserprobung (Arbeitsleistung und Arbeitsverhalten) bzw. die Reintegrationswahrscheinlichkeit erfasst. Letztere wurde in Form eines Expertenratings von den Psychologen erfragt.

Ergebnisse

Mittels der Berechnung multipler Regressionen wurde ermittelt, inwieweit die erhobenen Prädiktoren zur Varianzaufklärung in den Kriterien beitragen. Zur Überprüfung der inkrementellen Validität der Persönlichkeitseigenschaften gegenüber den kognitiven Fähigkeiten bzw. der Standardverfahren gegenüber den zusätzlich eingeführten Verfahren wurden hierarchische Regressionen durchgeführt.

Die beste Vorhersage der Arbeitsleistung wird durch die kognitiven Prädiktoren Intelligenz, Rechen- bzw. Rechtschreibfähigkeiten in Kombination mit der Persönlichkeitsvariable Selbstkontrolle (LMI-Dimension) geleistet. Darüber hinaus leistet die kognitive Variable Planungskompetenz signifikant zusätzliche Varianzaufklärung.

Bzgl. des Arbeitsverhaltens leistet die alleinige Erfassung von Intelligenz die beste Vorhersage. Die Überprüfung der inkrementellen Validität ergab, dass Hardiness über die kognitiven Fähigkeiten hinaus signifikant zusätzliche Kriteriumsvarianz aufklärt. Signifikante Korrelationen bestehen darüber hinaus zur Beruflichen Selbstwirksamkeit (Motivation) und zur LMI-Dimension Beharrlichkeit.

Die beste Vorhersage für die Reintegrationsprognose wird durch die Berücksichtigung des Arbeitsverhaltens und die LMI-Dimension Lernbereitschaft erreicht. Neurotizismus (NEO-FFI-Dimension), Beharrlichkeit (LMI-Dimension), berufliche Selbstwirksamkeit und das Political Skill Inventory klären signifikant zusätzlich Kriteriumsvarianz auf.

Diskussion

Die dargestellten Zusammenhänge weisen deutlich auf die Relevanz der Erfassung von Persönlichkeitsfaktoren bzw. Planungskompetenz im Rahmen des Reha-Assessments hin. Inwiefern sich die entsprechenden Faktoren auf die tatsächliche Reintegration auswirken gilt es jedoch noch zu überprüfen, da sich die vorliegenden Daten neben Arbeitsleistung und Arbeitsverhalten nur auf die Reintegrationsprognose und nicht auf die tatsächliche Reintegration des einzelnen Rehabilitanden beziehen.

Ausblick

Es wird angestrebt, die im Rahmen der vorliegenden Studie untersuchten Rehabilitanden nach Abschluss der entsprechenden Maßnahme hinsichtlich ihres Rehabilitations- bzw. Reintegrationserfolges erneut einer Analyse zu unterziehen.

Literatur

Arling, V. (2006): Entwicklung und Validierung eines Verfahrens zur Erfassung von Planungskompetenz in der beruflichen Rehabilitation: Der "Tour-Planer". Berlin: Logos.

Köster, T., Fehr, M., Slesina, W. (2007): Zur Eingliederung von Rehabilitanden in das Erwerbsleben nach Umschulung in Berufsförderungswerken - ein Prognosemodell. Die Rehabilitation, 46. 258-265.

Schmidt, F.L., Hunter, J.E. (1998): The validity and utility of selection methods in personnel psychology: Practical and theortical implications of 85 years of research findings. Psychological Bulletin. 124. 262-274.

Schröder, H., Steinwede, J. (2004): Arbeitslosigkeit und Integrationschancen schwerbehinderter Menschen. Nürnberg. Beitr.AB. 285.

Zettler, I., Solga, J., Noethen, D., Blickle, G. (2007): Konstruktvalidierung der deutschen Übersetzung des Political Skill Inventory. 5. Fachtagung der Fachgruppe Arbeits- und Organisationspsychologie, Trier, September, 2007.

Berufliche Wiedereingliederung von Rehabilitanden nach unterschiedlichen beruflichen Bildungsmaßnahmen: Vergleich der Prognosemodelle

Slesina, W., Rennert, D.

Sektion Medizinische Soziologie, Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund und Fragestellung

Eine von der Deutschen Rentenversicherung geförderte Evaluationsstudie über berufliche Bildungsmaßnahmen für Rehabilitanden nach § 33 Abs.2 SGB IX bezog Maßnahmen der außerbetrieblichen Umschulung in Berufsförderungswerken, der innerbetrieblichen Umschulung nach dem dualen System sowie 9-10-monatige berufliche Anpassungsqualifizierungen ein. Untersucht wurden insbesondere Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität durch mehrfache schriftliche Befragung der Rehabilitanden/innen (Slesina, Rennert, 2009). Zu den Indikatoren der Ergebnisqualität zählten vornehmlich die berufliche Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt (= erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung) und die Qualität der neuen Tätigkeit.

Für die drei Bildungsmaßnahmen wurden anhand der Rehabilitandenbefragung zu Reha-Beginn (T 1) Prädiktoren der erfolgreichen beruflichen Wiedereingliederung zum Zeitpunkt ein Jahr nach Maßnahmeende berechnet.

Methodik

Drei Berufsförderungswerke und fünf freie Bildungsträger (regionale Auswahl, keine Zufallsstichprobe) wirkten an der Studie mit.

An der T1-Befragung zu Reha-Beginn (in den Jahren 2003-04) beteiligten sich 380 Rehabilitanden/innen der außerbetrieblichen Umschulung, 352 Rehabilitanden der innerbetrieblichen Umschulung und 276 Rehabilitanden mit kürzeren beruflichen Anpassungsqualifizierungen. Für jede der drei beruflichen Bildungsmaßnahmen wurde eine multiple logistische Regressionsanalyse mit dem Zielkriterium der nicht erfolgreichen beruflichen Wiedereingliederung durchgeführt (Algorithmus nach Muche et al., 2005). Bei allen drei Modellen wurde für das Merkmal "Erwerbsstatus vor Maßnahmebeginn" kontrolliert.

Ergebnisse

Die Quote der beruflich erfolgreich Wiedereingegliederten zum Zeitpunkt 1 Jahr nach Maßnahmeende betrug jeweils 55,2 % bei den Absolventen der außer- und innerbetrieblichen Umschulung und 30,8 % bei Rehabilitanden in beruflichen Anpassungsqualifizierungen.

In den drei Prognosemodellen finden sich einige übereinstimmende bzw. ähnliche Prädiktoren der nicht erfolgreichen beruflichen Wiedereingliederung (Tab. 1):

Außerbetriebliche Umschulung	Innerbetriebliche Umschulung	Anpassungs-qualifizierung
Arbeitsmarktsituation am Wohnort (p<.001)	subjektiver Umschulungsgrund (p=.003)	Besitz eines Führerscheins (p=.009)
interne Kontrollüberzeugung (p=.013)	Arbeitsmarktsituation am Wohnort (p=0.010)	Beratung im Vorfeld durch den Bildungsträger (p=.012)
Schulabschluss (p=.017)	Erwerbstätigkeit in Jahren seit 1990 (altersadjustiert) (p=0,12)	Arbeitsmarktsituation am Wohnort (p=.023)
gesundheitliche Beschwerden durch Schmerzen (p=.022)	gesundheitliche Belastungen durch Schlafstörungen (p=.019)	Geschlecht (p=.030)
Umschulungsberuf (p=.030)	antizipierte soziale Unterstützung (p=.043)	gesundheitliche Belastungen durch Schlaf-störungen (p=.041)
allgemeine soziale Unter-stützung (p=.052)		

Tab. 1: Prädiktoren des Erwerbsstatus zum Zeitpunkt 1 Jahr nach Maßnahmeende ($p \leq .05$)

- In allen drei Bildungsmaßnahmen hatten Rehabilitanden mit Wohnsitz in einem strukturschwachen Arbeitsmarktbezirk eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit der nicht erfolgreichen Wiedereingliederung (Odds Ratios zwischen 2,7 und 15,1).
- Auch gesundheitliche Beschwerden schälten sich in den drei Prognosemodellen als relevante Prädiktoren heraus: bei der außerbetrieblichen Umschulung das NHP-Merkmal "Schmerzen", bei der innerbetrieblichen Umschulung und bei den 9-10-monatigen Qualifizierungsmaßnahmen das NHP-Merkmal "Schlafstörungen" (ORs zwischen 1,01 und 1,4).
- Sowohl bei der außerbetrieblichen als auch der innerbetrieblichen Umschulung erwies sich das Merkmal "soziale Unterstützung" prognostisch als bedeutsam. Rehabilitanden mit geringer sozialer Unterstützung wiesen ein durchschnittlich 1,7-2,4fach erhöhtes Risiko der nicht erfolgreichen beruflichen Wiedereingliederung im Vergleich zu den gut Unterstützten auf.

Maßnahmespezifische weitere Prädiktoren der nicht erfolgreichen beruflichen Wiedereingliederung waren

- bei der außerbetrieblichen Umschulung: eine geringe interne Kontrollüberzeugung, kein/höchstens ein Hauptschulabschluss, aber auch die (Fach-)Hochschulreife, ferner ein Dienstleistungsberuf als Umschulungsberuf,
- bei der innerbetrieblichen Umschulung: der subjektive Umschulungsgrund des Rehabilitanden (und zwar: "andere Gründe als die gesundheitliche Einschränkung") sowie eine kürzere Erwerbstätigkeit in Jahren seit 1990 (adjustiert für das Alter),
- bei den kürzeren Qualifizierungsmaßnahmen: keine Beratung im Vorfeld durch die Bildungseinrichtung, kein Führerscheinbesitz, Geschlecht weiblich.

Diskussion

Einige der o. g. Prognosefaktoren finden sich auch in Prädiktionsmodellen anderer Autoren. Bei der außerbetrieblichen Umschulung sind es die Merkmale "Arbeitsmarktsituation am Wohnort der Rehabilitanden" (Beiderwieden, 2001; Tews et al., 2003) und der Schulabschluss "(Fach-)Hochschulreife" bzw. "Abitur" (Arling et al., 2007); bei der beruflichen Anpassungsqualifizierung ist es die "Arbeitsmarktsituation am Wohnort" (Zängle, Trampusch, 1997). Unsere Studie fand zudem mehrere psychische, soziologische und gesundheitliche Merkmale wie Kontrollüberzeugung, soziale Unterstützung, Schmerz, Schlafstörungen als signifikante Prädiktoren, die in den Prognosemodellen anderer Studien bisher nicht untersucht wurden.

Die Prognosemodelle der eigenen Studie wurden intern validiert. Lediglich beim Modell zur innerbetrieblichen Umschulung ergaben sich Hinweise auf einen Überoptimismus des Ausgangsmodells von 6 %.

Schlussfolgerung und Ausblick

Nach externer Validierung könnten die Prognosemodelle dieser Studie als Grundlage für spezifische Frühfördermaßnahmen für beruflich eingliederungsgefährdete Rehabilitanden dienen.

Literatur

Beiderwieden, K. (2001): Langfristige Wiedereingliederung nach der beruflichen Rehabilitation. MittAB, 34. 182-206.

Muche, R., Ring, C., Ziegler, C. (2005): Entwicklung und Validierung von Prognosemodellen auf Basis der logistischen Regression. Aachen: Shaker.

Slesina, W., Rennert, D. (2009): Prozess- und Ergebnisqualität beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen. Eine Evaluationsstudie zur beruflichen Umschulung und Anpassungsqualifizierung. Regensburg: S. Roderer Verlag.

Tews, H.P., Schreiber, W.K., Schott, J. (2003): Berufliche Rehabilitation in Berufsförderungswerken und Ergebnisse der Berufsförderungswerke Heidelberg gGmbH. Die Rehabilitation, 42. 36-44.

Zängle, M., Trampusch, C. (1997): Berufliche Rehabilitation in den Beruflichen Fortbildungszentren der Bayerischen Arbeitgeberverbände e.V. (bfz e.V.). Ergebnisse der statistischen Erfolgskontrolle. MittAB, 30. 305-318.

Der Weg zur Wiedereingliederung durch Bewerbungshandeln von RehabilitandInnen während der beruflichen Rehabilitation

Flach, T., Begerow, B., Schmidt, C.
Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH
an der deutschen Sporthochschule, Köln

Hintergrund

Das neue Reha-Modell in der beruflichen Rehabilitation soll zukünftig eine noch stärkere Orientierung an der Integration in Arbeit verfolgen. Der Reha-Prozess soll individueller und aktivierender werden. In der Literatur werden personbezogene Merkmale und soziodemografische Daten als einflussreiche Faktoren auf die Wiedereingliederung in Arbeit diskutiert (Arling et al., 2007; Arling et al., 2008; Köster et al., 2007; Schmidt, 2007). Das Ziel der vorliegenden Studie bestand darin, den Weg zur Wiedereingliederung in Arbeit während der beruflichen Rehabilitation anhand von Bewerbungsaktivitäten, bewerbungsspezifischen Erwartungen/Kompetenzen, Hilfebedarf der RehabilitandInnen sowie ihres gesundheitlichen Befindens zu untersuchen.

Methodik

Im Rahmen eines von der Deutschen Rentenversicherung Bund geförderten Modellprojektes wurden 517 RehabilitandInnen aus 10 Berufsförderungswerken zum ersten Zeitpunkt einer Längsschnittstudie befragt. Erhoben wurden Bewerbungsaktivitäten, erlebte soziale Unterstützung durch Personen des sozialen Umfelds und relevanter Institutionen (Arbeitsagentur, Berufsförderungswerke), der Hilfebedarf für die Erstellung von Bewerbungsmappen, Stellenrecherche und Vorbereitung auf Vorstellungsgespräche. Zudem wurden die Einschätzung von Bewerbungskompetenzen und beruflicher Selbstwirksamkeit erhoben und die Einschätzung der Gesundheit. Der Fragebogen wurde in Voruntersuchungen auf seine Testgütekriterien hin überprüft.

Ergebnisse

Vier Wochen vor Beendigung einer 2-jährigen beruflichen Qualifizierung hatten 29 % (n=141) der RehabilitandInnen keine Bewerbungsaktivitäten durchgeführt (Nichtaktive), 55 % (n=268) standen im offenen Bewerbungsprozess (Bewerbungsaktive) und 16 % (n=79) hatten eine Stellenzusage erhalten. Frauen waren häufiger als Männer unter den Nichtaktiven, ebenso Personen ohne Berufsabschluss und Personen, die vor Rehaantritt nicht berufstätig waren. Weitere Unterschiede zwischen den bewerbungsaktiven und den bewebungsinaktiven Gruppen zeigten sich hinsichtlich des körperlichen (aktiv p=.05) und psychischen (aktiv p=.03) Gesundheitsempfindens, der beruflichen Selbstwirksamkeit und der bisherigen Bewerbungserfahrungen (im Vorfeld der beruflichen Rehabilitation) insofern, dass sich Bewerbungsaktive eine höhere berufliche Selbstwirksamkeit (p=.006, d=.37) und größere bewerbungsspezifische Erfahrung (p=.012, d=.33) zuschreiben. Auf Fragen zur Unterstützung der Bewerbungsaktivitäten gaben 55 % (n=213) der Befragten an, keinen Hilfebedarf zu haben. Dabei nahm der erlebte Hilfebedarf mit dem Fortschritt im Bewerbungsprozess ab. Von den Personen mit Hilfebedarf gaben die bislang Inaktiven den höchsten Hilfebedarf (43 %, n=74) an, weniger die Personen im offenen Bewerbungsprozess (36 %,

n=63, Bewerbungsmappen verschickt; 21 %, n=37, Vorstellungsgespräche). Dagegen beabsichtigen Personen, die bereits Vorstellungsgespräche geführt hatten, bedeutsam häufiger, auf soziale Unterstützung durch den Partner zurückgreifen zu wollen, im Vergleich zu weniger Bewerbungsaktiven.

Diskussion

Es zeigte sich, dass ca. zweidrittel der RehabilitandInnen vor Abschluss einer zweijährigen Qualifizierung bewerbungsaktiv waren und sich bezüglich ihrer beruflichen Selbstwirksamkeit und bewerbungsspezifischen Erfahrung bedeutsam von der anderen Gruppe unterscheiden. Hier könnte es sich um Merkmale handeln, die darüber mit entscheiden, ob Personen bewerbungsaktiv werden und somit die Integration auf dem Arbeitsmarkt beeinflussen können.

Ausblick

Derzeit wird eine Nachbefragung der RehabilitandInnen 6 Monate nach Beendigung der Qualifizierung durchgeführt. Diese kann darüber Auskunft geben, ob sich in der Gruppe der Nichtaktiven ein Teil von RehabilitandInnen verbirgt, der mit gezielten Bewerbungsaktivitäten nach der Qualifizierung ins Arbeitsleben integriert sein wird.

Literatur

Arling, V., Lüdtke, J., Spijkers, W. (2007): Faktoren zur Wiedereingliederung von Rehabilitanden in den allgemeinen Arbeitsmarkt. DRV-Schriften, Bd 72. 302-304.

Arling, V., Griesbach, A., Zimmermann, M., Spijkers, W. (2008): Wiedereingliederung von Bürokaufleuten nach der beruflichen Rehabilitation - Eine Analyse personenbezogener Faktoren. DRV-Schriften, Bd 77. 261-263.

Köster, T., Fehr, M., Slesina, W. (2007): Zur Eingliederung von Rehabilitanden in das Erwerbsleben nach Umschulung in Berufsförderungswerken - ein Prognosemodell. Die Rehabilitation, 46. 258-265.

Schmidt, C. (2007): Wirkungsorientierte Evaluation in der beruflichen Rehabilitation. iqpr Forschungsbericht Nr. 5/2007.

Gesetzliche und sozialpolitische Rahmenbedingungen für den Einsatz von behinderungskompensierenden Technologien am Arbeitsplatz

Groskreutz, H. (1), Welti, F. (2)
(1) Kiel, (2) Hochschule Neubrandenburg

Hintergrund und Stand der Literatur, Zweck der Untersuchung

Im Bereich der Leistungen zur Teilhabe von behinderten Menschen ist der Einsatz von behinderungskompensierenden Technologien (bkT) zur Arbeitsplatzgestaltung und Ausstattung ein wichtiges Instrument. Insbesondere durch das SGB IX ist für alle zuständigen Sozialleistungsträger eine Möglichkeit geschaffen worden, die entsprechenden Leistungen an behinderte Arbeitnehmer aus einer Hand zu erbringen (Welti, Raspe, 2004). Ebenfalls zu beachten sind die Pflichten der Arbeitgeber zur behinderungsgerechten Ausstattung von Arbeitsplätzen nach dem zweiten Teil des SGB IX (Haines, 2005). Ein weiterer Komplex sind Interdependenzen zu anderen Büchern des SGB für den Einsatz von bkT. Zusätzlich sind neben diesen Regelungen im Hinblick auf den Einsatz von assistiven Technologien auch die allgemeine rechtliche Verankerung der Konzepte des universellen Designs von Arbeitsmitteln (Cardinali, Zandralyn, 2002) und die Barrierefreiheit der Arbeitsumwelt zu begutachten.

Methodik

Der Untersuchungsgegenstand wurde mit einem leitfadengestützten Expertengruppeninterview eingegrenzt. Die Expertengruppe umfasste Vertreter von Sozialleistungsträgern, Leistungserbringern der beruflichen Rehabilitation, Verbänden behinderter Menschen und betrieblichen Schwerbehindertenvertretungen.

Die Ergebnisse des Interviews ergänzten die aus einer juristischen Recherche gesammelten gesetzlichen Normen, die dann anhand der juristischen Methoden ausgelegt wurden. Dabei wurde nach dem Wortlaut, dem historischen Zusammenhang, dem Sinn und Zweck und dem systematischen Kontext der Normen gefragt.

Ergebnisse

Das SGB IX enthält im ersten Teil ein Handlungsprogramm für die Träger der Rehabilitation zur Leistungsgewährung in der Form von bkT. Neben dem allgemeinen Leistungsrahmen in §§ 1-21 SGB IX sind dies Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 33, 34 SGB IX) und zur medizinischen Rehabilitation (§§ 26, 28, 31 SGB IX), insbesondere im Hinblick auf Hilfsmittel. Durch § 7 S. 1 SGB IX werden diese Regelungen im Grundsatz für alle Rehabilitationsträger normiert, soweit in den jeweiligen Leistungsgesetzen nichts explizit Abweichendes geregelt ist (Bieritz-Harder, 2007).

Im zweiten Teil des SGB IX ist der Einsatz von bkT im Rahmen der begleitenden Hilfen im Arbeitsleben nach § 102 SGB IX für das Integrationsamt geregelt und im Kontext der arbeitsrechtlichen Pflichten nach §§ 80-84 SGB IX für den Arbeitgeber (Haines, 2005). Weitere gesetzliche Vorgaben ergeben sich aus anderen Büchern des SGB, den Behinderten-

gleichstellungsgesetzen des Bundes und der Länder sowie den entsprechenden Barrierefreie Informationstechnik-Verordnungen (Kothe, 2004).

Diskussion

Insbesondere der durch die Rechtsprechung des BSG geprägte Begriff der Hilfsmittel bedarf einer näheren Betrachtung. Die Definition fasst nur körperliche Gegenstände unter den Hilfsmittelbegriff. Für die Ermöglichung des Einsatzes von bkT wäre es erforderlich, auch technologiegestützte Dienstleistungen zu erfassen. Hierzu wären gesetzliche Klarstellungen oder eine erweiternde Auslegung des Begriffs der Heilmittel in § 26 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX notwendig.

Schlussfolgerungen, Umsetzung und Ausblick

Der Einsatz von bkT kann je nach den vorhandenen persönlichen Anspruchsvoraussetzungen des behinderten Arbeitnehmers oder Arbeitssuchenden auf ein differenziertes Normengeflecht zurückgeführt werden. Gerade das SGB IX gibt den Rehabilitationsträgern Instrumente für eine reibungslose Zusammenarbeit im Sinne der Anspruchsberechtigten, etwa gemeinsame Empfehlungen nach § 13 SGB IX. Wichtig für die Erschließung der Potenziale von bkT im Arbeitsleben sind aber auch die öffentlich-rechtlichen Pflichten zur Barrierefreiheit, die erst die Möglichkeit für behinderte Menschen schaffen, ihren Arbeitsplatz zu erreichen.

Literatur

Bieritz-Harder, R. (2007): Die Rechtsgrundlagen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Teil 1). Forum D, Beitrag 3/2007. ULR: http://www.iqpr.de/iqpr/download/foren/D_3-2007.pdf, Abruf: 1.11.2008.

Cardinali, R., Zandralyn, G. (2002): Technology: Making Things Easier for All of Us - For the Disabled Making Things Possible. Equal Opportunities International, 21, 1. 65-79.

Haines, H. (2005): Teilhabe am Arbeitsleben - Sozialrechtliche Leitlinien, Leistungsträger, Förderinstrumente. In: Bieker, R. (Hrsg.) (2005): Teilhabe am Arbeitsleben. Wege der beruflichen Integration von Menschen mit Behinderung. Stuttgart: Kohlhammer. 44-61.

Kohte, W. (2004): Gesetzliche Grundlagen für Barrierefreie Information und Kommunikation. In: Schlenker-Schulte, C. (Hrsg.): Barrierefreie Information und Kommunikation. Villingen-Schwenningen: Neckar-Verlag. 27-36.

Welti, F., Raspe, H. (2004): Zur Feststellung von individuellem Bedarf an medizinischen Rehabilitationsleistungen nach dem SGB IX - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Deutsche Rentenversicherung, 1-2. 76-96.

Evaluation der individualisierten Qualifizierung mit Blended Learning in der beruflichen Rehabilitation

Spijkers, W. (1), Griesbach, A. (1), Kleon, S. (1), Lüdtke, J. (2)

(1) Institut für Psychologie, Berufliche Rehabilitation, RWTH Aachen,

(2) Berufsförderungswerk Michaelshoven in Köln, Qualifizierungscenter

Hintergrund der Untersuchung

Seit 2004 werden im Berufsförderungswerk Michaelshoven Qualifizierungsprozesse individuell gestaltet und mit Tele-Tutoring Anteilen flexibilisiert. Die Nutzung moderner Telekommunikationsmittel ermöglicht die Realisierung von Präsenz- und Onlinephasen (Blended-Learning) und soll zu wachsender Teilnehmerzentrierung und Handlungsorientierung führen. Ein virtueller Besprechungsraum, eine Lernplattform und entsprechende Lernsoftware ermöglichen dem Teilnehmer, in Abhängigkeit von seinem persönlichen Integrationsziel, Interessen und Bedürfnissen, selbstgesteuertes und zeitlich flexibles Lernen.

Im Rahmen des vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales geförderten Modellprojekts wurde die individualisierte Qualifizierung mit Tele-Tutoring Anteilen evaluiert. Das Forschungsanliegen umfasste u. a. die Fragestellung, inwiefern Tele-Tutoring die Implementierung eines Individualisierungsansatzes erleichtert. Für die Evaluation des Projekts war der Lehrstuhl für Berufliche Rehabilitation der RWTH Aachen verantwortlich.

Methodik

Auf Basis des kombinierten Evaluationsmodells nach Donabedian (1966) und Kirkpatrick (1977) wurden die Projektziele "Subjektorientierung", "Herstellung von Beschäftigungsfähigkeit", "Effizienz" und "Erhöhung der Qualität der Maßnahme" überprüft.

Die formative Evaluation erfolgte auf Seiten der Teilnehmer und Mitarbeiter anhand von Wochenberichten, die auch den Vergleich der Qualifizierungsverläufe ermöglicht. Im Projekt wurden zwei Lehrgänge mit insgesamt 21 Teilnehmern individuell qualifiziert, davon 11 am Qualifizierungsort Bürokaufleute mit Tele-Tutoring (BK/TT).

Ergebnisse

Auf Ebene der Strukturqualität kann die Passung des Projekts in die Rahmenbedingungen und strukturellen Gegebenheiten im BFW Michaelshoven als gegeben beurteilt werden. Die Betrachtung der Arbeitsressourcen auf Seite der Projekt-Mitarbeiter zeigt, dass die durchschnittlich aufgewandte Arbeitszeit im Rahmen der zur Verfügung stehenden Arbeitszeit liegt.

Bezüglich der Prozessqualität lassen sich Unterschiede zwischen regulären Qualifizierungsverläufen und der individualisierten Qualifizierung der Bürokaufleute mit Tele-Tutoring feststellen. In Einzelcoachings wurden mit den Teilnehmern BK/TT individuelle Integrationsziele entwickelt und ihre Qualifizierung darauf abgestimmt. Darüber hinaus wurden Differenzierungsmaßnahmen durchgeführt, sowie Zusatzqualifikationen ermöglicht. Neben einem Erprobungspraktikum im ersten Qualifizierungsjahr wurde der betriebliche Anteil der Qualifizierung durch "Training on the Job" erhöht, was der Herstellung der Beschäftigungsfähigkeit der Teilnehmer diente.

Die Teilnehmer bewerteten die Umsetzung der Projektziele auf einer Schulnotenskala von 1 bis 6 im zufriedenstellenden Bereich. Bei Zunahme an praktischen und individuellen Anteilen in der Qualifizierung lagen die Bewertungen der Subjektorientierung und der Orientierung am Arbeitsmarkt im guten Bereich ($MW_{Subjektorientierung}$=1.8, SD=0.8; $MW_{Orientierung\ am\ Arbeitsmarkt}$=1.8, SD=0.8). Die zeitliche Planung wurde mit einem Mittelwert von 2.2 (SD=1.0) als effizient eingestuft.

Zudem wurde der Lernerfolg des Tele-Tutorings tendenziell besser bewertet als der Lernerfolg des selbstqualifizierenden Lernen im BFW (p=.06)

Zur Überprüfung der Ergebnisqualität wurden die IHK-Abschlussnoten und die Vermittlungsquote herangezogen. Von elf Projektteilnehmern schlossen acht im Januar 2008 erfolgreich ihre Ausbildung zum Bürokaufmann/-frau ab. Die Durchschnittsnote betrug 2.6 und liegt damit über der gemittelten Durchschnittsnote von 3.1 (n=182) in regulären BK-Lehrgängen (vgl. Heßeler, 2005).

Von den acht Absolventen konnten neun Monate nach Prüfungsende 75 % erfolgreich in den ersten Arbeitsmarkt integriert werden.

Diskussion und Ausblick

Die Ergebnisse zeigen, dass eine Verknüpfung des Individualisierungsansatzes mit Tele-Tutoring vorteilhaft ist. Es wurde deutlich, dass Tele-Tutoring Anteile die Möglichkeiten zur Flexibilisierung und Differenzierung erhöhen und somit eine individualisierte Qualifizierung und Integration begünstigen.

Aufgrund der positiven Ergebnisse wurde die Individualisierung mit Tele-Tutoring auf den gesamten Qualifizierungsort ausgeweitet und soll zukünftig auch bei anderen Berufsbildern eingesetzt werden.

Literatur

Donabedian, A. (1966): Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quarterly, 44. 166-203.

Gühne, S., Mbarek, E., Spijkers, W. (2000): Wissenschaftliche Begleitung von Forschungsprojekten zur beruflichen Qualifikation und Integration von behinderten Arbeitnehmern. In: Kipp, M., Stach, M. (Hrsg.): Innovative berufliche Rehabilitation (Berufsbildung zwischen innovativer Programmatik und offener Umsetzung), 13. Bielefeld: Bertelsmann. 93-110.

Heßeler, C. (2005): Evaluation der Ausbildungsform "Tele-Tutoring" in der beruflichen Rehabilitation unter besonderer Berücksichtigung der kognitiven Komponente. Unveröffentlichte Diplomarbeit, RWTH Aachen.

Kirkpatrick, D. (1977): Evaluating Training Programs: Evidence vs. Proof. Training and Development Journal, Nov.. 9 -12.

"Integrative Berufliche Rehabilitation für Personen mit Aphasie (IBRA)" - Konzept und Ergebnisse der Evaluation einer neuen Teilhabeleistung

Faßmann, H. (1), Staab, E. (2), Hüttlinger, S. (2)

(1) Institut für empirische Soziologie, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg,
(2) Berufsförderungswerk Nürnberg gGmbH

Hintergrund

Trotz zahlreicher Versuche, Menschen mit Aphasie eine Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen, erwiesen sich Bemühungen herkömmlicher Berufsförderungseinrichtungen wegen des kleinen Adressat(inn)enkreises, fehlendem spezifischem Fachpersonal und unzureichender zeitlicher Rahmenbedingungen zumeist als inadäquat. Mit IBRA wurde ein neues Leistungsangebot für Aphasiker(innen) in Kooperation des Berufsförderungswerks Nürnberg und der Kiliani-Klinik Bad Windsheim entwickelt und fünf Jahre lang erprobt. Die Ergebnisse des Modellprojekts, das von BMAS und BayStMinAS gefördert und vom Institut für empirische Soziologie an der Universität Erlangen-Nürnberg wissenschaftlich begleitet wurde, belegen den Erfolg der neuartigen Teilhabeleistungen.

Menschen, die aphasiebedingt ihre bisherige berufliche Tätigkeit nicht mehr ausüben können, aber sich soweit erholt haben, dass sie prinzipiell wieder arbeiten können, erhalten durch IBRA eine Chance zur dauerhaften Wiedereingliederung in das Berufsleben und damit zur selbstbestimmten und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. IBRA gewährleistet eine aphasiespezifische Betreuung während des gesamten Rehabilitationsprozesses durch die enge Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation sowie der Hilfe zur Selbsthilfe. Ziel des Leistungsangebotes sind die Überwindung unzulänglicher Strukturbedingungen der Berufsförderung von Aphasiker(inne)n sowie die Steigerung der Maßnahmeneffektivität durch

- interdisziplinäre Vernetzung und Kooperation im Rahmen von Reha-Assessment, Qualifizierung und (Re-)Integration,
- adressat(inn)engerechte Gestaltung und Umsetzung der Qualifizierungsangebote,
- Sicherung hoher Qualität durch professionelles Reha-Management,
- Durchlässigkeit der Maßnahmen.

Methode und Ergebnisse

Im Zuge des Forschungsprojekts wurden Sommer 2004 und Frühjahr 2008 über 47 Aphasiker(innen) einbezogen, die eine wissenschaftliche Begleitung zuließen (von insgesamt 52 im Berichtszeitraum im BFW Nürnberg aufgenommenen Personen). Von diesen 47 Rehabilitand(inn)en schieden 15 % im RehaAssessment® als für IBRA nicht geeignet bzw. rentenfixiert aus. Von den verbleibenden 41 Geeigneten brachen lediglich 15 % die Maßnahme (zum Teil vorübergehend) ab. 5 % wechselten in eine WfbM und 10 % in ein anderes Berufsförderungswerk. Zum Berichtszeitpunkt befanden sich noch 22 % in einem Abschnitt von IBRA im BFW Nürnberg. 20 Personen (49 % der Geeigneten) hatten IBRA regulär beendet; von ihnen

- wurde eine Person berentet, nachdem ihre Arbeitssuche erfolglos war,
- waren sieben Personen (35 % der regulären Abgänger(innen)) arbeitsuchend, von denen fünf im Rahmen der Nachsorge vom BFW betreut wurden,
- hatten dreizehn an einer Abschlussprüfung teilgenommen, von denen zwölf (92 %) die Prüfung erfolgreich absolvierten,
- waren zwölf Personen (29 % der Geeigneten bzw. 60 % der regulären Abgänger(innen)) erfolgreich in den Arbeitsmarkt eingegliedert.

Diskussion

Die geringe Abbruchquote, die hohe Prüfungserfolgsquote und die hohe Eingliederungsquote der regulären Absolvent(inn)en müssen - auch im Vergleich mit anderen Rehabilitationsmaßnahmen in Berufsförderungswerken - als hervorragende Ergebnisse des Modellprojekts und Beleg für die engagierte, erfolgreiche Arbeit der Rehabilitationsteams bei den Projektpartnern angesehen werden. Berücksichtigt man, dass die erfolgreich in das Arbeitsleben Eingegliederten ohne Teilnahme an IBRA - so weit noch nicht geschehen - berentet würden, dann wird deutlich, dass die Teilhabeleistung auch wirtschaftlich erfolgreich ist: Schließlich werden alle beitragspflichtig erwerbstätigen Rehabilitand(inn)en letzten Endes von Leistungsempfänger(inn)en zu Beitrags- und Steuerzahler(inne)n, die sich auch als Konsument(inn)en am Wirtschaftswachstum beteiligen können.

Im Rahmen von Befragungen (mehr als) ein Jahr nach Maßnahmeende, an denen allerdings nur wenige Absolvent(inn)en teilnahmen, beurteilten die antwortenden Personen IBRA positiv. Theoretische und praktische Anforderungen sowie Aufwand und Belastungen im Rahmen der Maßnahme wurden von den meisten als angemessen angesehen. Einzelne Charakteristika der Berufsförderung wurden überwiegend günstig beurteilt; lediglich die handlungsorientierte Ausbildung und die Unterstützung bei der Arbeitsplatzsuche wurden kritischer bewertet. Alle Befragten äußerten, dass sie auch anderen Aphasiker(inne)n zur Teilnahme an IBRA raten würden.

Literatur

Berufsförderungswerk Nürnberg gGmbH, Kiliani Klinik Bad Windsheim (2001): IBRA - Integrative Berufliche Rehabilitation für Personen mit Aphasie: Ein Modellprojekt der Kiliani Klinik Bad Windsheim und des Berufsförderungswerks Nürnberg gGmbH. Nürnberg.

Faßmann, H. (2008): Möglichkeiten und Erfolge der beruflichen Rehabilitation von Personen mit Aphasie. Ergebnisse einer Literaturanalyse. Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie Nürnberg, Heft 2/2008, Nürnberg: IfeS.

Faßmann, H. (2008): Evaluation des Modellprojekts "Integrative Berufliche Rehabilitation von Personen mit Aphasie (IBRA)". Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie Nürnberg, Heft 4/2008, Nürnberg: IfeS.

Faßmann, H., Schmidt, T., Staab, E. (2005): Evaluation des Modellprojekts "Integrative Berufliche Rehabilitation für Personen mit Aphasie IBRA". Anlage und erste Ergebnisse. DRV-Schriften, Bd 59. 230-231.

Faßmann, H., Schmidt, T., Staab, E. (2006): "Integrative Berufliche Rehabilitation für Personen mit Aphasie IBRA" Stand und Ergebnisse eines Modellprojekts. DRV-Schriften, Bd 64. 94-96.

"Was ich sonst noch sagen wollte!" - Eine Auswertung von Freitextangaben einer Befragung nach beruflicher Rehabilitation

Mohnberg, I. (1), Radoschewski, F.M. (1), Erbstößer, S. (2)

(1) Charité - Universitätsmedizin Berlin, (2) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Hintergrund

Der "Berliner Fragebogen - Fragebogen zur beruflichen Rehabilitation" ist ein Instrument der externen Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung und wird ein halbes Jahr nach Abschluss einer beruflichen Bildungsmaßnahme zur Erfassung der Zufriedenheit und der Reha-Ergebnisse eingesetzt (Hansmeier, Radoschewski, 2005; Egner et al., 2006; Erbstößer et al., 2007). Dieses 2004 entwickelte Instrument wurde mit dem Ziel der Rücklaufverbesserung durch eine Kürzung und verbesserte Anpassung der Fragen an Integrations- und Qualifizierungsmaßnahmen überarbeitet und im Rahmen einer Pilotbefragung zusammen mit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) getestet. Dabei wurde den Teilnehmern dieser Testbefragung die Möglichkeit eingeräumt, am Ende des Fragebogens Anmerkungen zur beruflichen Rehabilitation zu machen.

Material und Methoden

Der überarbeitete Fragebogen wurde in einer viermonatigen Pilotphase von fünf Trägern der Deutschen Rentenversicherung (überwiegend der DRV Bund) und der DGUV eingesetzt. Insgesamt wurden freitextliche Angaben von 1.392 Rehabilitanden analysiert. Das Datenmaterial wurde nach Themenbereichen kategorisiert und in einer Access-Datenbank aufbereitet. Es konnten 12 Hauptkategorien mit insgesamt 120 Subkategorien extrahiert werden.

Ergebnisse

Nahezu jeder zweite Antwortende (48 %) hat die Möglichkeit genutzt, zusätzliche Informationen einzubringen, Frauen und Ältere häufiger. Dabei reicht das Spektrum von kurzen Bemerkungen bis zu vielseitigen Berichten.

Insgesamt wurden 3.524 Einzelinformationen extrahiert (ø 2,5 Themen/Person) und verdichtet. Die häufigsten offenen Nennungen bezogen sich auf die Zufriedenheit mit der Maßnahme bzw. auf den Dank an den Reha-Träger. Es wurden jedoch auch häufig Klagen über eine unzureichende Berücksichtigung des Gesundheitszustandes seitens der Maßnahmeträger geäußert. Die weitere Themenpalette entspricht annähernd der des Fragebogens von der Antragstellung über den Maßnahmeverlauf bis hin zur (Re-)Integration in das Arbeitsleben. Hinweise zu einzelnen Fragen des Fragebogens bezogen sich ganz überwiegend auf differenzierte Erläuterungen zum Antwortverhalten.

Bemerkenswert ist, dass sich die Befragten in hohem Maße mit der Qualität der Maßnahmen und der Leistungserbringer auseinander setzten. Die starke Polarisierung der Hinweise und Kritiken (z. B. Ausbilder unqualifiziert vs. Mitarbeiter engagiert; schlechte Ablaufplanung vs. gute Organisation; Unterforderung vs. zu hohe Anforderungen; Praktikum nicht hilfreich/ineffizient vs. Praktikum war hilfreich für neuen Job) spricht bei aller Subjektivität der Beurteilungen für ein nicht unerhebliches Qualitätsgefälle zwischen den Leistungserbringern. Dies betrifft verstärkt Integrationsmaßnahmen.

Hauptkategorie		Nennungen		davon häufigste	
		Anz.	%	Positiva	Negativa
Allgemeine Situation des Befragten		411	29,5		Gesundheit hat sich weiter verschlechtert (33 %)
Allgemeine Bewertung der Maßnahme		708	50,9	zufrieden mit Maßname/Dank an Träger (51 %)	zu wenig individuelle Beratung/Betreuung (18 %)
Antragsgeschehen		330	23,7	gut/schnell/problemlos (9 %)	eigene Vorstellungen nicht berücksichtigt (19 %)
Reha Berater		291	20,9	gute Beratung (40 %)	schlechte Beratung (43 %)
Qualität	Struktur	298	21,4	Mitarbeiter engagiert und motiviert (29 %)	Ausbilder unqualifiziert (24 %)
	Prozess	282	20,3	--	schlechte Stoffplanung, -inhalte (25 %)
	Programm	361	25,9	erworbene Kenntnisse hilfreich (13 %)	zu wenig Praxiserfahrung erlangt (17 %)
Praktika		205	14,7	Arbeitsplatz durch Praktikum erlangt (20 %)	schlecht vorbereitet (12 %)
Grund für den Abbruch		100	7,2	neue Arbeitsstelle (6 %)	Gesundheit zwischenzeitlich verschlechtert (84 %)
Grund für Arbeitslosigkeit		211	15,2	--	keine Nachfrage nach erreichter Qualifizierung (28 %)
Arbeitgeber/Arbeitsmarkt		175	12,6	Arbeit bei altem Arbeitgeber (13 %)	Maßnahme hat nichts gebracht (29 %)

Tab. 1: Hauptkategorien und häufigste Subkategorien

Diskussion und Ausblick

Bei der Auswahl der Leistungserbringer müssen hohe, vergleichbare Qualitätsparameter gelten und gewährleistet werden. Die kontinuierliche Teilnehmerbefragung ist dafür ein geeignetes Kontrollinstrument. Die Zusammensetzung der Rehabilitandengruppen in den Maßnahmen ist aus Sicht der Teilnehmer offensichtlich zu inhomogen hinsichtlich der Vorbildung und des Leistungsvermögens. Dies spricht - ebenso wie die z. T. geringe Nachfrage nach der erreichten Qualifikation auf dem Arbeitsmarkt - für Reserven in der Steuerung der Leistungszuweisung.

Durch die Verknüpfung der Freitextangaben mit den Fragebogenangaben und den Routinedaten wird anhand weiterer Auswertungen u. a. geprüft, ob sich zwischen Subgruppen von Teilnehmern systematisch unterschiedliche Maßnahmebewertungen in den Freitextangaben finden.

Literatur

Erbstößer, S., Klosterhuis, H., Lindow, B. (2007): Berufliche Rehabilitation aus Teilnehmersicht - aktuelle Ergebnisse des Berliner Fragebogens. RVaktuell, 54, H. 10. 362-366.

Egner, U., Gerwinn, H., Buschmann-Steinhage, R. (2006): Stand der Qualitätssicherung in der Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Rehabilitation, 45. 221-231.

Hansmeier, T., Radoschewski, F.M. (2005): Qualitätssicherung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben - Entwicklungen eines Rehabilitandenfragebogens. Die Angestelltenversicherung; 52. 371-379.

Evaluation und Optimierung des Aachener Profilmoduls (ProMo) - eines standardisierten Qualitätssicherungsinstruments des individuellen beruflichen Rehabilitationsverlaufs

Kleon, S., Griesbach, A., Kosanke, D., Spijkers, W.
Institut für Psychologie, Berufliche Rehabilitation, RWTH Aachen

Hintergrund

Zur standardisierten Erfassung der Prozessqualität und einheitlichen sowie transparenten Dokumentation des Rehabilitationsverlaufs von Leistungsberechtigten wurde das Profilmodul "ProMo" am Aachener Institut für Psychologie entwickelt und evaluiert (Schulze, 2006; Jansen, 2007). Das Instrument erfasst mit 12 Skalen die individuellen, kompetenzbezogenen und leistungsbezogenen Aspekte der Rehabilitanden während der Ausbildung. Dies umfasst beispielsweise Schlüsselqualifikationen, gesundheitliche Aspekte und die soziale Situation.

Derzeit wird das Verfahren in einem von der DRV Bund geförderten Projekt deutschlandweit in 11 Berufsförderungswerken (BFW) erprobt. Zielsetzung des Projekts ist die wiederholte Bestimmung der Haupt- und Nebengütekriterien des Verfahrens sowie die Optimierung des Instruments. In drei Untersuchungsreihen werden Objektivität, Reliabilität, Validität, Sensitivität, Akzeptanz, Ökonomie und Handhabbarkeit des Verfahrens beurteilt.

Methodik und Stichprobe

In Untersuchungsreihe 1 wurden die Leistungsberechtigten im Laufe der gesamten Maßnahme zu drei Messzeitpunkten mittels ProMo beurteilt. Insgesamt wurden in drei BFWen Daten von 149 Teilnehmern erhoben.

In Untersuchungsreihe 2 wurden 318 Leistungsberechtigte in sieben BFWen einmalig und zeitgleich von zwei Beurteilerteams eingeschätzt.

Untersuchungsreihe 3 zeichnet sich durch den Einsatz eines äquivalenten Selbstbeurteilungsinstruments aus. 44 Teilnehmer eines BFWs beurteilten sich selbst, während sie zeitgleich vom interdisziplinären Rehateam mittels ProMo eingeschätzt wurden.

50 Anwender haben an einer Akzeptanzbefragung teilgenommen.

Ergebnisse

Aus der Auswertung der Daten werden exemplarisch fünf Ergebnisse präsentiert:

- Die Reliabilitäten der Skalen, bestimmt über Cronbach´s alpha, liegen über alle Untersuchungsreihen hinweg größtenteils im sehr guten bis guten Bereich (α=.96 bis α=.72). Lediglich bei drei der 12 Skalen wird angesichts der Skalen- und Itemkennwerte Optimierungsbedarf deutlich.

- Die Interraterübereinstimmung wird ebenfalls als Maß für die Reliabilität des Verfahrens herangezogen. Es zeigte sich, mit Ausnahme der zu optimierenden Skalen, ein moderater hochsignifikanter (p <.001) Zusammenhang zwischen den Beurteilerteams (Spearman´s rho = .42 bis .62).
- Die Hypothese, dass ProMo in der Lage ist Veränderungen abzubilden, konnte über die ermittelten Korrelationen zwischen den verschiedene Messzeitpunkten bestätigt werden.
- Zur Bestimmung der Validität wurden Gruppenunterschiede berechnet. Es zeigte sich, dass ProMo Unterschiede zwischen erfolgreichen Rehabilitanden und Abbrechern, zwischen Männern und Frauen, zwischen körperlich und psychisch Erkrankten sowie zwischen schwerbehinderten und nicht schwerbehinderten Leistungsberechtigten entsprechend abbildet. Die Profile der erfolgreichen Leistungsberechtigten unterscheiden sich in einer Mehrzahl der Skalen signifikant von den nicht erfolgreichen Leistungsberechtigten (s. Abb. 1)

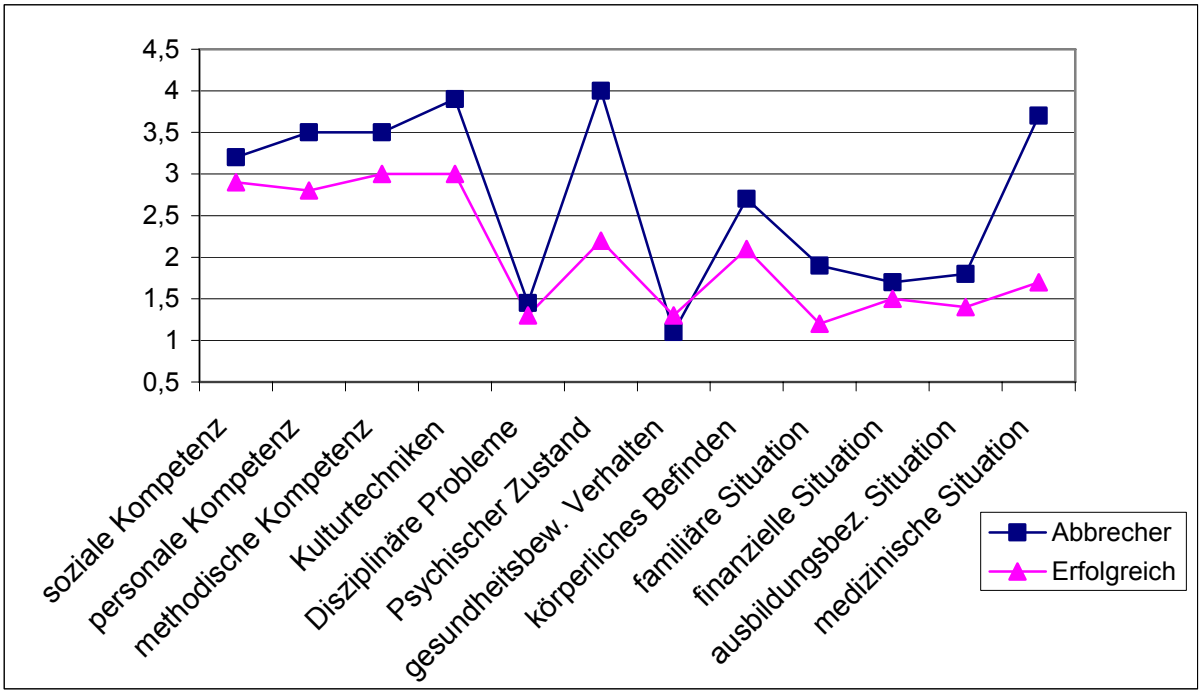


Abb. 1: Mittelwerte der erfolgreichen und nicht erfolgreichen Leistungsberechtigten

- Ein weiteres zentrales Ergebnis betrifft die Akzeptanz bei den Anwendern. Es lässt sich festhalten, dass 90 % der Anwender ProMo grundsätzlich positiv gegenüberstehen. Die durchschnittliche Bearbeitungszeit liegt bei 10 bis 30 Minuten.

Diskussion und Ausblick

Insgesamt wurde festgestellt, dass das ProMo den psychometrischen Gütekriterien gerecht wird. Das Verfahren ist objektiv, reliabel, valide, sensitiv für Veränderungen, wird bei den Anwendern akzeptiert und bildet ökonomisch ausbildungs- und integrationsrelevante Aspekte der Leistungsberechtigten ab.

Bei der ermittelten Interraterübereinstimmung ist zu beachten, dass es sich um ungeübte Beurteiler handelt und die unterschiedliche Zusammensetzung der Beurteilerteams zusätzli-

che Varianz erzeugt. Die ermittelten Korrelationen sind demnach als zufriedenstellend zu beurteilen.

Die umfangreiche Erprobung ermöglicht eine empirisch fundierte Optimierung des Verfahrens. Damit steht ein innovatives Verfahren zur internen als auch externen Qualitätssicherung zur Verfügung.

Literatur

Jansen, I. (2007): Entwicklung und Evaluation eines modular aufgebauten Qualitätssicherungssystems zur Dokumentation für die Erfassung der Ergebnisqualität in der beruflichen Rehabilitation, Hochschulschriften RWTH Aachen, http://darwin.bth.rwth-aachen.de/opus3/volltexte/2007/1956/.

Schulze, S.-E. (2006): Das Aachener Modell zur Qualitätssicherung und Dokumentation: die Entwicklung und Evaluation von Instrumenten zur Erfassung und Sicherung der Prozessqualität in der beruflichen Rehabilitation, Hochschulschriften RWTH Aachen, http://darwin.bth.rwth-aachen.de/opus3/volltexte/2006/1721/.

Betriebliches Eingliederungsmanagement und betriebliche Gesundheitsförderung - Eine neue Kooperationsform?

Kohte, W.
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

In der Untersuchung von Mathilde Niehaus zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement sind vor allem diejenigen Unternehmen dargestellt worden, die ein strukturiertes BEM durchführen. Hier zeigt sich, dass die Quote externer Unterstützung mit der Strukturiertheit der jeweiligen Verfahren ansteigt. Die erfolgreichsten Unternehmen konnten eine externe Unterstützung von 66 % akquirieren (Niehaus, 2008), während bei den anderen Unternehmen diese Quote deutlich niedriger ist. Damit ist die Konzeption der Gesetzgebung bestätigt worden, die in bestimmten Fällen eine Rechtspflicht zur Einschaltung externer Träger formuliert hat.

In der Untersuchung von Niehaus wurde festgestellt, dass mit ganz knappem Abstand hinter den Integrationsämtern an zweiter Stelle die Krankenkassen als externe Stellen einbezogen worden waren (Niehaus, aaO). Dies ist bemerkenswert, denn aus dem Bereich der Krankenkassen war und ist beim Thema BEM eine deutliche Sprödigkeit und Zurückhaltung festzustellen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2007).

Eine erste Interpretationshilfe geben die Ergebnisse der Untersuchung zum regionalen BEM, die von der Deutsche Rentenversicherung Bund publiziert worden sind. Der Untersuchungsbericht weist aus, dass mit drei Krankenkassen eine belastbare Zusammenarbeit begründet werden konnte, die zu einer nennenswerten Zahl von Eingliederungsmaßnahmen führte. Diese Maßnahmen wurden jeweils mit den AU-Fallmanagern abgestimmt; die Bereitschaft der Versicherten, an diesen Maßnahmen teilzunehmen, war beachtlich. Diese Maßnahmen wurden jeweils ohne Arbeitgeber durchgeführt, so dass sie vor allem dem sozialmedizinisch wichtigen Ziel der Früherkennung und der rechtzeitigen Beantragung und Erbringung von Leistungen zur Teilhabe dienten. Gleichwohl zeigt der Bericht der Deutsche Rentenversicherung Bund, dass die Erfolgsquote von Eingliederungsmaßnahmen unter Beteiligung der Arbeitgeber signifikant höher war (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2007). Auch dieses Datum ist eine wichtige Bestätigung der Konzeption der Gesetzgebung, die das Eingliederungsmanagement bewusst als betriebliche Organisationsform konzipiert und verfasst hat.

Wenn wir auf dieser Basis wieder zur Untersuchung von Mathilde Niehaus zurückgehen, finden wir in den Betriebsberichten einen wichtigen Schlüssel für die Interpretation: hier wird berichtet, dass schon vor 2004 ein betriebliches Gesundheitsmanagement praktiziert worden ist, so dass sich ein wichtiger Zusammenhang formulieren lässt: Gerade die Betriebe, in denen die betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20 a SGB V praktiziert wird, haben gute Chancen zu den Trendsettern des BEM zu gehören. Dies fordert weitere konzeptionelle Überlegungen.

Mit der Ottawa-Charta der WHO war 1986 ein dynamisches Programm der betrieblichen Gesundheitsförderung formuliert worden. Gesundheit war nicht nur physische Integrität, sondern wurde jetzt als umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden verstanden (Badura, Hehlmann, 2003). Damit war Gesundheit nicht mehr ein statischer Zustand, sondern ein Prozess, der den einzelnen ein höheres Maß an Selbstbestimmung ermöglichen und den Weg von der Pathogenese zur Salutogenese öffnen sollte. Damit waren wichtige Eckpunkte markiert, die als erweiterter Gesundheitsbegriff, ganzheitlicher und partizipativ-prozessualer Ansatz gekennzeichnet werden können (Kohte, 2001). Diesem partizipatorisch-prozessualen Ansatz folgt letztlich auch das BEM, das sich als ein Prozess darstellt, der an die freiwillige Beteiligung der Beschäftigten gebunden und in der Lage ist, konkrete betriebliche Verbesserungen der Arbeitsplätze in nennenswerter Zahl zu stimulieren (Niehaus, 2008).

Wenn in Zukunft eine sachliche und methodische Kooperation mit den Krankenkassen stattfindet, in die die jeweiligen Erfahrungen und Methoden der betrieblichen Gesundheitsförderung einmünden, können alle Beteiligten daraus Gewinn ziehen und zur Verbreiterung und Stabilisierung der BEM-Verfahren beitragen. Erste Ansätze zu einem solchen Brückenschlag gibt es bereits (Oppolzer, 2006).

Literatur

Badura, B., Hehlmann, T., (2003): Betriebliche Gesundheitspolitik: Der Weg zur gesunden Organisation (2. Aufl.) Berlin: Springer.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2007): Abschlussbericht: Regionale Initiative Betriebliches Eingliederungsmanagement. S. 71, 81. URL: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/nn_10064/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/ 02_arbeitgeber_ steuerberater/dateianh_C3_A4nge/betriebliche_eingliederung/abschlussbericht.html. Abruf: 09.01.2009.

Kohte, W. (2001): Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung. In: Pfaff, H., Slesina, W. (Hrsg.): Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Juventa-Verlag. 53-62.

Niehaus, M., Magin, J., Marfels, B., Vater, E.G., Werkstetter, E. (2008): Betriebliches Eingliederungsmanagement. Studie zur Umsetzung des Betrireblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX. Köln. 56.

Oppolzer, A. (2006) Gesundheitsmanagement im Betrieb (1. Aufl.) Hamburg: VSA-Verlag. 181ff.

"Stärke durch Vernetzung" - Potential einer Kooperation im betrieblichen Eingliederungsmanagement mit Großbetrieben

Kulick, B., Stapel, M.

Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

Hintergrund

Um den gesamten Prozess der medizinischen Rehabilitation nachhaltig zu verbessern und zu verkürzen, führt die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz seit 2005 verschiedene Kooperationspartner eines Netzwerkes in dem Modellprojekt "Stärke durch Vernet-

zung" zusammen. Darin wird zusammen mit der Daimler AG Werk Wörth das Potential eines solchen Netzwerkes genutzt, das aus dem Versicherten, seinem Betrieb, den Leistungsträgern sowie den Rehabilitationseinrichtungen besteht, um so die Rehabilitation zielorientiert und arbeitsweltbezogen durchzuführen sowie die berufliche Reintegration zu fördern. Auf der Basis enger Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten können chronifizierende Krankheitsprozesse frühzeitig erkannt, geeignete Rehabilitationsmaßnahmen zügig eingeleitet und rehabilitationsbegleitend Folgemaßnahmen am Arbeitsplatz veranlasst werden, was nachhaltig zur Stabilisierung medizinischer Rehabilitationserfolge beiträgt.

Fragestellung und Methodik

Das Modellprojekt erstreckt sich auf die Indikationsbereiche Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, Psychosomatische Erkrankungen sowie Abhängigkeitserkrankungen. Die RehabilitandInnen werden in ausgewählten Rehabilitationseinrichtungen behandelt, die sich bereit erklärten, ein modifiziertes Verfahren im Umgang mit den RehabilitandInnen des Modellprojekts anzuwenden. Die Rehabilitationseinrichtungen erhalten zur individuellen Rehabilitationsplanung eine differenzierte Beschreibung über die Anforderungen und Tätigkeiten des Arbeitsplatzes der RehabilitandInnen.

In einem korrelativen Forschungsdesign mit den Messzeitpunkten Aufnahme, Entlassung und Einjahreskatamnese wird derzeit anhand einer konsekutiv gewonnenen Stichprobe untersucht, inwieweit das Potential dieses Netzwerkes ausreichend ist und in welchem Ausmaß es von den Beteiligten genutzt wird, um den Chronifizierungsprozess der Erkrankung zu beenden bzw. zu verlangsamen und damit die Erwerbsprognose im Betrieb zu verbessern. Mit Hilfe standardisierter Messverfahren wird der Verlauf der Erkrankung über den Beobachtungszeitraum abgebildet. Ein speziell entwickeltes Instrument zur Beurteilung des Verlaufs der gesamten Rehabilitationsmaßnahme, von der Antragstellung über die Durchführung und Entlassung bis hin zu nachsorgenden Maßnahmen, soll Aufschluss über die Effekte des Modellprojekts geben.

Ergebnisse

Seit Beginn des Modellprojekts haben insgesamt n=220 RehabilitandInnen mindestens eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme im Rahmen des Modellprojekts abgeschlossen. Auffällig ist, dass bei nur etwa der Hälfte der Rehabilitanden Eilverfahren durchgeführt worden sind. Darüber hinaus fällt auf, dass die Arbeitsunfähigkeitszeiten innerhalb des vergangenen Jahres über den bisherigen Beobachtungszeitraum bei 35,4 % der RehabilitandInnen (n=75) mehr als drei Monate und länger andauerten, von denen 25 % die medizinische Rehabilitation als arbeitsfähig abschließen konnten. Weisen hingegen RehabilitandInnen innerhalb eines Jahres vor Antragstellung zur medizinischen Rehabilitation Arbeitsunfähigkeitszeiten von bis zu drei Monaten auf (52 %), wird diese von 81 % (n=93) als arbeitsfähig beendet. Wird die medizinische Rehabilitation arbeitsunfähig beendet und eine Stufenweise Wiedereingliederung empfohlen, nutzen 85,7 % der Rehabilitand(inn)en aus dem Indikationsbereich Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und 77,8 % aus dem Indikationsbereich psychosomatische Erkrankungen die Möglichkeit zur schrittweisen Heranführung an die Belastungen des Arbeitsplatzes.

Die von den RehabilitandInnen vorgenommenen Beurteilungen sind überwiegend positiv. Insbesondere die Erläuterung von Vorteilen frühzeitiger Rehabilitation und der Alltagsbezug

der Rehabilitation werden von mehr als 85 % der Versicherten gut bis sehr gut bewertet. Darüber hinaus spiegeln sich im Ergebnis auch optimistische Eigenprognosen hinsichtlich der Rehabilitationsergebnisse und der Erwerbstätigkeit im Betrieb wider. Auch hinsichtlich der Beschwerdebelastung zeigen sich kurz und langfristig mittlere bis große Effekte.

Die enge Kooperation zwischen den am Modellprojekt Beteiligten spiegelt sich auch im Unternehmensverbleib der RehabilitandInnen wider. So haben von insgesamt n=105 Versicherten, deren Rehabilitationsmaßnahme mehr als ein Jahr zurücklag, lediglich sechs Mitarbeiter ihren Arbeitsplatz krankheitsbedingt verloren.

Fazit

Die Ergebnisse geben Anlass, auch im Rahmen von Unterstützungsleistungen des gesetzlichen Auftrages zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement nach § 84 Abs. 2 SGB IX, auf regionaler Ebene flächendeckende Kooperationen mit Unternehmen einzugehen, um neben der zentralen Zielsetzung, gesundheitliche Beeinträchtigungen bei Arbeitnehmern frühzeitiger als bisher zu erkennen und damit verbundene Arbeitsunfähigkeit zu vermindern, den Arbeitsplatz nachhaltig zu sichern und dadurch die Erwerbsfähigkeit langfristig zu erhalten (Frühberentungsprävention).

Betriebliches Eingliederungsmanagement bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen von Lehrerinnen und Lehrern

Marfels, B., Niehaus, M.

Lehrstuhl für Arbeit und Berufliche Rehabilitation, Universität zu Köln

Hintergrund

Die Qualität in Schule und Betrieb steht in direkter Abhängigkeit von der Leistungsfähigkeit der Beschäftigten. Die demografische Entwicklung sowie die Verlängerung der Lebensarbeitszeit in Deutschland werden zu einer Zunahme des Durchschnittsalters von Beschäftigten führen. Eine Verteilung nach Branchen zeigt, dass schon heute in den Bereichen Erziehung und Unterricht ein relativ hoher Anteil älterer Beschäftigter zu finden ist (Koller, 2001). Ältere Beschäftigte sind zwar seltener krank als jüngere, jedoch gleichzeitig häufiger von langwierigen Erkrankungen und deren Chronifizierungen betroffen. Zudem ist bekannt, dass Behinderung zumeist im Laufe des Erwerbslebens erworben wird. Die Bedeutung und Notwendigkeit von Gesundheitsprävention und betrieblichen Gesundheitsmanagementsystemen nimmt damit zu. Hier ist ein Lösungsansatz auf der Ebene der Institutionen gefragt. Dies wurde auch vom Gesetzgeber erkannt, denn seit 2004 sind Arbeitgeber durch die Einführung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagementes (BEM) nach § 84, 2 SGB IX verpflichtet, im mehr als 6 Wochen andauernden Krankheitsfalle, Maßnahmen zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erkrankter Beschäftigter einzuleiten (Niehaus et al., 2008).

Ziele und Methodik

In der Pilotstudie werden Haupt- und Bezirks-Schwerbehindertenvertretungen der Lehrkräfte in NRW schriftlich zur Umsetzung des BEM in Schulen befragt. Der von Niehaus et al. (2008) entwickelte Fragebogen wurde hierfür an die schulischen Rahmenbedingungen angepasst und enthält offene sowie geschlossene Fragen, die sich mit Prävention und Eingliederungsmanagement beschäftigen. Innerhalb des Bereichs "Prävention" wird zwischen Strukturen für "gesundes Altern", Informationen und Maßnahmen der Verhaltensprävention und gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung unterschieden. Anschließend folgen Fragen, die sich mit der bisherigen Praxis der beruflichen Integration erkrankter (schwerbehinderter) Lehrkräfte und mit den Vorgehensweisen im Betrieblichen Eingliederungsmanagement beschäftigen.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Studie weisen darauf hin, dass trotz der hohen Erkrankungs- und Dienstunfähigkeitsrisiken von Lehrkräften Prävention und Gesundheitsmanagement noch keinen Einzug in die Institution Schule gefunden haben. Auch altersgerechte Weiterbildungskonzepte oder Konzepte für (eine altersgerechte) Personalentwicklung kommen nicht zum Einsatz. Hier zeigt sich, insbesondere unter Berücksichtigung des demografischen Wandels und damit einhergehender alternder Kollegien, ein großer Verbesserungsbedarf.

Literatur

Koller, B. (2001): Das Rentenalter wurde angehoben - zieht der Arbeitsmarkt mit? In: IAB Werkstattbericht Nr. 7 vom 29.6.2001. Bundesanstalt für Arbeit.

Niehaus, M., Magin, J., Marfels, B., Vater, E.G., Werkstetter, E. (2008): Betriebliches Eingliederungsmanagement. Studie zur Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX. Forschungsbericht F374. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Betriebliche Gesundheitsförderung in klein- und mittelständischen Handwerksbetrieben - Das Neubrandenburger Modell

Neumann, W., Claßen, G., Brückner, S.

Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management der Hochschule Neubrandenburg

Bei der Umsetzung des § 20 SGB V entschied sich die IKK Mecklenburg-Vorpommern, innovative Wege zu beschreiten. Durch Kontakte mit dem Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management der Hochschule Neubrandenburg wurde es im September 2002 möglich, die Idee eines einzigartigen Gemeinschaftsprojektes zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelständischen Handwerksbetrieben umzusetzen. Als Novum in der Betrieblichen Gesundheitsförderung und bisher ungenutzte Möglichkeit, maßgeschneiderte Lösungen für individuelle Probleme zu finden, erwies sich der Einsatz von Studierenden der Gesundheitswissenschaften direkt in ausgewählten Handwerksbetrieben. Die wissenschaftliche Begleitung des Projekts erfolgt durch drei Hochschulprofessoren/innen, die die Fachgebiete

Psychologie und Beratung, Gesundheitsmanagement und Betriebswirtschaftslehre sowie Gesundheitsforschung und Biostatistik vertreten.

Aktivitäten der Betrieblichen Gesundheitsförderung waren lange Zeit auf große Unternehmen ausgerichtet. Da in der BRD mittlerweile über 70 % aller Beschäftigten in Klein- und Mittelständischen Unternehmen (KMU) tätig sind, mussten bestehende Konzepte auf den KMU-Sektor ausgedehnt werden.

Das Projekt "Betriebliche Gesundheitsförderung in klein- und mittelständischen Handwerksbetrieben" ist als zirkuläres Modell in drei Phasen konzipiert. Die Analysephase dient der Erfassung des Ist-Zustandes der gesundheitlichen Situation des jeweiligen Betriebes durch Beobachtungen und Mitarbeiterbefragung. Sie beinhaltet außerdem die Entwicklung verhaltenspräventiver und verhältnispräventiver Lösungsvorschläge sowie die Rückmeldung der Analyseergebnisse vor der Geschäftsleitung, aber auch den Mitarbeitern. Dieser Projektabschnitt wird von Studierenden der Gesundheitswissenschaften während ihres Praxissemesters unter wissenschaftlicher Anleitung durchgeführt.

Die Umsetzungsphase ist charakteristisch für die Verknüpfung verhaltens- und verhältnispräventiver Interventionen. Handelt es sich bei den vorgeschlagenen Maßnahmen um Änderungen der Arbeitsumgebung, der Arbeitsorganisation oder des Betriebklimas, also um verhältnispräventive Maßnahmen, ist die Geschäftsleitung des Betriebes gefordert, in gewünschtem Umfang Veränderungen vorzunehmen. Unterstützung bietet die Hochschule in Form von Führungskräfteseminaren an. Die Führungskräfte fungieren als Motivatoren und Vorbilder im Kontext der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Sie stehen im Spannungsfeld zwischen Verantwortung und Eigennutz, da ihr Verhalten bedeutsame Auswirkungen auf das Betriebsklima, die Arbeitszufriedenheit, die Motivation und das Wohlbefinden der Beschäftigten hat. Die Durchführung von Maßnahmen zur Verhaltensprävention (§§ 20, 20a SGB V, Handlungsfelder der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2008) liegen in der Verantwortlichkeit der IKK. Dabei nehmen die Präventionscenter, als innovative Institutionen, die ebenfalls aus der Kooperation von IKK und Hochschule Neubrandenburg resultieren, einen unverzichtbaren Stellenwert ein.

Die Wirksamkeitskontrolle aller durchgeführten Maßnahmen erfolgt in der Evaluationsphase. Auch hier werden Studierende der Hochschule Neubrandenburg aktiv. Dem zirkulären Charakter des Projekts entsprechend werden die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Maßnahmen untersucht, um gegebenenfalls neue Interventionen zu initiieren oder bereits bestehende zu optimieren.

Die Kooperation von Hochschule Neubrandenburg und IKK Nord hat sich als äußerst fruchtbar erwiesen. Für über 70 Handwerksbetriebe unterschiedlicher Branchen und Gewerke konnten individuelle Lösungsvorschläge erarbeitet und umgesetzt werden. Über 1.500 Beschäftigte nahmen an der Mitarbeiterbefragung teil. 70 Studierende konnten theoretische Kenntnisse in die Praxis transferieren und dabei wertvolle Erfahrungen für ihr späteres Berufsleben sammeln. Auf der Basis der ermittelten Daten und Erkenntnisse wurden verschiedene wissenschaftliche Arbeiten (Projektberichte, Bachelorarbeiten, Masterarbeiten) zu den Schwerpunkten Betriebsklima, Stress am Arbeitsplatz, Vorgesetztenverhalten aber auch zu branchenspezifischen Belastungsschwerpunkten verfasst.

Der Beschluss, das Projekt nach der Fusion von IKK Mecklenburg-Vorpommern und IKK Schleswig-Holstein auch auf die Region Schleswig-Holstein auszudehnen sowie die Fortführung eines Folgeprojektes mit dem Schwerpunkt "Netzwerkbildung in der Betrieblichen Gesundheitsförderung" bestätigen die Erfolgsstrategie "Bewährtes fortzuführen und innovative Wege bei der Umsetzung der Betrieblichen Gesundheitsförderung in KMU zu bestreiten".

Literatur

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2008): Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V.

Sozialgesetzbuch (2007): Beck-Texte Deutscher Taschenbuchverlag (34. Aufl.).

Zum Stand des Gesundheitsmanagements in kleinen und mittleren Unternehmen - eine repräsentative Studie

Zelfel, R.C., Alles, T., Mozdzanowski, M., Weber, A.

Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation (IQPR), Köln

Hintergrund

Im Projekt "Gesunde Arbeit", das vom BMAS gefördert wird, erhalten kleine und mittlere Unternehmen (KMU) durch regionale Netzwerkstellen Beratung und die Vermittlung von Dienstleistungen in den Arbeitsfeldern Arbeits- und Gesundheitsschutz, Betriebliches Eingliederungsmanagement, Betriebliche Gesundheitsförderung, Umsetzung der Anforderungen aus dem demografischen Wandel in die betriebliche Praxis sowie der Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen.

Ziel der Studie

Im Rahmen dieses Projektes erfolgte eine repräsentative Befragung zu Stand, Umsetzung und Beratungsbedarf bei KMU zu folgenden Themenbereichen: Betriebliches Gesundheitsmanagement, Umsetzung der Anforderungen aus dem demografischen Wandel in die betriebliche Praxis sowie die Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen.

Methoden

Die Themenliste der Befragung ergibt sich aus den genannten fünf Handlungsfeldern des Projektes. Die Befragungen erfolgten im CATI-Verfahren durch das sozialwissenschaftliche Institut TARGET GROUP GmbH.

Insgesamt wurden 1.441 Betriebe in sieben Regionen der Bundesrepublik und vier Betriebsgrößenklassen (I: 0<10, II: 10<50, III: 50<150, VI: 150<250 Beschäftigte) zu folgenden Themenbereichen befragt:

- Betriebsstruktur
- Beschäftigungsstruktur
- Gesundheitsstatus im Betrieb
- Betriebliche Unterstützungssysteme

- Arbeits- und Gesundheitsschutz
- Betriebliches Eingliederungsmanagement
- Betriebliche Gesundheitsförderung
- Demografischer Wandel
- Beratungsbedarf der Unternehmen in Bezug auf die Handlungsfelder des Projektes "Gesunde Arbeit".

Ergebnisse

Die Fehlzeiten der Beschäftigten werden nur zum Teil systematisch erfasst bzw. analysiert. Bei kumulativen Fehlzeiten ist anzunehmen, dass das Betriebliche Eingliederungsmanagement nicht oder zu spät eingeleitet wird.

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement ist bei 83 % der Kleinstbetriebe und 72 % der Betriebe unter 50 Beschäftigten nicht bekannt. Auch in den beiden oberen Betriebsgrößenklassen sind die Ergebnisse unbefriedigend. Noch unbekannter ist die bereits seit dem Jahr 2004 bestehende gesetzliche Verpflichtung.

Gesundheitsförderung und Prävention wird in der Breite möglicher Maßnahmen noch nicht umgesetzt. Obwohl weit über die Hälfte angibt, dass Gesundheitsförderung Bestandteil ihrer Unternehmenspolitik ist, beschränkt sich die Gesundheitsförderung im Wesentlichen auf die Gestaltung des Arbeitsplatzes sowie die Arbeitszeitgestaltung. Externe Hilfe zur Betrieblichen Gesundheitsförderung wird derzeit nur wenig in Anspruch genommen.

Etwa die Hälfte befürchtet Auswirkungen des demografischen Wandels auf das eigene Unternehmen. 75 % der Unternehmen haben noch keine Anstrengungen unternommen, ihre Personalpolitik entsprechend anzupassen. Von denen, die bereits Maßnahmen ergreifen, werden nur die Einstellung von jungen Fachpersonals sowie Nachwuchsförderung genannt.

43,6 % der Betriebe der Größenklasse III und 51,2 % der Größenklasse IV geben an, eine Ausgleichsabgabe entrichten zu müssen, weil sie nicht die vorgeschriebene Anzahl von Arbeitsplätzen mit Schwerbehinderten oder mit diesen Gleichgestellten besetzen. 94 % der Kleinstbetriebe und 71 % der Betriebe unter 50 Beschäftigte beschäftigen keine anerkannten Schwerbehinderten oder Gleichgestellte.

Diskussion, Schlussfolgerungen

Im Hinblick auf die Netzwerkstellen "Gesunde Arbeit" lassen sich einige Arbeitsfelder identifizieren. Dies betrifft vor allem den Bereich Prävention und Gesundheitsförderung, Betriebliches Eingliederungsmanagement, systematische Krankenstandserhebungen und -analysen und Alternsmanagement. Die Befragung zeigt auch, dass KMU durchaus bereit sind, externe Dienstleister für diese Aufgaben in Anspruch nehmen, wenn Sie über Zugang und Leistungsmöglichkeiten informiert sind.

Literatur

Hetzel, C., Flach, T., Mozdzanowski, M. (2007): Mitarbeiter krank - was tun!? Praxishilfen zur Umsetzung des betrieblichen Eingliederungsmanagements in kleinen und mittleren Unternehmen. Wiesbaden: Universum.

Niehaus, M., Magin, J., Marfels, B., Vater, E.G., Werkstetter, E. (2008): Betriebliches Eingliederungsmanagement. Studie zur Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagement nach § 84 Abs. 2. Bonn: BMAS Forschungsbericht. 374.

Zelfel, R.C., Mozdzanowski, M., Weber, A. (2007): Betriebliches Eingliederungsmanagement in Klein- und Kleinstbetrieben - Ein "8-Punkte-Plan" zur Eingliederung und Gesundheit. In: Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed, 42. 146 .

Betriebsärztliche Einleitung der Rehabilitationsmaßnahme und Begleitung der Rückkehr an den Arbeitsplatz

Leitner, A. (1), Jacobi, E. (1), Enderle, G. (2)

(1) Forschungsinstitut für Rehabilitationsmedizin an der Universität Ulm,
(2) Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie (SAMA), Ulm

Hintergrund

Die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg und der Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte haben einen Kooperationsvertrag zur besseren Einbindung der Betriebsärzte in den Rehabilitationsprozess abgeschlossen (Hartschuh, 2008). Ziel dieser Kooperation ist es, den Rehabilitationsbedarf von Beschäftigten frühzeitig zu erkennen und durch geeignete Rehabilitationsleistungen den bestehenden Arbeitsplatz zu sichern (Theissen, 2007; Haase et al., 2002).

Methodik

Stellt der Betriebsarzt bei einem Mitarbeiter erhebliche Gesundheitsstörungen fest, leitet er gemeinsam mit dem Beschäftigten das Reha-Verfahren bei der DRV Baden-Württemberg ein (T1 "Erkennen des Reha-Bedarfs und Einleitung der Rehamaßnahme durch den Betriebsarzt"). Während der Reha wird das vom Betriebsarzt erstellte Arbeitsplatzprofil berücksichtigt. Der Betriebsarzt wird über den Verlauf und das Ergebnis der Rehabilitation von der Reha-Klinik informiert. Nach Abschluss der Rehabilitation dokumentiert der Betriebsarzt die Ergebnisse der Reha-Leistung und prüft ob weitere Leistungen wie z. B. eine stufenweise Wiedereingliederung erforderlich sind (T2 "Betriebsärztliche Rückmeldung nach Abschluß der medizinischen Rehabilitation"). Darüber hinaus begleitet er die Rückkehr des Mitarbeiters in den Arbeitsprozess.

Hierüber informiert er die DRV Baden-Württemberg sechs Monate nach Abschluss der Rehabilitationsleistung (T3 "Betriebsärztliche Rückmeldung sechs Monate nach Abschluß der Rehabilitation").

Die betriebsärztliche Einleitung der Reha und die nachgehende betriebsärztliche Begleitung nach einer Reha-Leistung zur Sicherung deren Nachhaltigkeit werden evaluiert.

Als Zielgrössen werden u. a. die Kommunikation zwischen Rehaarzt und Betriebsarzt, der Wiedereingliederungserfolg sowie die anschließend noch erforderlichen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben untersucht. Die betriebsärztliche Beschreibung des Arbeitsplatzes wird mit der Beschreibung durch den Rehabilitanden in Hinblick auf Relevanz für die Rehamaßnahme verglichen.

Ferner wird der Wiedereingliederungserfolg der betriebsärztlich begleiteten Reha-Maßnahme mit dem Erfolg einer herkömmlichen, durch den Hausarzt initiierten Reha-Maßnahme verglichen. Parameter wie Arbeitsunfähigkeitszeiten, Rentenantragstellung, Wiedereingliederungshilfen werden gegenübergestellt.

Zusammenfassend soll untersucht werden, ob durch die Einschaltung des Betriebsarztes eine rechtzeitigere wie auch zielgenauere Rehabilitation und Wiedereingliederung möglich ist (Kühn et al., 2008).

Literatur

Hartschuh, U., (2008): B.Ä.R. Online. .http://www.deutsche-rentenversicherung-bw.de/nn_32292/DRVBW/de/Navigation/Rehabilitation/Reha-Projekte/Betriebsaerztliche__Reha__node.html__nnn=true.

Haase, I., Riedl, G., Birkholz, L.B., Schaefer, A., Zellner, M. (2002): Verzahnung von medizinischer Rehabilitation und beruflicher Reintegration. Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin, 37. Jahrg., Heft 7. 331-335.

Kühn, W., Knülle, E., Schian, H.-M., Schöttler, M. (2008): Effekte einer intensiven Zusammenarberit zwischen Werksarzt und Rehabilitationsmediziner (Detailanalyse, Langzeitbeobachtung) , DRV-Schriften, Bd 77. 276-278.

Theissen, U. (2007): Web-Reha, Online: http://www.web-reha.de.

Sozialmedizinische Begutachtung: Die Bedeutung unterschiedlicher Qualitätskriterien bei Gutachten zu Erwerbsminderungsrenten

Gehrke, J.
Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Hintergrund und Fragestellung

Um festzustellen, ob Versicherte bei der Deutschen Rentenversicherung Ansprüche auf eine Erwerbsminderungsrente oder auf Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitation) haben, ist eine sozialmedizinische Begutachtung erforderlich. Auf Antrag des Versicherten erfolgt die Begutachtung im Auftrag der Verwaltung des Rentenversicherungsträgers durch sozialmedizinische Sachverständige. Das Ergebnis einer Begutachtung ist in der Regel ein Gutachten mittels persönlicher Untersuchung und Befragung des Antragstellers oder auch ein Aktenlagegutachten beim Vorliegen ausreichender medizinischer Befundunterlagen. Auf dieser Grundlage kann die Verwaltung über den Leistungsantrag des Versicherten entscheiden. Die Qualität eines Gutachtens ist somit von besonderer Bedeutung für das gesamte Leistungsfeststellungsverfahren, damit Leistungen der Rentenversicherungsträger bedarfsgerecht und in ökonomischer Verantwortung gegenüber der Solidargemeinschaft erbracht werden.

Die Deutsche Rentenversicherung implementiert derzeit ein Peer-Review Verfahren, mit dem die Qualität von Gutachten zu Erwerbsminderungsrenten anhand verschiedener Qualitätskriterien geprüft werden soll (Legner, Cibis, 2007). Diese Qualitätskriterien sind zukünftig maßgeblich für die qualitativen Anforderungen, die an Gutachten der Rentenversicherungsträger gestellt werden. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, welche Bedeutung den einzelnen Qualitätskriterien in einem Gutachten zukommen soll. Mit der vorliegenden Untersuchung sollen die relevanten Qualitätskriterien eines Gutachtens ermittelt werden. Gleichzeitig gilt es zu prüfen, ob die gewählte Vorgehensweise als eine rational (empirisch) nachvollziehbare Strategie zur Priorisierung von Qualitätsdimensionen geeignet ist.

Methodik und Durchführung

Folgende Qualitätskriterien, auf denen das Peer-Review Verfahren aufbaut, waren zu beurteilen: Formale und inhaltliche Gliederung des Gutachten (Formale Gestaltung: FG), Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes medizinischer Erkenntnisse (Medizinisch-wissenschaftliche Grundlagen: MG), sprachliche Darstellungsform (Verständlichkeit: VE), Dokumentation der Befunde und Beantwortung der Gutachtenfragen (Vollständigkeit: VO), Dokumentation der verwendeten Verfahren und Methoden (Transparenz: TP) sowie deren wirtschaftlicher Einsatz (Wirtschaftlichkeit: WI).

Die Bedeutung dieser Qualitätskriterien wurde anhand von Force-Choice-Dominanzurteilen ermittelt. Die Teilnehmer hatten für alle möglichen Paare von Kriterien (vollständiger Paarvergleich) die Frage zu beantworten, ob das eine oder andere Kriterium bedeutsamer ist. Je

häufiger ein Kriterium bei einem Vergleich gewählt wird, umso höher ist seine Bedeutung. Die Auswertung der Dominanzurteile erfolgt über eine eindimensionale Skalierung (Thurstone-Skala).

Befragt wurden zwei Teilnehmergruppen aus den Sozialmedizinischen Diensten der Rentenversicherungsträger: (1) Alle Ärztinnen und Ärzte der Rentenversicherung in Leitungsfunktionen [LTD] (2) eine Expertenrunde, bestehend aus langjährig tätigen ärztlichen Gutachtern [ÄG].

Ergebnisse

Die Abbildung zeigt die aus den Dominanzurteilen berechneten Skalenwerte der Thurstone-Skalen für die beiden Teilnehmergruppen. Die Kongruenzkoeffizienten beider Skalen liegen jeweils bei 0,99 ($p < 0,05$) und repräsentieren damit die Urteile der Teilnehmer mit einer hohen Güte. In beiden Teilnehmergruppen erreicht das Kriterium "Medizinisch-wissenschaftliche Grundlagen" den höchsten Skalenwert, d. h. dieses Kriterium wird am häufigsten gegenüber den anderen Kriterien präferiert. Demgegenüber nimmt die "Wirtschaftlichkeit" den Endpunkt auf beiden Skalen ein.

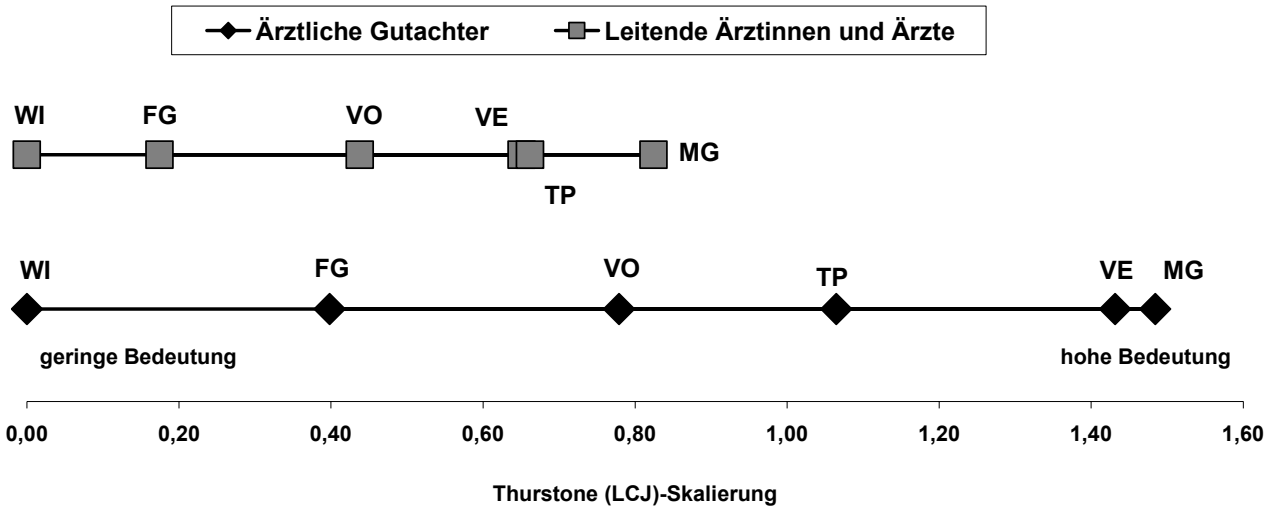


Abb. 1: Eindimensionale Skalierung der Dominanzurteile

Die unterschiedliche Länge der Skalen zeigt, dass beide Teilnehmergruppen in ihrer Bewertung der Unterschiedlichkeit von nicht-bedeutsamen und bedeutsamen Kriterien nicht übereinstimmen. So ist der Abstand bei den Ärztlichen Gutachtern größer als bei den Leitenden Ärztinnen und Ärzten. Letztere beurteilen die Kriterien insgesamt weniger differenziert als die Gutachter.

Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass die medizinisch-wissenschaftlichen Grundlagen, Verständlichkeit und Transparenz eine hohe Bedeutung als Qualitätskriterien für Gutachten haben. Demgegenüber wird die Rolle der formalen Gestaltung bei Gutachten als auch der wirtschaftliche Einsatz von Untersuchungsverfahren eher als gering eingeschätzt. Insgesamt liefert diese Vorgehensweise eine empirische Grundlage für eine Priorisierung der Kriterien und deren spätere Gewichtung im Peer-Review Verfahren.

Literatur

Legner, R., Cibis, W. (2007): Qualitätssicherung in der sozialmedizinischen Begutachtung. Die Rehabilitation, 46. 57-61.

Fortbildungen und Implementierungen im Zusammenhang mit der Einbeziehung von Functional Capacity Evaluation in die Regelbegutachtung des Ärztlichen Dienstes der Bundesagentur für Arbeit - Erste Schritte

Glatz, A. (1,2), Kaltheier, O. (1), Nutt, N. (1), Heipertz, W. (3), Weber, A. (1)

(1) Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation in der Deutschen Sporthochschule Köln, (2) Lehrstuhl für Allgemeine Pädagogik/Gesundheitspädagogik der Otto-Friedrich Universität Bamberg (3) Ärztlicher Dienst der Bundesagentur für Arbeit in Nürnberg

Hintergrund

Die Selbsteinschätzung des Arbeitsvermögens führt selten zur Überschätzung und häufig zur Unterschätzung (Glatz et al., 2007a). Oft ist eine ärztliche Beurteilung der arbeitsbezogenen körperlichen Leistungsfähigkeit erforderlich. In einer neueren Studie zeigte sich, dass in vielen Fällen durch die Aktivitätsdiagnostik mit Hilfe von Functional-Capacity-Evaluation-Systemen (FCE), die sich einer herkömmlichen, körperlichen Untersuchung anschließt, die Vorhersagen zum Leistungsvermögen deutlich besser werden. Wann die Hinzuziehung von FCE-Befunden von Vorteil ist, wird allerdings bislang vonseiten der Ärzte meist nicht korrekt erkannt (Glatz et al., 2007b). Um die zielgerechte Einbeziehung von FCE zu befördern, sollte eine Beurteilungskultur geschaffen werden, die einen qualifizierten Zweifel bzw. die treffsichere Feststellung, dass und wann die Befundbasis erweitert werden muss, miteinschließt. Dazu gehört auch, dass neben den messbezogenen Ergebnissen insbesondere strukturierte beobachtungsbezogene Informationen in die Beurteilung eingehen (Heipertz, 2001).

AIIDAA-Projekt der Bundesagentur für Arbeit

Vor diesem Hintergrund wurde damit begonnen, insbesondere Verfahren der Functional Capacity Evaluation in die Regelbegutachtung des Ärztlichen Dienstes der Bundesagentur für Arbeit (BA) zu implementieren. Diese ‚Assessment-Implementation in den Arbeitsagenturen' (AIIDAA) ist ein Projekt der BA mit dem iqpr. Ärztinnen und Ärzte der BA bekommen in geeigneten Fällen die Möglichkeit, spezielle aktivitätsorientierte Befunderhebungen externer Dienstleister einzuholen. Diese messbezogenen Befunde bieten dem Ärztlichen Dienst ergänzende Informationen zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit. Außerdem enthalten sie - wie in der oben genannten Literatur gefordert - zusätzlich beobachtungsbezogene Informationen. Die Beobachtungen werden in Form von mehrperspektivischen Videos übermittelt. Dabei findet die neue Methode der Eventvideografie (EVS) Anwendung (Glatz, 2008). EVS stellt für die Beurteilung in der Arbeitsagentur eine kommentierte Übersicht der kritischen Ereignisse der FCE-Untersuchung zur Verfügung. Darin sind insbesondere Videokurzbelege enthalten.

Mit Blick auf die Realisierung der AIIDAA-Ziele wurde Mitte 2008 mit der Entwicklung entsprechender Strukturen und Prozesse begonnen. Als Nächstes startet die Entwicklung und Durchführung entsprechender Fortbildungen. Im Projektzeitraum sollen bundesweit alle Ärztinnen und Ärzte des Ärztlichen Dienstes der BA entsprechend qualifiziert werden. Insbesondere die Kompetenz zur Interpretation von FCE-Befunden - zurzeit vorrangig des ERGOS-Work-Simulators und der Evaluation Funktionaler Leistungsfähigkeit nach Isernhagen - wird vermittelt werden. Außerdem soll geschult - und in den Schulungen weitere Möglichkeiten dessen erarbeitet - werden, in welcher Weise die Beobachtungsdaten zu integrieren sind.

Das Projekt befindet sich in der Implementierungsphase I: An den Standorten Hamburg und Erfurt werden bereits erste Umsetzungsschritte getätigt. Auf Basis dieser Erfahrungen sollen in der Phase II in ausgewählten Projektregionen weitere Implementierungen erfolgen. In Phase III wird die Implementierung auf das restliche Bundesgebiet ausgedehnt werden.

Literatur

Glatz, A., Anneken, V., Heipertz, W., Weber, A., Kraus, T. (2007a): Die Ermittlung der Arbeitsbelastungskategorie - standardisierte Selbstauskunft und Messung im Vergleich. Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed, 42. 109.

Glatz, A., Anneken, V., Heipertz, W., Schian, H.M., Weber, A. (2007b): Zur ärztlichen Beurteilung arbeitsbezogener körperlicher Leistungsfähigkeit anhand des FCE- Assessments ERGOS Work Simulator. Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed, 42. 56- 63.

Glatz, A. (2008): Assessment in der medizinischen Begutachtung - Vorstellung der Verfahren. Med Sach Heft, 4.

Heipertz, W., Berg, A., Ueberschär, I. (2001): Berufliche Rehabilitation im Spannungsfeld von Medizin, Sozialrecht und Verwaltungshandeln. Arbeitsmed.Sozialmed. Umweltmed., 36 (7). 332-345.

Problematik der Begutachtung von somatoformen Schmerzstörungen unter besonderer Berücksichtigung des Analgetika- und Antidepressivanachweises im Serum

Walk, H.-H., Wehking, E.

Klinik am Rosengarten, Bad Oeynhausen

Einleitung

Die Häufigkeit von Patienten mit chronischen Schmerzen, die zu einer Berentung führen steigt (Schulte, 1999). Mit einer 12-Monats-Prävalenz von 7-8 % sind dabei somatoforme Schmerzstörungen relativ häufig.

Der Arzt steht bei der Begutachtung von Schmerzpatienten vor dem Dilemma, ein definitions gemäß "subjektives Erleben" objektiv zu erfassen. Besonders schwer ist dies bei somatoformen Schmerzstörungen, bei denen der Schmerz nicht durch einen physiologisches Prozess oder körperliche Störung vollständig erklärbar ist. Andererseits ist der Vollbeweis für

die vorliegende Erkrankung zu führen, wobei die subjektive Beschwerdeschilderung des Probanden hierfür nicht ausreichend ist.

Zur Objektivierung der Beschwerden wurden ab dem 1. Januar 2002 bei Patienten der Klinik am Rosengarten (KaR) mit chronischen Schmerzen oder unfallreaktiv psychischen Störungen regelmäßig die Medikamentenspiegel im Serum untersucht. Dies erfolgte immer unter ausreichender Dosierung im Steady State. Die Untersuchungen erfolgten chromatographisch.

Methodik

Retrospektiv wurden Patienten, die sich zu einem stationären Heilverfahren in unserer Klinik befanden, über vier Jahre ausgewertet. Wir untersuchten bei 106 Patienten die Analgetika und bei 204 Patienten die Antidepressiva. Die Geschlechtsverteilung betrug ungefähr 2 zu 1 (Analgetika: 72 Männer, 31 Frauen; Antidepressiva: 137 Männer, 67 Frauen). Das Alter lag bei der Analgetikagruppe zwischen 25 und 66 Jahren, bei der Antidepressivagruppe zwischen 20 und 66 Jahren. Aufgrund der vorliegenden Unterlagen konnten wir zwei Subgruppen ermitteln:

- eine Gruppe mit offenen sozialrechtlichen Forderungen (MSF) (gestellter Verschlechterungsantrag, Widerspruch gegen die Höhe der MdE, Gutachtenauftrag in unserer Klinik),
- eine Gruppe ohne offene sozialrechtliche Forderungen (OSF).

Der Gruppe MSF konnten 36 Patienten aus der Analgetikagruppe und 60 Patienten aus der Psychopharmakagruppe zugeordnet werden, der Gruppe OSF 67 Patienten aus der Analgetikagruppe und 144 Patienten aus der Psychopharmakagruppe.

Die Geschlechtsverteilung sowie die Altersverteilung unterschieden sich nicht signifikant.

Bei 23 Patienten der Analgetikagruppe hatten wir nach ICD 10 eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert (10 MSF und 13 OSF). In der Gruppe der Psychopharmaka waren 21 Patienten an einer somatoformen Schmerzstörung erkrankt (8 Patienten MSF, 13 Patienten OSF).

Da die meisten Patienten eine Mehrfachmedikation von Wirkstoffen erhielten, wurden sie zusätzlich unterteilt in compliant, teil-compliant und nicht compliant. In der Gruppe der complianten Patienten waren alle angegebenen Medikamente auch laborchemisch nachweisbar. Bei den teil-complianten Patienten konnten einzelne der eingenommenen Medikamente nachgewiesen werden, aber nicht alle. In der Gruppe der nicht complianten Patienten konnten keine der angegebenen Medikamente nachgewiesen werden.

Ergebnisse

Grundsätzlich war die Compliance bei Patienten OSF höher als bei Patienten MSF. Darüber hinaus war die Compliance für Antidepressiva bei einer somatoformen Schmerzstörung sowohl in der Gruppe MSF als auch OSF deutlich niedriger als bei der Kontrollgruppe mit anderen psychoreaktiven Störungen. Gleichzeitig lag die Compliance bei Patienten mit somatoformer Schmerzstörung und MSF nur bei 12,5 %, bei OSF jedoch bei 36,4 %.

Bei den untersuchten Analgetika lag die Compliance für Patienten mit somatoformer Schmerzstörung ebenfalls, egal, ob in der Gruppe MSF oder OSF, niedriger als bei der Kon-

trollgruppe. Die Compliance für die somatoforme Schmerzstörung bei MSF lag ebenfalls niedriger als bei OSF.

Diskussion

Nach Auffassung der Verfasser konnte durch diese Untersuchung nachgewiesen werden, dass Patienten mit chronischen Schmerzen insbesondere, wenn ein sekundärer Krankheitsgewinn vorliegt, ihre Medikamente nicht im angegebenen Umfang einnehmen. Von Roeser, Hausotter (2005) wurden ähnliche Ergebnisse gefunden. Unbestritten ist, dass unterschiedliche Resorptionen, raschere Verstoffwechselungen oder Non-Responder Einflüsse auf den Nachweis der Medikamente haben. Dem wurde im Rahmen unserer Untersuchung dadurch Rechnung getragen, dass lediglich der Nachweis des Medikamentes bewertet wurde und nicht, ob unter entsprechender Höhe der Medikation auch ein therapeutischer Spiegel vorlag.

Zusätzlich konnte gezeigt werden, dass im Vergleich bei Patienten mit somatoformer Schmerzstörung die Einnahme von Psychopharmaka deutlich geringer ist. Dies wäre grundsätzlich damit zu erklären, dass Patienten mit einer somatoformen Schmerzstörung an der organischen Genese ihrer Beschwerden festhalten und deshalb der Einnahme eines Antidepressivums skeptischer gegenüberstehen. Als alleiniger Grund reicht dies nicht aus, wenn man bedenkt, dass die Compliance bei Patienten OSF um dreimal höher ist als bei Patienten MSF.

Gleichzeitig wäre zu erwarten, dass die Compliance bezüglich der Analgetika zumindest gleich groß wie bei Patienten mit anderen chronischen Schmerzsyndromen ist. Hier ist die Compliance für die somatoforme Schmerzstörung jedoch ebenfalls deutlich niedriger. Bei fehlendem Medikamentennachweis muss bei einer somatoformen Schmerzstörung der Leidensdruck und indirekt daraus auch die Einschränkung des Leistungsvermögens relativiert werden. Insofern besteht aus unserer Sicht bei einer Vielzahl der Patienten mit somatoformen Schmerzstörungen keine Einschränkung des Leistungsvermögens welche eine Berentung rechtfertigt. Diese Einschätzung sehen wir durch die Schweizer Sozialrechtssprechung (BGE 130 V 352 vom 12.03.2004; Darioli et al., 1995) unterstützt, die eine Berentung wegen der Diagnose somatoforme Schmerzstörung ablehnt.

Literatur

Darioli, J., Vader, J.-P., Moeri, R., Vanotti, M. (1995): Nécessité d'une recherche sour l'invalidité en Suisse. Méd et HLG. 54. 322-325.

Roeser, A., Hausotter, W. (2005): Welche Bedeutung haben Serumspiegelbestimmungen von Pharmaka bei der Begutachtung? MedSach., 5. 161-165.

Schulte, R.M. (1999): Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung chronischer Schmerzsyndrome. MedSach. 52-56

Eignet sich ein PC-basiertes neuropsychologisches Trainingsprogramm zur Erkennung suboptimalen Leistungsverhaltens?

Brachmann, K. (1), Grüneberg, C. (2), Egle, U.T. (3), Köllner, V. (1,4)

(1) Fachklinik für Psychosomatischer Medizin, Mediclin Bliestal Kliniken, Blieskastel,
(2) Fachbereich Gesundheit, Hochschule Fresenius, Idstein/Taunus,
(3) Fachklinik für Psychosomatische Medizin, Kinzigtal-Kliniken, Gengenbach,
(4) Medizinische Fakultät der Universität des Saarlandes, Homburg/Saar

Hintergrund und Fragestellung

Zu den Aufgaben der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen gehört auch die Einschätzung kognitiver Beeinträchtigungen, die z. B. bei depressiven und somatoformen Störungen oder der PTBS sowohl als Krankheitssymptom als auch als Medikamentennebenwirkung auftreten können. Dabei ist es schwierig, zwischen echten Einschränkungen und suboptimalem Leistungsverhalten unterscheiden zu können. Merten et al. (2007) versuchten, suboptimales Leistungsverhalten anhand des Aufmerksamkeits-Belastungs-Tests d2 zu erkennen, allerdings hinsichtlich der erwarteten Simulationsparameter mit negativem Ergebnis. Bestandteil der berufsbezogenen medizinischen Rehabilitation ist zunehmend häufig ein PC-gestütztes Training der kognitiven Fähigkeiten. Green et al. (2001) berichten über Personen, für die im Rahmen einer Schadensersatzklage oder eines Rentenbegehrens eine neuropsychologische Begutachtung vorgenommen wurde. Es zeigte sich hierbei, dass die Häufigkeit negativer Antwortverzerrungen für das Gebiet der kognitiven Störungen besonders hoch ist. Die Gewinnung zuverlässiger Hinweise auf suboptimales Leistungsverhalten oder gar Simulation ist daher von besonderer Bedeutung für die sozialmedizinische Beurteilung.

Ziel dieser Untersuchung ist es festzustellen, ob sich aus bestimmten Übungen im Rahmen eines solchen Trainingsprogramms Hinweise auf suboptimales Leistungsverhalten oder Simulation ableiten lassen.

Methode

Mit dem Trainingsprogramm Cogpack® steht in der Ergotherapie ein etabliertes Verfahren zum kognitiven Training zur Verfügung (Marker, 2008), welches allerdings im Hinblick auf die Erfassung suboptimalen Leistungsverhaltens noch nicht untersucht worden ist. Das Programm besteht aus ca. 64 Test- und Übungsprogrammen mit jeweils bis zu 20 Alternativen. Die für die Untersuchung zusammengestellte Übungsserie dauert ca. 60 Minuten. Nach Marker (2008) stehen manche Übungen des Cogpack®-Programms experimentellen und testpsychologischen Verfahren sehr nahe und sind normorientiert einsetzbar. Hinweise auf suboptimales Leistungsverhalten wurden mit zwei Beschwerdenvalidierungstests, dem Amsterdamer Kurzzeitgedächtnistest (AKGT) (Schmand, Lindeboom, 2005) und dem Test of Memory Malingering (TOMM) (Tombaugh, 1996) getestet. Zusätzlich wurden die Bezugstherapeuten gebeten, die Leistungsmotivation der Rehabilitanden auf einer Skala von +5 bis -5 einzuschätzen. Die Ergebnisse, die im Training mit Cogpack® erzielt wurden, wurden mit denen dieser drei Parameter verglichen. So wurde versucht, suboptimales

Leistungsverhalten anhand von ungewöhnlichen Ergebniswerten oder abnormalen Übungsverläufen zu erkennen.

Untersucht wurden 8 männliche und 25 weibliche Rehabilitanden im Alter von 33 bis 63 Jahren (M=49,7, SD=7,4), denen von den behandelnden Ärzten oder Psychologen ein kognitives Training verordnet wurde. Häufigste Diagnosen waren Anpassungsstörung, Depression und somatoforme Störung, Komorbidität war häufig. 19 Rehabilitanden waren zum Zeitpunkt der Untersuchung arbeitsunfähig, die AU-Dauer reichte von 0,5 - 42 Monate (M=12,6, SD=8,6), keiner hatte aktuell einen Rentenantrag gestellt. Die Kontrollgruppe wurde von 28 "instruierten Simulanten" gebildet. Hierbei handelte es sich um 8 männliche und 20 weibliche Probanden mit einem Durchschnittsalter von 39,14 Jahren (SD=10,23). 14 Probanden waren im klinischen Bereich tätig und hatten Erfahrung mit kognitiven Störungsbildern. Die übrigen 14 waren überwiegend in kaufmännischen Berufen tätig und hatten keine entsprechenden Vorinformationen.

Für die Datenauswertung wurde die nachfolgende Gruppierung vorgenommen:

Gruppe 1: Klienten, die in weniger als zwei BVT unterdurchschnittliche Ergebnisse erzielten; n=31

Gruppe 2: Klienten, die durch beide BVT als "auffällig" eingestuft wurden; n=2

Gruppe 3: instruierte Simulanten; N=28

Ergebnisse

Diejenigen Cogpack®-Übungen, für die eine signifikante, mindestens mittelgradige Korrelation mit allen drei Validierungstests festgestellt wurde, sind in Tabelle 1 dargestellt. Keine oder nur eine schwache Korrelation fand sich bei den Übungen "Wer oder Was", "Kalorien" und "Rechnen".

Cogpack®-Übungen		**AKGT**	**TOMM1**	**TOMM2**
GW "Punkt um Punkt"	Korrelation nach Pearson	-0,514	-0,597	-0,616
	Signifikanz (2-seitig)	0,003	< 0,001	< 0,001
GW "Suchen A"	Korrelation nach Pearson	0,721	0,638	0,717
	Signifikanz (2-seitig)	< 0,001	< 0,001	< 0,001
TS "Suchen A"	Korrelation nach Pearson	-,756	-,614	-,679
	Signifikanz (2-seitig)	< 0,001	< 0,001	< 0,001
TS "Suchen D"	Korrelation nach Pearson	-,751	-,725	-,755
	Signifikanz (2-seitig)	< 0,001	< 0,001	< 0,001

Tab. 1: Signifikante Korrelationen der Ergebnisse in den Cogpack®-Übungen mit den Beschwerdenvalidierungstests.

Eine Analyse des Ablaufs dieser Übungen bei Rehabilitanden mit positivem Beschwerdenvalidierungstest (n=2) ergab folgende Hinweise auf suboptimales Leistungsverhalten:

- Anhand der Ergebnisse der Übungen "Punkt um Punkt" und "Vergleiche" lässt sich feststellen, dass Personen mit suboptimalem Leistungsverhalten dadurch erkannt werden können, dass sie eine hohe Bearbeitungszeit aufweisen, welche mit einer ungewöhnlich hohen Fehleranzahl einhergeht. Im Gegensatz dazu scheinen gut motivierte Klienten mit einer hohen Bearbeitungszeit ihre Genauigkeit aufrechtzuerhalten, wodurch sich die Fehlerquote im Allgemeinen eher verringert. Eine hohe Fehlerquote war im Normalfall nur für diejenigen Probanden zu verzeichnen, die offensichtlich zu schnell gearbeitet hatten. Für die Übung "Punkt um Punkt" kann mit einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit festgestellt werden, dass ein Gesamtwert >6 einen Hinweis auf suboptimales Leistungsverhalten gibt.
- Bei der Übung "Suchen" konnten die Patienten mit Aggravation zunächst dadurch identifiziert werden, dass sie in beiden Teilen der Übung ("Suchen A" und "Suchen D") unterdurchschnittliche Ergebnisse erzielten. Für die Übung "Suchen A" konnte der Trennwert der Variablen TS (Sek./Task) auf 4,5 Sekunden festgelegt werden, während er für die Übung "Suchen D" offensichtlich bei 6 Sekunden angesiedelt werden sollte. Für "Suchen A" gilt außerdem: Klienten, die bei dieser Übung Fehler machen, sollten hinsichtlich ihrer Leistungsmotivation überprüft werden.
- Darüber hinaus wurde im Verlauf der Untersuchung deutlich, dass Probanden mit suboptimalem Leistungsverhalten häufig das System der "Einstreuung" von Fehlern anwenden.

Die Ergebnisse der instruierten Simulanten unterschieden sich in nahezu allen Übungen im Gesamtwert von denen der Klienten und erfüllten darüber hinaus die Erwartung einer ungewöhnlich hohen Fehleranzahl. Gruppe 2 wies im Durchschnitt pro Übung beinahe die doppelte Fehleranzahl auf als Gruppe 1, für Gruppe 3 hat sich die Fehleranzahl dabei fast verdreifacht. Die Gruppen 2 und 3 machten darüber hinaus in der zweiten Übungshalbzeit bedeutend mehr Fehler als in der ersten.

Während sich die Systematik bei Antwortverzerrungen durch das Einbauen bewusster Fehler oder das Hinauszögern der Antworten für Gruppe 2 nur vermuten lässt, wurden die instruierten Simulanten nach der Bearbeitung zu ihren Strategien direkt befragt. Fast alle Probanden hatten eine Strategie entwickelt, die sie meist über die komplette Übungsserie hin beibehielten. Die Klienten mit Verdacht auf Aggravation zeigten allerdings zumeist eine verlangsamte Bearbeitung der Aufgaben bei aufrechterhaltener Genauigkeit.

Die Art der Aufgabeninstruktion spielte besonders für die Ergebnisse in Gruppe 1 eine Rolle. Während diese Rehabilitanden schneller arbeiteten, nachdem sie auf die Wichtigkeit einer geringen Arbeitszeit hingewiesen wurden, scheint dieser Hinweis besonders für die instruierten Simulanten eine untergeordnete Rolle gespielt zu haben.

Diskussion

Die hier vorgenommenen Berechnungen der Korrelationen ließen vermuten, dass sich innerhalb des Programms Cogpack® die Übungen "Punkt um Punkt", "Anzahl", "Vergleiche" und "Suchen A" am besten eignen, um suboptimales Leistungsverhalten zu erkennen. Hierbei kann es sich aber nur um einen Hinweis handeln, der im Zusammenhang mit dem Gesamteindruck des Rehabilitationsverlaufes interpretiert werden muss und keinesfalls als "Beweis" für Aggravation oder gar Simulation überinterpretiert werden darf.

Die Ergebnisse der instruierten Simulanten unterscheiden sich in allen Fällen deutlich von denen der übrigen Klienten, was dafür spricht, dass die Verhaltensweisen der beiden Gruppen aufgrund der unterschiedlichen Motivation voneinander abweichen. Für die instruierten Simulanten war es schwierig, die Störungen überzeugend vorzutäuschen, besonders wenn sie keine Vorerfahrungen mit kognitiven Störungsbilder hatten. Die instruierten Simulanten erklärten, dass sie im Übungsverlauf immer wieder Fehler eingestreut haben, wofür sie nicht systematisch Übungen auswählten, die ihnen schwerer erschienen. Dies bestätigt die Aussage von Merten (2002), dass der Schwierigkeitsgrad einer Übung für Simulanten häufig nicht durchschaubar ist.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Leistungsmotivation im kognitiven Training bei der großen Mehrzahl der hier untersuchten Rehabilitanden hoch war. Um Hinweise auf suboptimales Leistungsverhalten oder Simulation zu gewinnen, sollten nicht nur die Testergebnisse, sondern auch die Verhaltensbeobachtung einer hierzu geschulten Ergotherapeutin genutzt werden. Die Aussagekraft dieser Studie ist durch den geringen Anteil von Rehabilitanden mit suboptimalem Leistungsverhalten eingeschränkt. Da sich aber viel versprechende Hinweise auf eine ökonomische Möglichkeit zur Erfassung suboptimalen Leistungsverhaltens gezeigt haben, erscheint es sinnvoll, Studien mit einer größeren Fallzahl durchzuführen.

Literatur

Green, P., Rohling, M.L., Lees-Haley, P.R., Allen, L.M. (2001): Effort has a greater effect on test scores than severe brain injury in compensation claimants. Brain Injury; 15 (12). 1045-1060.

Marker, K.R. (2008): Handbuch zum Programmpaket COGPACK®. Heidelberg & Ladenburg: marker software.

Merten, T. (2002): Fragen der neuropsychologischen Diagnostik bei Simulationsverdacht. Fortschr Neurol Psychiat; 70. 126-138.

Merten, T., Blaskewitz, N., Stevens, A. (2007): Kann suboptimales Leistungsverhalten mit dem Aufmerksamkeits-Belastungs-Test (Test d2) erkannt werden? Akt. Neurol., 34. 134-139.

Schmand, B., Lindeboom, J. (2005): Amsterdam Short-Term Memory Test - Amsterdamer Kurzzeitgedächtnistest. Manual - Handanweisung. Leiden: PITS.

Tombaugh, T.N. (1996): Test of Memory Malingering - TOMM. Ontario: MHS.

Bemessung des Rehabilitationserfolgs durch Leistungsträger bei der Drogenrehabilitation - eine Verlaufsuntersuchung

Stapel, M., Kulick, B.

Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

Hintergrund

Im Zusammenhang mit der durch die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz geförderten wissenschaftlichen Untersuchung "Ergebnisqualität in der stationären medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger" ist die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz der Fragestellung zur erwerbsbezogenen Re-/Integration der an der Studie teilnehmenden Versicherten (n=151) nachgegangen. Dazu wurden die kalenderdatumsbezogenen Beitragsverläufe der Versicherten zwei Jahre vor und nach der Entwöhnungsbehandlung wissenschaftlich untersucht.

Fragestellung und Methodik

Es sollte untersucht werden, inwiefern sich die Beitragsmeldungen im Vergleich zum Zeitraum vor der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme verändern. Dazu wurden drei Kategorien des Versicherungsbeitrages gebildet. Dabei handelt es sich um lückenhafte Beitragsmeldungen, Meldungen der Arbeitsagenturen sowie Meldungen sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse. Von besonderem Interesse war zum Einen, wie hoch der Anteil derjenigen Versicherten ist, bei denen eine Änderung im Beitragsverlauf in den drei Kategorien vorkam und für welchen Zeitraum diese Kategorie im Zeitfenster der Betrachtung gültig ist. Diese Parameter wurden für den Zeitraum vor und nach der medizinischen Entwöhnungsbehandlung bestimmt.

Ergebnisse

Von den insgesamt n=151 Versicherten wiesen n=23 Versicherte im Beobachtungszeitraum keine Beitragsmeldungen im Versichertenkonto der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz auf. Die folgenden Ergebnisse beziehen sich somit auf n=128 Versicherte.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich der Anteil der Versicherten mit Lücken im Beitragsverlauf um 13,3 % reduziert. Auch die Anzahl der Lücken reduziert sich nach der medizinischen Drogenentwöhnung. Hervorzuheben ist insbesondere, dass sich die durchschnittliche Dauer einer Beitragslücke nahezu halbiert. Weiterhin zeigt sich zum Einen eine signifikante Zunahme des Anteils an Versicherten mit Beitragsmeldungen durch die Arbeitsagenturen (Anteil: 19,5 %) und zum Anderen eine Zunahme des Versichertenanteils mit Beitragsmeldungen sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse (Anteil: 24,2 %). Die Anzahl der Beitragsmeldungen der Arbeitsagenturen je Versicherten reduziert sich bedeutsam. Wesentlich ist aber, dass deren durchschnittliche Dauer je Meldung um etwa 34 % zunimmt. Dagegen zeigt sich in der Kategorie der Beitragsmeldungen sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse eine erhebliche Zunahme der Anzahl an Meldungen sowie ein deutlich verlängerter Zeitraum der Beitragsleistung.

Fazit

Um den Re/-Integrationserfolg der medizinischen Entwöhnungsbehandlung bei dieser schwer in das Erwerbsleben zu re/-integrierenden Klientel bemessen zu können, ist die aufwändige Methode der kalenderdatumsbezogenen Analyse von Beitragsverläufen die Methode der Wahl und macht einen Prä-post-Vergleich überhaupt erst sinnvoll und deren Ergebnisse wissenschaftlich glaubwürdig. Die ausschließliche Bemessung des Rehabilitationserfolgs an unterschiedlichen Abstinenzkriterien erscheint im Zusammenhang mit dem Rehabilitationsauftrag als nicht ausreichend. Die mit Hilfe dieser Methode gewonnenen Ergebnisse deuten auf einen Wechsel zur erwerbsbezogenen Re/-Integration der Versicherten hin und können somit zur Legitimation der medizinischen Rehabilitation bei der Entwöhnungsbehandlung von illegalen Drogen beitragen.

Sozialmedizinische Begutachtung: Wie groß ist die Übereinstimmung von Ärzten bei der Beurteilung von Gutachten im Rentenverfahren

Gehrke, J., Mai, H.
Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Hintergrund und Fragestellung

Gutachten bilden im Antrags- und Leistungsfeststellungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung die fachliche Grundlage zur Feststellung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben. Sind die versicherungsrechtlichen und medizinischen (persönlichen) Voraussetzungen erfüllt, so können die Antragsteller Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitation) oder Rente wegen Erwerbsminderung erhalten. Um hierbei die Gleichbehandlung aller Antragsteller zu gewährleisten, sind die Gutachten entsprechend einem einheitlichen Anforderungsprofil und nach einheitlichen Beurteilungskriterien zu erstellen. Trotz dieser Vorgaben gibt es eine kritische Diskussion der Güte und Reliabilität von gutachterlichen Entscheidungen - insbesondere bei psychiatrischen Gutachten (Dickmann, Broocks, 2007).

Im Zusammenhang mit dem Aufbau eines Peer-Review Verfahrens zur Prüfung der Ergebnisqualität von Gutachten bei Erwerbsminderungsrenten (Legner, Cibis, 2007), sollte daher die Frage untersucht werden, inwieweit erfahrene ärztliche Gutachter in der Beurteilung von Rentengutachten übereinstimmen.

Methodik und Durchführung

Insgesamt neun Ärzten aus den Sozialmedizinischen Diensten der Rentenversicherungsträger, die über eine langjährige Begutachtungspraxis verfügen, wurde jeweils ein Gutachten aus den Fachgebieten Orthopädie, Neurologie/Psychiatrie und Innere Medizin (Allgemeinmedizin) zur Bewertung vorgelegt. Die Gutachten waren anonymisiert und wurden im Rahmen eines Antrags auf Erwerbsminderungsrente erstellt.

Die Bewertung der Gutachten erfolgte über einen standardisierten Fragenkatalog, der die folgenden Inhaltsdimensionen eines Gutachtens operationalisiert: Einhaltung einer formalen und inhaltlichen Gliederung des Gutachtens (Formale Gestaltung), Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes medizinischer Erkenntnisse (Medizinisch-wissenschaftliche Grundlagen), sprachliche Darstellungsform (Verständlichkeit), Dokumentation der Befunde und Beantwortung der Gutachtenfragen (Vollständigkeit), Dokumentation der verwendeten Verfahren und Methoden (Transparenz) sowie deren wirtschaftlicher Einsatz (Wirtschaftlichkeit).

Jede Frage war dahingehend zu beantworten, ob ein Mangel vorliegt (ja/nein). Beim Vorliegen eines Mangels war dieser - in Stichworten - kurz zu benennen. Anhand der binären Antworten wurde die Güte der Übereinstimmung zwischen den teilnehmenden Ärzten (Urteilskonkordanz Kappa, kurz: K) ermittelt (Bortz et al., 2008).

Ergebnisse

Beim Fachgebiet Orthopädie bestand die größte Übereinstimmung zwischen den Ärzten auf der Dimension "Formale Gestaltung" (K=0,78), während der niedrigste Wert bei der Bewertung der "Vollständigkeit" des Gutachtens auftrat (K=0,48). Im Fachgebiet Neurologie/Psychiatrie erreichte die Dimension "Vollständigkeit" dagegen die höchste Urteilskonkordanz (K=0,82). Beim Fachgebiet "Innere Medizin (Allgemeinmedizin)" zeigte sich bei dieser Dimension dagegen der kleinste Konkordanzwert (K=0,57) im Vergleich zu den anderen Inhaltsdimensionen.

Diskussion und Ausblick

Die Übereinstimmung fällt bei der Beurteilung der Gutachten sehr heterogen aus. Dies gilt sowohl für die Inhaltsdimensionen innerhalb eines Fachgebiets als auch zwischen den Fachgebieten. So gibt es Dimensionen, bei denen die Beurteiler in hohem Maße übereinstimmen, während andere Dimensionen zu sehr diskordanten Urteilen führen. Dieses Bild zeigt sich hierbei nicht allein im - häufig als schwierig zu beurteilendem - Fachgebiet Neurologie/Psychiatrie.

Die Ergebnisse liefern erste Hinweise auf diejenigen Bereiche bzw. Inhaltsdimensionen von Gutachten innerhalb eines Fachgebiets, bei denen die Reliabilität der gutachterlichen Ausführungen kritisch zu sehen ist und sollen als Ausgangspunkt für Maßnahmen zur qualitativen Verbesserung von Gutachten bei Erwerbsminderungsrenten dienen.

Literatur

Bortz, J., Lienert, G.A., Boehnke, K. (2008): Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik (3. Aufl.). Heidelberg: Springer.

Dickmann, J.R.M., Broocks, A. (2007): Das psychiatrische Gutachten im Rentenverfahren - wie reliabel? Fortschr Neurol Psychiat, 75. 397-401.

Legner, R., Cibis, W. (2007): Qualitätssicherung in der sozialmedizinischen Begutachtung. Die Rehabilitation, 46. 57-61.

Lebensqualität und Versorgungskosten von somatisch erkrankten Patienten mit komorbiden psychischen Störungen - Eine Metaanalyse

Baumeister, H. (1), Hutter, N. (1), Härter, M. (2)

(1) Institut für Psychologie, Universität Freiburg, (2) Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Hintergrund

Psychische Störungen treten bei chronischen körperlichen Erkrankungen gehäuft auf (Härter et al., 2007). Ausgehend von den hohen Prävalenzraten stellt sich die Frage, in welchem Ausmaß komorbide psychische Störungen einen negativen Zusammenhang mit wesentlichen Versorgungsparametern aufweisen. Hierbei werden vorwiegend die Bereiche Lebensqualität, Versorgungskosten, Mortalität und Morbidität diskutiert (Baumeister, Härter, 2005; Baumeister et al., 2005). Bezüglich Lebensqualität und Versorgungskosten fehlen jedoch systematische Übersichtsarbeiten, die untersuchen, in welchem Ausmaß komorbide psychische Störungen bei Patienten mit körperlichen Erkrankungen mit verringerter Lebensqualität und erhöhten Versorgungskosten assoziiert sind. Die von der Landesstiftung Baden-Württemberg geförderte Studie "Metaanalyse zur Lebensqualität und Versorgungskosten von somatisch erkrankten Patienten mit komorbiden psychischen Störungen" hat zum Ziel, diese Lücke zu schließen.

Methodik

Die Auswahl der Primärstudien erfolgte auf Basis einer umfangreichen Datenbankrecherche zu Diabetes mellitus, koronaren Herzerkrankungen (KHK), Asthma bronchiale, chronischem Rückenschmerz und Darmkrebs. Studienselektion, Datenextraktion und methodische Beurteilung wurden von zwei Reviewern unabhängig durchgeführt. Einschlusskriterien waren die Erhebung psychischer Störungen sowie ein multidimensionales Assessment der Lebensqualität oder die Erhebung eines direkten oder indirekten Kostenfaktors. Für die Primärstudien wurden die jeweiligen Effektstärken (Standardisierte Mittelwertsunterschiede, Odds Ratios) extrahiert oder gegebenenfalls rekonstruiert. Zur metaanalytischen Befundintegration wurde ein Modell zufallsvariabler Effekte berechnet.

Ergebnisse

Die Datenbanksuche zur Lebensqualität ergab 4.792 Treffer, die Suche zu Versorgungskosten 8.579 Treffer. Eingeschlossen wurden 53 Originalarbeiten zur Lebensqualität (Diabetes: 18; KHK: 21; Asthma: 11; Rückenschmerz: 3; Darmkrebs: 0) und 96 Primärstudien zu Versorgungskosten (Diabetes: 27; KHK: 45; Asthma: 13; Rückenschmerz: 10; Darmkrebs: 1). Zumeist wurden komorbide depressive Störungen untersucht (Lebensqualität: 32; Versorgungskosten: 74). Die psychosoziale Lebensqualität von Patienten mit komorbiden psychischen Störungen erwies sich im Vergleich zu Patienten ohne komorbide Störungen als stark verringert (d=1,05), die somatische Lebensqualität als mittelgradig eingeschränkt (d=0,58).

Hinsichtlich der Versorgungskosten zeigt sich, dass das Risiko in ein Krankenhaus eingewiesen zu werden, für Patienten mit psychischen Störungen leicht erhöht ist (d=0,36). Die Anzahl der Arztbesuche erwies sich ebenfalls als leicht erhöht (d=0,38). Zwischen den Primärstudien besteht große methodische Heterogenität. Dies bezieht sich sowohl auf das Assessment und die Operationalisierung der Versorgungskosten als auch auf die Erfassung der somatischen und psychischen Diagnosen.

Diskussion

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die von chronisch kranken Patienten wahrgenommene psychosoziale und somatische Lebensqualität bei vorliegender komorbider psychischer Störung bedeutsam eingeschränkt ist. Eine theoretische Fundierung und klare Operationalisierung des Konstrukts der Lebensqualität findet in den Primärstudien kaum statt. Zudem zeigt sich ein erhöhter Ressourcenverbrauch von Patienten mit komorbiden psychischen Störungen. Die Ergebnisse erweisen sich über die Indikationen hinweg als homogen, jedoch wurde die metaanalytische Befundintegration aufgrund fehlender Angaben in den Primärstudien erschwert. Die Vollständigkeit der Erhebung und Berichterstattung im Sinne des STROBE-statements (von Elm et al., 2007) sollte die methodische Grundlage künftiger Studien bilden.

Literatur

Härter, M., Baumeister, H., Reuter, K., Jacobi, F., Höfler, M., Bengel, J., Wittchen, H.U. (2007): Increased 12-month Prevalence Rates of Mental Disorders in Patients with Chronic Somatic Diseases. Psychotherapy and Psychosomatics, 76. 354-360.

Baumeister, H., Balke, K., Härter, M. (2005): Psychiatric and somatic comorbidities are negatively associated with quality of life in physically ill patients. Journal of Clinical Epidemiology, 58. 1090-1100.

Baumeister, H., Härter, M. (2005): Auswirkungen komorbider psychischer Störungen bei chronischen körperlichen Erkrankungen. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 14. 175-189.

Von Elm, E., Altman, D.G., Egger, M., Pocock, S.J., Gøtzsche, P.C., Vandenbroucke, J.P. (2007): The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. Lancet, 370. 1453-1457.

Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation

Jahed, J. (1), Vogel, B. (1), Baumeister, H. (1), Barth, J. (2), Härter, M. (3), Bengel, J. (1)

(1) Institut für Psychologie, Universität Freiburg, (2) Institut für Sozial und Präventivmedizin, Universität Bern, Schweiz, (3) Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Hintergrund

In der medizinischen Rehabilitation erfüllt ca. jeder fünfte Patient die Kriterien einer aktuellen psychischen Störung (Härter et al., 2007). Komorbide psychische Störungen sind bei Patienten mit chronisch somatischen Erkrankungen mit erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsraten, erhöhten Versorgungskosten und geringerer Lebensqualität assoziiert (Baumeister, Härter, 2005). Unter 50 % aller komorbiden psychischen Störungen werden in der medizinischen Rehabilitation erkannt (Härter et al., 2004). Durch die Einführung eines psychodiagnostischen Stufenplans soll eine Verbesserung der Diagnostik und Versorgung von psychisch belasteten Patienten in der somatischen Rehabilitation angestrebt werden.

Fragestellung

Welche Faktoren sind bei der Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation förderlich und hinderlich? Werden psychische Störungen im ärztlichen Entlassungsbericht dokumentiert und Behandlungsempfehlungen ausgesprochen?

Methodik

Der psychodiagnostische Stufenplan umfasst die Durchführung eines routinemäßigen Eingangscreenings (PHQ-9) (Löwe et al., 2002) bei allen Patienten zu Rehabilitationsbeginn, eine vertiefte Diagnostik psychisch Belasteter, die Indikationsstellung sowie die Dokumentation psychischer Störungen und Nachsorgeempfehlungen im ärztlichen Entlassungsbericht. Die notwendigen Kompetenzen wurden mittels einer Fortbildung vermittelt.

Zur Bewertung der Implementierung wurden Ärzte und Psychologen (n=11) mittels Interviewleitfaden nach Abschluss der Implementationsphase (drei Monate) befragt. Weiterhin wurden die ärztlichen Entlassungsberichte jedes 2ten screeningpositiven und jedes 20ten screeningnegativen Patienten (n=51) mit Hilfe eines selbst entwickelten und erprobten Schemas analysiert.

Ergebnisse

In allen drei Kliniken war es möglich das empfohlene Screeninginstrument einzuführen. Die Durchführung der vertieften Diagnostik gemäß dem psychodiagnostischen Stufenplan wurde in einer Klinik erfolgreich praktiziert, in den zwei weiteren Kliniken teilweise. Als für die Implementation förderlich erwiesen sich ein offenes Organisationsklima, ausreichende zeitliche Ressourcen sowie ein bio-psycho-soziales Krankheitsverständnis. Eine ablehnende Haltung gegenüber Psychodiagnostik, mangelnde Kommunikation zwischen Mitarbeitern, gering wahrgenommener Nutzen für die eigene Arbeit sowie Angst, Patienten durch psychische Diagnosen zu stigmatisieren, waren hinderlich.

Bei der Analyse der ärztlichen Entlassungsberichte zeigte sich, dass die Qualität der Berichterstattung über die verschiedenen Kliniken hinweg stark schwankte und psychische Belastungen und Störungen nicht bzw. unangemessen im ärztlichen Entlassungsbericht dokumentiert wurden. Weiterhin waren teilweise widersprüchliche Angaben bezüglich psychischer Belastungen und Störungen zu finden.

Patienten mit positiven Screeningergebnissen erhielten nicht signifikant häufiger psychologische Rehabilitationsmaßnahmen (p=0,421) oder Nachsorgeempfehlungen (p=0,085) als Patienten mit negativen Screeningergebnissen.

Schlussfolgerung

Es zeigte sich in allen drei Kliniken, dass die Implementation des psychodiagnostischen Stufenplans erfolgreich umgesetzt werden konnte. Zentral für eine erfolgreiche Implementation sind ausreichende personelle und zeitliche Kapazitäten sowie die Einstellung der Klinikmitarbeiter. Eine Analyse der ärztlichen Entlassungsberichte ergab, dass der Fokus häufig auf die somatische Erkrankung beschränkt bleibt. Neben einer verbesserten Entdeckung psychischer Störungen sollte die Indikationsstellung, Dokumentation und Nachsorge optimiert werden.

Literatur

Baumeister, H., Balke, K., Härter, M. (2005): Psychiatric and somatic comorbidities are negatively associated with quality of life in physically ill patients. Journal of Clinical Epidemiology, 58. 1090-1100.

Baumeister, H., Härter, M. (2005): Auswirkungen komorbider psychischer Störungen bei chronischen körperlichen Erkrankungen. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 14. 175-189.

Härter, M., Baumeister, H., Bengel, J. (2007): Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen. Heidelberg: Springer. 55-69.

Härter, M., Woll, S., Reuter, K., Wunsch, A., Bengel, J. (2004): Recognition of psychiatric disorders in musculoskeletal and cardiovascular rehabilitation patients. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 85. 1192-1197.

Löwe, B., Spitzer, R.L., Zipfel, S., Herzog, W. (2002): PHQ-D. Gesundheitsfragebogen für Patienten. Manual. Karlsruhe: Pfizer.

Psychische Komorbidität bei bandscheibenoperierten Patienten

Zieger, M. (1), Schwarz, R.† (2), König, H.-H. (3), Wieacker, J.C. (4), Schwarzer, C. (4), Günther, L. (4), Winkler, D. (5), Meixensberger, J. (5), Meisel, H.J. (6), Toussaint, R. (7), Riedel-Heller, S.G. (1)

(1) Professur für Public Health, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Universität Leipzig, (2) Selbständige Abteilung Sozialmedizin, Universität Leipzig, (3) Professur für Gesundheitsökonomie, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Universität Leipzig, (4) Klinikum St. Georg gGmbH, Klinik für Neurochirurgie, (5) Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie, Universität Leipzig, (6) Klinik für Neurochirurgie, BG-Kliniken Bergmannstrost, (7) Medica-Klinik Leipzig

Hintergrund

Psychische Komorbidität bei muskuloskelettalen Erkrankungen wurde in den letzten Jahren in zahlreichen Studien thematisiert und belegt. Bisher liegen jedoch nur sehr wenige Untersuchungen zu psychiatrischer Komorbidität bei Bandscheibenoperierten vor. In der derzeitigen Literatur lassen sich Prävalenzraten zwischen 21,5 % (Guilfoyle et al., 2007) und 49,3 % (Arpino et al., 2004) vor einer Bandscheibenoperation und zwischen 4,1 Prozent (Guilfoyle et al., 2007) und 79,6 % (Mayer et al., 2002) nach einer Bandscheibenoperation finden. Am häufigsten werden Depressivität und Angststörungen beschrieben. Präsentiert werden erste Ergebnisse einer von der Deutschen Rentenversicherung Bund geförderten Längsschnittuntersuchung zu psychischer Komorbidität und Frühberentung bei bandscheibenoperierten Patienten.

Fragestellung

Welche Prävalenzraten für psychische Komorbidität zeigen sich bei bandscheibenoperierten Patienten und wie unterscheiden sich diese von Prävalenzraten in der deutschen Allgemeinbevölkerung?

Methodik

Die Studie bezieht sich auf eine konsekutiv erhobene Stichprobe von n=305 bandscheibenoperierten Patienten zwischen April 2007 und Oktober 2008. Es wurden ausschließlich deutschsprachige Patienten zwischen dem 18. und 55. Lebensjahr befragt. Die Befragungen fanden in Form eines Face-to-Face-Interviews im Akutkrankenhaus durchschnittlich 3,5 Tage (Median) nach der Bandscheibenoperation statt. Von den 305 Studienteilnehmern unterzogen sich 238 einer lumbalen und 67 einer zervikalen Bandscheibenoperation. Psychische Komorbidität wurde mit Hilfe des Composite International Diagnostic Interview - Diagnostisches Expertensystem für Psychische Störungen (CIDI / DIA-X) (Wittchen et al., 1997) erhoben. Es wurden nur die Sektionen bezüglich affektiver Störungen, Angststörungen sowie Störungen durch psychotrope Substanzen verwendet. Die Daten wurden mit Prävalenzraten der deutschen Allgemeinbevölkerung aus dem Zusatzsurvey "Psychische Störungen" des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 (Jacobi et al., 2004) verglichen.

Ergebnisse

Sowohl zervikal als auch lumbal bandscheibenoperierte Patienten wiesen gegenüber der deutschen Allgemeinbevölkerung höhere 12-Monatsprävalenzen bezüglich affektiver und substanzbezogener Störungen auf. 20,9 % der zervikalen Bandscheibenoperierten und 14,3 % der lumbalen Bandscheibenoperierten wiesen affektive Störungen auf, hingegen nur 11,9 % in der deutschen Allgemeinbevölkerung. Störungen durch psychotrope Substanzen waren bei zervikal Bandscheibenoperierten mit einer Prävalenzrate von 6 %, bei lumbalen Bandscheibenoperierten mit einer Prävalenzrate von 1,3 % gegenüber der deutschen Allgemeinbevölkerung mit einer Prävalenzrate von nur 0,7 % vertreten. Zervikal operierte Patienten zeigten zusätzlich höhere 4-Wochenprävalenzraten bei substanzbezogenen Störungen mit einer Prävalenzrate von 3 % gegenüber der deutschen Allgemeinbevölkerung (0,5 %). Signifikant waren diese Ergebnisse nur für die Gruppe der zervikal Bandscheibenoperierten ($p<0,05$, Binomialtest).

Schlussfolgerung

Bandscheibenoperierte Patienten weisen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein höheres Risiko auf, an psychischen Störungen zu leiden. Insbesondere Patienten mit einer zervikalen Bandscheibenoperation scheinen davon betroffen. Die wenigen Studien, die sich bisher dieser Thematik genähert haben, konnten einen negativen Einfluss von psychischer Komorbidität auf den postoperativen Outcome, Arbeitsfähigkeit, Analgetikamissbrauch, Schmerzempfinden sowie abnormes Krankheitsverhalten bei Bandscheibenoperierten zeigen. Eine genauere Untersuchung von psychiatrischer Komorbidität und deren Einfluss bei Bandscheibenoperierten scheint daher in höchstem Maße wichtig. Ein stärkeres Augenmerk auf das seelische Befinden bei in Anschlussheilbehandlungen und ambulanten Settings könnte so Rehabilitationserfolg und beruflichen Einstieg von Bandscheibenoperierten verbessern helfen.

Literatur

Arpino, L., Iavarone, A., Parlato, C., Moraci, A. (2004): Prognostic role of depression after lumbar disc surgery. Neurol Sci; 25. 145-7.

Guilfoyle, M.R., Granesan, D., Seeley, H., Laing, R.J. (2007): Prospective study of outcomes in lumbar discectomy. Br J Neurosurg, 21. 389-95.

Jacobi, F., Wittchen, H.-U., Hölting, C., Hofler, M., Pfister, H., Muller, N., Lieb, R. (2004): Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). Psychological Medicine, 34. 597-611.

Mayer, T.G., Anagnostis, C., Gatchel, R.J., Evans, T. (2002): Impact of functional restoration after anterior cervical fusion on chronic disability in work-related neck pain. Spine J, 2. 267-73.

Wittchen, H.U., Pfister, E. (1997): Instruktionsmanual zur Durchführung von DIA-X Interviews. Frankfurt: Swets & Zeitlinger B.V. Swets Test Services.

Chronische Stressfaktoren bei Patienten mit chronischen Schmerzen in der orthopädischen Rehabilitation

Hewig, M. (1,3,4), Schlotz, W. (2,4), Sequeira, A. (3), Quarz, M. (3), Schulz, P. (4), Becker, P. (4), Krampen, G. (4)

(1) Zentralklinik Bad Berka, (2) University of Southampton, United Kingdom, (3) Klinik Bernkastel, Bernkastel-Kues, (4) Universität Trier

Einleitung

In der Stressforschung belegen zahlreiche Studien einen positiven Zusammenhang zwischen Stressbelastungen und der Entwicklung von somatischen, psychischen und/oder psychosomatischen Erkrankungen. Ein Schwerpunkt neuerer wissenschaftlicher Arbeiten aus der Stress- und Schmerzforschung liegt in der Untersuchung von chronischem Stress bei Menschen, die unter chronischen Schmerzen leiden (Cathard, Pritchard, 2008). Bislang finden sich in der überwiegenden Anzahl an klinischen Studien uneinheitliche Operationalisierungen von chronischem Stress und zahlreiche Studien verwenden lediglich ein globales Maß zur Erfassung der chronischen Stressbelastung (Sudhaus et al., 2007). Schulz, Schlotz und Becker (2004) konnten durch die systematische Erforschung von Zusammenhängen zwischen spezifischen chronischen Stressfaktoren bei Personen mit unterschiedlichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen differentielle Unterschiede belegen. Damit konnten sie zeigen, dass die Unterscheidung von verschiedenen chronischen Stressfaktoren eine zentrale Bedeutung für die zukünftige Stressforschung einnehmen sollte. Bezogen auf den Zusammenhang zwischen chronischem Stress und chronischen Schmerzen existieren bislang wenige Studien zu Ausprägungen von beispielsweise arbeitsbezogenen oder sozialen chronischen Stressfaktoren bei Patienten mit chronischen Schmerzen. Die vorliegende klinische Studie greift diese Fragestellung auf und untersucht die Ausprägungen unterschiedlicher chronischer Stressfaktoren bei Menschen mit chronischen Schmerzen.

Methode

An insgesamt 102 Patienten, die sich wegen chronischer Schmerzen in stationärer orthopädischer Rehabilitation befanden, wurden die Ausprägungen in neun unterschiedlichen chronischen Belastungsbereichen untersucht. Eingesetzt wurde dazu das Trierer Inventar zum chronischem Stress (TICS) von Schulz, Schlotz und Becker (2004), das als Selbstbeurteilungsinstrument neun chronische Stressfaktoren der vorausgegangenen drei Monate erfasst. Zum Vergleich der spezifischen Ausprägungen der Patienten mit chronischen Schmerzen und der Normalbevölkerung wurde ein Matching mit 102 Personen aus der Normierungsstichprobe von Schulz et al. (2004) anhand von Alter und Geschlecht vorgenommen.

Ergebnisse

Berechnet wurde eine MANOVA mit den beiden gematchten Stichproben als unabhängige Variable und den neun Stressarten als abhängige Variablen. Der globale F-Wert fiel hochsignifikant aus ($F=8.8$, $p<.01$). Der Effekt von $\eta^2=.29$ ist als groß zu beurteilen. Die univariaten Statistiken fielen in allen neun Skalen auf dem .05-Niveau ebenfalls signifikant aus. Nach der Berechnung der Effektstärken zeigten sich große Effekte in den drei Skalen Ar-

beitsüberlastung (η^2=.17), Überforderung bei der Arbeit (η^2=.19) und Besorgnisneigung (η^2=.23).

Diskussion und Schlussfolgerung

Die varianzanalytischen Ergebnisse belegen, dass sich Patienten mit chronischen Schmerzen in der subjektiv wahrgenommenen chronischen Stressbelastung von Personen aus der Normalbevölkerung unterscheiden. Insbesondere in den drei Bereichen Arbeitsüberlastung, Arbeitsüberforderung und Besorgnisneigung nahmen Patienten mit chronischen Schmerzen eine höhere Stressbelastung im Vergleich zu Personen aus der Normalbevölkerung wahr.

Die Ergebnisse dieser Studie belegen einen positiven Zusammenhang zwischen erlebtem chronischem Stress und chronischen Schmerzen. Die Ergebnisse bestätigen ebenfalls, dass eine differenzierte Erfassung der verschiedenen chronischen Stressarten sowohl für die Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen als auch zur weiteren systematischen Untersuchung des Zusammenhangs zwischen chronischem Stress und chronischen Schmerzen von Bedeutung ist. Die Ergebnisse dieser Studie implizieren weiterhin, dass die Berücksichtigung der chronischen Stressbelastungen in der Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen zur Verbesserung des Therapieerfolgs in der orthopädischen Rehabilitation beitragen könnte.

Literatur

Cathard, S., Pritchard, D. (2008): Daily Stress and Pain Sensitivity in Chronic Tension-type Headache Sufferers. Stress and Health, 24. 123-127.

Schulz, P., Schlotz, W., Becker, P. (2004): TICS - Trierer Inventar zum chronischen Stress. Göttingen: Hogrefe.

Sudhaus, S., Fricke, B., Schneider, S., Stachon, A., Klein, H., von Düring, M., Hasenbring, M. (2007): Die Cortisol-Aufwachreaktion bei Patienten mit akuten und chronischen Rückenschmerzen. Schmerz, 21. 202-211.

Mobbingerfahrungen bei Versicherten der Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, die ein medizinische Rehabilitation beginnen - Eine psychometrische Untersuchung

Kobelt, A. (1), Gutenbrunner, C. (2), Grosch, E. (1), Petermann, F. (3)

(1) Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover,

(2) Koordinierungsstelle für Rehabilitationsforschung, Hannover,

(3) Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen

Hintergrund

Der Mobbingreport (Meschkutat et al., 2002) kommt zu dem Ergebnis, dass etwa 11 % der Bevölkerung im Laufe ihres Lebens von Mobbing betroffen sein werden. Im Jahr 2000 sollen insgesamt 5,5 % der erwerbstätigen Bevölkerung unter Mobbing gelitten haben. 3,1 % des Arbeitszeitvolumens sei durch Mobbing gekennzeichnet.

Es gibt unterschiedliche Risikofaktoren, die allein für sich oder auch in Kombination zur Entwicklung von Mobbingphänomenen beitragen können. Dazu gehören u.a. ein schlechtes Betriebsklima verbunden mit wenig sozialer Unterstützung, die Zugehörigkeit zur öffentlichen Verwaltung, zu sozialen oder Einrichtungen des Gesundheitswesens, Frustration und Neid in der Kollegenschaft, Unsicherheit bei der Arbeit oder auch arbeitsorganisatorische Probleme. Auch wenn in früheren Arbeiten immer wieder betont wurde, dass das Opfer keine eigenen Anteile am Mobbinggeschehen habe, mehren sich die Befunde, dass sich die Opfer durch bestimmte Persönlichkeitseigenschaften und durch einen besonderen Arbeitsstil selbst in eine Sonderrolle begeben und gleichzeitig auch durch mangelnde Unsicherheitstoleranz und Konfliktfähigkeit auffallen (Zapf, 1999; Schwickerath et al., 2007).

Die Folgen des Mobbings schlagen sich auf die Arbeits- und Leistungsmotivation nieder und lösen diverse Symptome und Beschwerden wie Kopfschmerzen und Nervosität und vor allem Depressionen aus.

Gerade im Rahmen der psychosomatischen Rehabilitation spielen die Mobbingerfahrungen und deren Folgen eine bedeutsame Rolle, zumal wenn sich die Betroffenen nur wenig von ihrer eigenen Version des Erlebens distanzieren können, um zu konstruktiven Lösungen des daraus entstandenen Arbeitsplatzproblems zu gelangen. Mehr als die Hälfte der Rehabilitanden kehren nicht mehr an ihren Arbeitsplatz nach der Rehabilitation zurück und werden arbeitslos, bleiben arbeitsunfähig oder stellen einen Rentenantrag (Schwickerath, 2008). Dieser Gruppe wird demnach nur in einem geringeren Prozentsatz unmittelbar durch die medizinische Rehabilitation geholfen, vor allem wenn nach der Heilbehandlung keine weiteren Hilfestellungen zur Reintegration folgen. Kritisch bleibt, ob möglicherweise auch die Eigenanteile der Betroffenen weitere Hilfestellungen erschweren, vor allem wenn das Mobbingerleben bereits zu Persönlichkeitsveränderungen geführt hat oder sogar der Persönlichkeitsstil mitverursachend für die Situation am Arbeitsplatz war (Schwickerath et al., 2007).

In der vorliegenden Untersuchung sind wir folgenden Fragestellungen nachgegangen:

- Wie hoch ist der Anteil von Mobbingbetroffenen bei Rehabilitanden?
- Wie hoch ist die psychische Belastung der Mobbingbetroffenen im Vergleich zu Nichtbetroffenen?
- Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Mobbingerleben und Persönlichkeitsstilen?

Methode

1.000 Versicherten, deren Antrag auf medizinische Rehabilitation bewilligt wurde, wurde ein anonymisierter Fragebogen zugeschickt, der neben soziodemographischen Fragen den SCL11 (Lutz et al., 2006), die Trierer Mobbing Kurzskala (Klusemann et al., 2008) und die VDS- Persönlichkeitsskala (Sulz et al., 1998) enthielt. Es wurden T- und chi^2-Tests gerechnet.

Ergebnisse

Insgesamt schickten 596 Versicherte den Fragebogen zurück (Responderrate 59,6 %). Eine Nonresponderanalyse konnte aufgrund der datenschutzrechtlichen Auflagen für die Untersuchung nicht durchgeführt werden. Die Untersuchungsteilnehmer waren durchschnittlich 48 Jahre alt, 55 % waren männlich. 32,6 % klagten ausschließlich über körperliche, 11,6 %

ausschließlich über psychische und 55,8 % sowohl über körperliche und psychische Beschwerden.

Insgesamt erfüllten 25, 3 % die Mobbingkriterien nach Zapf (1999). Die Mobbingbetroffenen hatten im Jahr vor der Heilbehandlung deutlich mehr AU-Tage (chi^2=11,5; df=4; p<.05). Es gab keine Geschlechts- oder Altersunterschiede. Mobbingbetroffene hatten häufiger keine Partnerschaft oder lebten in Trennung (chi^2=16,3; df=4; p<.01). Die Angst- (t=-10,5; df=557; p<.001) und Depressionswerte (t=-10,9; df=561; p<.001) der Mobbingbetroffenen waren gegenüber den Nichtbetroffenen deutlich erhöht. Besonders auffällig war, dass sämtliche Persönlichkeitsskalen (Ängstlich-vermeidender, histrionischer, narzisstischer, passiv-aggressiver, schizoider, selbstunsicherer und zwanghafter Persönlichkeitsstil) gegenüber den Nichtbetroffenen signifikant erhöht waren (p<.001).

Diskussion

Nach unseren Ergebnissen ist Mobbing bei Rehabilitanden ein relativ häufiges und ernst zu nehmendes Problem. Großzügig geschätzt, ist etwa jeder Fünfte Rehabilitand von Mobbing betroffen. Der tatsächliche Anteil dürfte wesentlich niedriger sein und bei konservativer Schätzung etwa 10-14 % betragen. Gleichzeitig scheint die psychosoziale Belastung sehr hoch zu sein, wobei hier nicht beantwortet werden kann, welche Ursache-Wirkungs-Richtung angenommen werden muss. Vor dem Hintergrund des Rehaziels, die Erwerbsfähigkeit der Rehabilitanden zu erhalten oder zu verbessern, sollte überprüft werden, ob genügend oder auch inhaltlich ausreichende Konzepte und Initiativen zur Unterstützung dieser Versichertengruppe in der medizinischen (und beruflichen) Rehabilitation angeboten werden.

Literatur

Klusemann, J., Nikolaides, A., Schwickerath, J., Brunn, M., Kneip, V. (2008 i. V.): Trierer Mobbing-Kurz-Skala (TMKS). Validierung eines Screening-Instrumentes zur diagnostischen Erfassung von Mobbing am Arbeitsplatz. Eingereicht bei Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation.

Lutz, W., Tholen, S., Schürch, E., Berking, M. (2006): Die Entwicklung, Validierung und Reliabilität von Kurzformen gängiger psychometrischer Instrumente zur Evaluation des therapeutischen Fortschritts in Psychotherapie und Psychiatrie. Diagnostica, 52. 11-25.

Meschkutat, B., Stackelbeck, M., Langenhoff, G. (2002): Der Mobbing-Report. Dortmund: Wirtschaftsverlag.

Schwickerath, J., Kneip, V., Deselaers, M., Becker, P. (2007): Persönlichkeit und chronischer Stress bei Patienten mit Mobbingerfahrungen und deren Bedeutung für die stationäre Verhaltenstherapie. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 77. 131-146.

Schwickerath, J. (2008): Stationäre Verhaltenstherapie chronischer interaktioneller Konflikte am Arbeitsplatz (Mobbing) - Konzeptionelle Aspekte und typische fallbezogene Problemstellungen. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 79. 53-60.

Sulz, S., Gräff-Rudolph, U., Jakob, C. (1998): Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörung - Eine empirische Untersuchung der VDS-Persönlichkeitsskalen. Psychotherapie, 3. 22-32.

Zapf, D. (1999): Mobbing in Organisationen - Stand der Forschung. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 1. 1-25.

Rehabilitation aus Patientensicht - Eine qualitative Analyse der subjektiven Behandlungskonzepte von Patienten in der stationären Rehabilitation

Heyduck, K., Glattacker, M., Meffert, C.
Abt. Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg i. Br.

Hintergrund

Subjektive Krankheitskonzepte, d. h. patientenseitige Annahmen zu einer Erkrankung, sind seit vielen Jahren Gegenstand intensiver Forschung. Seit Ende der 90er Jahre rückten neben den subjektiven Krankheitskonzepten auch die subjektiven Behandlungskonzepte von Patienten in den Blickpunkt. Deren empirische Relevanz ist dabei vor allem hinsichtlich medikamentenbezogener Überzeugungen gut belegt (Horne, Weinman, 2002; Brown et al., 2005). Bezüglich der subjektiven Konzepte im Hinblick auf die nicht-medikamentöse Behandlung besteht indes noch erheblicher Forschungsbedarf. Insbesondere die Vorstellungen, die Patienten typischerweise mit einer Rehabilitation verbinden, wurden bisher wenig untersucht.

Im Rahmen des Forschungsprojekts "Bedarfsgerechte Patienteninformation für Rehabilitanden auf der Basis subjektiver Konzepte"*) wurden die Behandlungsvorstellungen von Patienten in der stationären Rehabilitation untersucht. Ziel war die Exploration der zentralen Inhaltsbereiche des Behandlungskonzepts von Rehabilitanden als Grundlage für die Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung des rehabilitativen Behandlungskonzepts, welcher im weiteren Projektverlauf als Basis für eine maßgeschneiderte Informierung der Patienten dienen soll.

Methodik und Stichprobe

Im April und Mai 2008 wurden in fünf stationären Rehabilitationseinrichtungen der Indikationen Psychosomatik und Muskuloskelettale Erkrankungen leitfadengestützte Fokusgruppen mit jeweils 4-6 Patienten durchgeführt. Die Interviews wurden transkribiert und mit Hilfe des Computerprogramms Atlas.ti in Anlehnung an das von Mayring (2003) empfohlene Vorgehen qualitativ-inhaltsanalytisch ausgewertet. Ausgehend von den Gesprächsprotokollen wurden dabei in mehreren Schritten ein Kategoriensystem und ein Kodierleitfaden entwickelt. Eine Überprüfung der Interraterreliabilität durch einen Vergleich mit der Kodierung durch eine weitere unabhängige Person erbrachte ein befriedigendes Ergebnis ($\kappa = 0.64$).

Die Stichprobe umfasst N=25 Rehabilitanden der Diagnosegruppen "Chronischer Rückenschmerz" und "Depressive Störungen". Der Frauenanteil liegt bei 56 %, das Durchschnittsalter bei 52,8 Jahren (SD=10,8). Die Erkrankungsdauer der Befragten variiert zwischen einem

*) Das Projekt wird im Rahmen des Förderschwerpunkts "Chronische Krankheiten und Patientenorientierung" von der Deutschen Rentenversicherung Bund gefördert.

und mehr als zehn Jahren. 52 % der Patienten geben an, bereits an mehr als einer Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen zu haben.

Ergebnisse

Bei der Analyse der Gesprächsprotokolle wurden insgesamt 579 Patientenaussagen mit 49 Codes kategorisiert, welche sich drei zentralen Inhaltsbereichen zuordnen lassen: 1. Erwartungen und Überzeugungen in Bezug auf den Rehabilitationsprozess, 2. Ergebniserwartungen und 3. Befürchtungen in Zusammenhang mit der Rehabilitation. Die Erwartungen bezüglich des Rehabilitationsprozesses umfassen dabei nicht nur Behandlungserwartungen, sondern auch Annahmen zur eigenen Rolle im Rehabilitationsprozess (z. B. aktive Mitarbeit) und den strukturellen Rahmenbedingungen, die eine Rehabilitation kennzeichnen (z. B. eine angenehme, geschützte Klinikatmosphäre). Die Aussagen hinsichtlich des Rehabilitationsprozesses lassen sich insgesamt am häufigsten den Bereichen "Psychologische Betreuung/Behandlung" (10,7 %[**)]), "Fachkompetentes multiprofessionelles Reha-Team" (8,0 %) und "Kontakt zu Mitpatienten" (7,4 %) zuordnen. Die Ergebniserwartungen der Rehabilitanden beziehen sich auf die Bereiche Alltag und Beruf, Psyche, Soma und Wirksamkeit der Rehabilitation. Die inhaltlich meistgenannten Bereiche sind dabei die ‚Auseinandersetzung mit sich selbst und der eigenen Erkrankung' (22,5 %) und die "Verbesserung bzw. Wiederherstellung der körperlichen Funktions- und Leistungsfähigkeit" (14,2 %). Die von den Patienten im Zusammenhang mit der Rehabilitation am häufigsten geäußerten Befürchtungen sind "Konsequenzen bezüglich des Arbeitsplatzes" (25 %) und "finanzielle Konsequenzen" (20,8 %)[***)].

Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass das rehabilitative Behandlungskonzept aus einer Vielzahl von Vorstellungen und Erwartungen bezüglich des Rehabilitationsprozesses, der Reha-Ergebnisse und möglicher Konsequenzen der Rehabilitation besteht. Die aus den Interviewdaten gewonnenen Kategorien decken dabei zum Teil wesentliche ICF-Bereiche ab (z. B. bei der Ergebniserwartung) und beinhalten viele zentrale Spezifika der Rehabilitation (wie z. B. ein biopsychosoziales Behandlungsmodell). Durch die Fokusgruppen konnte insgesamt eine gute inhaltliche Grundlage für die Generierung von Fragebogenitems geschaffen werden, so dass sich die qualitative Methodik hier neben Literaturanalysen als geeigneter Zugang und gute Quelle für die Fragebogenentwicklung erwiesen hat. Auch im Hinblick auf das Gesamtprojektziel, die patientenseitigen Konzepte für eine bedarfsgerechte Informierung zu nutzen, konnten neue Erkenntnisse gewonnen werden, da einige Bereiche des Behandlungskonzepts identifiziert werden konnten, aus welchen ein klarer Informationsbedarf von Patienten ableitbar ist.

[**)] Die prozentualen Angaben beziehen sich immer auf die Aussagen in dem jeweiligen übergeordneten Inhaltsbereich (Prozesserwartung, Ergebniserwartung oder Befürchtung).

[***)] Wir danken herzlich den Kooperationskliniken, die uns bei der Durchführung der Fokusgruppen unterstützt haben: Fachklinikum Sachsenhof (Bad Elster), Schön Klinik Harthausen (Bad Aibling), Rehabilitationsklinik Frankenhausen DRV-Bund (Bad Frankenhausen), Klinik am Homberg (Bad Wildungen) und DE´IGNIS Fachklinik GmbH (Egenhausen).

Literatur

Brown, C., Battista, D.R., Bruehlman, R., Sereika, S.S., Thase, M.E., Dunbar-Jacob, J. (2005): Beliefs about Antidepressant Medications in Primary Patients - Relationship to Self-reported Adherence. Medical Care, 43. 1203-1207.

Horne, R., Weinman, J.A. (2002): Self-regulation and Self-management in Asthma: Exploring the Role of Illness Perceptions and Treatment Beliefs in Explaining Non-Adherence to Preventer Medication. Psychology and Health, 17. 17-32.

Mayring, P. (2003): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (8. Auflage). Weinheim: Belz.

Subjektive Krankheits- und Behandlungskonzepte bei PatientInnen mit Fibromyalgie

Opitz, U. (1), Glattacker, M. (1), Bengel, J. (2), Jäckel, W.H. (1,3)

(1) Abt. Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg i. Br., (2) Institut für Psychologie, Universität Freiburg, (3) RehaKlinikum, Bad Säckingen

Hintergrund

Die Fibromyalgie, die durch chronische, ausgedehnte muskuloskeletale Schmerzen in verschiedenen Körperregionen und eine erhöhte Druckschmerzhaftigkeit an 18 definierten "tender points" charakterisiert ist, zeigt eine Prävalenz von 3,5 % bei Frauen und 0,5 % bei Männern. Die Krankheitslast für die Betroffenen sowie für die Gesellschaft ist hoch. Aufgrund des Mangels an einem definierten ätiologischen Modell und therapeutischem Wissen zur Fibromyalgie folgern verschiedene Autoren, dass zum Verständnis der individuellen Problemlage der Patienten sowie deren Ansprechen auf therapeutische Interventionen die Subjektivität bzgl. Krankheit und Behandlung besondere Beachtung finden sollte. Als Vertreter dieser Perspektive gilt z. B. Van Houdenhove (2003), der explizit darauf hinweist, dass maladaptive Krankheitsüberzeugungen als aufrechterhaltende Faktoren im Rahmen der Pathogenese der Fibromyalgie eine Rolle spielen.

Ziel des vorliegenden Beitrags ist es daher, die kognitiven Krankheits- und Behandlungskonzepte von Patientinnen mit Fibromyalgie zu beschreiben. Weiterhin sollte untersucht werden, ob die subjektiven Überzeugungen im Hinblick auf Krankheit und Behandlung das Rehabilitationsergebnis vorhersagen. Im Folgenden werden die medikamentenbezogenen Überzeugungen fokussiert, die einen Aspekt des Behandlungskonzeptes repräsentieren und bei der Behandlung der Fibromyalgie eine wichtige Rolle spielen.

Methodik und Stichprobe

Die medikamentenbezogenen Überzeugungen wurden mittels des Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ©, Horne et al., 1999) in deutscher Übersetzung (Opitz et al., 2007) erfasst. Der BMQ misst mit 4 Subskalen die Einstellungen von Patienten hinsichtlich spezifisch einzunehmender Medikamente (Skalen "Notwendigkeit" und "Befürchtungen") sowie im Hinblick auf Medikamente generell (Skalen "Übermäßiger Gebrauch" und "Schädlichkeit"). Die krankheitsbezogenen Überzeugungen wurden mit dem IPQ-R (Gaab et. al., 2005)

gemessen. Das Outcome wurde anhand des IRES 24 (Wirtz et al., 2005) und des Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ, Offenbaecher et al., 2000) erfasst. Die Prädiktorenfragestellungen wurden mittels multipler Regressionsanalysen untersucht, wobei neben der Eingangsbelastung subjektive Krankheitskonzepte und medikamentenbezogene Überzeugungen sowie sonstige relevante Confounder wie z. B. Alter, Schulabschluss etc. der Patientinnen berücksichtigt wurden. Als Ergebniskriterien dienten die Skalen des IRES-24 und der Summenscore des FIQ. Die Ausgangsstichprobe bildeten 313 Patientinnen, von denen zu Reha-Beginn und Reha-Ende komplette Datensätze vorlagen (Rücklauf: 94,3 %). An die beiden Messzeitpunkte schlossen sich zwei weitere katamnestische Erhebungsrunden an (4-Wochen und 6-Monats-Nachbefragung). Der Rücklauf der beiden Katamnesezeitpunkte lag bei 80 bzw. 70 %.

Ergebnisse

Bei den "Medikamentenbezogenen Überzeugungen" wird in der Tendenz die individuelle Medikation als notwendig erachtet, die Befürchtungen in Bezug auf die individuelle Medikation sind gleichzeitig sehr ausgeprägt. Auf Einzelitemebene sind die Einschätzungen jedoch sehr heterogen. Die Mehrzahl der Patientinnen ist der allgemeinen Überzeugung, dass Ärzte zu häufig Medikamente verordnen. Heterogen bleiben die Einschätzungen in Bezug auf die Schädlichkeit von Medikamenten im Allgemeinen.

Im Hinblick auf die Prädiktionskraft zeigt sich, dass für jede IRES-Dimension sowie für den Summenscore "Reha-Status" die Eingangsbelastung den jeweils stärksten Prädiktor des Rehabilitationsergebnisses einen Monat nach der Reha-Maßnahme (kurzfristig) darstellt, was sich sehr gut mit anderen Studienergebnissen deckt. Soziodemografische und medizinische Variablen (z. B. Alter oder Krankheitsdauer) waren keine Prädiktoren des Outcomes. Auch im Hinblick auf die medikamentenbezogenen Überzeugungen zeigt sich keine prädiktive Relevanz. Lediglich die subjektiven Krankheitskonzepte lassen sich bezüglich des kurz- als auch des mittelfristigen Reha-Outcomes als Prädiktoren nachweisen.

In Bezug auf den FIQ stellt ebenfalls die Eingangsbelastung den stärksten Prädiktor dar. Weiterhin zeigt sich auch hier, dass die subjektiven Krankheitskonzepte zumindest im Hinblick auf das kurzfristige Outcome als Prädiktoren von Relevanz sind.

Diskussion

Vor dem Hintergrund, dass bezüglich des medikamentösen Behandlungskonzeptes zum Teil sehr heterogene Vorstellungen der Patientinnen existieren und die subjektiven Krankheitskonzepte neben der Eingangsbelastung die einzigen Prädiktoren des Outcomes sind, scheint es lohnenswert, diesen subjektiven Konzepten bei dieser Patientengruppe weiterhin Aufmerksamkeit zu schenken und zu untersuchen, ob ggf. Subgruppen identifiziert werden können, deren "kognitives Muster" sich als günstig bzw. ungünstig für das Reha-Ergebnis erweist.

Literatur

Gaab, J., Ehlert, U. (2005): Chronische Erschöpfung und Chronisches Erschöpfungssyndrom. Göttingen: Hogrefe.

Horne, R., Weinman, J., Hankins, M. (1999): The Beliefs about Medicines Questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. Psychology and Health, 14. 1-24.

Offenbaecher, M., Waltz, M., Schoeps, P. (2000): Validation of a German Version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ-G). JRheumatol, 27. 1984-1988.

Opitz, U., Glattacker, M., Bengel, J., Jäckel, W.H., Horne, R. (2007): Der "Beliefs about Medicines Questionnaire" (BMQ© R Horne) - Übersetzung und erste methodische Prüfung an Patienten mit Fibromyalgie. DRV-Schriften, Bd 77. 99-101.

Van Houdenhove, B. (2003). Fibromyalgia: a challenge for modern medicine. Clin Rheumatol, 22. 1-5.

Wirtz, M., Farin, E., Bengel, J., Jäckel, W.H., Hämmerer, D., Gerdes, N. (2005): IRES-24-Patientenfragebogen: Entwicklung der Kurzform eines Assessmentinstrumentes in der Rehabilitation mittels der Mixed-Rasch-Analyse. Diagnostica, 51 (2). 75-87.

Psychische Beeinträchtigung und Bewältigungsfähigkeit bei Patienten mit dem Fibromyalgiesyndrom

Holtz, M.C. (1), Petermann, F. (1), Krohn-Grimberghe, B. (2)

(1) Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen,
(2) Rheumaklinik Bad Wildungen der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen, Bad Wildungen

Hintergrund

Patienten mit einem Fibromyalgiesyndrom (FMS) weisen spezifische Probleme der Krankheitsbewältigung auf (Petermann et al., 2007), die eine optimale Reha-Behandlung besonders erschweren können. Die Veränderungsbereitschaft hinsichtlich des schmerzbezogenen Verhaltens wirkt sich zusammen mit den erlernten Bewältigungsstrategien der FMS-Patienten bedeutend auf den Reha-Erfolg aus (Rau et al., 2007, 2008). Mit Hilfe des Transtheoretischen Modells (TTM) kann die Veränderungsbereitschaft im Umgang mit Schmerzen beschrieben werden (Rau et al., 2007). Das TTM umfasst insgesamt sechs Stufen. Für Untersuchungen von Patienten mit chronischen Schmerzen wird das Modell auf vier Stufen (Absichtslosigkeit, Vorbereitung, Handlung und Aufrechterhaltung) reduziert. Die Bewältigungsstrategien beinhalten dabei die Verarbeitung sowohl auf kognitiver als auch auf behavioraler Ebene. Darüber hinaus wird der Reha-Erfolg maßgeblich durch die psychische Beeinträchtigung der FMS-Patienten beeinflusst, da innerhalb dieser Patientengruppe häufig zusätzlich eine Depression oder Angststörung besteht.

Zielsetzung

In der vorliegenden Arbeit wird der Frage nachgegangen, ob und in welchem Umfang FMS-Patienten unter psychischen Beeinträchtigungen leiden und in welcher Beziehung dies mit den kognitiven und verhaltensbezogenen Bewältigungsfähigkeiten steht. Darüber hinaus wird ein Zusammenhang zur Veränderungsmotivation mithilfe des Transtheoretischen Modells (TTM) hergestellt (Rau et al., 2008).

Methode

Es wurden 100 Fibromyalgiesyndrom-Patienten (primäres und sekundäres FMS; M79.7) einer rheumatologischen Rehabilitationsklinik befragt. Bei Studienbeginn wurden u. a. Daten mit dem Fragebogen zur Erfassung der Schmerzbewältigung (FESV) und dem Freiburger Fragebogen - Stadien der Bewältigung chronischer Schmerzen (FF-STABS) erhoben. Die effektive Stichprobengröße betrug n=89 FMS-Patienten. Mit Hilfe von Varianzanalysen (SPSS-Prozedur GLM) wurden die Unterschiede der TTM-Stadien in Bezug auf die kognitive und behaviorale Schmerzbewältigung sowie auf die psychische Beeinträchtigung untersucht.

Ergebnisse

Es treten signifikante Unterschiede zwischen den TTM-Stadien im Hinblick auf die Schmerzverarbeitung auf (p=0.004; F=1,989). Ein höheres Motivationsstadium geht mit einer geringeren psychischen Beeinträchtigung und einem gezielteren Maß an kognitiver Bewältigung einher. Die psychische Beeinträchtigung nimmt mit einem höheren Motivationsstadium des TTM signifikant ab (p=0,006; F=4,514). Durch schmerzbedingte Hilflosigkeit, Depression und Angst waren Patienten höherer Motivationsstadien geringer beeinträchtigt. Zusätzlich nimmt die kognitive Schmerzbewältigung signifikant über die Stadien des TTM zu (p=0,028; F=3,181). Es zeigt sich darüber hinaus, dass verhaltensbezogene Bewältigungsstrategien auch von Patienten eines höheren TTM-Stadiums nicht optimal genutzt werden.

Schlussfolgerungen und Diskussion

Ein höheres Motivationsstadium geht mit einer geringeren psychischen Beeinträchtigung (z. B. schmerzbezogener Angst, Depression) einher, d. h. FMS-Patienten in einem höheren Motivationsstadium fühlen sich deutlich weniger durch ihre Schmerzen beeinträchtigt. Im Umkehrschluss werden FMS-Patienten in einem niedrigeren TTM-Stadium stärker unter psychischer Beeinträchtigung. Zudem nutzen FMS-Patienten ab dem TTM-Stadium der Handlung gezielter kognitive Bewältigungsstrategien (z. B. kognitive Umstrukturierung, Kompetenzerleben). Auch die behavioralen Schmerzbewältigungsstrategien (z. B. Entspannungstechniken, mentale Ablenkung) werden von Patienten höherer TTM-Stadien stärker eingesetzt, die Nutzung geht jedoch im Stadium der Aufrechterhaltung zurück. Es ist daher wichtig, auch Patienten im Stadium der Aufrechterhaltung den Nutzen von verhaltensbezogenen Schmerzbewältigungsstrategien zu verdeutlichen. Dieses könnte etwa im Rahmen von Patientenschulungen oder Einzelintervention geschehen.

Literatur

Petermann, F., Holtz, M.C., van der Meer, B., Krohn-Grimberghe, B. (2007): Verhaltensmedizinische Behandlungsstrategie der Fibromyalgie. Der Schmerz, 21. 469-477.

Rau, J., Ehlebracht-König, I., Petermann, F. (2007): Die Bedeutung der Änderungsbereitschaft des Transtheoretischen Modells (TTM) für den Verlauf der Bewältigung chronischer Schmerzen. Der Schmerz, 21. 522-528.

Rau, J., Ehlebracht-König, I., Petermann, F. (2008): Welche Rolle spielt die Veränderungsmotivation für das Ausmaß der Beeinträchtigung durch chronische Schmerzen bei Patienten mit rheumatischen Erkrankungen? Aktuelle Rheumatologie, 33. 46-52

Die Veränderung bewältigungsbezogener Selbstwirksamkeitsüberzeugungen im Laufe der onkologischen Rehabilitation - Eine Studie auf der Basis der deutschsprachigen Kurzform des Cancer Behavior Inventory

Giesler, J.M. (1), Reuter, K. (2), Weis, J. (1)

(1) Klinik für Tumorbiologie Freiburg,

(2) Abt. für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg

Hintergrund

Selbstwirksamkeitsüberzeugungen wurden im deutschsprachigen Raum bei Krebspatienten bislang vor allem in ihrer generalisierten Form als Prädiktoren der Krankheitsanpassung und Lebensqualität oder als Mediatoren der Effekte von Krankheitsverarbeitungsformen analysiert. Sie erwiesen sich hierbei in der Regel zugleich als relativ zeitstabile Merkmale. Demgegenüber wurden spezifische, auf die Bewältigung einer Krebserkrankung bezogene Selbstwirksamkeitsüberzeugungen im deutschsprachigen Raum bislang nicht näher untersucht, obwohl z. B. Telch und Telch (1986) in einer angloamerikanischen Studie zeigen konnten, dass sich diese durch psycho-edukative Interventionen verändern lassen. Da dieser Befund auch für die onkologische Rehabilitation von zentraler Bedeutung ist, war es Ziel der vorliegenden Untersuchung, zu prüfen, inwieweit sich bewältigungsbezogene Selbstwirksamkeitsüberzeugungen im Laufe der onkologischen Rehabilitation verändern. Hierzu wurde eine deutschsprachige Version der Kurzform des im angloamerikanischen Raum etablierten Cancer Behavior Inventory (CBI) von Merluzzi et al. (2001) erarbeitet (Giesler et al., in Vorb.) und in einer Längsschnitt-Studie mit zwei Messzeitpunkten eingesetzt.

Methodik

Krebspatient/inn/en verschiedener Tumorlokalisationen bearbeiteten zu Beginn und Ende einer onkologischen Rehabilitationsmaßnahme einen Fragebogen, der neben der deutschsprachigen Version der CBI-Kurzform den Lebensqualitätsfragebogen QLQ-C30 der E-ORTC, die Skala zur Erfassung allgemeiner Selbstwirksamkeitsüberzeugungen sowie Fragen zur Person und ausgewählten medizinischen Daten enthielt. Initial konnten hierbei 130 Patient/inn/en eingeschlossen werden (Durchschnittsalter 55 Jahre, 61 % Brustkrebs, 81 % weiblich). Die Daten wurden mit Hilfe von t-Tests, Varianzanalysen und Korrelationen ausgewertet. Als Maß der inneren Konsistenz aller eingesetzten Verfahren wurde Cronbach's α berechnet.

Ergebnisse

Die Stärke bewältigungsbezogener Selbstwirksamkeitsüberzeugungen nimmt im Verlauf der onkologischen Rehabilitation signifikant zu (M_1 = 93.3 vs. M_2 = 99.0, t = -5.7, $p < .001$). Zugleich zeigt der Indikator der "standardized effect size" mit einem Wert von .30, dass die deutschsprachige Kurzform des CBI sensitiv für zeitliche Veränderungen der bewältigungsbezogenen Selbstwirksamkeit ist. Darüber hinaus verfügt das Verfahren über sehr zufrieden stellende innere Konsistenzen (Cronbach's α um .87). Es korreliert substanziell mit allgemeinen Selbstwirksamkeitsüberzeugungen (r = .62, $p < .001$) und Aspekten der Lebensqualität wie z. B. der emotionalen Funktionsfähigkeit (r = .55, $p < .001$).

Diskussion und Ausblick

Die Ergebnisse zeigen, dass auf die Bewältigung der Krebserkrankung bezogene Selbstwirksamkeitsüberzeugungen im Laufe einer onkologischen Rehabilitation an Stärke zunehmen. Obwohl aufgrund der Untersuchungsanlage nicht gezeigt werden kann, auf welche rehabilitativen Interventionen diese Veränderung im Einzelnen zurückzuführen ist, liegt insgesamt gesehen jedoch der Schluss nahe, dass bewältigungsbezogene Selbstwirksamkeitsüberzeugungen von Tumorpatienten eine aussichtsreiche ergänzende Zielgröße im Rahmen der onkologischen Rehabilitation darstellen und zusätzliche Perspektiven eröffnen. Die deutschsprachige CBI-Kurzform erweist sich dabei zugleich als vielversprechendes Instrument, mit dem bewältigungsbezogene Selbstwirksamkeitsüberzeugungen in Bezug auf die Krebserkrankung hinreichend zuverlässig, valide und änderungssensitiv erfasst werden können. In dieser Hinsicht ist sie mit der angloamerikanischen Kurzform des CBI weitgehend vergleichbar. Aufgrund des monozentrischen Charakters der vorliegenden Studie und des hohen Anteils von Brustkrebspatientinnen in der Stichprobe sind jedoch weiterführende Untersuchungen der psychometrischen Eigenschaften des Verfahrens auf breiterer Basis erforderlich. Unerlässlich sind zudem (quasi-)experimentelle Studien, die überprüfen, welche rehabilitativen Interventionen Veränderungen der bewältigungsbezogenen Selbstwirksamkeitsüberzeugungen von Tumorpatienten bewirken (können).

Literatur

Giesler, J.M., Reuter, K., Merluzzi, T.V., Härter, M., Weis, J. (in Vorb.): Cancer Behavior Inventory - B: Deutschsprachige Fassung. Freiburg i. Brsg.: Klinik für Tumorbiologie.

Merluzzi, T.V., Nairn, R.C., Hegde, K., Martinez Sanchez, M.A., Dunn, L. (2001): Self-efficacy for coping with cancer: revision of the Cancer Behavior Inventory (version 2.0). Psychooncology, 10. 206-217.

Telch, C.F., Telch, M.J. (1986): Group coping skills instruction and supportive group therapy for cancer patients: a comparison of strategies. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54. 802-808.

Stabilisierung der Rehabilitationserfolge durch realistische Vorstellungen der Rehabilitanden an die Zeit danach

Kretzschmann, C., Grande, G.

Fachbereich Sozialwesen, Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur Leipzig

Hintergrund und Fragestellung

Zahlreiche Studien belegen, dass nach einer stationären Rehabilitation die Erfolge der PatientInnen langfristig betrachtet unbefriedigend sind und besonders in der Schnittstelle von Phase II zu Phase III Optimierungsbedarf besteht (Keck, 2000; Bahrke et al., 2006). Die geringen langfristigen Erfolge werden bisher vor allem auf personale Merkmale sowie auf Probleme der Gesundheitsversorgung zurückgeführt (Badura et al., 1995). Dabei könnte die Ursache fehlender Nachhaltigkeit ebenso in einer bisher kaum diskutierten Annahme liegen: PatientInnen, insbesondere während ihrer ersten Rehabilitation, haben noch keine bzw. kei-

ne realistischen Vorstellungen von der Zeit nach ihrer Rehabilitation. Dadurch können Diskrepanzen zwischen den erwarteten und tatsächlichen Erfahrungen im Alltag entstehen, welche wiederum eine langfristige Veränderung des Verhaltens der PatientInnen, im Sinne der Nachhaltigkeit der Rehabilitationserfolge, verhindern.

Deshalb ist das Ziel dieser von der Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften NRW geförderten Studie die Untersuchung der Diskrepanzen in Bezug auf deren Ausmaß, Abhängigkeit vom Krankheitsbild sowie ihre Auswirkungen auf die langfristige Veränderung des Lebensstils.

Methode

Im Rahmen der qualitativen Teilstudie wurden insgesamt vier leitfadenstrukturierte Fokusgruppen (Lamnek, 1998) á 10 PatientInnen mit den Indikationsbereichen KHK (I20-25) und Dorsopathien (M50-54) durchgeführt. Je zwei Gruppendiskussionen fanden in den Kooperationskliniken zu erwarteten Belastungen und Unterstützungen bei Verhaltensänderungen im Alltag und zwei zu den unter Alltagsbedingungen tatsächlich aufgetretenen Belastungen sowie den verfügbaren Ressourcen zur Bewältigung und Unterstützung bei Verhaltensmodifikationen nach Entlassung aus der Rehabilitationsklinik statt. Die Gesprächsgruppen waren hinsichtlich der Diagnosegruppe der TeilnehmerInnen homogen, wohingegen die Personenmerkmale variierten. Die transkribierten Gesprächsprotokolle wurden nach der qualitativen Inhaltsanalyse von Mayring ausgewertet (Mayring, 2008).

Ergebnisse

PatientInnen vor der Entlassung aus der Rehabilitation wünschen sich vor allem die Unterstützung der Familie und des Partners, wobei Rehabilitanden mit einer koronaren Herzerkrankung nach der Entlassung vor allem mehr Zeit für sich erhoffen und beruflich etwas kürzer treten möchten. Hingegen erwartet diese Patientengruppe bereits Barrieren in der Umsetzung ihrer Ziele durch die berufliche Situation, die vertrauten Gewohnheiten und durch fehlende Zeit. PatientInnen mit chronischen Rückenschmerzen erwarten Unterstützung beim Neuanfang im Alltag eher von einer Sportgruppe und sehen ihren persönlichen Willen als ganz entscheidend an, um langfristige Lebensstiländerungen zu erreichen. Als Hindernisse bei der Realisierung ihrer Vorsätze gaben diese Rehabilitanden Zeitmangel, fehlendes Geld und Mängel in der Gesundheitsversorgung im Alltag an.

Bei den Befragten, deren Rehabilitation im letzten Jahr stattfand, zeigte sich, dass die tatsächlichen Belastungen eher stärker als erwartet und auch in Bereichen auftauchen, die vorher nicht im Blick waren. Die PatientInnen berichteten von unterschiedlichen Erfahrungen mit der Unterstützung des sozialen Umfeldes, die oft vorhanden, aber nicht immer so hilfreich war, wie PatientInnen vorher erwartet hatten. Besonderes die familiäre Unterstützung ließ bereits kurz nach der Entlassung aus der Rehabilitationsklinik nach. Neben den Diskrepanzen zwischen antizipierter und tatsächlicher Alltagssituation wurden zudem geschlechtsspezifische Unterschiede deutlich. Demnach können Männer in den meisten Fällen auf die Unterstützung ihrer Frauen im Alltag bauen, wohingegen Frauen sich bei der Umsetzung ihrer Ziele weitgehend auf sich allein gestellt erleben.

Ausblick

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Fehlerwartungen der PatientInnen zum Zeitpunkt der Rehabilitation sowohl im Hinblick auf die Belastungen als auch auf Ressourcen auftreten. In der quantitativen Folgestudie sollen Ausmaß und Determination solcher Diskrepanzen überprüft werden.

Literatur

Badura, B., Grande, G., Janssen, H., Schott, T. (1995): Qualitätsforschung im Gesundheitswesen. Ein Vergleich ambulanter und stationärer kardiologischer Rehabilitation. Weinheim: Juventa.

Bahrke, U., Bandemer-Greulich, U., Fikentscher, E., Müller, K., Schreiber, B., Konzag, T.A. (2006): Chronischer Rückenschmerz mit suppressiver Schmerzverarbeitung - Zur Optimierung des Rehabilitationserfolgs einer bislang vernachlässigten Rehabilitandengruppe. Die Rehabilitation, 45. 336-344.

Keck, M. (2000): Zum Problem der Schnittstellenoptimierung Phase II/Phase III bei kardiologischen Rehabilitanden. Die Rehabilitation, 39. 101-105.

Lamnek, S. (1998): Gruppendiskussion. Theorie und Praxis. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Mayring, P. (2008): Qualitative Inhaltsanalyse. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Psychotherapiemotivation und tatsächliche Inanspruchnahme: Eine Befragung von somatischen Rehabilitationspatienten

Vogel, B. (1), Jahed, J. (1), Baumeister, H. (1), Barth, J. (2), Härter, M. (3), Bengel, J. (1)

(1) Institut für Psychologie, Universität Freiburg, (2) Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern, Schweiz, (3) Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Hintergrund

In der medizinischen Rehabilitation erfüllt ca. jeder fünfte Patient die Kriterien einer aktuellen psychischen Störung (Härter et al., 2007). Komorbide psychische Störungen sind bei Patienten mit chronisch somatischen Erkrankungen mit erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsraten, erhöhten Versorgungskosten und geringerer Lebensqualität assoziiert (Härter et al., 2007). Jedoch sind nicht alle betroffenen Patienten bereit, psychotherapeutische bzw. psychiatrische Therapien in Anspruch zu nehmen. Der Anteil von Patienten mit psychischen Störungen in Deutschland, die adäquat behandelt werden, wird auf 10 % geschätzt (Wittchen, Jacobi, 2001).

Fragestellung

Es sollte die Bereitschaft, psychotherapeutische bzw. psychiatrische Therapien in Anspruch zu nehmen bei Rehabilitationsbeginn sowie die tatsächliche Inanspruchnahme von Behandlungsmaßnahmen sechs Monate nach der Rehabilitation erfasst werden.

Methodik

Kardiologische und orthopädische Patienten aus drei Kliniken füllten zu Beginn der Reha den Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-9) aus (Löwe et al., 2002). Der Fragebogen erfasst depressive Symptome und kann als Screeninginstrument eingesetzt werden. Ein Gesamtwert von ≥10 ist ein valider Indikator für das Vorliegen irgendeiner psychischen Störungen. Zusätzlich wurde die Bereitschaft der Patienten, psychotherapeutische bzw. psychiatrische Behandlungen in Anspruch zu nehmen erfasst. Patienten die im Screener auffällig waren (PHQ-9≥10) erhielten sechs Monate nach ihrer Rehabilitation erneut den PHQ-9. Zusätzlich erfasste ein Item die tatsächliche Inanspruchnahme von Behandlungen aufgrund psychischer Belastungen.

Ergebnisse

Zu Rehabilitationsbeginn waren 24 % (n=75) der 319 befragten Patienten psychisch belastet. 22 % der Belasteten gaben an, trotz einer Empfehlung des Arztes keine psychologische oder psychiatrische Behandlung in Anspruch nehmen zu wollen, 54 % waren unentschlossen und weitere 24 % gaben an, eine Behandlung in Anspruch nehmen zu wollen. Nach sechs Monaten waren noch 32 % (n=19) der bei Rehabilitationsbeginn belasteten Patienten im Screener auffällig. Von diesen gaben 37 % an, sich aufgrund psychischer Be-

schwerden in ambulanter Behandlung zu befinden. Von den belasteten Patienten, die bislang keine Behandlung aufgenommen hatten, dachten 55 % über eine Behandlung nach und 9 % waren auf der Suche. Weitere 9 % der belasteten Patienten gaben an, keinen Behandlungsbedarf zu sehen und 27 % gaben an, trotz Bedarf kein Interesse an einer Behandlung zu haben.

Schlussfolgerung

Deutlich weniger als die Hälfte der sechs Monate nach Rehabilitation psychisch Belasteten haben eine Behandlungsmaßnahme in Anspruch genommen. Ca. jeder dritte belastete Patient steht einer psychotherapeutischen/psychiatrischen Behandlung kritisch gegenüber. Maßnahmen zur Förderung der Behandlungsmotivation während und nach der Reha (rehabilitative Nachsorge-Programme bzw. Follow-up-Kontakte) könnten evtl. helfen, die Inanspruchnahme zu optimieren. Hiervon könnten gerade Patienten profitieren, die einer Behandlung gegenüber unentschlossen sind.

Literatur

Härter, M., Baumeister, H., Bengel, J. (2007): Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen. Heidelberg: Springer.

Löwe, B., Spitzer, R.L., Zipfel, S., Herzog, W. (2002): PHQ-D. Gesundheitsfragebogen für Patienten. Manual. Karlsruhe: Pfizer.

Wittchen, H.-U., Jacobi, F. (1998) Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland - Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 44 (10). 993-1000.

Schweregrad somatischer Erkrankung und Angsterleben

Muschalla, B. (1), Glatz, J. (2), Kiwus, U. (2), Linden, M. (1)

(1) Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité, Universitätsmedizin Berlin und am Rehabilitationszentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund, Teltow, (2) Abt. Kardiologie am Rehabilitationszentrum Seehof

Hintergrund

Pathologische Ängste sind in der Regel durch die Abwesenheit einer akuten Bedrohung zu kennzeichnen. Dennoch schließt ein fortbestehender Angstanlass nicht aus, dass es auch zu einer zusätzlichen pathologischen Verarbeitung kommt, wie dies z. B. bei Patienten mit chronischen oder lebensbedrohenden somatischen Erkrankungen beobachtet werden kann. Eine solche "Pathologische Realangst" unterscheidet sich von anderen Ängsten hinsichtlich der Diagnostik, dem Verlauf und der Therapie.

Methode

209 Patienten (37,8 % davon Frauen) einer stationären kardiologischen Rehabilitation wurden hinsichtlich verschiedener Qualitäten von Angsterleben (generelle Ängstlichkeit, herzbezogene Angst, Job-Angst) mittels Fragebögen befragt. Die behandelnden Ärzte gaben

den Schweregrad der indikativen somatischen (Herz-)Erkrankung bzgl. folgender Parameter an (Somato-Schwere-Rating, Linden et al., 2008).

Es wurde untersucht, ob es Zusammenhänge gibt zwischen dem Ausmaß des Angsterlebens und der somatischen Krankheitsschwere.

Ergebnisse

Indikatoren der Arzteinschätzung bzgl. der Schwere einer somatischen Erkrankung korrelierten nicht signifikant oder nur geringfügig mit verschiedenen allgemeinen oder herzbezogenen oder arbeitsplatzbezogenen Angstmaßen. Auch objektive Parameter der Krankheitsschwere korrelierten nicht signifikant oder nur geringfügig mit verschiedenen allgemeinen oder herzbezogenen oder arbeitsplatzbezogenen Angstmaßen (Tabelle 1).

Erkrankungsschweremaß	**STAI**	**HAF**	**PAF[1]**	**JAS**
Wahrnehmbare Beschwerden	.002	.217**	.204**	.107
6-Monats-Progredienz	-.056	-.011	-.006	.092
Relative Schwere (Bzgl. Schwerespektrum der Erkrankung)	-.201*	.024	.006	-.019
Verminderung der Lebenserwartung	-.201*	-.148	-.017	-.081
Globale körperliche Erkrankungsschwere akut	-.084	-.024	.014	.056
Globale körperliche Erkrankungsschwere chronisch	.077	.001	-.005	.002
Leistungsfähigkeits-Beeinträchtigungen in Alltagsaktivitäten (IADL)	-.081	.004	.029	.012
Objektive kardiologische Leistungsfähigkeits-Parameter (Fahrradergometer-Leistungsmaximum, EKG: LV-EF, E/E`, Positive Anamnese oder Vorhandensein komplexer ventrikulärer Herzrhythmusstörungen)	.068	.184*	.210**	.063

1PAF Skala Progredienzangst

Tab. 1: Zusammenhang zwischen Krankheitsschwereparametern und Angstmaßen bei kardiologischen Rehabilitationspatienten (n=209). Spearman-Rangkorrelationen

Schlussfolgerungen

Es gibt kaum Zusammenhänge zwischen den Indikatoren der Krankheitsschwere und verschiedenen Angstdimensionen.

Von daher ist die "pathologische Realangst" weniger als Reaktion auf eine schwere kardiologische Erkrankung einzuschätzen, sondern kann eher als ein vorwiegend psychisches Problem mit pathologischer Angstentwicklung verstanden werden.

Das Problem ist weniger, dass kardiologische Erkrankungen zu psychischen Störungen führen, sondern dass Angsterkrankungen dann schwerwiegender werden können, wenn eine körperliche Erkrankung hinzukommt.

Literatur

Linden, M., Dirks, S., Glatz, J. (2008): Die "Pathologische Realangst" am Beispiel kardiovaskulärer Erkrankungen. Zeitschrift für Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie, im Druck.

Linden, M., Muschalla, B., Herm, K., Markova, M., Dirks, S. (2009): Abschlussbericht zum Forschungsprojekt Arbeitsplatzängste bei Patienten in der psychosomatischen und kardiologischen Rehabilitation. Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation: Berlin, in Vorbereitung.

Psychosoziale und funktionale Eingangsbelastungen von Patientinnen und Patienten in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter, Väter und Kinder

Lukasczik, M., Musekamp, G., Gerlich, C., Heide, M., Neuderth, S., Vogel, H.
Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Universität Würzburg

Hintergrund

Rollenkonflikte, finanzielle Belastungen und Erziehungsprobleme stellen typische Stressoren von Müttern (und zunehmend auch von Vätern) dar (z. B. Byron, 2005; Hope et al., 1999; Östberg et al., 2007). Art und Ausmaß elterlichen Stresserlebens werden von einer Reihe von Faktoren moderiert und sind in Subpopulationen von Müttern und Vätern, etwa bei Alleinerziehenden (z. B. Franz et al., 2003), in unterschiedlicher Weise ausgeprägt. Es ist davon auszugehen, dass ca. 20 % der Mütter und 11 % der Väter einen Bedarf an rehabilitativen oder präventiven Interventionen aufweisen (Fassmann et al., 2008). Diesem Versorgungsbedarf wird durch das Angebot stationärer Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter (einschließlich Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen) gemäß §§ 24 und 41 SGB V Rechnung getragen (Arnhold-Kerri et al., 2003). Rehabilitationsmaßnahmen fokussieren auf nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Teilhabe, während mit Vorsorgemaßnahmen eine präventive Zielsetzung (Fokus auf Befindlichkeits- bzw. Gesundheitsstörungen und Kontextfaktoren) verfolgt wird. Bedeutsame Kontextfaktoren stellen hierbei die Mutter- bzw. Vater-Kind-Beziehung, psychosoziale Problemsituationen von Familien sowie frauen- bzw. männerspezifische Faktoren dar, die durch interaktions- und geschlechtsorientierte Angebote berücksichtigt werden.

Fragestellung und Methode

Im Rahmen zweier Pilotprojekte zur Entwicklung von Verfahren der externen Qualitätssicherung für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter, Väter und Kinder (Auftraggeber: Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen) wurden funktionale und psychosoziale Eingangsbelastungen von Müttern und Vätern, die eine Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nehmen, analysiert. Hierfür wurden wesentliche Zielbereiche der Ergebnisqualität definiert: Funktionsfähigkeit, Befindlichkeit und Ressourcen, Belastungen, Erziehungsverhalten, kindliches Verhalten und Befinden und Patientenzufriedenheit. Die Operationalisierung der Outcome-Parameter erfolgte mittels verschiedener Assessment-Instrumente (u. a. PHQ-D; IRES-24; IMET; Rosenberg-Skala); des Weiteren wurden soziodemographische und sozialmedizinische Variablen erhoben. In 38 Einrichtungen wurden bislang n = 2.472 Patientinnen und Patienten zu zwei (Vorsorge) bzw. drei Messzeitpunkten (Rehabilitation) befragt; für die hier vorgestellte Analyse der Eingangsbelastun-

gen (Messzeitpunkt t1) wurden Teilstichproben von $n_{Reha} = n_{Vorsorge} = 301$ Patienten herangezogen.

Ergebnisse

Als häufigste Klinikdiagnose wurden psychische Belastungszustände angegeben (Neurasthenie bei 39,8 % [Vorsorge] bzw. 38,8 % [Rehabilitation]). Vorsorge- und Rehabilitationspatientinnen unterschieden sich zu Beginn der Maßnahme signifikant hinsichtlich ihrer Zufriedenheit mit der Gesundheit ($t=2{,}70$, $p<.01$; $d=0{,}22$) und funktionaler Einschränkungen ($t=3{,}23$, $p<.01$; $d=0{,}26$): Rehapatientinnen äußerten eine größere Unzufriedenheit mit ihrer Gesundheit und gaben stärkere funktionale Beeinträchtigungen im Alltag an. Sie wiesen zudem ein tendenziell höheres Maß an Depressivität ($t=-1{,}91$, $p<.10$; $d=0{,}16$) und somatischen Symptomen ($t=-1{,}94$, $p<.10$; $d=0{,}16$) auf. Depressive Symptome waren positiv mit dysfunktionalen Erziehungsstilen (Nachsichtigkeit, Überreagieren) und einer geringen erziehungsbezogenen Selbstwirksamkeit korreliert. Depressivität und somatische Symptome waren negativ mit allgemeiner Lebenszufriedenheit und Zufriedenheit mit der Gesundheit assoziiert.

Diskussion / Ausblick

Die Daten geben Hinweise darauf, dass für die Beschreibung von Unterschieden zwischen Rehabilitations- und Vorsorgepatientinnen die konzeptuelle Differenzierung der funktionalen Gesundheit im Sinne der ICF hilfreich ist. Der relativ hohe Anteil an Patientinnen mit klinisch relevanten psychischen Belastungen (depressive Symptome) verweist auf die Notwendigkeit entsprechender Angebote in den Einrichtungen (z. B. psychosoziale Einzelbetreuung). Auf der Basis der Daten der Gesamtstichprobe erfolgt eine umfassendere Dokumentation von mütter-/väterspezifischen Belastungen und Ressourcen im zeitlichen Verlauf einer Rehabilitations- bzw. Vorsorgemaßnahme. Die Daten finden des Weiteren Verwendung im Rahmen einrichtungsvergleichender externer Qualitätsanalysen für den Mutter-/Vater-Kind-Bereich.

Literatur

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

Byron, K. (2005): A meta-analytic review of work-family conflict and its antecedents. Journal of Vocational Behavior, 67. 169-198.

Fassmann, H., Grüninger, M., Schneider, A.H., Steger, R. (2008): Bedarfs- und Bestandsanalyse von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter in Einrichtungen des Deutschen Müttergenesungswerks (MGW). Abschlussbericht zu einem Forschungsprojekt des BMFSFJ. Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg. Erlangen: Friedrich-Alexander Universität, Institut für empirische Soziologie.

Franz, M., Lensche, H., Schmitz, N. (2003): Psychological distress and socioeconomic status in single mothers and their children in a German city. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 38. 59-68.

Hope, S., Power, C., Rodgers, B. (1999): Does financial hardship account for elevated psychological distress in lone mothers? Social Science and Medicine, 49. 1637-1649

Östberg, M., Hagekull, B., Hagelin, E. (2007): Stability and prediction of parenting stress. Infant and Child Development, 16. 207-223.

Theorie und Intervention: Theoretische Fundierung eines Patientenschulungsprogramms

Meng, K., Seekatz, B., Faller, H.

Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Universität Würzburg

Hintergrund

Die Effektivität und Effizienz von Patientenschulungen ist erwiesen, wobei Unterschiede in der Wirksamkeit in Abhängigkeit von den Bereichen, Programmen und Patientengruppen vorliegen und Optimierungspotentiale hinsichtlich der Stärke und der Nachhaltigkeit der Effekte bestehen (Faller et al., 2005). Forschungsbedarf besteht des Weiteren hinsichtlich der Wirkfaktoren und -mechanismen von Schulungsprogrammen. Welche Interventionstechniken führen zur Zielerreichung und welche psychologischen Mechanismen sind mit dem Zielverhalten verbunden? Eine theoretische Fundierung (intervention mapping; vgl. Michie, Abraham, 2004) stellt einen Ansatzpunkt für die weitere Qualitätsentwicklung von Schulungen dar. Positive Auswirkungen auf das Patientenoutcome sind anzunehmen.

Bei der Weiterentwicklung des Curriculum Rückenschule aus dem Gesundheitstrainingsprogramm der Deutschen Rentenversicherung Bund[*)] (BfA, 2005) stellt der Aufbau von körperlicher Aktivität ein wesentliches Schulungsziel dar. Zur theoretischen Fundierung wurde diesem das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns HAPA (Schwarzer, 2008) zugrunde gelegt. Nach dem HAPA nehmen sozial-kognitive Variablen stadienspezifisch Einfluss auf Intentionsbildung, Planungsprozesse und Verhaltensausübung.

Zur Prüfung der theoretischen Fundierung werden die folgenden Fragestellungen bearbeitet:

- Ist das Curriculum sinnvoll hinsichtlich motivationaler und volitionaler Verhaltensdeterminanten konzipiert? Wie sind die Stadien der Verhaltensänderung und die präaktionalen Determinanten in der Schulungspopulation ausgeprägt?
- Weist das Curriculum eine Effektivtät hinsichtlich der relevanten Verhaltensdeterminanten sowie hinsichtlich des Zielverhaltens auf?

Methode

Zur theoretischen Fundierung werden den HAPA-Determinanten - Selbstwirksamkeit, Handlungsergebniserwartung, Risikowahrnehmung, Intention, Handlungsplanung - strukturiert Interventionstechniken (vgl. Abraham, Michie, 2008; Michie et al., 2008) zugeordnet und in die 7 Schulungsmodule des Curriculum integriert. In die ersten fünf Module wurden Techniken zur Förderung motivationaler Determinanten einbezogen. Die Anordnung soll einen hohen Anteil intentionaler Patienten bei Durchführung von Modul 6 und 7 bewirken, die primär Techniken für volitionale Determinanten (u. a. Intention, Planung) enthalten. Aufgrund der Praktikabilität erfolgt keine stadienspezifische Intervention.

Die Überprüfung erfolgt auf Datenbasis eines unizentrischen, randomisierten Kontrollgruppendesign mit vier Messzeitpunkten (Reha-Beginn, -Ende, 6 und 12-Monats-Katamnese). In der Interventionsgruppe wurde das Curriculum Rückenschule, in der Kontrollgruppe die kli-

[*)] Projekt "Effektivität des Gesundheitstrainingsprogramms der Deutschen Rentenversicherung Bund" (Meng, Vogel, Faller)

nikinterne Rückenschule durchgeführt. HAPA-Determinanten, inkl. Stadienalgorithmus werden mittels Fragebögen erfasst. Die Stichprobe besteht aus 360 Rückenschmerzpatienten (Reha-Hauptindikation: M51, M53, M54). 64 % sind Frauen, das Durchschnittsalter ist 49 Jahre (SD = 7,6).

Im Querschnitt (Reha-Beginn) wird eine deskriptive Analyse der HAPA-Stadien durchgeführt. Die Ausprägung der Determinanten bei Personen in verschiedenen Stadien wird mittels einfaktoriellen Varianzanalysen mit Kontrasttests untersucht. Im Längsschnitt werden Intergruppeneffekte (Interventions- / Kontrollgruppe) in den Wirkdeterminanten mittels Kovarianzanalyse geprüft.

Ergebnisse

In Bezug auf das Zielkriterium (3 mal 30 Minuten körperliche Aktivität pro Woche) sind zu Reha-Beginn 10 % im nicht-intentionalen, 29 % im intentionalen und 61 % im aktionalen (34 % nicht habituiert, 28 % habituiert) Stadium. Rehabilitanden in den drei Stadien unterscheiden sich signifikant hinsichtlich Selbstwirksamkeit ($p < .001$), negativer Handlungsergebniserwartung ($p < .05$), Intention ($p < .01$) sowie Handlungs- und Bewältigungsplanung ($p < .001$); keine signifikanten Unterschiede bestehen in der Risikowahrnehmung sowie positiver Handlungsergebniserwartung.

Zu Reha-Ende befinden sich 99 % der Patienten zumindest im intentionalen Stadium und es bestehen positive Veränderungen in den Verhaltensdeterminanten. Z. T. liegen signifikante Interventionseffekte vor. Patienten der Interventionsgruppe haben eine höhere positive Handlungsergebniserwartung ($p = .03$; $ŋ^2 = .015$) und eine höhere Handlungsplanung ($p < .001$; $ŋ^2 = .054$).

Schlussfolgerungen

Die Stadienzuordnung der Rehabilitanden bestätigt die Schulungskonzeption in Bezug auf die Anordnung von Interventionstechniken für motivationale und volitionale Determinanten. Die Stärkung der motivatonalen Determinanten in den ersten Schulungsmodulen ist für die nicht-intentionalen Patienten essentiell, um von den späteren volitionalen Interventionstechniken (Handlungsplanung) zu profitieren. Der hohe Anteil an bereits körperlich Aktiven würde für eine noch stärkere Integration von Techniken zur Rückfallprophylaxe sprechen. Die Wirksamkeit der Intervention in Bezug auf die positive Handlungsergebniserwartung und die Handlungsplanung der Patienten ist bestätigt. Für die weiteren motivationalen Determinanten bestehen keine signifikanten Effekte. Insgesamt liegen erste zufriedenstellende Ergebnisse in Bezug auf die theoretische Fundierung vor. Die abschließende Beurteilung muss auf Basis des Zielverhaltens mit den weiteren Verlaufsdaten erfolgen.

Literatur

Abraham, C., Michie, S. (2008): A taxonomy of behaviour change techniques used in interventions. Health Psychology, 27. 379-387.

Faller, H., Reusch, A., Vogel, H., Ehlebracht-König, I., Petermann, F. (2005): Patientenschulung. Die Rehabilitation, 44. 277-286.

Michie, S., Abraham, C. (2004): Interventions to change health behaviours: evidence-based or evidence-inspired? Psychology and Health, 19. 29-49.

Michie, S., Johnston, M., Francis, J., Hardeman, W., Eccles, M. (2008): From Theory to Intervention: Mapping theoretically derived behavioural determinants to behavior change techniques. Applied Psychology: An International Review, 57. 660-680.

Schwarzer, R. (2008): Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. Applied Psychology: An International Review, 57. 1-29.

Antidiskriminierungsrecht für Menschen mit Behinderung aus rehabilitationsrechtlicher Sicht: Ein Vergleich mit den USA

Fuerst, A.-M.
Bucerius Law School, Hamburg

Ausgangsfrage

Die Ziele von Antidiskriminierungsrecht und dem traditionell sozialrechtlich ausgerichteten Recht der beruflichen Rehabilitation gleichen sich in einem wesentlichen Punkt: Beide Materien wollen die verbesserte Integration von Menschen mit Behinderung im Beruf erreichen. Das Antidiskriminierungsrecht fußt dabei aber weniger auf der Idee eines sozialen Nachteilsausgleichs als vielmehr darauf, das Gleichheitsprinzip durch Beseitigung von stereotypen Denk- und Verhaltensmustern der am Rechtsverkehr beteiligten Akteure durchzusetzen (Schiek, 2000; Nickel, 1999). Art. 5 der Richtlinie 2000/78/EG zur Festlegung eines Rahmens für die Verwirklichung der Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf fordert vom deutschen Gesetzgeber, Arbeitgeber zu angemessenen Vorkehrungen zur Gewährleistung der Anwendung des Gleichbehandlungsgrundsatzes auf Menschen mit Behinderung zu veranlassen. Vorbild eines auf angemessenen Vorkehrungen zum speziellen Nachteilsausgleich basierenden Antidiskriminierungsrechts für Behinderte sind die USA, die 1990 ein bundesweit gültiges Antidiskriminierungsgesetz ausschließlich für Behinderte erlassen haben (Americans with Disabilities Act - ADA). Tatsächlich bestehen in den USA seit den 1970er Jahren Erfahrungen mit einem derartigen Ansatz. Das Konzept eines speziellen Diskriminierungsschutzes für Behinderte ist rechtsvergleichend gründlich untersucht worden (Leder, 2006). Allerdings bleibt bislang unklar, ob eine solche Antidiskriminierungsgesetzgebung auch wirklich die erhoffte Verbesserung für die Betroffenen mit sich bringen würde oder ob nicht die sozialrechtlichen Instrumente der beruflichen Rehabilitation, verstanden in einem weiten Sinne, letztlich wirksamer sind.

Konzeption und Durchführung

Eine Antwort auf diese Frage setzt voraus, dass die sozialrechtlichen Rahmenbedingungen, unter denen sich spezielles Antidiskriminierungsrecht für Menschen mit Behinderung in den USA entwickelt hat, umfassend untersucht werden. Dann kann in einem großflächig angelegten Rechts- und Systemvergleich geklärt werden, ob in Deutschland vergleichbare Rahmenbedingungen vorliegen, die eine Übertragung dieses Ansatzes sinnvoll erscheinen lassen. Für diesen Vergleich sind neben dem einfachen Gesetzesrecht auch die historische Entwicklung des Sozialstaates sowie seine verfassungsrechtlichen Grundlagen zu untersuchen. Dabei muss vor allem die unterschiedliche föderale Struktur der Vergleichsnationen beachtet werden, die insbesondere in den USA massive Auswirkungen auf die möglichen Inhalte von Gesetzgebung hat.

Ergebnisse

Das System der USA ist von einer grundlegenden Skepsis gegenüber staatlicher Intervention in sozialen Belangen geprägt. Obwohl ein modernes Recht der beruflichen Rehabilitation durchaus vorhanden ist, sorgt das Föderalismusverständnis der U.S.-amerikanischen Verfassung, welches sich insbesondere in der Bundesgesetzgebungskompetenz der "spending power" niederschlägt, für eine chronische und krasse Unterfinanzierung dieses Bereichs. Auch fehlt eine passgenaue Einbettung der beruflichen Rehabilitation in das Rentensystem, da der in Deutschland geltenden Grundsatz "Rehabilitation vor Rente" dort geradezu in sein Gegenteil verkehrt erscheint. Ein private Akteure zu angemessenen Vorkehrungen für Menschen mit Behinderungen verpflichtendes Antidiskriminierungsrecht lässt sich demgegenüber in den USA sowohl politisch als auch kompetenziell deutlich leichter durchsetzen. Die angemessenen Vorkehrungen können also als verkappter sozialrechtlicher Nachteilsausgleich verstanden werden. Die langjährigen Erfahrungen mit der Wirksamkeit dieses Ansatzes sind eher desillusionierend, weil er ein schlagkräftiges Recht der beruflichen Rehabilitation nicht zu ersetzen vermag (Bagenstos, 2003). Für Deutschland ergibt sich somit, dass besonderes Antidiskriminierungsrecht für Behinderte sozialrechtliche Eingliederungsinstrumente flankieren, jedoch keinesfalls substituieren kann (Fuerst, 2008).

Literatur

Bagenstos, S. (2003): The Americans with Disabilities Act as Welfare Reform. William & Mary Law Review, 44. 921-1028.

Fuerst, A.-M. (2008): Behinderung zwischen Diskriminierungsschutz und Rehabilitationsrecht. Unveröffentlichte Dissertation. Bucerius Law School Hamburg. (Soll 2009 erscheinen in Baden-Baden: Nomos)

Leder, T. (2006): Das Diskriminierungsverbot wegen einer Behinderung. Berlin: Duncker & Humblodt.

Nickel, R. (1999): Gleichheit und Differenz in der vielfältigen Republik. Baden-Baden: Nomos.

Schiek, D. (2000): Differenzierte Gerechtigkeit. Baden-Baden: Nomos.

Kooperationsmodelle zur Überwindung von Kommunikations- und Akzeptanzschwierigkeiten bei der Stufenweisen Wiedereingliederung

Nebe, K.

Marthin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Einleitung

Das SGB IX hält in § 28 zur verbesserten Wiedereingliederung für von längerer Arbeitsunfähigkeit Betroffene das Instrument der Stufenweisen Wiedereingliederung (StW) bereit. Arbeitsunfähige können unter ärztlicher Verantwortung ihre betriebliche Beschäftigung aufnehmen und werden schrittweise an ihre volle Leistungsfähigkeit herangeführt. Bis dahin sind sie weiterhin arbeitsunfähig. Die Beschäftigung erfolgt regelmäßig in einem gesondert vereinbarten Wiedereingliederungsverhältnis. Wegen dessen rein rehabilitativen Charakters

wird Arbeitsentgelt nicht geschuldet, und der Beschäftigte ist durch die Leistungen der Rehabilitationsträger, wie z. B. Krankengeld, Verletztengeld oder Übergangsgeld, abgesichert.

Aktueller Hintergrund

Erfolgreiche StW setzt Vernetzung voraus. Dies zeigen aktuelle Studien: Betriebe, in denen das BEM gem. § 84 Abs. 2 SGB IX durchgeführt wird, nutzen die StW als Integrationsmaßnahme besonders häufig. Schon dies lässt auf den Ausbau der Netzwerkstrukturen - gerade für KMU - zur Stärkung der StW in der Praxis schließen. Die Notwendigkeit verbesserter Kooperationsstrukturen ergibt sich aber auch mit Blick auf die durch verschiedene Studien bekannt gewordenen Akzeptanz- und Schnittstellenprobleme bei StW. Als solche werden insbesondere formuliert:

- Stärkung der Akzeptanz der StW im Betrieb und der Mitwirkungsbereitschaft von Arbeitgeber und Rehabilitand
- Verbesserung der Kommunikation zwischen dem niedergelassenen Arzt, Klinikarzt und dem Betrieb (Arbeitgeber/Betriebsarzt)
- Unterstützung während der StW, mit sächlichen und finanziellen Mitteln.

Die Qualität der Herausforderungen rührt zu einem großen Teil aus der notwendigerweise kooperativ zu erbringenden Leistung; die StW ist weder eine rein medizinische, noch eine rein berufliche Rehabilitationsmaßnahme. Sie kann nur im Zusammenwirken zwischen Versichertem, Arzt, Betrieb und Reha-Träger erbracht werden. Allerdings kann - wiederum im Ergebnis verschiedener Studien - heute davon ausgegangen werden, dass diejenigen Organisationsformen (z. B. mbo-Reha oder MBI als Medizinisch berufliches Integrationsmanagement), die sämtliche Rehabilitationsarten integrieren, die besseren Wirksamkeitsergebnisse erzielen. Die im Folgenden angesprochenen Möglichkeiten einer kooperativen Leistungserbringung sind daher über die Lösung der für die StW genannten Schwierigkeiten hinaus von allgemeiner Bedeutung für die aktuellen Entwicklungen in der Rehabilitation.

Ausgewählte Ergebnisse

Die heute noch zu verzeichnenden Kommunikations- und Akzeptanzschwierigkeiten lassen sich mithilfe des SGB IX überwinden.

Die Mitwirkungspflicht des Arbeitgebers an der StW wurde von der Rechtsprechung bestätigt (BAG, 13.6.2006, 9 AZR 229/05). Eine erzwungene StW wird jedoch keine optimalen Erfolge erzielen. Zur Erhöhung der Akzeptanz der StW können die Reha-Träger entscheidend beitragen. Es zählt zu ihren Aufgaben, sowohl die Versicherten zu motivieren und anzuleiten (§ 26 Abs. 3 Nr. 7), als auch Kollegen und Vorgesetzten über Vorteile und Ablauf einer StW zu informieren und zu beraten (§ 26 Abs. 3 Nr. 3).

Finanzielle Anreize können sowohl zugunsten von Arbeitgebern, z. B. durch Eingliederungszuschüsse (§ 34 Abs. 1 S. 1 Nr. 2) oder durch Boni (§ 84 Abs. 3), als auch zugunsten von Versicherten, z.B. durch Fahrtkostenzuschüsse bzw. Mobilitätshilfen oder Reisekosten (§§ 33 Abs. 3 Nr. 1, 44 Abs. 1 Nr. 5, 53) gesetzt werden. Vom Arbeitgeber während einer StW gezahlte Zuschüsse zur Sozialleistung sollten nicht auf die Sozialleistung angerechnet werden (§ 23 c SGB IV).

Auch für die Vernetzung zwischen Betriebsarzt und niedergelassenem bzw. Klinikarzt tragen die Reha-Trägern Verantwortung (§ 4 GE Information und Kooperation). Gerade KMU benötigen hier Unterstützung.

Im Rahmen der dem Arbeitgeber zugunsten aller Beschäftigten auferlegten BEM-Pflicht (BAG, 12.7.2007, 2 AZR 716/06) ist die StW stets als eine mögliche Eingliederungsmaßnahme zu prüfen, so dass auch vom Arbeitgeber die Kooperation mit den beteiligten Akteuren herzustellen ist (Beschäftigter, Interessenvertretung, ggf. Schwerbehindertenvertretung, Werks- oder Betriebsarzt, evtl. Gemeinsame Servicestelle und Integrationsamt).

Bei schwerbehinderten Menschen muss sich das Integrationsamt im Rahmen des § 102 SGB beteiligen.

Literatur

Welti, Die Aufgaben und Pflichten der Sozialleistungsträger, SozSich 2008, 125 ff.
Niehaus u.a., Studie zur Umsetzung des BEM nach § 84 Abs. 2 SGB IX, Köln, 2008, S. 56 f.
Bürger, StW nach orthopädischer Rehabilitation, Rehabilitation 2004, 152 ff.
Nebe, StW und Bedeutung des BEM – ein neues Kooperationsverhältnis, DB 2008, 1801 ff.
Tavs, Betriebsarzt und medizinische Rehabilitation, Diss. Ulm, 2006, http://vts.uni-ulm.de/doc.asp?id=5578.

Das Integrierte Budget als Beitrag zur Überwindung der Systemgrenzen zwischen Rehabilitation und Pflege

Klie, T., Siebert, A.
FIVE - Forschungs- und Innovationsverbund an der
Evangelischen Hochschule Freiburg e.V.

Das Integrierte Budget als Projekt der Spitzenverbände der Pflegekassen gem. § 8 Abs. 2 SGB XI sowie des Landes Rheinland Pfalz wurde als Einzelfallstudie konzipiert und analysiert. Auf der Datengrundlage von 41 offenen Leitfaden gestützten Interviews (17 Personen; Zeitraum zwei Jahre), 74 standardisierten Erhebungen (BudgetnehmerInnen, NichtteilnehmerInnen, Kostenträger) und ergänzenden Aktenanalysen liegen die Ergebnisse des Modellprojektes Integriertes Budget in Form des Abschlussberichtes vor (Klie, Siebert 2008b).

Die BudgetnehmerInnen hatten im Modellprojekt die Gelegenheit im Rahmen eines Budgets gem. § 17 SGB IX Leistungen der Pflegeversicherung als echtes Budget zu integrieren (Siebert, 2007). Hiervon machten insgesamt 15 Personen Gebrauch. Diese, nur im Modellprojekt mögliche Kombination, ermöglichte den TeilnehmerInnen eine wesentlich flexiblere Handhabung der Care-Aufgaben, unterstützte sie in ihrer Autonomie und Selbstständigkeit und ließ neue Hilfearrangements zu (Klie, Siebert 2008a). Der Implementierung eines verbindlichen, aber der Behindertenhilfe angemessenen, Case Managements kam im Projekt ebenfalls eine wesentliche Bedeutung zu (Siebert, 2008).

Maßgeblich für das Projekt Integriertes Budget und die beteiligten ForscherInnen war das der ICF und dem SGB IX zugrunde liegende soziale Modell von Behinderung. Eine konsequente Umsetzung dieses Verständnisses sieht Menschen mit Behinderung nicht als zu be-

forschende Objekte, sondern als Subjekte. Mit dieser Grundhaltung konnten die Erfahrungen und Sichtweisen von Menschen mit Behinderung in den Mittelpunkt der Untersuchung gestellt werden. Der hiermit einhergehende Perspektivenwechsel macht ein Verständnis von Pflege aus der Sicht von Menschen mit Behinderung zugänglich, das Implikationen für die Weiterentwicklung des Leistungsrechts enthält.

Festzuhalten ist, dass das Integrierte Budget Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung stärkt. Hilfearrangements lassen sich bedarfsgerechter gestalten. Ein wesentlicher Gewinn bezieht sich außerdem auf eine bessere Einbindungsmöglichkeit flankierender Hilfen im Arrangement (Klie, Siebert, 2006).

Literatur

Klie, T., Siebert, A. (2006): Integriertes Budget - die Verbindung von Pflegebudget und Persönlichen Budgets nach § 17 SGB IX. Rechtsdienst der Lebenshilfe (H. 02/2006). 62-65.

Klie, T., Siebert, A. (2008): Das "Integrierte Budget" - Chancen zur Weiterentwicklung des trägerübergreifenden Budgets gemäß § 17 SGB IX? Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge (NDV) Jg. 88 (H. 08). 341-346.

Klie, T., Siebert, A. (2008): Integriertes Budget. Abschlussbericht. URL: http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Abschlussbericht_Integriertes_Budget_3256.pdf, Abruf: 14.01.2009.

Siebert, A. (2007): Integriertes Budget. Betreuungsmanagement Jg. 03 (H. 03). 125-128.

Siebert, A. (2008): Case Management für Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf - Das Selbstmanagement der BudgetnehmerIn bestimmt die Intensität der Unterstützung. Überlegungen und Erfahrungen aus dem Modellprojekt - Integriertes Budget. Case Management Jg. 5 (H. 08). 27-30.

Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu Zuständigkeitsabgrenzungen der beanspruchten Leistungsträger

Masuch, P.

Bundessozialgericht

I. Einleitung

Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist von großer Bedeutung für die einheitliche Rechtsauslegung der Rehabilitationsträger und der ihr Handeln überprüfenden Sozialgerichte. In den letzten Jahren sind zum Verfahren nach § 14 SGB IX und zur materiellen Abgrenzung der Zuständigkeit zahlreiche Entscheidungen in Revisionssachen ergangen. Diese geben wichtige Hinweise für das Verwaltungsverfahren und eine rasche Zuständigkeitsklärung bei Leistungen zur Teilhabe. Diese Entscheidungen werden im Beitrag vorgestellt, analysiert und systematisiert.

II. Ergebnisse

1. Materielle Zuständigkeiten

Zwischen den in Anspruch genommenen Leistungsträgern gibt es seit jeher Zuordnungs- und Zuständigkeitsprobleme, welche sowohl gegenüber den Leistungsberechtigten als auch im Verhältnis der Träger untereinander im Rahmen von Erstattungsstreitigkeiten virulent werden. Diese Zuständigkeitsprobleme sind die Kehrseite des gegliederten, gewachsenen Sozialsystems mit seinen vielfältigen Vorteilen.

2. Verfahrensrecht

Die Rechtsordnung hat seit jeher Vorsorge getroffen, um Leistungsberechtigte nicht an komplizierten Zuständigkeitsregelungen mit ihren berechtigten Ansprüchen scheitern zu lassen: vor allem die Auskunfts- und Beratungsansprüche*), die die Rechtsprechung des BSG schon früh durch den richterrechtlich entwickelten Herstellungsanspruch ergänzt hat, oder an den Anspruch auf Vorschuss**) oder auf vorläufige Leistung***), sowie im sozialgerichtlichen Verfahren an die Beiladungs- und Verurteilungsbefugnis eines anderen Leistungsträgers nach § 75 Abs. 5 SGG. Diese Fülle von Ansatzpunkten, um Zuständigkeitsprobleme im Interesse der Leistungsberechtigten zu überwinden, hat der Gesetzgeber des SGB IX um eine weitere Variante ergänzt: Die Zuständigkeit durch Nichtstun oder Weiterleitung gemäß § 14 SGB IX.

3. Zusammenfassung und Diskussion

Die Regelung in § 14 SGB IX schlummerte jahrelang einem Dornröschenschlaf, bis es dem 1. BSG-Senat vorbehalten war, sie am 26. Juni 2007 in zwei Entscheidungen****) sozusagen "wach zu küssen".

Der 1. Senat entschied:

§ 14 SGB IX bewirkt, dass auf zweierlei Wegen Zuständigkeiten begründet werden: Dadurch, dass

1.) ein Antrag innerhalb von zwei Wochen nicht weitergeleitet wird oder dadurch, dass

2.) der Träger den Antrag weiterleitet. Der Rehabilitationsträger, an den der Antrag auf Leistungen zur Teilhabe weitergeleitet wurde, darf ihn nicht ein zweites Mal weiterleiten.

Das BSG stärkt dort, wo es das Gesetz zulässt, die Rechte der Versicherten. Insbesondere effektuiert es durch seine Auslegung verfahrensrechtliche Chancen, die den Versicherten drohenden Nachteile des gegliederten Sozialsystems ohne Systembrüche zu vermeiden. In diesem Sinne sieht sich die BSG-Rechtsprechung dem allgemeinen Ziel des § 2 Abs. 2 Halbsatz 2 SGB I verpflichtet, wonach sicherzustellen ist, dass die sozialen Rechte möglichst weitgehend verwirklicht werden.

Das BSG fördert im Interesse sowohl der Leistungsberechtigten als auch der Leistungsträger selbst die frühzeitige und reibungslose Zusammenarbeit der Leistungsträger.

---

*) Vgl. §§ 14; 15 SGB I.
**) Vgl. 42 SGB I.
***) Siehe § 43 SGB I.
****) B 1 KR 34/06 R und B 1 KR 36/06 R, beide zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen.

Das BSG achtet die Strukturverantwortlichkeiten der Leistungsträger, um der Zuordnung der Rechte und Pflichten in unserem gegliederten Sozialsystem und damit der Verteilung der Entscheidungs- und Finanzverantwortung gerecht zu werden.

Literatur

BSG Urteile vom 20.11.2008, B 3 KN 4/07 R mwN, und vom 26.6.2007, B 1 KR 34/06 R, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR bestimmt, m.Anm. von Luthe, E.W., jurisPR-Sozialrecht 5/2008 Anm. 4; Gagel, A./Schian, M., Erstattungsanspruch des erstangegangenen Leistungsträgers, Behindertenrecht 2008, 16; Marburger, H., Zuständigkeit für Maßnahmen der Teilhabe, rv 2008, 161; Ulrich, P., Die (Nicht-) Weiterleitung des Teilhabeantrages und ihre Folgen, SGb 2008, 452.

Einstweiliger Rechtsschutz im Rehabilitationsrecht

Lode, M.

Martin-Luther-Universität, Halle

Eine Auswertung der in der juris-Datenbank eingestellten Gerichtsentscheidungen hat gezeigt, dass in den letzten Jahren die Zahl einstweiliger Rechtsschutzverfahren im Sozialrecht deutlich angestiegen ist. Eine Ursache liegt in der Konstruktion des SGB II; da das Auffangnetz der früheren Sozialhilfe gestrichen ist, sind Personen, deren Anträge abgelehnt werden, in aller Regel auf den einstweiligen Rechtsschutz angewiesen. Dies ist eine der Ursachen, dass auch in anderen Rechtsstreitigkeiten einstweiliger Rechtsschutz im Sozialgerichtsverfahren zunimmt.

Noch vor wenigen Jahren war einstweiliger Rechtsschutz in Rehabilitationssachen sehr selten festzustellen; dies war bemerkenswert, da eine erste juristische Diskussion über dessen Notwendigkeit bereits in den 80-iger Jahren stattgefunden hat (Unger SGb 1985, 226 ff.). Zu den Sachgesetzlichkeiten der Rehabilitation gehört es, dass sie so früh wie möglich einsetzen muss (Kohte, S. 7 ff.; GE "Frühzeitige Bedarfserkennung"); sowohl bei medizinischer als auch bei beruflicher Rehabilitation ist eine Verschiebung auf den Zeitpunkt einer rechtskräftigen Entscheidung im Hauptsacheverfahren nach drei oder fünf Jahren wenig sinnvoll (vgl. auch §§ 27 SGB IX, 2a SGB V). Nur selten sind Versicherte in der Lage, mit Hilfe von § 15 SGB IX eine Rehabilitation vorzufinanzieren. Im Bereich der beruflichen Rehabilitation stellt sich diese Frage vor allem bei jungen Menschen, bei denen körperliche Beeinträchtigungen und Lernbehinderung zusammenkommen. In einem anschaulichen Fall hatte das LSG Celle - Bremen kürzlich die einstweilige Leistung einer beruflichen Rehabilitation angeordnet. Ein weiterer Bereich, in dem dringliche Maßnahmen getroffen werden müssen, ist die Frühförderung. Hier hatte vor kurzem das LSG Berlin-Brandenburg anhand eines bemerkenswerten Sachverhalts eine einstweilige Regelung angeordnet. Auch Leistungen nach § 28 SGB IX bedürfen regelmäßig dringlicher Klärung, wobei hierzu Sachverhalte mit einstweiligen Rechtsschutzverfahren bislang unbekannt sind.

Das zentrale juristische Problem solcher Verfahren besteht häufig darin, dass entweder der Anspruch insgesamt, zumindest aber die Ausführung in das Ermessen des Trägers gestellt

ist. Zur Sicherung des Ermessensspielraums hatte daher die Gerichtspraxis verlangt, dass das Ermessen auf Null reduziert sein müsse, was den einstweiligen Rechtsschutz nachhaltig einschränkte.

Die Änderung in den letzten Jahren beruht auf verschiedenen Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts, das gerade wegen der Schutzpflicht des Art. 2 Abs. 2 GG und der Menschenwürde (Art. 1 GG) eine zügige Reaktion der Sozialleistungsträger verlangt. Die entscheidende Kategorie ist nunmehr eine Folgenabwägung: Je dringender der Versicherte auf die Leistung angewiesen ist, desto geringer sind die Anforderungen an den einstweiligen Rechtsschutz zu stellen (Überblick Krodel NZS 2006, 637 ff.). An die Stelle der Ermessensreduzierung auf Null tritt nunmehr die "überwiegende Wahrscheinlichkeit" (FKSB/Busch, SGB IX, Rn. 88). Die Kategorie der "Vorwegnahme der Hauptsache" hat sich als untauglich für die Ablehnung solcher Anträge erwiesen, denn in den hier zu diskutierenden dringenden Fällen findet durch Untätigkeit (so anschaulich im Fall LSG Berlin-Brandenburg) eine faktische Vorwegnahme der Hauptsache statt, so dass diese Argumentationsfigur für die Ablehnung des Rechtsschutzes ungeeignet ist.

Eine rasche Klärung wird ermöglicht, wenn die jeweiligen Träger die Norm des § 14 SGB IX beachten, da auf diese Weise die Klärungen im sozialrechtlichen Verwaltungsverfahren frühzeitig erfolgen, in welchen Fällen gerichtlicher Rechtsschutz geboten und erforderlich ist. Damit hat die neuere Gesetzgebung und Rechtsprechung dazu beigetragen, eine zügige Realisierung von Rehabilitationsansprüchen sicherzustellen (Ulrich SGb 2008, 452).

Streitigkeiten zwischen behinderten und kranken Menschen und Rehabilitationsträgern - Ergebnisse zweier Untersuchungen

Welti, F. (1), Braun, B. (2)

(1) Hochschule Neubrandenburg, (2) Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen

Einleitung

Mit dem Beitrag wird die Frage untersucht, in welchem Umfang und in welcher Art Streitigkeiten zwischen Rehabilitationsträgern und behinderten und kranken Menschen geführt werden, die Leistungen begehren. Es wird diskutiert, ob daraus Schlüsse auf Probleme der bedarfsgerechten Versorgung mit Rehabilitations- und Gesundheitsleistungen gezogen werden können.

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) wurde eine Studie erstellt, die Folgen einer Einführung von Gerichtsgebühren im bisher gebührenfreien sozialgerichtlichen Verfahren abschätzen sollte (Welti et al., 2008). Die Arbeitsgruppe hat Experten befragt, statistische Daten ausgewertet, eine Befragung aller Richterinnen und Richter der Sozialgerichtsbarkeit sowie von Klägerinnen und Klägern durchgeführt. Die statistischen Daten und die Daten der Befragung von Klägerinnen und Kläger werden hier herangezogen.

Im Rahmen des Gesundheitsmonitors 2008 wurden 1.388 Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung befragt, ob sie in den letzten zwei Jahren Streit mit ihrer Kranken- oder Pflegekasse hatten und wie dieser Streit ausgetragen wurde (Welti, 2008).

Ergebnisse

1. Statistik

Die Zahl der sozialgerichtlichen Verfahren wächst seit Jahren. Einen hohen Anteil an den Verfahren haben die Bereiche Rentenversicherung, Krankenversicherung und Schwerbehindertenrecht, in denen behinderte und chronisch kranke Menschen einen großen Teil der Leistungen beanspruchen. In diesen Bereichen ist bis 2005 auch die Zahl der Streitigkeiten gestiegen. Mit der Zahl der Verfahren ist auch deren Erfolgsquote gestiegen. Hatten 1996 noch 31 % der Kläger Erfolg durch Urteil, Anerkenntnis oder Vergleich, waren es 2004 schon 38 %.

2. Klägerbefragung

Über Sozialgerichte wurden insgesamt 1.500 Fragebögen an Klägerinnen und Kläger aller Sozialrechtsgebiete verschickt. 316 Fragebögen (= 21,2 %) konnten ausgewertet werden. Auf einer Skala von 1-4 wurden Werte für den Umgang mit der beklagten Behörde u. a. für "Meine Probleme wurden ernst genommen" (alle 1,63/ RV 1,68/ KV 1,84/ VA 1,66), "Ich fühlte mich hilflos ausgeliefert" (alle 3,00/ RV 3,16/ KV 3,18/ VA 2,94) ermittelt.

3. Versichertenbefragung

20 % der Befragten gaben an, dass sie in den letzten zwei Jahren mit einer Entscheidung ihrer Krankenkasse nicht einverstanden waren. Hiervon betrafen 18 % der Fälle Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen. 62 % derjenigen, die einen Dissens hatten, unternahmen etwas, um die Entscheidung zu ändern. Im Ergebnis wurden von diesen Streitigkeiten 52 % zu Ungunsten, 28 % teilweise zu Gunsten und 20 % vollständig zu Gunsten der Versicherten entschieden. Mehr als die Hälfte führten ihren Streit schriftlich, diese hatten signifikant bessere Erfolgsaussichten. Nur in 19 % der Streitfälle wurde ein Widerspruchs-, in 8 % ein Gerichtsverfahren in Gang gesetzt. Chronisch kranke Versicherten waren häufiger unzufrieden und im Streit und dabei häufiger erfolgreich.

Diskussion

Die Ergebnisse der Versichertenbefragung deuten darauf hin, dass das statistisch erfasste Streitgeschehen nur die "Spitze eines Eisbergs" ist und dass über Rehabilitationsleistungen mehr gestritten wird, als es die niedrige Inzidenz in der Rechtsprechung vermuten lässt. Die Ergebnisse der Klägerbefragung deuten auf erhebliche subjektive Probleme im Verwaltungsverfahren um Sozial- und Gesundheitsleistungen hin. Die statistischen Erfolgsquoten und die Versichertenbefragung lassen einen hohen Anteil unrichtiger Entscheidungen im Verwaltungsverfahren vermuten. Jedenfalls bei der gesetzlichen Krankenversicherung könnte dies vor allem zu Lasten chronisch kranker Versicherter ("schlechte Risiken") erfolgen.

Literatur

Welti, F., Höland, A., Braun, B., Buhr, P. (2008): Folgen einer allgemeinen Verfahrensgebühr im sozialgerichtlichen Verfahren. Soziale Sicherheit, 9. 308-316.

Welti, F. (im Erscheinen): Streitigkeiten zwischen gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen und ihren Versicherten. Gesundheitsmonitor.

Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation - gute Servicestellenarbeit heißt gute Netzwerkarbeit und Kommunikation

Ritter, J.
Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Auftrag der Servicestellen

Der Gesetzgeber wollte mit der Einrichtung von Servicestellen sicherstellen, dass behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen über alle für sie in Betracht kommenden Rehabilitationsleistungen umfassend, qualifiziert und bürgernah beraten werden. Jeder Ratsuchende soll beim Aufsuchen einer Servicestelle mit seinem Anliegen sofort an der "richtigen Stelle" sein und im Rehabilitationsprozess aktiv begleitet werden. Schnittstellenproblematiken soll entgegengewirkt werden.

Strukturen der Servicestellen

Die Servicestellen sind unter Nutzung bestehender Strukturen - u. a. der Auskunfts- und Beratungsstellen der Rentenversicherung - eingerichtet worden. Zur Aufgabenerfüllung haben die Reha-Träger Beratungsteams bestehend aus dem Mitarbeiter der Servicestelle als sog. "Frontoffice" sowie den Ansprechpartnern aller weiteren Reha-Träger im so genannten "Backoffice" gebildet. Diese Akteure stehen unter Nutzung moderner Kommunikationsmittel in Verbindung. Es finden regelmäßige Treffen der Mitarbeiter in den Regionen statt. Die Servicestellen sind durch ein einheitliches Logo für den Ratsuchenden erkennbar. Auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) sind umfassende Schulungsmaterialien für die Mitarbeiter der Reha-Träger in den Servicestellen sowie zur Öffentlichkeitsarbeit erarbeitet worden. Eine Rahmenvereinbarung regelt, welche Anforderungen an die Organisation, die Ausstattung und den Betrieb der Servicestellen zu stellen sind. Über die erforderlichen Rehabilitationsleistungen entscheiden die jeweils zuständigen Reha-Träger im Rahmen des ihnen zugewiesenen gesetzlichen Auftrags in eigener Zuständigkeit. Bundesweit besteht derzeit ein Netz aus 527 eingerichteten Servicestellen, wobei ein großer Teil durch Träger der Rentenversicherung betrieben wird.

Nutzen der Servicestellen für die Betroffenen

Auch wenn die Servicestellen von den Reha-Trägern, dem gesetzlichen Auftrag entsprechend, eingerichtet wurden und flächendeckend in allen Landkreisen und kreisfreien Städten vorhanden sind, wurde dennoch deutlich, dass insbesondere die Vertreter der Verbände behinderter Menschen bzw. auch die Betroffenen selbst Kritik an der Arbeit der Servicestellen üben. Kritikpunkte sind dabei ein mangelnder Bekanntheitsgrad der Servicestellen, geringe oder gar keine Zusammenarbeit der Reha-Träger, Qualifikationsmängel und/oder Überforderung der Mitarbeiter sowie deren mangelnde Identifikation mit der Servicestellenarbeit. Ratsuchende würden deshalb häufig nicht dem gesetzlichen Auftrag entsprechend beraten und betreut.

Weiterentwicklung der Servicestellen

Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat die geäußerte Kritik zum Anlass genommen, Strategien zur Weiterentwicklung der Arbeit der Servicestellen zu entwickeln. Hierzu wurden regionale Modellprojekte initiiert und begleitet.

Im Rahmen des Projekts "Optimierung der Arbeit der Gemeinsamen Servicestellen im Bundesland Sachsen-Anhalt" sind im Zeitraum November 2005 bis April 2006 unter Einbeziehung von vier Servicestellen an unterschiedlichen Standorten eine Reihe von Aktivitäten zur Weiterentwicklung der Arbeit der Servicestellen durchgeführt worden. Das Projekt hatte den Charakter einer Pilotstudie und wurde durch die Martin-Luther-Universität Halle wissenschaftlich begleitet. Wesentliches Projektergebnis war die Identifizierung von Erfolgsfaktoren, die eine erfolgreiche Weiterentwicklung der Servicestellen und die Verbesserung der Akzeptanz bei den Ratsuchenden bewirken können. Als maßgebliche Erfolgsfaktoren konnten dabei eine abgestimmte gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit zur Steigerung des Bekanntheitsgrades der Servicestellen sowie regelmäßige Treffen der Servicestellenmitarbeiter mit weiteren Beteiligten als Multiplikatoren identifiziert werden.

Die Weiterentwicklung der Servicestellenarbeit anhand der Ergebnisse des Pilotprojektes in Sachsen-Anhalt ist Gegenstand des Projekts "Weiterentwicklung der Servicestellenarbeit - Modellprojekt Berlin/Brandenburg". In Zusammenarbeit mit der Deutschen Rentenversicherung Berlin-Brandenburg werden hier die gewonnen Erkenntnisse über Erfolgsfaktoren für eine Optimierung der Servicestellenarbeit in Berlin und Brandenburg genutzt. Die Maßnahmen werden zunächst an zwei ausgewählten Standorten in Berlin und Cottbus erprobt, um dann auf alle Servicestellen in dieser Region ausgeweitet zu werden. Eingerichtet wurden regelmäßige Team-Treffen der Mitarbeiter der Servicestellen sowie trägerübergreifende Schulungen. Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit werden Veranstaltungen zu aktuellen Themen für einen breiten Adressatenkreis durchgeführt. Um die Arbeit der Servicestellen noch zielgerichteter auf die Bedürfnisse der Ratsuchenden ausrichten zu können, wird eine enge Kooperation mit den Verbänden betroffener Menschen sowie mit den Landesbehindertenbeauftragten stattfinden. Die Erfolge werden anhand einer Kundenbefragung gemessen.

Zusammenfassung

Eine Optimierung der Arbeit der Servicestellen kann nur im Zusammenwirken aller Reha-Träger gemeinsam mit allen am Reha-Prozess Beteiligten erreicht werden. Um die Bekanntheit der Servicestellen zu steigern, bedarf es gezielter Öffentlichkeitsarbeit und intensiver Kommunikation vor Ort. Die Qualität der Arbeit der Servicestellen hängt dabei entscheidend davon ab, wie die Beratungsteams untereinander vernetzt sind und wie gut die interne bzw. externe Kommunikation funktioniert. Im Rahmen des Vortrags werden Modellprojekte, deren Ergebnisse und die daraus entwickelten Strategien zur Weiterentwicklung der Servicestellenarbeit vorgestellt.

Literatur

Rahmenvereinbarung zur Einrichtung trägerübergreifender Servicestellen für Rehabilitation vom 1. Januar 2008.

Einrichtung und Arbeitsweise Gemeinsamer Servicestellen für Rehabilitation, Wissenschaftliche Begleitforschung des Instituts für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik im Auf-

trag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Integrierter Abschlussbericht.

Bericht über die Gemeinsamen Servicestellen nach § 24 Abs. 2 SGB IX vom 1. Dezember 2004 (BAR).

Bericht über die Gemeinsamen Servicestellen nach § 24 Abs. 2 SGB IX vom 14. Dezember 2007 (BAR).

Einheitliche Weiterbildung aus einer Hand mit allen Reha-Trägern, Gemeinsames Konzept der DAK und BfA vom 30. Mai 2005.

Öffentlichkeitsarbeit aus einer Hand mit allen Reha-Trägern, Gemeinsames Konzept der DAK und BfA vom 2. Juni 2005.

Anforderungsprofil Servicestellenmitarbeiter in Sachsen-Anhalt vom 7. Oktober 2005.

Zwischenbericht der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts zur Optimierung der Arbeit der Gemeinsamen Servicestellen im Bundesland Sachsen-Anhalt vom November 2005 (Prof. Slesina, Universität Halle-Wittenberg).

Informationen über das Pilotprojekt im Land Sachsen-Anhalt zur "Fortentwicklung der Arbeit in den gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation" sowie über weitere Aktivitäten auf Bundesebene für die BAR (DRV Bund 2006).

Handlungsleitfaden für Mitarbeiter/innen in den gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation (Checkliste) mit Stand 8. Februar 2007.

Stationäre Rehabilitation am Beispiel degenerativer Wirbelsäulenerkrankungen - von der Patienten-Fallgruppenbildung zur Entwicklung bedarfsorientierter Behandlungsstandards

Peters, A. (1), Blau, J.-R. (2)

(1) Schwarzwaldklinik Orthopädie, Bad Krozingen, (2) MEDIAN Kliniken, Berlin

Hintergrund

Stationäre Reha-Patienten mit Rückenbeschwerden stellen eine heterogene Klientel dar. Von besonderer Bedeutung ist, nach Identifikation von Risikoindikatoren (Irle et al., 2002) und Zuordnung in Schweregradgruppen (Patientenfallgruppen), die Inhalte einer am Bedarf orientierten Behandlung möglichst in Form von Therapiemodulen festzulegen (Jäckel et al., 2005; Ranneberg, Neubauer, 2005; Spyra et al., 2006). Hier stellt sich die Frage, inwieweit die Ergebnisse der vorliegenden Studie mit den Kriterien der AWMF-Leitlinien und der Leitlinie der Deutschen Rentenversicherung übereinstimmen und wo sie von selbigen abweichen. Fraglich ist, ob die zukünftigen Standards auch dem multimorbiden Patienten mit individueller Bedarfslage gerecht werden.

Methodik

Aufbauend auf einer multizentrischen prospektiven Kohortenstudie mit 1.228 Patienten zur Bildung von Patientenkategorien abhängig von somatischen, psychischen und beruflich-sozialen Einflussfaktoren wurden am Bedarf orientierte Behandlungsmodule entwickelt und die Ergebnisse mit den Reha-Leitlinien abgeglichen (Deutsche Rentenversicherung, 2007; AWMF online, 2005).

Ergebnisse

Grundlage für die Entwicklung der Behandlungsstandards ist die Identifikation der Risikoindikatoren und Zuordnung der Rehabilitanden zu einer Patientenfallgruppe mit unterschiedlichem Schweregrad und Therapiebedarf. Mittels vorausgegangener Clusteranalyse ließen sich Teilgruppen (I und III) mit überwiegend somatischen Krankheitsursachen und Patientengruppen (II und IV) mit psychischer Komorbidität feststellen (von Gruppe I bis Gruppe IV zunehmende Beeinträchtigung).

Die Auswertung der Bedarfslage der jeweiligen Schweregradgruppe stimmte mit den KTL-Vorgaben bezüglich Bewegungstherapie und Rückenschule überein.

Abweichend zur Leitlinie der Deutschen Rentenversicherung differierten die am Bedarf orientierten Maßnahmen bezüglich Schmerzbewältigung, Entspannungstraining, Information / Motivation, psychologische und arbeitsbezogene Leistungen sowie soziale Beratung.

Im Vordergrund standen die Abweichungen für die Schmerzbewältigung und das Entspannungstraining. Bezüglich dieser Leistungen zeigte die Schweregradgruppe II (Patienten mit mäßiger körperlicher und psychischer Komorbidität) den größten Bedarf (120 Minuten

Schmerzbewältigung und 90 Minuten Entspannungsverfahren pro Woche gegenüber der KTL-Vorgabe mit 100 bzw. 60 Minuten pro Woche).

Auffällig ist die allgemeine Vorgabe der Deutschen Rentenversicherung für psychologische und arbeitstherapeutische Leistungen sowie soziale Beratung für alle Rehabilitanden ohne vorherige Festlegung der Bedarfslage, während nach den AWMF-Leitlinien diese Maßnahmen bedarfsweise ohne zeitliche Vorgabe zu erwägen sind. Die vorliegende Studie ergab Bedarf an psychologischen Leistungen insbesondere für die Gruppen II und IV (40 bzw. 30 Minuten pro Woche). Patienten der Gruppe II erhalten mit nur 30 Minuten eine ausreichende arbeitsbezogene Leistung pro Woche. Rehabilitanden der Gruppe IV haben den größten Bedarf an sozialer Beratung (20 Minuten pro Woche).

Diskussion

Mit Zuordnung der Patienten in Schweregradgruppen werden Patientenfallgruppen geschaffen, die die Voraussetzung für die Einführung von bedarfsorientierten Behandlungsstandards sowie einer zukünftig möglichen fall- und bedarfsbezogen Vergütung in der stationären Rehabilitation darstellen. Die Inhalte der evidenzbasierten Standards werden in Form von unterschiedlichen Therapiemodulen angeboten, die mit Bezug auf den aktuellen und individuellen Bedarf des Patienten spezifiziert werden. Mit dem vorgelegten Konzept wird dem Ziel einer auf den durch Eingangsassessment diagnostizierten speziellen Bedarf ausgerichteten Behandlung entsprochen. Damit soll dem Chronifizierungsrisiko durch effektive Behandlung entgegengewirkt und die berufliche Reintegration gefördert werden.

Schlussfolgerungen

Patienten-Fallgruppenbildungen und bedarfsorientierte Behandlungsstandards werden die bisherigen Leitlinien speziell für die Indikation "degenerative Wirbelsäulenerkrankungen" weiter differenzieren, um die Ergebnisse in der orthopädischen stationären Rehabilitation zu verbessern und um Fehlsteuerungen von Leistungen zu vermeiden. Zu berücksichtigen bleiben die multimorbiden Patienten mit individueller Bedarfslage, denen die Rehabilitation auch abseits der evidenzbasierten Behandlungsstandards gerecht werden muss.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung (2007): Leitlinie für die Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen, Pilotversion, Stand Januar 2007 (online: www.deutsche-rentenversicherung.de, Pfad: Zielgruppen/Sozialmedizin und Forschung/Qualitätssicherung/Prozessleitlinien).AWMF online: letzte Aktualisierung August 2005.Irle, H., Worringen, U., Korsukéwitz, C., Klosterhuis, H., Grünbeck, P. (2002): Erfassung und Behandlung psychischer Beeinträchtigungen in der somatisch-medizinischen Rehabilitation. Die Rehabilitation, 41. 382-388.

Jäckel, W.H., Müller-Fahrnow, W., Schliehe, F., Raspe, H.H. (2005): Indikationsleitlinien zur medizinischen Rehabilitation: Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften. Die Rehabilitation, 44. 379-381.

Ranneberg, J., Neubauer, G. (2005): Entwicklung von Rehabilitationsbehandlungsgruppen (RBG) für die Kardiologie und Orthopädie - Ergebnisse eines Forschungsprojektes. Die Rehabilitation, 44. 34-43.

Spyra, K., Kolleck, B., Mollmann, C., Müller-Fahrnow, W. (2006): Konzept und Empirie der RMK's - ein Patientenklassifikationssystem für die Rehabilitation von Alkoholabhängigen. In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 74. 318-336.

Rehabilitanden-Management-Kategorien - Entwicklung eines Screenings zu den Behandlungsbedürfnissen in der Rehabilitation bei Patienten mit muskuloskeletalen Erkrankungen

Blume, C. (1), Böttcher, J. (2), Möllmann, C. (1), Spyra, K. (1)

(1) Charité - Universitätsmedizin Berlin,

(2) Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie, Freie Universität Berlin

Hintergrund

Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK) sind bedarfsbezogene Fallgruppen (Spyra et al., 2008), deren definierte spezifische Bedarfskonfigurationen mit dem von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelten bio-psycho-sozialen Modell der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF; WHO, 2001) korrespondieren.

Im Rahmen eines Forschungsprojektes*) konnte gezeigt werden, dass der Einsatz eines RMK-Assessments (Klinikversion) Grundlage für eine bedarfsbezogene Therapiestrukturierung sein kann (Blume et al., 2008).

Neben der klinischen Anwendung können Fallgruppen auch zu einer Optimierung der bedarfsgerechten Zuweisungssteuerung zur Rehabilitation beitragen. Eine Hauptanforderung an ein Instrumentarium zur Ermittlung von Fallgruppen im Kontext der Zuweisungssteuerung ist dessen effiziente Einsetzbarkeit unter Berücksichtigung von bereits in der Routine eingesetzten Dokumenten. Effizienz bezieht sich in diesem Zusammenhang sowohl auf den Ausfüllaufwand des Patienten als auch auf den Auswertungs- und Dokumentationsaufwand beim Rentenversicherungsträger. Für eine Fallgruppierung sollten der Antrag auf Erwerbsminderung, längere Arbeitsunfähigkeitszeiten, berufliche Problemlagen sowie psychische und somatische Komorbidität berücksichtigt werden (Keck et al., 2008).

Methodik

Die Entwicklung eines RMK-Screenings für muskuloskeletale Erkrankungen (MSK) erfolgte vor dem Hintergrund zweier gleichberechtigter Ziele. Zum einen sollte eine möglichst hohe Übereinstimmung zwischen den mit dem Screening ermittelten und den über die Klinikversion identifizierten Bedarfsgruppen gewährleistet werden, zum anderen sollten spezifische Patientenmerkmale, die für die Zuweisungssteuerung relevant sind, erfasst werden. Die Entwicklung des Screenings ist für alle Versicherten mit ICD-10-Diagnosen im Geltungsbereich der Leitlinie für die Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen (DRV, 2007) sowie Hüft- (M16) und Kniediagnosen (M17) konzipiert.

*) Das Forschungsprojekt wurde von den Unternehmen MEDIAN Kliniken GmbH & Co. KG, MediClin AG und der Paracelsus-Kliniken-Deutschland GmbH gefördert und von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Bund sowie der DRV Westfalen unterstützt.

Datengrundlage war eine Stichprobe von 815 Patienten mit chronischen Rückenschmerzen, 243 Hüftpatienten sowie 423 Kniepatienten. Für jeden Patienten lag eine auf Basis des bestehenden RMK-Assessments basierende RMK-Bedarfsgruppenzuordnung vor.

Das bestehende RMK-Assessement wurde zunächst aufgrund der Erfahrungen aus dem Praxiseinsatz (inhaltliche Kriterien, Antwortverhalten der Rehabilitanden) gekürzt. Im nächsten Schritt wurden für die verbliebenen Items mittlere Diskriminanzkoeffizienten berechnet (Backhaus et al., 2003) und somit die sensitivsten Items je Dimension (somatische, emotionale, kognitive, soziale) ermittelt.

Die empirische Überprüfung des RMK-Screenings erfolgte in drei Schritten: (1) Ermittlung der Bedarfsgruppen auf Basis des Screenings und Gegenüberstellung mit den auf Basis der Klinikversion identifizierten Bedarfsgruppen, (2) Gegenüberstellung der Klassifikationsraten von Screening und Klinikversion, (3) Überprüfung, inwieweit das Screening die gleichen Personen als belastet identifiziert wie die Klinikversion.

Ergebnisse

(1) Anhand des RMK-Screenings konnten 67 % der Rehabilitanden mit einer Rückendiagnose (aufgeklärte Varianz R^2=68 %), 78 % (Hüfte, R^2=41 %) und 88 % (Knie, R^2=66 %) in die gleiche Bedarfsgruppe wie mit dem RMK-Assessment-Inventar eingeordnet werden. (2) 78 % der Rückenpatienten, 87 % der Hüftpatienten und 91 % der Patienten mit Kniediagnose werden mittels Screening richtig klassifiziert. (3) Die Übereinstimmungen in der Klassifikationsrate zwischen Screening und Klinikversion betreffend zeigte sich, dass bspw. für Rückenpatienten auf der Ebene der Subdimensionen in der somatischen Dimension 85 %, in der emotionalen Dimension 83 %, in der kognitiven Dimension 70 % und für den Bereich der Sozialmedizin 89 % der Patienten übereinstimmend mit der Klinikversion des RMK-Assessments klassifiziert wurden.

Diskussion und Schlussfolgerung

Die Ergebnisse der drei Schritte zur Überprüfung des Screenings zeigen, dass durch die Reduktion des Assessments ein valides und sensitives Instrument entwickelt wurde, das es erlaubt, Patienten auf verschiedenen Beeinträchtigungsdimensionen zu beschreiben und in Bedarfsgruppen einzuteilen. Somit können die zuvor formulierten Ziele eines RMK-Screenings verwirklicht werden: Das Screening ermöglicht zum einen eine Vorabschätzung des Behandlungsbedarfs durch die Zuordnung zu RMK-Bedarfsgruppen. Zum anderen können durch das Screening zuweisungsrelevante Merkmale erfasst werden.

Die aktuell laufende Erprobung des Screenings an einer Stichprobe von Versicherten der DRV Bund und Westfalen wird eine Aussage über die Praktikabilität, die Akzeptanz und die psychometrische Qualität des Instruments erlauben.

Literatur

Backhaus, L., Erichson, B., Plinke, W., Weiber, R. (2003): Multivariate Analyseverfahren. Berlin: Springer.

Blume, C., Streibelt, M., Müller-Fahrnow, W. (2008): Rehabilitanden-Management-Kategorien - Therapierelevante Differenzierung des Behandlungsbedarfs der RMK-Gruppen für die Rehabilitation chronischer Rückenschmerzen. DRV-Schriften, Bd 77. 136-138.

Deutsche Rentenversicherung (2007): Leitlinie für die Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen. Pilotversion. URL: http://www.deutsche-rentenversicherung.de /nn_15814/ShareDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/01_sozialmedizin_forschung/02_qualitaetssicherung/ dateianh_C3_A4nge/E6_Leitlinien/R_C3_BCckenschmerz/ll_rueckenschmerz_download, templateId=raw,property=publicationFile.pdf/ll_rueckenschmerz_download, Abruf: 30.06.08.

Keck, T., Hansmeier, T., Haaf, H.-G. (2008): Patientenfallgruppen in der medizinischen Rehabilitation aus Sicht der Rentenversicherungsträger. Praxis Klinische Verhaltensmedizin, 80. 99-103.

Spyra, K., Müller-Fahrnow, W., Blume, C., Böttcher, J., Erhart, M., Streibelt, M. (2008): Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMKs) und die Option einer finanziellen Vergütung im Sinne von Rehabilitanden-Management-Pauschalen (RMPs). Praxis Klinische Verhaltensmedizin, 80. 108-129.

Erhalten Patienten mit einer rheumatoiden Arthritis eine bedarfsgerechte Hilfsmittelversorgung?

Mau, W., Müller, A.

Institut für Rehabilitationsmedizin der Medizinischen Fakultät,
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund

Trotz erheblicher Fortschritte bei der medikamentösen Therapie der rheumatoiden Arthritis (RA) haben 45 % der Patienten mittelgradige und 23 % hochgradige Einschränkungen der Alltagsaktivitäten (Kommission Versorgung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie 2008). Von ihnen haben 48 % bzw. 38 % trotz einer mittleren Krankheitsdauer von 15 Jahren noch nie Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ca. ein Viertel in den letzen 12 Monaten keine Heilmittel, Patientenschulung oder psychologische Hilfen ambulant erhalten (Mau, Müller 2008). Da Hilfsmittel bei Patienten mit RA einerseits zu den relevanten Förderfaktoren für die Aktivität und Teilhabe gehören, andererseits mit dem GKV-WSG und der Neufassung der Hilfsmittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses aktuell Einschränkungen erfolgen, wurde die bedarfsgerechte Versorgung bei rheumatologisch betreuten RA-Kranken untersucht.

Patienten und Methoden

Von 400 konsekutiven ambulanten Patienten mit RA aus dem Rheumazentrum Halle beantworteten im Jahr 2007 204 (64 %) einem Fragebogen zur Versorgung inkl. Hilfsmittel (79 % Frauen, mittleres Alter 62 Jahre, mittlere Krankheitsdauer 15 Jahre). Als Indikator für potenziellen Hilfsmittelbedarf bzgl. der Handfunktionen wurde aus dem ICF-Core-Set für die RA (Stucki et al., 2004) die Kombination von Schmerzen und Bewegungseinschränkungen in den Hand- oder Fingergelenken und mindestens einer Beeinträchtigung manueller Tätigkeitsitems im Funktionsfragebogen Hannover (FFBH) festgelegt. Potenzieller Hilfsmittelbedarf bzgl. der Mobilität wurde operationalisiert über Schmerzen der Hüft-, Knie-, Sprung- o-

der Zehengelenke in Kombination mit Problemen bei der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel oder Hilfebedarf beim Gehen oder Aufstehen.

Ergebnisse

Bei 123 von 204 Patienten (60 %) bestand potenzieller Hilfsmittelbedarf für die Handfunktionen. 84 % dieser bedürftigen Patienten benutzen mindestens eines der folgenden Hilfsmittel: Öffner für Schraubverschlüsse 58%, Schreibhilfen 23 %, Greifhilfen 12 %, Hilfen beim Essen 5 %, Handorthesen 23 % (z. B. Handgelenkbandagen, Nachtlagerungsschienen, Arbeitsschiene). Häusliche Umbaumaßnahmen (z. B. Wasserhähne) gaben nur 7 % an.

Potenzieller Hilfsmittelbedarf für die Mobilität betraf 58 RA-Patienten (28 %), von denen 33 % folgende Mobilitätshilfen verwenden: Unterarmgehstützen 24 %, Gehstock 12 %, Rollator 10 % und Rollstuhl 3 %. 66 % der 58 Patienten hatten Einlagen bzw. andere Schuhversorgung. Anpassungen im Wohnbereich erfolgten selten: Badewannenlift 9 %, spezielle Betten 5 %, andere (z. B. Duschvorrichtungen, Toilettenerhöhungen, Handläufe/Haltegriffe) 7 %.

Schlussfolgerungen

Wenigstens ein Hilfsmittel für die Handfunktionen wird zwar häufig angegeben, es handelt sich dabei aber vor allem um Hilfen, die auch im Haushalt von Gesunden vielfach vorhanden sind (z. B. Öffner für Schraubverschlüsse). Handschienen und andere manuelle Orthesen sowie Mobilitätshilfen und Anpassungen im Wohnbereich werden trotz anzunehmendem Bedarf selten genutzt. Die Untersuchung liefert somit Hinweise darauf, dass das Spektrum der möglichen und bedarfsgerechten Hilfsmittelversorgung wahrscheinlich bei weitem nicht ausgeschöpft wird. Dafür ist u.a. die adäquate Verfügbarkeit und Inanspruchnahme einer kompetenten ergotherapeutischen Beratung und Versorgung kritisch zu hinterfragen. Sie erfolgte in den letzten 12 Monaten nur bei 11 % bzw. 4 % der Patienten mit mittel- bzw. hochgradigen Einschränkungen der Alltagsaktivitäten im FFBH (Mau, Müller 2008). Diese Ausgangslage ist umso mehr von Bedeutung, als im Zusammenhang mit dem GKV-WSG und der Neufassung der Hilfsmittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ab 2009 weitere Einschränkungen der Versorgung zu erwarten sind, die eine teilhabeorientierte Hilfsmittelversorgung von RA-Patienten und anderen chronisch Kranken besonders betrifft. Deshalb sind für diesen Versorgungsbereich eine erhöhte Aufmerksamkeit und ein vermehrter Aufwand bei der Realisierung individuell notwendiger Leistungen notwendig.

Literatur

Kommission Versorgung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (2008): Memorandum: Rheumatologische Versorgung von akut und chronisch Rheumakranken in Deutschland. http://www.dgrh.de/versorgung.html.

Mau, W., Müller, A. (2008): Rehabilitative und ambulante physikalisch-medizinische Versorgung von Rheumakranken. Ergebnisse der Befragungen von Patienten mit Rheumatoider Arthritis oder ankylosierender Spondylitis und Rheumatologen. Z Rheumatol; 67. 542-553.

Stucki, G., Cieza, A., Geyh, S., Battistella, L., Lloyd, J., Symmons, D., Kostanjsek, N., Schouten, J. (2004): ICF Core Sets for rheumatoid arthritis. J Rehabil Med, 44 Suppl. 87-93.

Praktischer Nutzen der ICF im Zusammenspiel mit Leitlinien und Hausstandards

Kaluscha, R., Leitner, A., Jacobi, E.
Forschungsinstitut für Rehabilitationsmedizin an der Universität Ulm

Fragestellung

Für die Rehabilitation ist die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health, kurz: ICF) sicherlich ebenso bedeutend wie die internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD). Akzeptanz wird die ICF in der Praxis aber wohl nur finden, wenn sie einerseits einen Nutzen für Therapeuten und Patienten verspricht und andererseits ihr Einsatz keine spürbare Mehrbelastung bedeutet.

Das Forschungsinstitut für Rehabilitationsmedizin an der Universität Ulm beschäftigt sich daher seit längerem mit der Frage, wie die ICF besseren Eingang in die Reha-Praxis finden kann. Dabei soll die Verwendung der ICF kein Selbstzweck sein, sondern den Reha-Prozess unterstützen und die Arbeit erleichtern.

Wenngleich die ICF für den unmittelbaren praktischen Einsatz zu unhandlich ist (Kaluscha et al., 2006), bietet sie doch einen wertvollen konzeptionellen Rahmen und einen auch praktisch nutzbaren Item-Pool.

So kann z. B. auf ICF-Basis das Erstgespräch mit dem Rehabilitanden strukturiert und gemeinsam ein Therapieplan erarbeitet werden. Mit entsprechender EDV-Unterstützung können dabei die Vorgaben aus Hausstandards (Therapiemodule, "klinische Pfade", etc.) oder Leitlinien berücksichtigt werden. Hier ist aber nicht etwa an ein Expertensystem für die Verordnung von Therapien ("Computer in weiß") gedacht, sondern an eine computergestützte Ausfüllhilfe, um das händische Ausfüllen von Verordnungsformularen zu vermeiden und den bürokratischen Aufwand zu reduzieren.

Methodik

In einer Machbarkeitsstudie (Jacobi et al., 2005) wurden 146 reha-relevante Sachverhalte für die Rehabilitation des Bewegungsapparates identifiziert und ihnen leicht zu erlernende mnemonische Drei-Letter-Codes sowie die entsprechenden Codes aus ICD und ICF zugeordnet. Diese Items dienen hier nur als Beispiel; prinzipiell kann jede Einrichtung einen auf ihre Patienten und ihr Therapiespektrum zugeschnittenen individuellen Item-Pool verwenden.

Diese Items, die Therapien aus der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL, (DRV, 2007)) sowie Therapiemodule und Einzelleistungen der Prozessleitlinien der Deutschen Rentenversicherung für die medizinische Rehabilitation (DRV, 2007a) wurden in eine Datenbank eingespeist.

Nun bestehen zwischen den Items und den Leitlinien bzw. Therapien inhaltliche Beziehungen, die in der Datenbank ebenfalls prototypisch modelliert wurden: so deutet etwa die Auswahl des Items LIA=Lumboischialgie (ICD M54.4) darauf hin, dass der Patient unter die Leitlinie "Rückenschmerz" fällt, so dass deren Therapiemodule in den Therapievorschlag

übernommen werden. Die Ausgestaltung der eher abstrakten Therapiemodule der Leitlinie durch konkrete Therapien kann nun durch klinikeigene Standards, anhand der ausgewählten Items und/oder mittels individueller ärztlicher Verordnung geschehen. Wird z. B. auch das Item STR=Stress (ICF d2401) ausgewählt, liegt es nahe, ein Stressbewältigungstraining (KTL C084) im Therapiemodul "Information und Motivation" (ETM05) vorzusehen. Aus diesem halbautomatischen Therapievorschlag erstellt nun der Arzt durch Ergänzen (z. B. bei Komorbiditäten) oder Weglassen (z. B. bei individuellen Kontraindikationen oder Abneigungen) den endgültigen Therapieplan. Da auch noch andere Aspekte wie eine adäquate Therapiedichte oder Wirtschaftlichkeit zu berücksichtigen sind, erfordert dies komplexe Abwägungen, die nicht automatisiert ablaufen können, sondern nach wie vor durch den Arzt erfolgen müssen.

Auf Basis einer Oracle-Datenbank (10g Express Edition) wurde ein browsergestützter Prototyp realisiert. Arzt und Rehabilitand können für den individuellen Fall eine beliebige Anzahl relevanter Items aus dem Pool auswählen und eine unscharfe Gradierung (Beurteilung) des Schweregrades vornehmen sowie Zielwerte vorgeben. Falls eine Leitlinie greift, wird unter Berücksichtigung der ausgewählten Items ein entsprechender Therapievorschlag erstellt.

Ergebnisse

Ein Prototyp ist als Demo-Version im Internet verfügbar: http://www.icf-portal.de (deutsch) bzw. http://www.icf-portal.org (englisch).

Diskussion

Die Nutzung einer ICF-basierten Dokumentation für die routinemäßige Erstellung von Therapieplänen kann die Arbeit in der Reha-Klinik erleichtern.

Ein wichtiger Erfolgsfaktor ist dabei die Integration in vorhandene Klinikinformationssysteme (KIS) und Arbeitsabläufe.

Trotz Leitlinien und EDV-Unterstützung wird aber weiterhin der Arzt unter Berücksichtigung vieler Randbedingungen (Komorbiditäten, Kontraindikationen, Präferenzen / Abneigungen / Erwartungen des Rehabilitanden, Therapiedichte, Wirtschaftlichkeit etc.) individuell die Therapie verordnen müssen.

Des weiteren erlaubt die individuelle Zuteilung relevanter Deskriptoren entsprechend der Beeinträchtigungen und ihre unscharfe Gradierung auch eine individuelle zielorientierte Ergebnismessung, so dass weitere Erhebungen für das Qualitätsmanagement entbehrlich sind.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung (2007a): KTL - Klassifikation therapeutischer Leistungen. Online: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/nn_10900/SharedDocs/de/Navigation/Service/Zielgruppen/Sozialmedizin__Forschung/klassifikationen/KTL__node.html__nnn=true (27.10.2008).

Deutsche Rentenversicherung (2007b): Leitlinie für die Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen. Online: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/nn_10892/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/01__sozialmedizin__forschung/02__qualitaetssicherung/prozessleitlinien.html (27.05.2008).

Jacobi, E., Leitner, A., Kaluscha, R. (2005): Die Messung der Teilhabestörung nach SGB IX: Eine Multicenterstudie zur Machbarkeit. Phys Rehab Kur Med, 15.

Kaluscha, R., Leitner, A., Jacobi, E. (2006): Praxisorientierte Dokumentation und Assessment auf ICF-Basis: Unscharfe Gradierung und Begriffskombination, 1. Niedersächsisches ICF-Anwendersymposium. Hannover, 26.09.2006.

ICF-Kategorien des XSMFA im Abgleich zum Core-Set Arthrose

Karstens, S., Froböse, I.

Deutsche Sporthochschule Köln

Einleitung

Die Bedeutung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen rückt zunehmend ins Bewusstsein von Patienten und Kostenträgern. Der Einsatz von Fragebögen und die Berücksichtigung der ICF sind daher bei der Behandlung von Arthrosepatienten nicht mehr wegzudenken.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es abzuklären, welche ICF-Kategorien vom XSMFA abgedeckt werden und inwieweit die Fragebogenitems für Arthrosepatienten relevant sind.

Material und Methode

Der XSMFA ist ein Instrument zur Selbsteinschätzung der Funktionsfähigkeit im täglichen Leben. Er umfasst 16 Fragen und wird in einen Funktions- und einen Beeinträchtigungsindex unterteilt (Wollmerstedt et al., 2006). In einem ersten Arbeitsschritt werden auf der Basis der aktualisierten Linking-Rules nach Cieza et al. (2005) die ICF-Kategorien des XSMFA ermittelt.

Um festzustellen, ob der Fragebogen das prototypische Spektrum der Probleme von Arthrosepatienten abbildet, wird das Ergebnis des Verknüpfungsprozesses mit dem umfassenden Core-Set Arthrose abgeglichen (Dreinhöfer et al., 2004; Umfang 55 Kategorien der zweiten ICF-Ebene).

Ergebnisse

Allgemeine Verknüpfungsregeln: Der XSMFA deckt 16 ICF-Kategorien ab, einige davon mehrfach (d640 7x, d650 5x, d920 5x, d410 3x, d540 2x). Die Zuweisung der Inhaltsmerkmale zu ICF-Kategorien wird in Tabelle 1 präsentiert.

Instrumentenspezifische Verknüpfungsregeln: Eine Verknüpfung der Antworten ist nicht erforderlich, da diese Schwierigkeits- bzw. Beeinträchtigungsgrade anzeigen, sie beinhalten keine Inhaltsmerkmale. Auch das im Fragebogen gegebene Zeitintervall "in dieser Woche" muss den Regeln entsprechend nicht verknüpft werden.

Abgleich zum Core-Set: Von den 19 Kategorien der Aktivitäts- und Teilhabekomponente des Core-Sets werden 11 durch den Fragebogen abgedeckt, selbiges gilt nur für zwei der 24 Kategorien der Struktur- und Funktionskomponente (b28 , b72). Der Abgleich wird in Tabelle 2 vorgestellt.

XSMFA-Frage Nr/ Inhaltsmerkmale/ ICF-Kategorien
Funktionsindex
1/Einkaufen/ d6200; 2/ Treppe steigen/ d4551; 3/bücken, hinknien/ d410, d4102; 4/Gebrauch von Knöpfen, Reißverschlüssen, Druckknöpfen oder Häkchen/d440; 5/anziehen/d5400; 6/gehen/d450; 7/Ausgehen/d920; 8/Körperhygiene auf Toilette/d530; 9/drehen/d410; 10/Hobbies, Gartenarbeit, Kartenspielen, Basteln, Ausgehen/d9204, d6505, d9200, 2x d920; 11/leichte Haus-/Gartenarbeit *wie* Staubwischen, Geschirrspülen, Blumengießen/d640, 2x d6505, d6402, d6401; 12/schwere Haus-/Gartenarbeit *wie* Staubwischen, Geschirrspülen, Blumengießen/d640, 2x d6505, 2x d6402
Beeinträchtigungsindex
13/Haus-/Gartenarbeit/ d640, d6505; 14/Baden, Anziehen, sich zurechtmachen, andere Körperpflege/ d5101, d5400, d5, d520; 15/tägliche Arbeit/ d85; 16/Steifigkeit, Schmerzen/ b72, b28

Tab. 1: Den Inhaltsmerkmalen des XSMFA zugewiesene Kategorien.

Core-Set Kategorien	Abgedeckt	d410, d440, d450, d455, d510, d530, d540, d620, d640, d850, d920
	Nicht abgedeckt	d415, d430, d445, d470, d475, d520, d650, d660, d770, d910

Tab. 2: Durch das Core-Set abgedeckte Kategorien der Aktivitäts- und Teilhabekomponente

Diskussion und Schlussfolgerung

Der Fokus des XSMFA liegt auf der Aktivitäts- und Teilhabekomponente. Die Namensgebung Funktionsindex ist irreführend, da hier keine Körperfunktionen (nach ICF) angesprochen werden.

Komplex in ihrer Zuordnung waren die Inhaltsmerkmale "sich zurechtmachen" und "tägliche Arbeit".

Der XSMFA ist aufgrund seines geringen Umfangs ein für die Praxis interessantes Instrument, um die Fähigkeiten von Arthrosepatienten auf Aktivitäts- und Teilhabeniveau zu dokumentieren. Er stellt damit eine gute Ergänzung zu den klassisch in der Orthopädie eingesetzten Struktur- und Funktionsorientierten Test- und Messverfahren dar.

Literatur

Cieza, A., Geyh, S., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Ustün, B., Stucki, G. (2005): ICF linking rules: an update based on lessons learned. Journal of Rehabilitation Medicine, 37. 212-8.

Dreinhöfer, K., Stucki, G., Ewert, T., Huber, E., Ebenbichler, G., Gutenbrunner, C., Kostanjsek, N., Cieza, A. (2004): ICF Core Sets for osteoarthritis. Journal of Rehabilitation Medicine, 44 Suppl. 75-80.

Wollmerstedt, N., Faller, H., Schneider, J., Glatzel, M., Krischner, S., König, A. (2006): Evaluierung des XSMFA-D an Patienten mit Erkrankungen des Bewegungsapparates und operativer oder konservativer stationärer Therapie. Die Rehabilitation, 45. 78-87.

Auswirkungen der DRG-Einführung auf die Rehabilitation - Eine Befragung von Rehakliniken

Schade, N., von Eiff, W., Niehues, C.
Institut für Krankenhausmanagement, Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Hintergrund

Obwohl mit der DRG-Einführung in § 17 b Abs. 8 Krankenhausfinanzierungsgesetz festgelegt wurde, dass eine Begleitforschung stattfinden soll, ist ein entsprechender Auftrag erst im Mai 2008 vom InEK ausgeschrieben worden. Bislang führt das Institut für Krankenhausmanagement (IKM) der Universität Münster, gefördert durch die Deutsche Rentenversicherung, die einzige empirische Langzeitstudie (2004-2009) zu den Auswirkungen der DRG auf die Rehabilitationseinrichtungen durch (REDIA-Studie). Bis 2006 konnten keine signifikanten Verschlechterungen des Gesundheitszustandes der Patienten bei Aufnahme in eine Reha-Einrichtung nachgewiesen werden. Lediglich einzelne Indikatoren deuten auf eine potenzielle Verschlechterung der Reha-Fähigkeit hin (Eiff et al., 2007). Dieses Ergebnis steht im Konflikt mit Praxisberichten der Rehabilitationsmediziner (Niermann, 2007). Die heftigen Diskussionen dieser Diskrepanzen von Empirie und Praxis machen eine systematische Erfassung der Praxissicht notwendig.

Studiendesign

Ausgewählte Kliniken wurden in der Befragung gebeten, einen standardisierten Fragebogen auszufüllen und auf diesem Weg über ihre Erfahrungen zu berichten. Der zweiseitige Fragebogen umfasste sieben Fragenkomplexe zur Reha-Fähigkeit der Patienten, zur Partizipation der Patienten an den Therapiemaßnahmen, zum medizinischen Patientenzustand sowie zu den strukturellen Veränderungen innerhalb der Kliniken. An der Befragung nahmen 13 Einrichtungen aus dem orthopädischen Bereich, 7 aus dem kardiologischen sowie 8 Einrichtungen aus den Bereichen Neurologie, Psychosomatik bzw. Angiologie teil. Insgesamt lagen 28 Fragebögen bei der Auswertung vor.

Ergebnisse

Von Seiten der Entscheidungsverantwortlichen (u. a. Ärzte, Geschäftsführer) in den Rehabilitationseinrichtungen wurde über eine zunehmende Verschlechterung des Gesundheitszustandes nach Einführung der DRGs berichtet. Von den befragten Ärzten beklagten 88,2 % eine deutliche Veränderung der Reha-Fähigkeit. Als Gründe wurden einstimmig die DRG-Einführung und der Kostendruck in den Akutkrankenhäusern genannt. Zudem gaben zwei Drittel die Arbeitsverdichtung im Akuthaus, bedingt durch Prozessoptimierung, Personalabbau im Pflegebereich sowie Schwierigkeiten bei der Besetzung von Arztstellen als Grund an. Für den Zeitraum von 2003 bis 2006 berichteten 82,3 % von einem spürbaren Anstieg der vermindert rehafähigen Patienten. Die identifizierten Prozentsätze schwankten stark; teilweise wurde angegeben, dass bis zu 25 % aller Patienten nur vermindert rehafähig wa-

ren. Als Ursachen für einen nicht planmäßigen Behandlungsverlauf gaben 70,6 % der befragten Ärzte Wundheilungsstörungen an, 52,9 % nannten die unzureichende Mobilität, 29,4 % die Multimorbidität sowie die fehlende Belastbarkeit und 23,5 % andauernde Schmerzen.

64,7 % der Reha-Kliniken berichteten davon, dass Therapiekonzepte regelmäßig angepasst werden mussten, um das geänderte Patientenklientel mit eingeschränkter Reha-Fähigkeit medizinisch, physiotherapeutisch, psychologisch und pflegerisch angemessen zu versorgen. Besonders die Zahl der Einzeltherapien musste gesteigert werden. Zudem waren Veränderungen der Therapiedichte nötig, die Dosierung der Maßnahmen wurde dem Patientenzustand angepasst damit der Patient die notwendigen Ruhezeiten einhalten konnte. Im Extremfall wurde die Physiotherapie auf der Station durchgeführt.

In 35,3 % aller Häuser wurden zusätzliche Maßnahmen zum Wundmanagement ergriffen, um auf frühzeitig verlegte Patienten reagieren zu können. 29,4 % haben zusätzliche personelle Qualifikationsmaßnahmen durchgeführt, Aufgabenstrukturen verändert und neue Stellen etabliert. In den identifizierten Beispielfällen erfolgte eine Aufstockung des Personals für Einzelbehandlungen, der Therapeutenmix wurde verändert und ein Hol- und Bringdienst für weniger mobile Patienten wurde eingerichtet. In einigen Kliniken wurden Wundmanager und geriatrische Betreuer ausgebildet.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse der Befragung bestätigen den Eindruck, der sich aus verschiedenen Statements und Diskussionsbeiträgen von Rehabilitationspraktikern ergeben hat. Die Intention der Politik, durch das DRG-System die Verweildauer im Krankenhaus zu reduzieren, führte bei den Rehabilitationsmedizinern zu der Erwartung, dass eine Zusatzbelastung im Rehabilitationssektor entstehen würde. Die Reha-Einrichtungen haben tendenziell technisch, organisatorisch und personell aufgerüstet, um den durch die verkürzte Krankenhausverweildauer therapieintensiveren Patienten sachgerecht versorgen zu können. Die Praxissicht legt deutliche Veränderungen an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und Rehabilitationseinrichtung nach DRG-Einführung nahe, die allerdings durch die Daten der REDIA-Studie bisher nicht nachgewiesen werden konnten. In der laufenden Erhebung zum dritten Messzeitpunkt der REDIA-Studie sollen die Hinweise der Praktiker nun noch stärker berücksichtigt werden.

Literatur

Braun, B., Buhr, P., Klinke, S., Müller, R., Rosenbrock, R. (2008): Die Begleitforschung zur DRG-Einführung: Außer Spesen nichts gewesen … . Deutsches Ärzteblatt, 105, 14. A732-A735.

Eiff, von W., Klemann, A., Meyer, N. (2007): REDIA-Studie II - Auswirkungen der DRG-Einführung auf die medizinische Rehabilitation. Berlin: LIT.

Niermann, I. (2007): "Blutig" zu Reha - Immer frühere Klinik-Entlassungen provozieren Komplikationen. Gesundheitsnachrichten, 2, 4/2007. 1.

Roeder, N., Hensen, P., Fiori, W., Bunzemeier, H., Loskamp, N. (2004): DRGs, Wettbewerb und Strategie. Das Krankenhaus, 96, 9. 703-711.

Geschlechtsunterschiede in psychosozialen Kennwerten bei Patienten in der stationären orthopädischen Rehabilitation von chronisch unspezifischen Rückenschmerzen

Tlach, L. (1), Gräf, T. (2), Krohn-Grimberghe, B. (3), Hampel, P. (1,4)

(1) Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen, (2) Montanus-Klinik, Bad Schwalbach, (3) Rheumaklinik Bad Wildungen, (4) Stiftungsprofessur "Rehabilitationspsychologie" der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen

Hintergrund

Bei der Entstehung von chronischen Rückenschmerzen werden, einer bio-psycho-sozialen Sichtweise folgend, psychosoziale Faktoren als integraler Bestandteil des Chronifizierungsprozesses betrachtet (Linton, 2000). Frauen sind dabei häufiger von chronischen Rückenschmerzen betroffen und zeigen in der medizinischen Rehabilitation ausgeprägtere komorbide psychische Beeinträchtigungen als Männer (Casper et al., 1998; Neuhauser et al., 2005). Demzufolge muss bei Frauen mit chronischen Rückenschmerzen von einem erhöhten Risiko zur Schmerzchronifizierung ausgegangen werden.

In der vorliegenden Studie sollte anhand einer umfangreichen Auswahl an schmerzbezogenen und psychologischen Variablen untersucht werden, inwieweit Frauen und Männer zu Beginn einer stationären orthopädischen Rehabilitation von chronischen Rückenschmerzen einen unterschiedlichen psychosozialen Bedarf aufweisen, um zukünftig in der Konzeption von Rehabilitationsmaßnahmen insbesondere in den psychologischen Modulen geschlechtsspezifische Unterschiede differenzierter zu berücksichtigen[*)].

Methode

Zu Beginn einer stationären Rehabilitationsmaßnahme in den orthopädischen Abteilungen der Montanus-Klinik Bad Schwalbach und der Rheumaklinik Bad Wildungen wurden zwischen Juli 2005 und Januar 2007 mittels Fragebogen psychosoziale Parameter erhoben. An einer konsekutiven Stichprobe von n = 269 männlichen und n = 167 weiblichen Patienten mit chronisch unspezifischen Rückenschmerzen (ICD-10: M 45.4/45.5, M 54.4/54.5) wurden mit einem einfaktoriellen Versuchsplan psychologische und schmerzbezogene Kennwerte in Abhängigkeit vom Geschlecht untersucht. Das Durchschnittsalter lag bei 47.9 Jahren (SD = 7.6; Frauen: M = 49.3, SD = 7.1; Männer: M = 47.1, SD = 7.8). Im ärztlichen Aufnahmegespräch wurde zusätzlich zu den psychosozialen Kennwerten der Chronifizierungsgrad nach dem Mainzer Stadienmodell der Schmerzchronifizierung (MPSS; nach Gerbershagen, 1996) erfasst.

Ergebnisse

Es zeigte sich ein signifikanter Effekt des Geschlechts auf die psychosozialen Parameter. Die Frauen hatten dabei höhere Ausprägungen in der Depressivität ($p=.001$), Angst ($p=.002$) und Somatisierung ($p<.001$) sowie eine geringere psychische Lebensqualität ($p<.001$) als die Männer. Darüber hinaus wiesen mehr Frauen als Männer klinisch relevante Beeinträchtigungen in den psychologischen Kennwerten auf (Abb. 1). In multivariaten Varianzanalysen

*) Gefördert durch die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen

zeigte sich ein signifikanter Haupteffekt des Geschlechts auf die schmerzbezogene psychische Beeinträchtigung (p<.001) und die Schmerzbewältigung (p<.001). Frauen berichteten häufiger als die Männer "Schmerzbedingte Depressionen" (p=.001) und "Schmerzbezogenen Ärger" (p<.001), wendeten jedoch auch häufiger die behavioralen Schmerzbewältigungsstrategien "Mentale Ablenkung" (p<.001), "Gegensteuernde Aktivitäten" (p=.007) und "Ruhe- und Entspannungstechniken" (p=.001) an. Des Weiteren wiesen die Patientinnen eine geringere Funktionskapazität (p=.001) auf als die männlichen Patienten. In der Schmerzchronifizierung war ebenso ein Geschlechtseffekt in der Häufigkeitsverteilung auf die Chronifizierungsstadien zu beobachten (p=.010). So befanden sich signifikant mehr Frauen als Männer im Chronifizierungsstadium III, dagegen waren signifikant mehr Männer als Frauen im Stadium I zu beobachten (p=.017; Abb. 2). Darüber hinaus zeigte sich, dass die Frauen signifikant mehr Schmerzorte (p<.001) angaben als die männlichen Studienteilnehmer. In der Schmerzdauer (p=.915) stellte sich jedoch kein Geschlechtseffekt dar. Kovarianzanalysen mit der Kovariate "Alter" und dem unabhängigen Faktor "Geschlecht" bestätigten die Befunde zum Geschlechtseffekt.

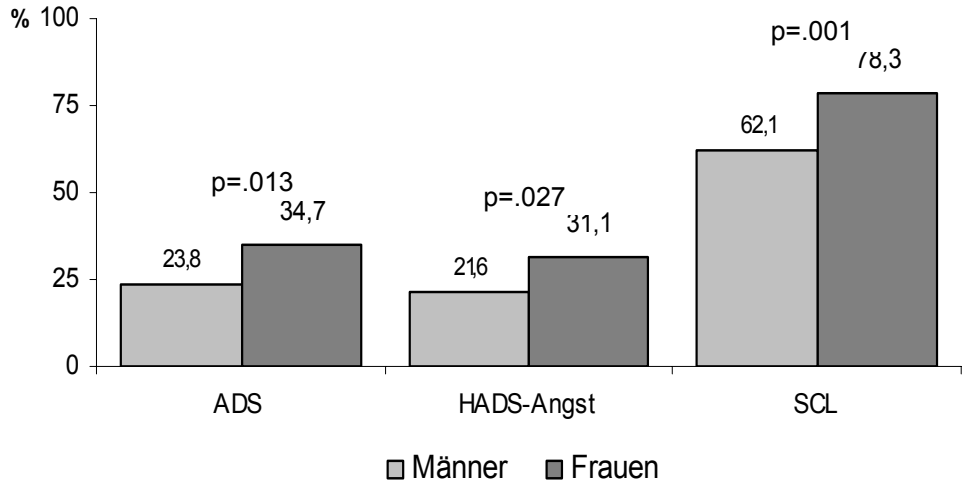


Abb. 1: Relative Häufigkeit klinisch relevant beeinträchtigter Patienten in den Kennwerten Depressivität (ADS), Angst (HADS-Angst) und Somatisierung (SCL) in Abhängigkeit vom Geschlecht.

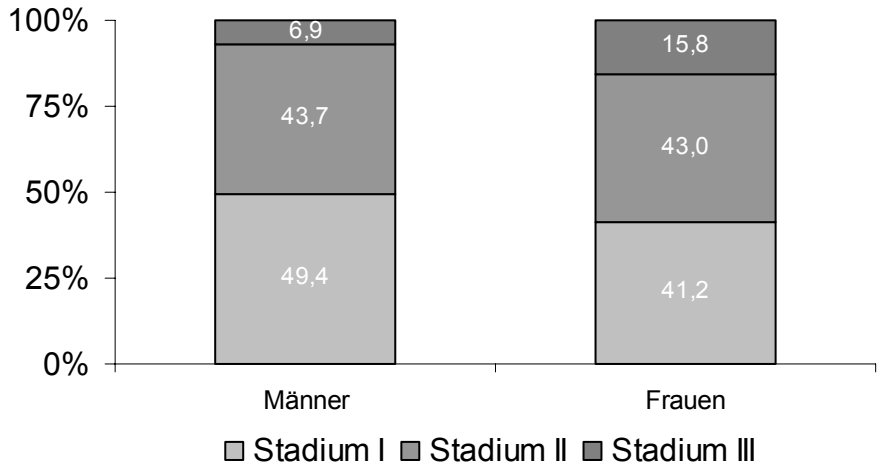


Abb. 2: Häufigkeitsverteilungen auf die Chronifizierungsstadien nach Gerbershagen (1996) in Abhängigkeit vom Geschlecht.

Diskussion

Es konnte gezeigt werden, dass Frauen in der stationären orthopädischen Rehabilitation von chronischen Rückenschmerzen eine stärkere psychosoziale Belastung im Vergleich zu den Männern aufweisen. Demgemäß lässt sich für die Patientinnen ein erhöhter Bedarf psychosozialer Behandlungsangebote ableiten. Darüber hinaus war bei den Frauen trotz einer vergleichbaren Erkrankungsdauer ein höherer Chronifizierungsgrad zu beobachten, was verdeutlicht, dass bereits in der Prävention und Primärversorgung auf psychosoziale Belastungen als Risikofaktoren einer Chronifizierung eingegangen werden sollte. Insbesondere sprechen die Befunde jedoch dafür, zukünftig bei der Rehabilitation von chronischen Rückenschmerzen verstärkt auf den differentiellen Bedarf von Frauen und Männern einzugehen (Koch et al., 2007).

Literatur

Casper, F., Kuhn, J., Merguet, P., Kühn, W. (1998): Geschlechtsspezifische Aspekte in der medizinischen Rehabilitation komorbider Patienten mit psychischen und organischen Störungen. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 43. 25-31.

Gerbershagen, H.U. (1996): Das Mainzer Stadienkonzept des Schmerzes (MPSS). In: Klingler, D., Morawetz, R., Thoden, U., Zimmermann, M. (Hrsg.): Antidepressiva als Analgetika. Wien: Arachne. 71-95.

Koch, U., Lehmann, C., Morfeld, M. (2007): Bestandsaufnahme und Zukunft der Rehabilitationsforschung in Deutschland. Die Rehabilitation, 46. 127-144.

Linton, S.J. (2000): A review of psychological risk factors in back and neck pain. Spine, 25. 1148-1156.

Neuhauser, H., Ellert, U., Ziese, T. (2005): Chronische Rückenschmerzen in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland 2002/2003: Prävalenz und besonders betroffene Bevölkerungsgruppen. Gesundheitswesen, 67. 685-693.

Entwicklungsansätze von Qualitätskriterien für die Integrierte Versorgung in der Endoprothetik. Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung

Bartel, S., Streibelt, M.

Charité - Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund

Ein patientenzentrierter Behandlungsverlauf, der sektorenübergreifend und interdisziplinär im Rahmen der Integrierten Versorgung (IV) stattfindet, erfordert neben der Verzahnung aller Prozessabläufe eine Intensivierung der Kommunikation und Informationsvermittlung, um so die Transparenz der Prozesse sowie zielgerichtete Handlungs- und Koordinierungsabläufe zu gewährleisten (Bühler, 2006). Diese komplexe interdisziplinäre und fachübergreifende Zusammenarbeit stellt hohe Anforderungen an alle Akteure. Neben einer zunehmenden Anzahl von Forschungsprojekten, die gezielt mit Hilfe quantitativer Studiendesigns die Qualität integrierter Behandlung evaluieren (Dolderer et al., 2007), gibt es bisher nur wenige Veröffentlichungen, die sich differenziert mit den qualitativen Aspekten des Behandlungs-

prozesses im Rahmen der IV, insbesondere den Voraussetzungen und Bedingungen für eine erfolgreiche Umsetzung der Vertragselemente befassen. Die im Rahmen des Programms für Nationale Versorgungs-Leitlinien entwickelten Ansätze für eine Evaluation integrierter Versorgungsleistungen mit Hilfe von Qualitätskriterien (Kopp et al., 2007) bieten die konzeptionelle Basis, um eben solche Qualitätskriterien für die Integrierte Versorgung in der Endoprothetik zu identifizieren.

Ziel

Im Rahmen einer umfassenden, noch laufenden Studie zur Evaluation der Integrierten Versorgung bei Knie- und Hüftgelenkersatz (Streibelt et al., 2007) wurde eine Analyse und Bewertung der zentralen Prozesselemente des IV-Modells vorgenommen. Im Zentrum der Studie stand die Untersuchung der Qualität der Kommunikation zwischen den Vertragspartnern sowie das patientenbezogene Informationsmanagement. Ziel war es, aus den Ergebnissen Qualitätskriterien zu generieren, die als Bewertungskriterien für eine optimale Umsetzung integrierter Versorgungsleistungen dienen können.

Methode

Die Fragestellung wurde mit Hilfe eines qualitativen Forschungsdesigns bearbeitet. Neben leitfadengestützten Experteninterviews auf unterschiedlichen Handlungsebenen, offenen Gesprächen und Fokusgruppen wurden teilnehmende Beobachtungen und Dokumentenanalysen eingesetzt. Die Auswertung der unterschiedlichen Datenmaterialien erfolgte in einem iterativen Prozess, orientiert am Auswertungsmodell der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2007).

Ergebnisse

Im Zeitraum von Dezember 2007 bis Oktober 2008 wurden Experteninterviews (7), Fokusgruppen (2) sowie über den Zeitraum von einem Monat offene teilnehmende Beobachtungen der Beratungsgespräche (6) und Informationsveranstaltungen (2) durchgeführt. Es konnten Hürden der Umsetzung identifiziert sowie Lösungsstrategien auf organisatorischer und personeller Ebene rekonstruiert werden.

Zudem war es möglich, Aspekte einer "good practice" im Rahmen der IV Behandlung zu generieren, die für eine optimale sektorenübergreifende und inderdisziplinäre Zusammenarbeit von zentraler Bedeutung sind. Solche Versorgungsaspekte sind u. a. "Verzahnung der Prozessabläufe", "Kommunikationsmanagement" und "patientenzentrierte Informationsstruktur". Dazugehörige Qualitätskriterien wären: gemeinsame Visiten von Ärzten der beteiligten Leistungserbringer, Einrichtung einer zentralen Koordinierungsstelle (IV Zentrale), die Realisierung regelmäßiger IV-Informationsveranstaltungen sowie eine individuelle Beratung der Patienten, basierend auf Prinzipien souveräner Entscheidungsfindung.

Die Operationalisierung der Kriterien in Qualitätsindikatoren (z. B. Anteil der durch die Informationsveranstaltung erreichten Patienten) erlaubt so eine Bewertung der Prozessqualität des IV-Modells.

Diskussion

In der IV zur Endoprothetik existieren unterschiedliche Versorgungsaspekte die sich durch entsprechende Qualitätskriterien darstellen lassen. Eine Operationalisierung dieser Kriterien in Form von Indikatoren erlaubt eine Bewertung von IV Modellen zur Endoprothetik. Das

gewählte methodische Design bietet eine optimale Möglichkeit diese zu identifizieren und differenziert zu beschreiben. Diese Analyse ermöglicht so einen ersten Schritt auf dem Weg zu Versorgungsleitlinien für die Konzeptionalisierung und Realisierung integrierter Versorgungsleistungen in der Endoprothetik. Sie bietet wichtige forschungsrelevante Ansätze für weiterführende Konkretisierungen dieser Kriterien und bedarf einer umfassenden vertiefenden Fortführung und Auseinandersetzung.

Literatur

Bühler, E. (2006): Durch Kooperation fit für die Zukunft. In: Bühler, E. (Hrsg.): Überleitungsmanagement und Integrierte Versorgung. Brücke zwischen Krankenhaus und nachstationärer Versorgung. Stuttgart: Kohlhammer. 11-28.

Dolderer, M., Güldensupp, H., Amelung, V.E. (2007): Das Projekt zur Integrierten Versorgung Endoprothetik Münster. In: Weatherly, J., Seiler, R., Meyer-Lutterloh, K., Schmid, E., Lägel, R., Amelung, V. (Hrsg.): Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren. Innovative Modelle der Praxis. Berlin: MWV. 73-83.

Kopp, I., Geraedts, M., Jäckel, W.H., Altenhofen, L., Thomeczek, C., Ollenschläger, G. (2007): Nationale VersorgungsLeitlinien - Evaluation durch Qualitätsindikatoren. Medizinische Klinik; 102 (8). 678-682.

Mayring, P. (2007): Qualitative Inhaltsanalyse. 9. Auflage. Weinheim: Beltz.

Streibelt, M., Döring, J., Müller-Fahrnow, W. (2007): Behandlung bei Hüft- und Kniegelenkersatz im Rahmen der Integrierten Versorgung. Zwischenbericht (http://www.bbs.charite.de/). Berlin.

Neue Aufgaben- und Rollenverteilung in der medizinischen Rehabilitation

Höder, J. (1), Deck, R. (2), Möller, J. (3)

(1) Rheumaklinik Bad Bramstedt, (2) Institut für Sozialmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, (3) Reha-Klinik Damp

Hintergrund

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007) legt in seinem Gutachten einen Schwerpunkt auf die Frage: "Welche Art der Arbeitsteilung entspricht den Anforderungen an das Gesundheitssystem der Zukunft?" Im Mittelpunkt stehen dabei Tätigkeiten von Ärzten und Pflegepersonen. Der Rat beklagt die "nicht immer effiziente Arztzentriertheit der Krankenversorgung", z. B. durch die "Verrichtung von Aufgaben, die unter dem eigenen Ausbildungsniveau liegen", und fordert den "verstärkten Einsatz nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe für beratende, edukative, organisatorische und präventive Aufgaben". Er plädiert ferner für so genannte "Poolkompetenzen, … die jeweils einer Gruppe von geeigneten Gesundheitsberufen eine Tätigkeitsausführung ermöglichen".

In der Krankenhausmanagementliteratur beobachten wir zurzeit eine rege Diskussion zu diesen Themen - nicht zuletzt angetrieben von der Schwierigkeit der Kliniken, ihre Arztstellen zu besetzen. Über Versuche mit einer neuartigen Aufgabenverteilung liegen bereits einige, überwiegend ermutigende Erfahrungen vor (Offermanns, 2008). Für die Rehabilitation

fehlen derartige Berichte. Wir möchten eine Diskussion darüber anstoßen, welche Anregungen das Gutachten des Sachverständigenrates für die Rehabilitation enthält.

Einige Beispiele für mögliche Neuverteilungen

Wir haben das Thema im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie mit 50 Vertretern aller patientennahen Berufe aus 5 orthopädischen Kliniken, darunter 14 Ärzte, diskutiert. Folgende Vermutungen haben sich dabei aufgedrängt:

- Die "Verrichtung von Aufgaben, die unter dem eigenen Ausbildungsniveau liegen" wird vor allem von Ärzten beklagt, in geringerem Umfang auch von Mitarbeitern der Pflege. Wir schlagen die Einführung eines "Rehaassistenten" vor. Ähnlich wie eine Arzthelferin würde er dem Arzt abnehmen, Untersuchungen vorzubereiten, Informationen einzuholen, Formalitäten zu erledigen, Dokumente auf Vollständigkeit zu prüfen, Telefonate zu führen usw. Möglicherweise könnte er auch anspruchsvollere Arbeiten erledigen, etwa große Teile der Anamnese erheben. Wir prüfen dies zurzeit in einem Pilotversuch.
- Andere Berufsgruppen trauen sich mehr Verantwortung zu, als ihnen die gängige Praxis wie auch die theoretischen Konzepte (z. B. Deutsche Rentenversicherung, 2006) zugestehen. Wäre es z. B. nicht denkbar, dass Physiotherapeuten und Diplomsportlehrer in der orthopädischen Rehabilitation die Verantwortung für das Assessment auf der Ebene der Aktivitäten und die Indikation für die Bewegungstherapie übernehmen? Oder: Spricht etwas dagegen, dass diejenigen, die den Rehabilitanden häufig in Aktion erleben, auch in eigener Verantwortung Aussagen zum Leistungsbild beitragen?
- Manche Psychologen argumentieren, dass die Einigung mit den Rehabilitanden auf Rehaziele, die Auswahl von geeigneten Gesundheitsbildungsprogrammen, die Erhebung von Informationsstand und subjektiver Krankheitstheorie vor allem kommunikative Kompetenzen erfordern, die sie für sich reklamieren. Ob dies zu besseren Ergebnissen in den entsprechenden Abschnitten der Patientenbefragungen und Peer-Reviews führt, wäre zu prüfen.
- Einige Aufgaben könnten - im Sinne der vom Sachverständigenrat so genannten Poolkompetenz - von Vertretern mehrerer Berufsgruppen erfüllt werden. Beispielsweise könnten Rehateam-Sitzungen unabhängig von der Berufszugehörigkeit von dem Teammitglied geleitet werden, das über eine Ausbildung im Moderieren von Gruppen verfügt.
- Neben erhofften Verbesserungen könnten Aufgabenneuverteilungen auch manche Schwierigkeiten mit sich bringen. So machten sich manche Ärzte Sorgen über eine schwindende Bedeutung ihrer Rolle, über Akzeptanzprobleme bei Rehabilitanden und darüber, dass die Befreiung von bürokratischen Aufgaben letztlich dazu führt, dass sie mehr Patienten versorgen müssten.

Akzeptanz

In zwei Studien untersuchen wir zurzeit die Auswirkungen erster Versuche der Arztentlastung durch einen so genannten Rehaassistenten sowie die Akzeptanz von Vorschlägen zu einer umfassenderen Aufgabenneuverteilung bei Klinikern aus sechs orthopädischen Rehakliniken, bei Rehabilitanden und anderen Akteuren. Hierzu werden wir erste Daten vorlegen.

Ausblick

Vorschläge zu einer Aufgabenneuverteilung berühren vielerlei Interessen und Rahmenbedingungen. Sie werden sich nur mit sorgfältiger wissenschaftlicher Begleitung durchsetzen können, die zeigen muss, dass dadurch nicht nur eine andere Organisationsform, sondern eine bemerkbare Steigerung der Qualität erreicht wird. In diesem Sinne möchten wir Kliniker und Rehaforscher anregen, gemeinsame Projekte zu entwickeln und in ihren Auswirkungen zu prüfen.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung (2006): Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. URL: http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/nn_10154/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/01__sozialmedizin__forschung/05__konzepte__systemfragen/konzepte/rahmenkonzept__medizinische__reha.htm. Abruf: 28.10.2008.

Offermanns, M. (2008): Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes. Bericht des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI). URL: http://dki.comnetinfo.de/ PDF/Neuordnung-Aerztlicher-Dienst_Langfassung.pdf, Abruf: 28.10.2008.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007, Kurzfassung. URL: http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/ Kurzfassung %2.pdf. Abruf 17.8.07.

Sind Alkoholprobleme eine relevante Komorbidität bei Rückenschmerzen?

Kaluscha, R., Leitner, A., Jacobi, E.

Forschungsinstitut für Rehabilitationsmedizin an der Universität Ulm

Fragestellung

Bei einer Diskussion tauchte die Frage auf, ob nicht Rehabilitanden in der muskuloskelettalen Rehabilitation landen, weil aus falscher Scham ein Alkoholproblem nicht thematisiert und dann z. B. der Rückenschmerz in den Vordergrund geschoben wird. Wir haben daher untersucht, wie häufig Hinweise auf Alkoholprobleme bei Rehabilitanden mit Rückenschmerzen auftreten.

Methodik

Aus der Forschungsdatenbank ("Patientenkonto") (Kaluscha, Jacobi, 2000) des Forschungsinstitutes für Rehabilitationsmedizin an der Universität Ulm wurden 18.314 anonymisierte Reha-Entlassungsberichte, deren Hauptdiagnose unter die Leitlinie "Rückenschmerz" der DRV fällt, nach drei Kriterien ausgewertet:

1. Nachsorgeempfehlung "Ambulante Reha Sucht" oder "Vorstellung Suchtberatung" im Blatt 1 angekreuzt

2. einschlägige Diagnose (ICD-10: F10 = "Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol", G62.1 = "Alkohol-Polyneuropathie", K70 = "Alkoholische Leberkrankheit", K86.0 = "Alkoholinduzierte chronische Pankreatitis") auf Blatt 1
3. Hinweis im Freitext, insbesondere auf Blatt 2, wie z. B. "Verdacht auf C2-Abusus".

Beim Freitext wurde vorsichtig vorgegangen und z.B. frühere Alkoholprobleme nicht gewertet, wenn aus dem Text hervorging, dass der Betroffene derzeit abstinent ist.

Verdächtigen Diagnosen wie z. B. K76 = "Sonstige Krankheiten der Leber" oder R74 = "Abnorme Serumenzymwerte" (z. B. bei erhöhter Gamma-GT) sowie textuellen Hinweisen auf solche Sachverhalte wurde nicht nachgegangen, da hier u. a. Faktoren wie z. B. eine Hepatitis oder ein Medikament ursächlich sein können.

Ergebnisse

Die Nachsorgeempfehlungen waren lediglich 1x bzw. 22x gegeben worden.

Bei den Diagnosen ergab sich folgendes Bild: 216 * F10, 9 * G621, 3 * K860 und 112 * K70.

In 644 Fällen fanden sich entsprechende Hinweise im Freitext (vgl. Tabelle 1).

Während bei den Fällen, wo sowohl Diagnosen als auch computerlinguistisch ermittelte textuelle Hinweise in die gleiche Richtung deuten, die Sachlage klar sein dürfte, erfolgte bei den beiden anderen Gruppen eine zumindest stichprobenartige Überprüfung. Bei den 83 Fällen mit einschlägigen Diagnosen, aber ohne textuelle Hinweise handelt es sich z. B. um trockene Alkoholiker mit fortbestehender Organschädigung oder um "exotische" Formulierungen, die die computerlinguistische Anfrage nicht abdeckt. Bei den 387 Fällen ohne einschlägige Diagnose, aber mit textuellem Hinweis gab es neben computerlinguistischen Fehlklassifikationen auch Fälle, wo ein bestehender Alkoholabusus noch keine gravierenden Schäden verursacht hatte und somit keine einschlägige Diagnose dokumentiert war. Gelegentlich fanden sich auch ungenaue ICD-Kodierungen oder sprachliche Missgriffe: So wird z. B. im Blatt 1 der ICD-10-Kode K76.0 = "Fettleber, andernorts nicht klassifiziert" verwendet, während der zugehörige Diagnosetext "nutritiv-toxischer Leberparenchymschaden" sowie die Genussmittelanamnese "Alkohol: 4-5 Bier/Tag" eher die Kodierung K70.0 = "Alkoholische Fettleber" nahelegen. Oder bei "einem Bier am Wochenende" wird bereits von Alkoholabusus (statt lediglich von Alkoholkonsum oder -genuss) gesprochen.

		Text		
		J	N	*Gesamt*
Diagnose	J	**257**	**83**	*340*
	N	**387**	**17.587**	*17.974*
	Gesamt	*644*	*17.670*	*18.314*

Tab. 1: Alkoholbezogene Diagnosen vs. textuelle Hinweise (absolute Häufigkeiten)

Diskussion

Insgesamt ist der beobachtete Anteil Fälle mit mindestens einem Hinweis auf ein Alkoholproblem mit 4,5 % vergleichsweise gering. Als Prävalenz in der Normalbevölkerung werden ca. 8 % (3 % Alkoholkrankheit + 5 % Alkoholabusus) genannt; Nowack (2002) schätzt, dass

10 bis 15 Prozent der Patienten einer Allgemeinpraxis Alkoholprobleme haben. Der relativ geringe Anteil in unserer Stichprobe dürfte auf die Zuweisungssteuerung durch die Rehabilitationsträger zurückzuführen sein, die Alkoholkranke in spezielle Einrichtungen schicken.

Dennoch sollte auch in der muskulo-skelettalen Rehabilitation im Rahmen der Genussmittelanamnese bei jedem Rehabilitanden eine entsprechende Abklärung erfolgen.

Literatur

Kaluscha, R. (2005): Informationsgewinnung aus Freitexten in der Rehabilitationsmedizin. Dissertation, Medizinische Fakultät, Universität Ulm, Online: http://vts.uni-ulm.de/ doc. asp?id=5265 (28.10.2008).

Kaluscha, R., Jacobi, E. (2000): Eine Datenbank zur Effektivitätsbeurteilung: Das Datenkonzept des rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Ulm. DRV-Schriften, 20.

Nowack, N. (2002): Epidemiologische und ökonomische Aspekte des Alkoholismus: Zur Häufigkeit des Alkoholismus in speziellen Patientengruppen. Dtsch Arztebl, 99 (45): A-3029, Online: http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=34324 (29.10.2008).

Die Rückkehr zur Arbeit von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen nach stationärer medizinischer Rehabilitation

Hofreuter-Gätgens, K. (1), Koch, U. (1), Morfeld, M. (2)

(1) Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, (2) Fachbereich Angewandte Humanwissenschaften, Hochschule Magdeburg-Stendal

Hintergrund

Die Rückkehr zur Arbeit nach stationärer medizinischer Rehabilitation hat für die Deutsche Rentenversicherung (DRV) eine hohe sozialpolitische und für die Rehabilitanden eine hohe persönliche Bedeutung. Dementsprechend besteht der Behandlungsauftrag stationärer medizinischer Rehabilitation von Seiten der DRV in der Sicherung bzw. Verbesserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und soll eine "möglichst dauerhafte" berufliche Wiedereingliederung herbeiführen (VDR, 2003). Was genau unter einer erfolgreichen, sprich dauerhaften Wiederherstellung zu verstehen ist, bleibt jedoch offen, da der Begriff sozialrechtlich nicht näher definiert wird (Bürger, 1997). Eine allgemeingültige, endgültige und empirisch fassbare Definition ist auch in der Literatur nicht vorhanden. Dementsprechend vielfältig ist die Begriffsbestimmung in den Untersuchungen, was zu Lasten der Studienvergleichbarkeit geht.

Ziel des Beitrages ist es, mithilfe strenger Beurteilungskriterien eine genaue Wiedereingliederungsquote im Sinn der DRV zu ermitteln. Anhand einer empirischen Untersuchung von chronischen Rückenschmerzpatienten soll überprüft werden, inwieweit sich unter Anwendung dieser Kriterien die beruflichen Wiedereingliederungsquoten verändern. Anschließend soll identifiziert werden, welche Patienten eine höhere Reintegrationswahrscheinlichkeit in den Beruf aufweisen.

Methodik

Es wurde eine Reanalyse basierend auf Daten einer prospektiv kontrollierten Therapiestudie durchgeführt. In die Fragebogenuntersuchung wurden 289 erwerbstätige Patienten im Alter von 20 bis 64 Jahren mit erstmaliger Bandscheiben-Operation im LWS-Bereich eingeschlossen. Die Erhebung erfolgte zu drei Messzeitpunkten (Beginn und Ende der Reha, Ein-Jahres-Katamnese) in zwei norddeutschen Rehabilitationskliniken. Die Rücklaufquote zum dritten Messzeitpunkt betrug 73 % (n=211).

Als Outcome "berufliche Wiedereingliederung" wurde die Definition nach Bürger et al. (2001) gewählt. So gilt ein Rehabilitand nur dann als erfolgreich wiedereingegliedert, wenn er 1) wieder an den Arbeitsplatz zurück gekehrt ist, 2) seine Arbeitsunfähigkeit (AU)ahr nach Beendigung der Rehabilitation weniger als 12 Wochen beträgt und 3) kein Rentenantrag gestellt bzw. der Versicherte keine Intention hat, einen Rentenantrag zu stellen. Vollständige Angaben hierzu lagen von 198 Patienten vor. Als Prädiktoren für das Zielkriterium werden sozioökonomische (Index aus Beruf, Bildung, Einkommen (Winkler, 1998)), soziodemografische (Alter, Geschlecht) und psychosoziale Variablen (FABQ, berufliche Gratifikationskrisen) in eine logistische Regression eingeführt.

Ergebnisse

Ein Jahr nach Rehabilitationsende kehren 95 % (n=188) der Rehabilitanden in die Erwerbstätigkeit zurück. Die übrigen 5 % sind entweder abeitslos (n=9) oder Hausfrau (n=1). Die Quote derjenigen, die an den Arbeitsplatz zurück gekehrt sind, reduziert sich aufgrund der zu berücksichtigenden Messkriterien. In dem Jahr nach dem Rehabilitationsaufenthalt haben 2 % (n=4) einen Rentenantrag gestellt, 3 % (n=5) bekunden ihre Intention, einen Rentenantrag zu stellen und 14 % (n=28) weisen eine längere AU-Dauer als 12 Wochen auf. Demnach verringert sich die ursprüngliche Wiedereingliederungsquote von 95 % unter den gewählten Kriterien um 19 % auf 76 % erfolgreich wiedereingegliederte Patienten.

Als einflussreichster Faktor auf die berufliche Reintegration konnten bei dieser Untersuchung neben den sozioökonomischen Variablen (p=0,001; 95 % KI) die prognostische Annahme der Wiederaufnahme der Arbeit des FABQ identifiziert werden (p=0,09). Beide Variablen können zusammen 80,3 % der Fälle richtig vorhersagen.

Diskussion und Schlussfolgerung

Die Rückkehrquote von 76 % ein Jahr nach Rehabilitationsende ist unter den streng gewählten Kriterien als gut zu bewerten. Trotzdem wurde ein nicht unbeachtlicher Anteil der Rehabilitanden nicht erfolgreich beruflich wiedereingegliedert (24 %). Die Verwendung der eng gefassten Beurteilungskriterien zeigt eine gute Einschätzung der beruflichen Reintegration der Rehabilitanden im Sinne der DRV. Des Weiteren steigt die Wahrscheinlichkeit der beruflichen Reintegration mit der sozialen Lage und der subjektiven positiven Einschätzung der Berufsrückkehr des Rehabilitanden. Angesichts dieser Ergebnisse ist eine Verzahnung von beruflicher und medizinischer Rehabilitation zu empfehlen, um den Anteil der nicht erfolgreich reintegrierten Rehabilitanden zu reduzieren. Eine differentielle Zuweisung von "Risikopatienten" sollte sich auch an sozioökonomischen Kriterien orientieren.

Literatur

Bürger, W. (1997): Arbeit, Psychosomatik und medizinische Rehabilitation: Eine Längsschnittuntersuchung. Bern: Huber.

Bürger, W., Dietsche, S., Morfeld, M., Koch, U. (2001): Multiperspektivische Einschätzungen zur Wahrscheinlichkeit der Wiedereingliederung von Patienten ins Erwerbsleben nach orthopädischer Rehabilitation: Ergebnisse und prognostische Relevanz. Die Rehabilitation, 40. 217-225.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2003): Sozialmedizinische Begutachtung für die Gesetzliche Rentenversicherung. Berlin/Heidelberg: Springer.

Winkler, J. (1998): Die Messung des sozialen Status mit Hilfe eines Index in den Gesundheitssurveys der DHP. In: Ahrens, W., Bellach, B.-M., Jöckel, K.-H. (Hrsg.): Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie. München: Medizin Verlag. 69-74.

Geschlechtsunterschiede bei der Prädiktion des Langzeitverlaufs der Erwerbstätigkeit sowie der Inanspruchnahme von stufenweiser Wiedereingliederung und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Beck, L., Mau, W.

Institut für Rehabilitationsmedizin der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund und Ziele

Sowohl in der Sozialgesetzgebung als auch in der Wissenschaft werden die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Lebensumstände und eine entsprechend geschlechtersensibel angelegte Forschung ausdrücklich gefordert (Degener, 2005; Schmidt et al., 2001). In der kardiologischen Rehabilitationsforschung konnten bereits geschlechtsabhängig unterschiedliche Prädiktoren des mittelfristigen Erwerbsverlaufs nachgewiesen werden (Härtel et al., 2005). In der vorliegenden Studie erfolgte die geschlechtsspezifische Analyse von Prädiktoren des Verlaufs der Erwerbstätigkeit nach ambulanter orthopädischer Rehabilitation über einen längeren Beobachtungszeitraum. Darüber hinaus wurden als Grundlage für eine Verbesserung des Rehazugangs auch geschlechtsspezifische Analysen der Inanspruchnahme von stufenweiser Wiedereingliederung und von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) durchgeführt.

Probanden und Methoden

In einer Sekundäranalyse wurden 424 Teilnehmer einer prospektiven Studie (1997-2003; Beck et al., 2005) zur ambulanten orthopädischen Rehabilitation (AR) untersucht, die zu Rehabilitationsbeginn erwerbstätig waren und für die Verlaufsdaten über durchschnittlich fünf Jahre vorliegen. Für die drei Zielgrößen "Erwerbsbezogener Langzeitverlauf" (krankheitsbedingtes Ausscheiden vs. fortgesetzte Erwerbstätigkeit), "Inanspruchnahme von stufenweiser Wiedereingliederung" und "Inanspruchnahme von LTA" wurden mittels multipler logistischer Regression ausgewählte demographische, somatische und psychosoziale Indikatoren als Prädiktoren untersucht. Die Bedeutung des Geschlechts wurde dabei in einem zweistufigen Verfahren überprüft: für die Untersuchung der Gesamtstichprobe wurde das

Merkmal als Kovariate verwendet; zusätzlich wurden die Regressionsmodelle getrennt für Männer und Frauen analysiert.

Ergebnisse

Bei der Untersuchung der Gesamtstichprobe unter Einschluss des Geschlechts als Kovariate zeigte sich in den multiplen Modellen kein signifikanter Einfluss dieses Merkmals auf die drei Zielgrößen. Unterschiede fanden sich jedoch bei den für Männer und Frauen getrennt durchgeführten Regressionsanalysen.

Das Risiko für ein krankheitsbedingtes Ausscheiden aus dem Erwerbsleben steigt bei Männern mit höherem Alter, geringer Schulbildung, stärkeren Schmerzen (VAS) sowie mit verminderter Funktionskapazität (FFbH). Bei Frauen fanden sich ebenfalls, wenn auch weniger deutliche Hinweise auf den ungünstigen Einfluss höheren Alters sowie des Familienstands "verheiratet" auf den langfristigen Erwerbsverlauf.

Für die Inanspruchnahme der stufenweisen Wiedereingliederung zeigte sich ein positiver Einfluss höherer sozialer Isolierung im IRES-2. Dieser Zusammenhang ließ sich in der geschlechtsspezifischen Untersuchung bei den Männern nicht replizieren. Bei den Frauen, für die dieser Zusammenhang vermutlich gilt, war aufgrund der Stichprobengröße hier eine geschlechtsspezifische Analyse nicht möglich.

Die Inanspruchnahme von LTA war bei niedrigerem Lebensalter häufiger, wobei dieser Zusammenhang bei Männern deutlicher auszumachen war. Zusätzlich nehmen Rehabilitandinnen mit geringerer Funktionskapazität sowie geringerer Ängstlichkeit im IRES-2 häufiger LTA wahr.

Diskussion

Geschlechtsunterschiede sind in verschiedenen Bereichen der Rehabilitation von Bedeutung.

Im Hinblick auf den langfristigen Erwerbsverlauf spielt unter den demographischen Faktoren bei Männern die Schulbildung, bei Frauen dagegen eher der Familienstand eine Rolle. Die Hinweise auf die Bedeutung des Alters waren bei den Rehabilitandinnen schwächer als bei den Rehabilitanden. Schlechtere gesundheitsbezogene Angaben erhöhten nur bei Männern das Risiko für ein krankheitsbedingtes Ausscheiden aus dem Erwerbsleben.

Für die Inanspruchnahme von stufenweiser Wiedereingliederung ist aufgrund des für Männer allein nicht replizierbaren Einflusses höherer sozialer Isolierung zu vermuten, dass diese Variable lediglich bei Rehabilitandinnen von Bedeutung ist. Mögliche Ursache könnte z.B. eine für die Leistungsinanspruchnahme eher hinderliche starke Einbindung in familiäre Aufgaben sein (Schmidt et al., 2001), die bewirkt, dass Frauen mit starker familiärer Anbindung geringere soziale Isolation angeben und aus familiären Gründen gleichzeitig möglicherweise seltener zu einer stufenweisen Wiedereingliederung in ihre Erwerbstätigkeit bereit sind.

Auf die Inanspruchnahme von LTA wirken sich bei Männern ausschließlich höheres Lebensalter, bei Frauen dagegen auch eine höhere Ängstlichkeit und bessere Funktionskapazität ungünstig aus. Spezifische Programme zur Angstverminderung bei Rehabilitandinnen könnten möglicherweise die Leistungsinanspruchnahme fördern. Im Zusammenhang mit dem Alter sind auch vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung seitens der

Leistungsträger und aller anderen Beteiligten ein verbesserter Zugang zu LTA für ältere Personen und altersabhängige Modifikationen von LTA zu diskutieren.

Literatur

Beck, L., Kusak, G., Mau, W. (2005): "Schnittstellen teilstationärer orthopädisch-rheumatologischer Rehabilitation: Vernetzung mit beruflicher Rehabilitation und Nachsorge, Projekt B2". Abschlussbericht im Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbund Niedersachsen/Bremen (RFNB), 2. Förderphase.

Degener, T. (2005): Selbstkompetenz als Voraussetzung für Selbstbestimmung behinderter Frauen und Mädchen im Rehabilitationsrechtsverhältnis. Die Rehabilitation, 44. 152-156.

Härtel, U., Gehring, J., Ruf, E., Klein, G. (2005): Psychosoziale und physische Prädiktoren der Rückkehr in den Beruf nach erstem Herzinfarkt. Ergebnisse einer prospektiven Follow-up-Studie 18 Monate nach stationärer Anschlussheilbehandlung. DRV-Schriften, Bd 59. 319-320.

Schmidt, B., Kolip, P., Greitemann, B. (2001): Geschlechtsspezifische Aspekte der Rehabilitation chronischer Rückenschmerzen. Die Rehabilitation, 40. 261-266.

Reha und "aut idem"

Kaluscha, R., Leitner, A., Jacobi, E.

Forschungsinstitut für Rehabilitationsmedizin an der Universität Ulm

Fragestellung

Nutzen und Probleme der "aut idem"-Regelung werden derzeit in der Gesundheitspolitik diskutiert. Anhand von anonymisierten Entlassungsberichten der Jahre 2004-2006 haben wir am Beispiel von Rückenschmerzpatienten untersucht, welches Einsparpotential die Umsetzung dieser Regelung für die Rehabilitationsmedizin bieten könnte.

Methodik

Aus unserer Forschungsdatenbank "Patientenkonto" (Kaluscha, Jacobi, 2000) wurden 15.955 unter die DRV-Leitlinie "Chronischer Rückenschmerz" fallende Entlassungsberichte ausgewertet.

Anhand der Angaben im Feld "Letzte Medikation" des Blattes 1 des vereinheitlichten Entlassungsberichtes wurde mit computerlinguistischen Methoden (Kaluscha, 2005) für Analgetika und Antidepressiva anhand von Wirkstoff- oder Handelsnamen ermittelt, welche Medikation gegeben wurde sowie ggfs. die zugehörige Tagesdosis ermittelt. Anschließend wurde geprüft, welche Wirkstoffe von mehreren Anbietern verfügbar sind und die Preise anhand der "Roten Liste" ermittelt.

Ergebnisse

Es zeigte sich, dass es nur bei wenigen zahlenmäßig bedeutsamen Medikamenten preiswertere Substitutionsmöglichkeiten gibt. So wird z. B. für die Wirkstoffgruppe Diclofenac bei 938 Patienten Voltaren genannt und lediglich bei 439 Patienten ein entsprechendes Generikum eingesetzt (Einsparpotential bei der 100g-Gel-Packung: 54 %).

Zudem kann auch ein "Originalpräparat" günstiger sein als ein Generikum: so wird das Antidepressivum Amitryptilin oft unter dem Handelsnamen Saroten verordnet. Es ist aber nur in 50mg-Tabletten erhältlich; Generika gibt es in 25mg und 50mg. Bei der häufigsten Tagesdosis von 25mg ist zu vermuten, dass sie in Form einer halben 50mg-Tablette des "Originalpräparates" verabreicht wird. Dies kostet weniger als eine 25mg-Tablette der Generika-Konkurrenz. Legt man aber bei den Generika ebenfalls eine halbe 50mg-Tablette zugrunde, schlagen diese wiederum das "Originalpräparat".

Diskussion

Eine exakte Bezifferung des Einsparpotentials anhand der uns vorliegenden Daten ist schwierig, da häufig eine Bedarfsmedikation vorliegt und bei Tropfen und Salben oft keine Tagesdosis angegeben ist. Dennoch kann es sich lohnen, eine Umstellung auf Generika oder preiswertere Darreichungsformen vorzunehmen.

Literatur

Kaluscha, R. (2005): Informationsgewinnung aus Freitexten in der Rehabilitationsmedizin, Dissertation, Medizinische Fakultät, Universität Ulm. Online: http://vts.uni-ulm.de/doc.asp?id=5265 (28.10.2008).

Kaluscha, R., Jacobi, E. (2000): Eine Datenbank zur Effektivitätsbeurteilung: Das Datenkonzept des rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Ulm. DRV-Schriften, Bd 20.

Kurzfristige Effektivität des Curriculums Rückenschule des Gesundheitstrainingsprogramms der Deutschen Rentenversicherung Bund

Meng, K. (1), Seekatz, B. (1), Roßband, H. (2), Worringen, U. (3), Faller, H. (1), Vogel, H. (1)

(1) Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Universität Würzburg,
(2) Rehabilitationszentrum Bad Sooden-Allendorf, Klinik Werra,
(3) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Hintergrund

Patientenschulungen sind ein wesentlicher Baustein der medizinischen Rehabilitation, deren Effektivität und Effizienz nachgewiesen werden konnte (Faller et al., 2005). In der Praxis werden diese jedoch nur zu einem geringen Teil auf der Grundlage evaluierter Programme durchgeführt. Es besteht Entwicklungsbedarf hinsichtlich Manualisierung, Evaluation und Trainer-Fortbildung (Friedl-Huber et al., 2007). Zur Qualitätsentwicklung stellt das Gesundheitstrainingsprogramm der Deutschen Rentenversicherung Bund (BfA, 2005) indikationsspezifische Curricula bereit. Seitens der Rehabilitationseinrichtungen zeigte sich Unterstützungsbedarf hinsichtlich der praktischen Umsetzung, Qualitätssicherung und Schulungsmaterialien des Gesundheitstrainings (Worringen et al., 2006). Die Prüfung der Effektivität steht zurzeit noch aus und wird exemplarisch für das Curriculum Rückenschule durchgeführt. Zur Wirksamkeit von Rückenschulungen bei unspezifischen Rückenschmerzen berichten Metaanalysen kleine bis mittlere Effekte bzw. moderate Evidenz. Aufgrund der klinischen und methodischen Heterogenität der Studien besteht kein gesicherter Kenntnisstand; es wird eine konzeptuelle Verbesserung und systematische Evaluation empfohlen (Heymans et al., 2004; Maier-Riehle, Härter, 2001).

Ziel des Projekts ist die Weiterentwicklung des Curriculum Rückenschule des Gesundheitstrainingsprogramms nach wissenschaftlicher Evidenz und Qualitätsstandards für Schulungen sowie die Prüfung der Effektivität des überarbeiteten Schulungsprogramms in der medizinischen Rehabilitation. Der vorliegende Beitrag fokussiert auf die kurzfristige Wirksamkeit zu Rehabilitationsende. Daten zur mittelfristigen Wirksamkeit liegen bis Januar 2009 vor.

Methode

Die Evaluation erfolgt in einem unizentrischen, randomisierten Kontrollgruppendesign mit vier Messzeitpunkten (Rehabilitationsbeginn, -ende, 6- und 12-Monats-Katamnese). Probanden mit orthopädischer Hauptindikation (ICD-10: M51, M53, M54) werden konsekutiv rekrutiert und nach externer Randomisierung der Interventions- und Kontrollgruppe (IG, KG) zugewiesen. Die Standardschulung der Klinik (usual care) stellt die Kontrollbedingung dar. Primäres Zielkriterium ist das Krankheits- und Behandlungswissen, sekundäre Zielkriterien sind Schmerz und Schmerzbewältigung (NRS, FESV, FABQ), körperliche Aktivität (HAPA-Skalen, FFkA), Funktionsfähigkeit (FFbH), subjektiver Gesundheitsstatus (SF-12) und Schulungszufriedenheit.

Die Prüfung der Hauptfragestellung erfolgt durch den Intergruppenvergleich zu den Post-Messzeitpunkten mittels Kovarianzanalyse unter Kontrolle bedeutsamer Baseline-Unterschiede.

Die Stichprobe besteht aus 360 Rehabilitanden. Der Frauenanteil ist 64 %. Das durchschnittliche Alter beträgt 49 Jahre (SD = 7,6). Hinsichtlich des Berufsstatus handelt es sich überwiegend um Angestellte (91 %). Es liegen keine signifikanten Gruppenunterschiede (IG, KG) in den soziodemografischen Daten vor.

Ergebnisse

In einem mehrstufigen Prozess wurde das Curriculum Rückenschule mit Bezug zu aktueller Forschungsevidenz bei Rückenschmerz, Theorien des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens (HAPA, Fear-avoidance-Modell), Qualitätskriterien für Schulungen, Leitlinien sowie klinischer und sportwissenschaftlicher Expertise überarbeitet und ein Schulungsmanual mit sieben Modulen erstellt.

Zum Ende der Rehabilitation liegt ein signifikanter, mittelgroßer Gruppenunterschied im primären Zielkriterium vor. Rehabilitanden der Interventionsgruppe weisen ein höheres Krankheits- und Behandlungswissen auf ($p < .001$; $ή^2 = .079$). Des Weiteren bestehen signifikante, kleine bis mittlere Gruppenunterschiede in einigen sekundären Outcomeparametern. Patienten der Interventionsgruppe haben eine geringere Schmerzbelastung ($p = .023$; $ή^2 = .016$). Hinsichtlich der Schmerzverarbeitung bestehen günstigere schmerzbezogene Kognitionen ($p = .012$; $ή^2 = .02$). In den Schmerzbewältigungskompetenzen liegen kognitiv höhere Handlungsplanungskompetenzen ($p = .029$; $ή^2 = .015$), behavioral mehr gegensteuernde Aktivitäten ($p = .004$; $ή^2 = .026$) sowie Ruhe- und Entspannungstechniken ($p = .037$; $ή^2 = .014$) vor. In Bezug auf körperliche Aktivität bestehen höhere Implementierungsintentionen ($p < .001$; ή2 = .054). Zusätzlich besteht in der Interventionsgruppe eine höhere Schulungszufriedenheit ($p < .001$; $d = .51$). Keine bedeutsamen Gruppenunterschiede zeigen sich im Funktions- und Gesundheitsstatus.

Schlussfolgerungen

Die Rückenschulung weist eine hohe Akzeptanz bei den Patienten und eine sehr gute Praxistauglichkeit auf. Erste Analysen zeigen signifikante kleine bis mittlere Interventionseffekte hinsichtlich des kurzfristigen Patientenoutcomes zu Rehabilitationsende. Die qualitätsgesicherte Schulung ist der klinikeigenen Schulung bei etwa gleicher quantitativer Schulungsintensität überlegen. Die abschließende Bewertung des Curriculum wird auf Grundlage der Ergebnisse zur mittel- und langfristigen Wirksamkeit erfolgen.

Literatur

Faller, H., Reusch, A., Vogel, H., Ehlebracht-König, I., Petermann, F. (2005): Patientenschulung. Die Rehabilitation, 44. 277-286.

Friedl-Huber, A., Küffner, R., Ströbl, V., Reusch, A., Vogel, H., Faller, H. (2007): Praxis der Patientenschulung in der medizinischen Rehabilitation - eine empirische Bestandsaufnahme bei 771 Rehabilitationseinrichtungen. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 75. 15-20.

Heymans, M.W., van Tulder, M.W., Esmail, R., Bombardier, C., Koes, B.W. (2004): Back schools for non-specific low-back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. 1-17.

Maier-Riehle, B., Härter, M. (2001): The effects of back schools - A meta-analysis. International Journal of Rehabilitation Research, 24. 199-206.
Worringen, U., Reinecke, A., Mühlig, S. (2006): Das Gesundheitstrainingsprogramm der Deutschen Rentenversicherung Bund. RVaktuell, 12. 497-503.

Langfristige Effekte eines multimodalen Behandlungsprogramms für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen in der stationären orthopädischen Rehabilitation: Können die Effekte des Integrierten orthopädisch-psychosomatischen Konzepts repliziert werden?

Fröhlich, S.M. (2), Greitemann, B. (1), Niemeyer, R. (2)
(1) Klinik Münsterland, Bad Rothenfelde,
(2) Verein für Rehabilitationsforschung Norderney e.V., Abteilung Bad Rothenfelde

Hintergrund

Mit dem Integrierten orthopädisch-psychosomatischen Konzept (IopKo) der Klinik Münsterland liegt ein erwiesenermaßen nachhaltiger Ansatz zur Behandlung chronischer Rüchenschmerzpatienten vor (Dibbet et al., 2006; Greitemann et al., 2006), welche zu den größten Kostenfaktoren im Gesundheitswesen zählen (Hildebrandt et al., 2005). Im aktuellen Projekt sollte das IopKo mit dem multimodalen Behandlungskonzept "Rückenfit" für chronische Schmerzpatienten mit psychischer und/oder beruflicher Begleitproblematik in weiteren Rehabilitationskliniken[*)] implementiert und im Kontrollgruppenvergleich längsschnittlich evaluiert werden.

Methode

Die Umsetzung des Konzepts erfolgte vor allem mittels intensiver, lösungsorientierter und unterstützender Kommunikation. Zur Therapeutenschulung wurden Hospitationen durchgeführt, Programmeinheiten gefilmt und den Therapeuten auf DVD zur Verfügung gestellt. Die Programminhalte lagen auch schriftlich vor, ebenso ein Reha-Buch für die Patienten.

Die Evaluation des Konzepts ist eine längsschnittliche, quasi-experimentelle Vergleichsstudie, in der die Reha-Effekte der Interventionsgruppe mit denen einer Kontrollgruppe verglichen wurden, die das Standard-Reha-Programm der jeweiligen Klinik erhielt. Zu insgesamt vier Messzeitpunkten, welche den Zeitraum vom Reha-Beginn bis zu 10 Monaten nach Reha-Ende umfassten, füllten die Studienteilnehmer ein Fragebogenheft aus. Die Auswertung der Evaluation erfolgte für jede Klinik getrennt, bei bestehenden Ausgangsunterschieden auch geschlechtsspezifisch.

Die Evaluation des Umsetzungsprozesses erfolgte zur Projekthalbzeit mittels eines selbstkonstruierten Prozessevaluationsfragebogens für die in den Kooperationskliniken beteiligten Mitarbeiter.

[*)] Wir danken unseren Kooperationspartnern: Klinik Münsterland (Bad Rothenfelde), Rehazentrum Bad Eilsen, Klinik am Hellweg (Bad Sassendorf), Salzetalklinik (Bad Salzuflen) und Maternusklinik (Bad Oeynhausen).

Ergebnis

Das IopKo und das multimodale Behandlungsprogramm "Rückenfit" konnten in 3 orthopädischen Rehakliniken erfolgreich implementiert werden. Im Rahmen des Projektes haben insgesamt 437 Patienten das Programm erhalten, 375 weitere gehören zur Kontrollgruppe. Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass 10 Monate nach Reha-Ende der Reha-Status bei fast allen Rehabilitanden höher ist als zu Reha-Beginn. Die Studiengruppe weist dabei eine stärkere Verbesserung auf als die Kontrollgruppe. Die Überlegenheit der Studiengruppe zeigte sich vor allem in den Bereichen Gesundheitsverhalten, Schmerzwahrnehmung und AU-Zeiten.

Diskussion

Die Einführung des Integrierten orthopädisch-psychosomatischen Konzepts sowie des umfangreichen multimodalen Behandlungsprogramms "Rückenfit" bedeutete für die Kliniken die Veränderung vieler Abläufe. Bei derartigen Implementierungsprozessen spielt die bestehende Situation in den Kliniken und die Fähigkeit zum Change Management eine wichtige Rolle für den Erfolg der Implementierung. Eine intensive Kommunikation, Unterstützung durch die Klinikleitung und -verwaltung, engagierte Kontaktpersonen sowie ein offenes Kollegium sind dabei sehr förderlich.

Hinsichtlich der Evaluation ist es gelungen, langfristige Effekte des IopKo zu replizieren. Selbst Kliniken, die das Konzept ganz neu eingeführt hatten, zeigten deutliche Verbesserungseffekte noch 10 Monate nach Reha-Ende. Diese Effekte basieren vermutlich auf homogeneren Behandlungsgruppen und der Mitbehandlung psychischer Belastungen und beruflicher Probleme.

Literatur

Dibbelt, S., Greitemann, B., Büschel, C. (2006): Nachhaltigkeit orthopädischer Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen - Das Integrierte orthopädisch-psychosomatische Behandlungskonzept (IopKo). Die Rehabilitation, 6 (45). 324-335.

Greitemann, B., Dibbelt, S., Büschel, C. (2006): Integriertes Orthopädisch-Psychosomatisches Konzept zur medizinischen Rehabilitation von Patienten mit chronischen Schmerzen des Bewegungsapparates - Langfristige Effekte und Nachhaltigkeit eines multimodalen Programms zur Aktivierung und beruflichen Umorientierung. Zeitschrift für Orthopädie, 144 (3). 255-266.

Hildebrandt, J., Müller, G., Pfingsten, M. (2005): Lendenwirbelsäule. München: Urban & Fischer.

Zur Wirksamkeit eines Trainings zur Depressionsbewältigung für Patienten mit chronisch unspezifischem Rückenschmerz in der stationären Rehabilitation - Eine 1-Jahres-Follow up-Studie

Hampel, P. (1,2), Tlach, L. (2), Gräf, T. (3), Krohn-Grimberghe, B. (4), Mantel, F. (5), Mohr, B. (2)

(1) Stiftungsprofessur "Rehabilitationspsychologie" der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen, (2) Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen, (3) Montanus-Klinik, Bad Schwalbach, (4) Rheuma-Klinik Bad Wildungen, (5) Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen

Hintergrund

Depressivität gehört zu den häufigsten psychischen Beeinträchtigungen bei chronischem Rückenschmerz (Härter et al., 2002) und scheint mit einem geringeren Rehabilitationserfolg zusammenzuhängen (Mohr et al., 2008; Watson et al., 2004). Allerdings wurden psychische Beeinträchtigungen in der stationären orthopädischen Rehabilitation von Patienten mit chronisch unspezifischem Rückenschmerz in Deutschland bislang häufig unterschätzt und nicht beachtet (Hüppe, Raspe, 2005). So haben bisherige deutschsprachige Programme keine spezifischen psychologischen Interventionen implementiert (Schwarz et al., 2008). Außerdem konnte in einigen Studien ein höherer Rehabilitationserfolg verhaltensmedizinisch-orientierter Behandlungen bei Frauen festgestellt werden (Mohr et al., 2008).

Es sollte untersucht werden, ob eine neue multimodale und interdisziplinäre Rehabilitationsmaßnahme für Rückenschmerz-Patienten mit mittlerer und hoher Depressivität, die ein kognitiv-behaviorales Depressionsbewältigungstraining als wesentliche Komponente enthielt, den Rehabilitationserfolg verbessert.

Methodik

In einem dreifaktoriellen Design wurden die Rehabilitationseffekte vor, unmittelbar nach, 6 und 12 Monate nach der Rehabilitation in Abhängigkeit von der experimentellen Bedingung und vom Geschlecht auf sozialmedizinische und psychosoziale Kennwerte bei 199 Patienten mit chronisch unspezifischem Rückenschmerz untersucht (82 Frauen, 117 Männer; M=47 J., Diagnosen nach ICD-10: M45.4/M45.5, M54.4/M54.5). Die drei experimentellen Bedingungen lauteten: 1) Standardbehandlung bei Patienten mit niedriger Depressivität (Kontrollgruppe, KG), 2) Standardbehandlung bei Patienten mit mittlerer und hoher Depressivität (KG_{depr}) sowie 3) kombinierte Standardbehandlung und Depressionsbewältigung bei Patienten mit mittlerer und hoher Depressivität (Interventionsgruppe, IG_{depr}). Alle Rehabilitanden erhielten die Leitlinien-konformen Behandlungsmaßnahmen mit vier Trainingssitzungen zur Schmerzbewältigung. Die IG_{depr} erhielt zusätzlich fünf einstündige Gruppensitzungen mit kognitiv-behavioralem Training zur Depressionsbewältigung.

Ergebnisse

Kurzfristig profitierten alle Patienten in den psychosozialen Kennwerten. Mittel- und langfristig unterschieden sich die Rehabilitationserfolge jedoch in Abhängigkeit von der experimentellen Bedingung und dem Geschlecht: Die KG wies keine zeitlich überdauernden Effekte auf. In der Depressivität zeigte sich ein negativer Effekt zur 6- und 12-Monatskatamnese

(Abb. 1). Keine nachhaltigen Effekte ließen sich in der Depressivität für die KG_{depr} feststellen. Dagegen war die Depressivität in der IG_{depr} mittel- und langfristig verbessert. Des Weiteren war zur 6-Monatskatamnese die Depressivität in der IG_{depr} signifikant niedriger als in der KG_{depr} (p=.025, d=-.44). Die HADS-Angst und die psychische Lebensqualität waren zur 6-Monatskatamnese in der IG_{depr} ebenfalls günstiger ausgeprägt als in der KG_{depr}.

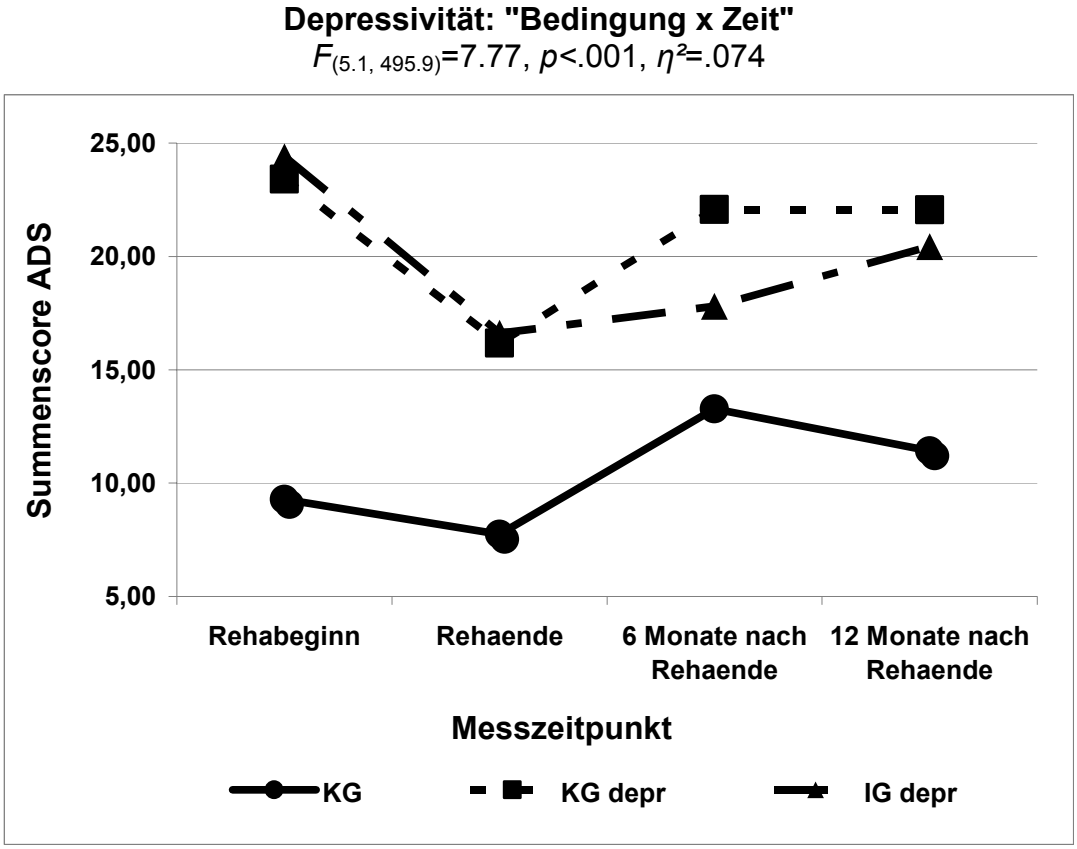


Abb. 1: Mittlere Verläufe für die ADS-Depressivität in Abhängigkeit von der experimentellen Bedingung (Anmerkung: eingezeichnet sind nur Signifikanzen prä vs. 6- bzw. 12-Monate).

Es ergab sich lediglich ein geschlechtsabhängiger Interventionseffekt: Beide Geschlechter profitierten kurzfristig in der psychischen Lebensqualität (Abb. 2). Bei den Männern war die psychische Lebensqualität zur 12-Monatskatamnese im Vergleich zu Rehabilitationsbeginn verschlechtert. Dagegen blieb die psychische Lebensqualität bei den Frauen mittel- und langfristig signifikant erhöht. Allerdings unterschieden sich die beiden Geschlechter nicht signifikant voneinander in den Ausprägungen.

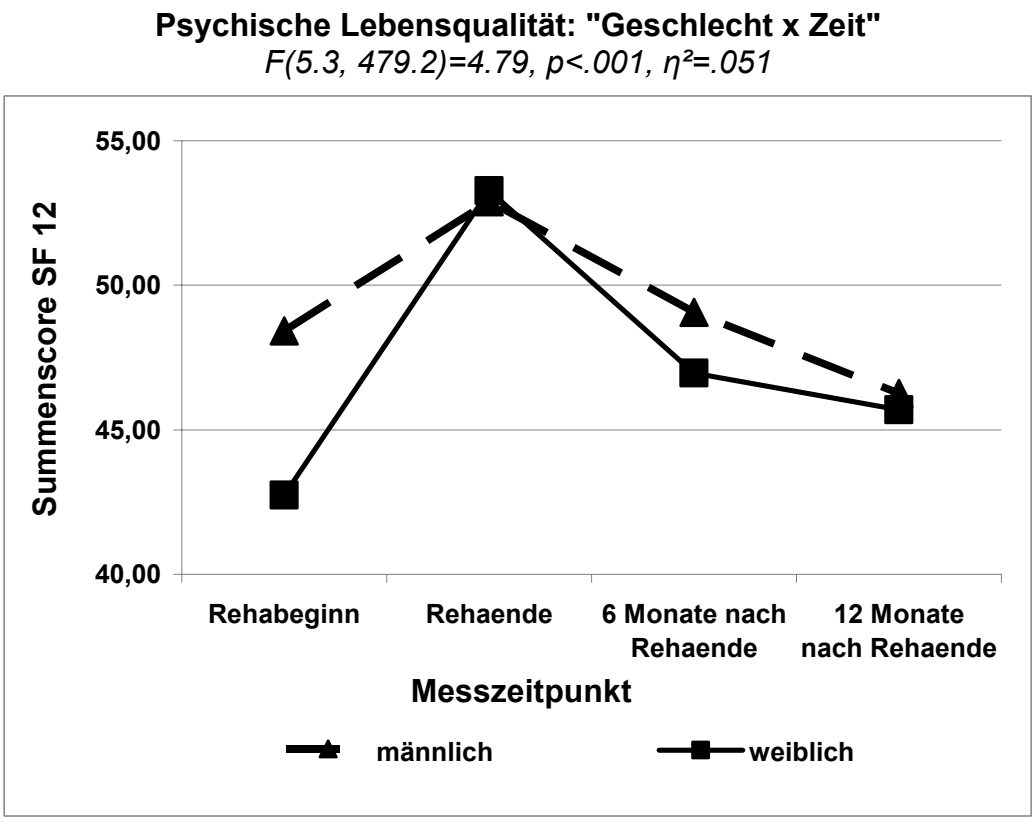


Abb. 2: Mittlere Verläufe für die SF-12-psychische Lebensqualität in Abhängigkeit vom Geschlecht (Anmerkung: eingezeichnet sind nur Signifikanzen prä vs. 6- bzw. 12-Monate).

In den Varianzanalysen ergaben sich keine zweifachen Wechselwirkungen. In Wilcoxon-Tests für die Arbeitsunfähigkeits(AU-)tage bezogen auf die letzten zwei Wochen wiesen in der KG_{depr} nur die Frauen mittelfristig verbesserte AU-Tage auf. Dagegen zeigten sich die AU-Tage in der IG_{depr} bei beiden Geschlechtern verbessert.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Die günstigen Effekte in der IG_{depr} bis zur 6-Monatskatamnese lassen darauf schließen, dass die neue Rehabilitationsmaßnahme den Rehabilitationserfolg bei Patienten mit chronisch unspezifischem Rückenschmerz und Depressivität mittelfristig verbessern kann. Die wenigen geschlechtsabhängigen Rehabilitationseffekte deuten auf geringere nachhaltige Effekte bei den Männern hin. Somit wird das neue Programm dem Bedarf an psychologischen Behandlungen bei dieser Patientengruppe, die ein erhöhtes Risiko für eine weitere Schmerzchronifizierung aufweist, gerecht. Allerdings müssen die mittelfristigen Effekte durch Nachsorgemaßnahmen weiter aufrechterhalten werden.

Literatur

Härter, M., Baumeister, H., Reuter, K., Wunsch, A., Bengel, J. (2002): Epidemiologie komorbider psychischer Störungen bei Rehabilitanden mit muskuloskelettalen und kardiovaskulären Erkrankungen. Die Rehabilitation, 41. 367-374.

Hüppe, A., Raspe, H. (2005): Die Wirksamkeit von stationärer medizinischer Rehabilitation in Deutschland bei chronischen Rückenschmerzen: Aktualisierung und methodenkritische Diskussion einer Literaturübersicht. Die Rehabilitation, 44. 24-33.

Mohr, B., Gräf, T., Forster, M., Krohn-Grimberghe, B., Kurzeja, R., Thomsen, M., Hampel, P. (2008): Der Einfluss von Depressivität und Geschlecht auf den Rehabilitationserfolg bei chronischem Rückenschmerz. Die Rehabilitation, 47. 284-298.

Schwarz, S., Mangels, M., Sohr, G., Holme, M., Worringen, U., Rief, W. (2008): Patienten mit vs. ohne psychische Störung in der orthopädischen Rehabilitation. Der Schmerz, 22. 67-74.

Watson, P.J., Booker, C.K., Moores, L., Main, C.J. (2004): Returning the chronically unemployed with low back pain to employment. European Journal of Pain, 8. 359-369.

Kraftausdauertraining an Geräten in der stationären Rehabilitation von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen

Hartmann, U., Wentrock, S., Reuss-Borst, M.

RehaZentren der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg,
Klinik Am Kurpark, Bad Kissingen

Hintergrund

Die Mehrheit der Studien zum Thema Gerätetraining wurde bislang entweder an gesunden Probanden oder über einen längeren Zeitraum (i. d. R. > 3 Monate) durchgeführt. Diese Bedingungen entsprechen nicht denen einer stationären Rehabilitation. Daraus ergibt sich, dass die Ergebnisse nicht zwangsläufig auf den Reha-Alltag übertragbar sind (Standaert, Herring, 2007). Ziel dieser retrospektiven Untersuchung war es deshalb, Aussagen über die Wirkung eines Kraftausdauertrainings an Patienten mit chronischen Rückenschmerzen unter den Alltagsbedingungen einer stationären Rehabilitation zu machen.

Patienten und Methoden

Die Daten von 79 konsekutiv untersuchten Patienten wurden retrospektiv ausgewertet. Mittleres Alter: 42,9 (10,3) Jahre (Spanne: 20-83 Jahre), mittleres Behandlungsintervall: 14,9 (2,8) Tage (11-25 Tage), BMI: 27,0 (4,3) kg/m^2 (17,6-39,2).

Es erfolgte eine Eingangs- und Abschlussuntersuchung der Wirbelsäulenmobilität sowie der isometrischen Maximalkraft (isoMK) der Rumpfmuskulatur mit dem FPZ/SCHNELL-System entsprechend der von A. Denner beschriebenen biomechanischen Funktionsanalyse (Denner, 1998). Dabei wird die Mobilität in allen drei Bewegungsebenen aus einer definierten Haltung heraus in Grad gemessen. Die isoMK der Rumpfmuskulatur wird ebenso aus einer definierten Haltung heraus für Extension, Flexion, Seitneigung rechts/links und Rotation rechts/links als Drehmoment in N_m gemessen.

Das Training erfolgte dann an KELLER-Geräten (mkb-System), nicht an den Teststationen. Eine Verbesserung der Werte durch Gewöhnung an den Bewegungsablauf beim Test kann somit ausgeschlossen werden. Die Trainingsübungen wurden entsprechend den Ergebnissen beim Eingangstest individuell festgelegt. Es wurde in 3er-Serien mit je 20 Wiederholungen geübt, wobei die Anzahl der Wiederholungen vom Patienten bei schlechterer Tagesform auch selbständig reduziert werden konnte. Die Last wurde so festgelegt, dass 20 Wiederholungen in der ersten Serie gut bewältigt werden konnten. Dieses Vorgehen wurde in Anleh-

nung an das von Boeckh-Behrens und Buskies beschriebene "sanfte Krafttraining" gewählt (Boeckh-Behrens, Buskies, 2001).

Als Zielparameter wurden die absolute Änderung der Mobilität sowie der relative Kraftzuwachs bezogen auf die Ausgangswerte analysiert. Hierfür werden im Folgenden Mittelwerte (Standardabweichung) angegeben.

Ergebnisse

Die Ausgangswerte der Mobilität lagen in den verschiedenen Bewegungsebenen bei 91-115 % der Sollwerte, die der isoMK bei 67-83 %.

Veränderung der Mobilität: Extension/Flexion: +9° (8°), Seitneigung rechts/links: +3° (4°) / +3° (5°), Rotation rechts/links: +6° (7°) / +7° (7°), wobei die Verbesserungen in jeder Bewegungsebene signifikant waren ($p<0,0001$) und 86 % der Patienten (n=68) in mindestens einer Ebene eine Verbesserung > 5° erfuhren.

Veränderung der isoMK: Extension: +38 % (52 %), Flexion: +17 % (29 %), Seitneigung rechts/links: +30 % (44 %) / +36 % (47 %), Rotation rechts/links: +39 % (50 %) / +43 % (53 %). Alle Verbesserungen waren signifikant ($p<0,0001$) und bei 95 % der Patienten (n=75) konnte die isoMK in mindestens einer Bewegungsebene um >15 % gesteigert werden.

Diskussion

Sowohl die Wirbelsäulenmobilität als auch die isometrische Maximalkraft der Rumpfmuskulatur konnte bei den untersuchten Patienten mit chronischen Rückenschmerzen im Rahmen einer drei- bis vierwöchigen stationären Rehabilitation signifikant verbessert werden. Dass die Patienten die Intensität des Trainings in einem vorgegebenen Rahmen selber an ihre Tagesform anpassen können, stellt den Trainingserfolg dabei nicht in Frage.

Bei einem hohen Prozentsatz der Patienten betrug die Zunahme der isoMK mindestens 15 %, so dass davon ausgegangen werden kann, dass die Kraftzunahme nicht auf tageszeitlichen Schwankungen beruht (Denner, 1998). Dies spricht für eine klinisch relevante Verbesserung der isometrischen Maximalkraft.

Dieser Kraftzuwachs beruht vermutlich auf einer besseren intra- oder/und intermuskulären Koordination (Mannion et al., 2001). Käser und Mitarbeiter konnten auch nach einer dreimonatigen Trainingsdauer keine morphologischen Veränderungen an der Muskulatur nachweisen (Käser et al., 2001).

Literatur

Boeckh-Behrens, W.U., Buskies, W. (2001): Sanftes Krafttraining. In: Gottwald, B. (Hrsg.): Fitness - Krafttraining: Die besten Übungen und Methoden für Sport und Gesundheit. Hamburg: Rohwolt. 48-56.

Denner, A. (1998): Analyse und Training der wirbelsäulenstabilisierenden Muskulatur. Berlin-Heidelberg-New York: Springer.

Käser, L., Mannion, A.F., Rhyner, A., Weber, E., Dvorak, J., Müntener, M. (2001): Active Therapy for Chronic Low Back Pain: Part 2. Effects on Paraspinal Muscle Cross-Sectional Area, Fiber Size, and Dirstribution. Spine, 26. 909-919.

Mannion, A.F., Taimela, S., Müntener, M., Dvorak, J. (2001): Active Therapy for Chronic Low Back Pain: Part 1. Effects on Back Muscle Activation, Fatigability, and Strength. Spine, 26. 897-908.

Standeart, C.J., Herring, S.A. (2007): Expert Opinion and Controversies in Musculoskeletal and Sports Medicine: Core Stabilization as a Treatment for Low Back Pain. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 88. 1734-1736.

Ergebnisse und Anwendbarkeit von drei ausgewählten Assessmentinstrumenten im Rahmen medizinischer Rehabilitation von Rückenschmerz-Patienten

Alles, T. (1), Flach, T. (1), Drüke, T. (2)

(1) Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln, (2) Klinik Norddeich der Dr. Becker Klinikgesellschaft

Hintergrund

Qualitätssicherung rehabilitativer Versorgungsangebote beinhaltet im Sinne des Plan-Do-Check-Act-Zyklus (Selbmann, 1995) Maßnahmen zur Qualitätsmessung auch mit Hilfe standardisierter Assessmentinstrumente (Parin, Jäckel, 2005). Die mit diesen Instrumenten ermittelten Ergebnisse dienen nicht nur der Therapieplanung, sondern insbesondere dem Nachweis und der Beurteilung des Rehabilitationserfolgs.

Das Angebot an sowohl generischen als auch indikationsspezifischen Instrumenten zur Einschätzung verschiedener Aspekte des Gesundheitszustands ist alleine im deutschsprachigen Raum überaus vielfältig (siehe z. B. Bös, 2001).

Trotz der Fokussierung auf eine bestimmte Indikation und Auswahl einzelner Gesundheitsaspekte, bzw. Aspekte der Funktions- oder Leistungsfähigkeit stehen häufig unterschiedliche Instrumente zur Auswahl.

Fragestellung

Wie unterscheiden sich der:

- Funktionsfragebogen Hannover in der Version Rücken (FFbH-R)
- Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire (Oswestry) deutsche Fassung
- Performance Assessment Capacity Testing - Spinal Function Sort (PACT) deutsche Fassung

in Hinblick auf ihre Ergebnisse und Anwendbarkeit im Rahmen medizinischer Rehabilitation von Rückenschmerz-Patienten?

Methodik

Im Rahmen einer Studie zur anforderungsorientierten medizinischen Rehabilitation (Alles et al., 2007) wurden ca. 100 Patienten mit LWS-Beschwerden der Klinik Norddeich jeweils zu Beginn und Ende ihres Klinkaufenthaltes mit Hilfe der Fragebögen FFbH-R, Oswestry und PACT befragt. Alle drei Instrumente erfassen die Fähigkeit, bzw. die Einschränkung bei der

Verrichtung alltäglicher Aktivitäten. Konkret dienen die Instrumente der Erfassung der folgenden Ziele:

- FFbH-R (12 Items)
  - körperliche Funktionskapazität im Kontext alltäglicher Verrichtungen
- Oswestry (10 Items)
  - funktionelle Beeinträchtigung bei alltäglichen Verrichtungen
- PACT (50 Items)
  - körperliche Leistungsfähigkeit und Belastungstoleranz für verschiedene alltägliche/berufsrelevante körperliche Anforderungen

Bei allen Instrumenten handelt es sich um Fragebögen zur Erfassung der subjektiven Einschätzung. Alle Fragebögen verfügen über einen spezifischen Auswertungsalgorithmus, der die Berechnung eines Scores ermöglicht.

Alle Fragebögen wurden aus zeitökonomischen Gründen in Gruppen angewendet.

Die Auswertung des Einsatzes dieser drei Instrumente umfasst insbesondere die vergleichende Betrachtung der Ergebnisse der einzelnen Scores hinsichtlich Reliabilität, Effektstärke und Veränderung im Prä-Post-Vergleich und die Inhaltsanalyse.

Ergebnisse

Trotz Anwendung des PACT in Gruppen blieben 98 % der Bögen auswertbar. Alle Fragebögen verfügen über ein hohe innere Konsistenz (Cronbachs-α zwischen 0,90 und 0,99).

Die Ergebnisse der Itemanalyse ergaben, dass der FFbH-R in dieser Stichprobe gute bis sehr gute Itemkennwerte (Schwierigkeitsindex, Trennschärfe, Homogenität) zeigte. Der Schwierigkeitsindex des Oswestry weist in die Richtung, das die Items zu geringe körperliche Anforderungen formulieren, da der überwiegende Teil der Items von den Patienten als unproblematisch eingestuft wurde. Ergebnisse der Analyse des PACT zeigen, dass dieser mehrdimensional ist und neben der allgemeinen funktionalen Leistungsfähigkeit Facetten von spezifischen Tätigkeiten beinhaltet, die sich bei heterogenen Anwendergruppen unterschiedlich auf den Score auswirken können. Dies wirkt sich neben anderen Aspekten auch auf die Effektstärke im Prä-Post-Vergleich aus. So differiert Cohen's d zwischen den einzelnen Scores stark. Während der Effekt der Rehabilitation beim PACT bei d=0,15 liegt, weisen der FFbH-R d=0,29 und der Oswestry d=0,31 nach.

Bemerkenswerte Unterschiede ergaben sich bei der Betrachtung der Veränderung der einzelnen Scores im Prä-Post-Vergleich auf Ebene des Individuums. Hierbei stellte sich heraus, dass in Abhängigkeit der verglichenen Instrumentenpaarung lediglich in 41 bis 67 % der Fälle die Scores eine gleiche Tendenz (Verbesserung, keine Veränderung oder Verschlechterung) anzeigten. Weiterhin ergab der Vergleich des FFbH-R und des PACT in 16 % der Fälle eine gegensätzlich orientierte Tendenz. Während beispielsweise der FFbH-R eine Verbesserung ermittelte, erbrachte der Prä-Post-Vergleich mit dem PACT eine deutliche Verschlechterung.

Schlussfolgerung

Die vorliegenden Ergebnisse unterstützen den klinischen Entscheidungsträger bei der Auswahl des für seine Zwecke und Patienten geeigneten Assessmentinstruments. Hierbei sind neben praktischen Aspekten (Zeitaufwand, Missings) insbesondere inhaltliche Aspekte der Skalen, der Schwierigkeitsindex des Items und die Veränderungssensitivität der Scores entscheidend.

Bislang für eine Erklärung unzugänglich ist die Abbildung unterschiedlicher Tendenzen der Instrumente im Prä-Post-Vergleich auf Ebene des Individuums. Die Aufklärung solcher Effekte sollte künftig insbesondere im Kontext individualisierter Rehabilitationsversorgung fester Bestandteil von Studien zur Testgüte und dem Vergleich von Assessmentinstrumenten sein.

Literatur

Alles, T., Drüke, T., Froböse, I. (2007): Anforderungsorientierte Individualisierung in der medizinischen Rehabilitation mit Hilfe von Assessment - Ergebnisse einer prospektiven Studie. DRV-Schriften, Bd 72. 261-262.

Bös, K. (2001): Handbuch Motorische Tests (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Parin, E., Jäckel, W.H. (2005): Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation. In: Stein, V., Greitemann, B. (Hrsg.): Rehabilitation in Orthopädie und Unfallchirurgie. Methoden - Therapiestrategien - Behandlungsempfehlungen. Berlin, Heidelberg: Springer. 306-313.

Selbmann, H.K. (1995): Konzept und Definition medizinischer Qualitätssicherung. In: Gaebel, W. (Hrsg.): Qualitätssicherung in psychiatrischen Krankenhäusern. Wien: Springer. 3-10.

Einfluss Integrierter Versorgung auf die Qualität der Behandlung in der Endoprothetik - Erste Ergebnisse einer kontrollierten Studie

Streibelt, M. (1), Thren, K. (2), Lassahn, C. (3)

(1) Charité - Universitätsmedizin Berlin, (2) Klinik Niedersachsen Bad Nenndorf, (3) Diakoniekrankenhaus Annastift Hannover

Hintergrund

Die Integrierte Versorgung (IV) ermöglicht eine sektorenübergreifende Leistungs- und Vergütungsform, denn IV-Behandlungsmodelle haben das Ziel, Schnittstellen zwischen den Leistungserbringern abzubauen (Klauber et al., 2006). So ergeben sich Potenziale, die vordergründig vor allem Kostenträgern und Leistungserbringern nutzen. Jedoch wird mit integralen Bestandteilen von IV-Modellen wie einem kontinuierlichen und transparenten Behandlungsverlauf die Erwartung positiver Effekte auch bei den Patienten verknüpft (Amelung et al., 2006; Mühlbacher, Ackerschott, 2006).

Fragestellung

Im Folgenden wird der Einfluss der IV anhand eines Behandlungsmodells in der Endoprothetik auf die Zeit des stationären Aufenthaltes sowie die mittelfristige Verbesserung der Funktionen und Schmerzen bei den Patienten untersucht.

Methodik

Das Studiendesign folgt einer kontrollierten Verlaufsanalyse der IV Endoprothetik, wie sie durch das Diakoniekrankenhaus Annastift Hannover und die Rehabilitationsklinik Niedersachsen (KN) Bad Nenndorf angeboten wird (Streibelt et al., 2007).

Die Untersuchungsgruppe besteht aus Patienten mit Gon- oder Coxarthrose, die im Rahmen der IV im Annastift operiert und in der KN rehabilitiert wurden (IV-T). Die Kontrollgruppe sind Patienten mit eben dieser Indikation, die in acht umliegenden Krankenhäusern operiert wurden und ebenfalls in der KN eine stationäre Anschlussrehabilitation bekamen (AR-T).

Beide Gruppen bekamen einen schriftlichen Fragebogen zu Rehabilitationsbeginn, Rehabilitationsende, etwa 100 Tage sowie ein Jahr postoperativ vorgelegt. An dieser Stelle werden die Ergebnisse des 100 Tage-Follow up präsentiert. Funktionen und Schmerzen wurden anhand des WOMAC (Range 0-10, hohe Werte signalisieren eine schlechte Verfassung, Bellamy et al., 1988) erhoben. Die stationäre Aufenthaltsdauer wurde der Prozessdokumentation entnommen.

Der Einfluss der IV wird mittels Mixed Models unter Kontrolle zufälliger Effekte der Person sowie des Krankenhauses geschätzt.

Ergebnisse

Das Sample besteht aus 500 Studienteilnehmern (IV-T=268; AR-T=242). Von diesen antworteten zu Reha-Ende 430 Patienten (86 %) und im Follow up 423 Patienten (85 %, Stand:

September 2008). Die Teilnehmer waren durchschnittlich 72 Jahre alt, 69 % waren weiblich und 49,6 % litten an einer Gonarthrose. Die Untersuchungsgruppen unterscheiden sich statistisch signifikant hinsichtlich der Bildung, der Erst- bzw. Wiederholungs-OP und der präoperativen Krankenhausdauer. Diese Informationen sowie die Indikation wurden in den Schätzmodellen kontrolliert.

Die Behandlung nach IV führt zu einer mittleren akutstationären Verweildauer von 12,4 Tagen in der Untersuchungsgruppe gegenüber 16,7 Tagen in der Kontrollgruppe. Der Unterschied von 4,3 Tagen ist auch nach Adjustierung statistisch signifikant (p=.029).

Bei Funktionen (WOMAC-F) und Schmerzen (WOMAC-P) werden mittelfristig signifikante Verbesserungen beider Gruppen über die Zeit - sowohl in der Reha-Phase (WOMAC-F_{time}: -1,5, p<.000; WOMAC-P_{time}: -1,3, p<.000) als auch in der Follow up-Phase (WOMAC-F_{time}: -2,0, p<.000; WOMAC-P_{time}: -2,0, p<.000) - identifiziert. In der Follow up-Phase konnte ein signifikanter Interaktionseffekt IV-T×Zeit (int) nachgewiesen werden. IV-Patienten zeigen demnach in dieser Phase, bei vergleichbaren Verläufen der Gruppen in der vorherigen Reha-Phase (WOMAC-F_{int}: +0,1, p=.591; WOMAC-P_{int}: +0,1, p=.611), eine um jeweils 0,7 Punkte stärkere Verbesserung als Patienten der AR-T (WOMAC-F_{int}: p=.001; WOMAC-P_{int}: p=.006). Dies entspricht Intergruppen-Effektstärken von d=.30 (WOMAC-F) und d=.33 (WOMAC-P).

Diskussion und Schlussfolgerung

Die Behandlung nach IV führt zu einer Verkürzung der stationären Phase um etwa 4 Tage bei gleichzeitiger Verbesserung der Funktionsfähigkeit und Verringerung der Schmerzen in der mittleren Frist. Die Ergebnisse bestätigen damit weitgehend eine frühere Studie zu den Effekten der IV in der Endoprothetik (Dolderer et al., 2007).

Neu an diesen Ergebnissen ist die Erkenntnis, dass der positive Einfluss der IV auf Funktionen und Schmerzen einzig in der Zeit nach der Rehabilitation nachweisbar ist. Das lässt vermuten, dass eventuell die in der IV vertraglich geregelte strukturierte Nachsorge für diesen Effekt verantwortlich ist und verweist gleichzeitig auf die Relevanz einer längerfristigen institutionellen Nachsorge im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt nach Knie- bzw. Hüft-TEP.

Literatur

Amelung, V.E., Meyer-Lutterloh, K., Schmid, E., Seiler, R., Weatherly, J.N. (2006): Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren. Von der Idee zur Umsetzung. Berlin: MWV.

Bellamy, N., Buchanan, W.W., Goldsmith, C.H., Campbell, J., Stitt, L.W. (1988): Validation Study of WOMAC: a Health Status Instrument for Measuring Clinically Important Patient Relevant Outcomes to Antirheumatic Drug Therapy in Patients with Osteoarthritis of the Hip or Knee. The Journal of Rheumatology, 15/12. 1833-1840.

Dolderer, M., Güldensupp, H., Amelung, V.E. (2007): Das Projekt zur Integrierten Versorgung Endoprothetik Münster. Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren. In: Weatherly, J., Seiler, R., Meyer-Lutterloh, K., Schmid, E., Lägel, R., Amelung, V. (Hrsg.): Innovative Modelle der Praxis. Berlin: MWV. 73-83.

Klauber, J., Robra, B.-P., Schellschmidt, H. (2006): Krankenhausreport 2005. Schwerpunkt: Wege zur Integration. Stuttgart: Schattauer.

Mühlbacher, A., Ackerschott, S. (2006): Die integrierte Versorgung. In: Wagner, K., Lenz, I. (Hrsg.): Erfolgreiche Wege in die Integrierte Versorgung. Eine betriebswirtschaftliche Analyse. Stuttgart: Kohlhammer. 17-43.

Streibelt, M., Döring, J., Müller-Fahrnow, W. (2007): Behandlung bei Hüft- und Kniegelenkersatz im Rahmen der Integrierten Versorgung. Zwischenbericht. Berlin, Charité Universitätsmedizin.

Verringerung postoperativer Komplikationen durch Vernetzung der Akteure - Eine Analyse bei Patienten mit Hüft- und Knietotalendoprothetik

Thren, K. (1), Streibelt, M. (2)

(1) Klinik Niedersachsen Bad Nenndorf, (2) Charité - Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund

Modelle vernetzter Versorgung werden verstärkt initiiert, um Reibungsverluste an den Versorgungsschnittstellen zu verringern (Klauber et al., 2006). Nach § 140a ff. SGB V besteht die Möglichkeit einer Sektoren übergreifenden Leistungs- und Vergütungsform wie der Integrierten Versorgung (IV). Ziele einer effizienten IV sind die Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen sowie die Gewährleistung einer kontinuierlichen Patientenversorgung (Janus, Amelung, 2004; Amelung et al., 2006). Allerdings ist bislang nicht geklärt, ob dadurch die Behandlungsergebnisse spürbar verbessert werden. Dazu zählt bei operativen Eingriffen in erster Linie die Vermeidung von Komplikationen.

Fragestellung

Anhand eines IV-Modells in der Endoprothetik wird der Frage nachgegangen, ob Patienten nach Knie- oder Hüft-TEP-Implantation aufgrund einer Arthrose eine Verringerung der Komplikationsrate 100 Tage postoperativ aufweisen, wenn sie nach dem Modell der IV behandelt werden.

Methodik

Die Daten entstammen einem Projekt zur Evaluation der IV Endoprothetik, wie sie durch das Diakoniekrankenhaus Annastift, Hannover, und die Rehabilitationsklinik Niedersachsen (KN), Bad Nenndorf, angeboten wird (Streibelt et al., 2007). Das IV-Modell Endoprothetik ist u. a. charakterisiert durch eine enge Zusammenarbeit der Ärzte und Therapeuten von Krankenhaus und Reha-Klinik mit gemeinsamen Qualitätszirkeln und gemeinsamen Visiten im Krankenhaus.

Das Studiendesign folgt einer kontrollierten Verlaufsanalyse. Die Untersuchungsgruppe besteht aus Patienten mit Gon- oder Koxarthrose, die im Rahmen der IV im Annastift operiert und in der KN rehabilitiert wurden (IV-T). Die Kontrollgruppe sind Patienten mit eben dieser Indikation, die in acht umliegenden Krankenhäusern operiert wurden und ebenfalls in der KN eine stationäre Anschlussrehabilitation bekamen (AR-T). Beide Gruppen bekamen einen schriftlichen Fragebogen zu Beginn der Rehabilitation, am Ende und etwa 100 Tage postoperativ vorgelegt. Erfragt wurden in Letzterem unter anderem postoperative Komplikatio-

nen sowie die Ursachen dieser (Lockerung, Dislokation, Infektion, Schmerzen mit Revisions-OP, sonstige Gründe).

Die Bewertung des Einflusses der IV auf die postoperative Komplikationsrate erfolgt durch ein Random Effects Logit Model unter Kontrolle von Bildung, Erst- vs. Wiederholungsoperation, präoperativer Krankenhausdauer und Indikation. Die Krankenhauszugehörigkeit wurde als Random Intercept in das Modell integriert.

Ergebnisse

Von März 2007 bis August 2008 wurden 955 Patienten mit den Einschlusskriterien in der KN rehabilitiert. Davon erreichte die Studienassistenz 691 Patienten. 510 nahmen schließlich an der Studie teil. 10 Patienten wurden nachträglich ausgeschlossen, so dass das Sample aus 500 Studienteilnehmern besteht (IV-T=268; AR-T=242). Von diesen antworteten im Follow-up (90 Tage postOP) noch 233 bzw. 190 Patienten (Responserate: 85 %). Die Teilnehmer waren durchschnittlich 72 Jahre alt, 69 % waren weiblich und 49,6 % litten an einer Gonarthrose.

Die Komplikationsraten waren - wie aus der Tabelle ersichtlich - in der Untersuchungsgruppe geringer als in der Kontrollgruppe. Insgesamt ergaben sich Raten von 8,7 % bzw. 18,8 %. Dieser Unterschied ist auch nach Adjustierung von Erst- bzw. Wiederholungs-OP, Bildung, präoperativer Krankenhausdauer, Indikation und Krankenhaus statistisch signifikant. Damit verringert sich das Risiko, eine Komplikation aufgrund einer Infektion, einer Lockerung oder einer Luxation bzw. starker Schmerzen mit anschließender Revisions-OP zu bekommen, um 55 % bei Teilnahme an der Behandlung nach dem IV-Modell im Vergleich zur Standardbehandlung.

		IV-T		**AR-T**	
		Knie-TEP	**Hüft-TEP**	**Knie-TEP**	**Hüft-TEP**
1	Infektionen	4,8	7,1	17,4	8,3
2	Lockerung	1,0	1,6	6,2	7,1
3	(Hüft-TEP) Luxation		2,4		5,9
	(Knie-TEP) Schmerzen mit Revisions-OP	3,9		7,2	
4	Sonstige Kompikationen	3,9	3,2	10,0	7,1
	Komplikationen gesamt (ohne sonstige)	7,7	9,5	21,7	15,5
		8,7		18,8	
	Adjustiertes Risiko*, Odds Ratio (95 % CI)	0,45 (0,23; 0,88)			

Tab. 1: Komplikationsraten bei Knie- und Hüft-TEP in Abhängigkeit vom gewählten Behandlungsmodell

Anm.: IV-T: Patienten mit Behandlung nach Integrierter Versorgung, AR-T: Patienten mit herkömmlicher Behandlung; *Random Effects Model (Ebene 2: Krankenhauszugehörigkeit), Confounder: Bildung, Erst- vs. Wiederholungsoperation, präoperative Krankenhausdauer, Indikation; Angaben in Prozent

Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass im Bereich der Endoprothetik eine engere Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern, wie sie in IV-Modellen praktiziert wird, sinnvoll ist. Die

begründete Vermutung besteht, dass der kontinuierliche Kontakt der Ärzte untereinander sowie das Wissen der Reha-Klinik um die Patienten schon in deren akutstationärer Phase die Komplikationsraten verringern.

Allerdings sollte berücksichtigt werden, dass das Studiendesign keine abschließende Rückführung dieses Befundes auf die IV zulässt. Es kann lediglich festgestellt werden, dass unter Kontrolle verschiedener Schweregradparameter und zufälliger Effekte durch das Krankenhaus Patienten mit Behandlung nach IV 100 Tage postoperativ statistisch signifikant geringere Komplikationsraten aufweisen als Patienten mit Standardbehandlung.

Literatur

Amelung, V.E., Meyer-Lutterloh, K., Schmid, E., Seiler, R., Weatherly, J.N. (2006): Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren. Von der Idee zur Umsetzung. Berlin, MWV.

Janus, K., Amelung, V.E. (2004): Integrierte Versorgung in Kalifornien - Erfolgs- und Misserfolgsfaktoren der ersten 10 Jahre und Impulse für Deutschland. Gesundheitswesen, 66. 649-655.

Klauber, J., Robra, B.-P., Schellschmidt, H. (2006): Krankenhausreport 2005. Schwerpunkt: Wege zur Integration. Stuttgart, Schattauer.

Streibelt, M., Döring, J., Müller-Fahrnow, W. (2007): Behandlung bei Hüft- und Kniegelenkersatz im Rahmen der Integrierten Versorgung. Zwischenbericht. Berlin, Charité Universitätsmedizin.

Therapiespektrum in der Rehabilitation von Patienten mit Hüft- und Kniegelenksendoprothesen - Ergebnisse einer KTL-Analyse

Gülich, M. (1), Mittag, O. (1), Uhlmann, A. (1), Müller, E. (2), Jäckel, W.H. (1,3)

(1) Abt. Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg i. Br.,
(2) Abt. für Forschungsmethoden, Pädagogische Hochschule Freiburg i. Br.,
(3) Rehaklinikum und Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung, Bad Säckingen

Einleitung

Im Rahmen des Leitlinienprogramms der Deutschen Rentenversicherung Bund (Brüggemann, 2005; Brüggemann, Klosterhuis, 2005) wird ein Projekt zur Entwicklung evidenzbasierter Therapiestandards für die Anschlussheilbehandlung nach Implantation von Hüft- und Kniegelenksendoprothesen (TEP) durchgeführt[*)]. Ziel ist die Bereitstellung von Empfehlungen zur Erreichung einer hohen Qualität der Gesundheitsversorgung. Das Projekt folgt dem typischen Ablauf der Leitlinienprojekte der Deutschen Rentenversicherung (Brüggemann, 2005). Die KTL-Analyse dient als Input für den Expertenworkshop und ist ein wichtiger Schritt, um die aktuelle Versorgungssituation darzustellen und mögliche Verbesserungspotentiale aufzuzeigen.

[*)] Initiiert und gefördert durch die Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Methoden

Für die Analyse wurden aus allen von der DRV Bund belegten Kliniken TEP-Patienten eingeschlossen, die zwischen 1. Januar und 10. November 2007 entlassen wurden. Grundlage für die Analyse ist die Dokumentation der behandelnden Kliniken anhand der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL in der Fassung von Januar 2007).

Die einzelnen Leistungen wurden auf der Basis der Literaturanalyse (siehe Müller et al., 2008) zu insgesamt zwölf Therapiemodulen zusammengefasst.

Ergebnisse

Insgesamt konnten 66.842 KTL-Datensätze von 3.652 Patienten nach Hüftprothesenimplantation (Durchschnittsalter 54,1 Jahre) bzw. 41.459 KTL-Datensätze von 2.186 Patienten nach Knieendoprothesenimplantation (Durchschnittsalter 54,7 Jahre) ausgewertet werden.

Über den gesamten Zeitraum der Rehabilitationsmaßnahme (Behandlungsdauer Hüft-TEP 22,7, Knie-TEP 23 Tagen) erhalten die Patienten im Mittel 16,9 (Knie-TEP 17,5) verschiedene Leistungseinheiten. Die Therapiedichte, d. h. die Anzahl der Leistungseinheiten pro Woche liegt im Mittel bei 29,1 (32,9) Therapieeinheiten. Die Leistungen verteilen sich zu 80,4 % (80,9 %) auf Leistungen, die in den evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM) erfasst werden. In der Indikation Hüft-TEP unterscheiden sich Männer und Frauen hinsichtlich der Anzahl der Therapieeinheiten und Therapiedauer pro Woche nicht. Nach Knie-TEP erhalten Frauen geringfügig mehr Therapieeinheiten (33,3 versus 31,8; t-Test p=0,007), auch die Therapiedauer ist mit 4 % geringfügig höher im Vergleich zu den Männern (t-Test p=0,040)

Die folgenden ETMs wurden für die Rehabilitation nach Knie- und Hüft-TEP formuliert: Bewegungstherapie (unterteilt nach Therapien für Ausdauer, Kraft und Sonstiges), Physiotherapie (trocken, Bewegungsbad), Physikalische Therapie (Kälte, Wärme, Elektrotherapie, Massage, Lymphdrainage), Bewegungsschiene (CPM), Information/Motivation, berufliche Integration, Ernährung, Patientenschulung, Psychologie, soziale und sozialrechtliche Beratung, Ergotherapie/Pflege sowie Organisation der Nachsorge. Tabelle 1 zeigt den Anteil der Patienten, die mindestens eine Einheit aus dem jeweiligen Therapiemodul erhalten haben sowie die mittlere Therapieanzahl pro Woche.

Diskussion

Trotz der unterschiedlichen Indikationen (Hüft- und Knie-TEP) zeigt sich in zentralen Therapiemodulen eine überraschend hohe Übereinstimmung hinsichtlich der Therapiefrequenz. Die einzigen auffälligen Unterschiede ergeben sich für die Anwendung der Bewegungsschiene. Die Ergebnisse lassen es sinnvoll erscheinen, die Therapiestandards für Hüft- und Knie-TEP zusammen zu diskutieren.

In weiteren Schritten werden auf der Basis der Literaturrecherchen, der empirischen Absicherung aus der KTL-Analyse, aus Focusgruppen mit Patienten sowie der Befragung eines Panels von Experten evidenzbasierte Therapieempfehlungen für die medizinische Rehabilitation bei Patienten nach Hüft- und Knieendoprothetik entwickelt.

	Hüft-TEP		Knie-TEP	
Therapiemodule	% (3.652 = 100 %	Mittelwert der Therapie-einheiten pro Woche	% (2.186 = 100 %)	Mittelwert der Therapie-einheiten pro Woche
Physiotherapie	99,5 %	8,1	99,5 %	8,0
Bewegungstherapie	91,6 %	6,3	89,1 %	6,1
Physikalische Therapie	90,8 %	5,8	96,2 %	7,6
Information/Motivation	89,5 %	1,2	89,4 %	1,1
Ergotherapie/Pflege	70,0 %	1,9	61,2 %	2,2
Schulung	55,0 %	0,7	51,0 %	0,7
Ernährungsschulung	30,7 %	0,6	37,8 %	0,6
Soziale und sozialrechtliche Beratung	29,5 %	0,6	31,7 %	0,5
Psychologische Interventio-nen	23,2 %	1,4	26,0 %	1,3
CPM (Bewegungsschiene)	19,4 %	3,2	50,9 %	4,6
Berufliche Integration	18,2 %	0,4	18,2 %	0,4
Organisation der Nachsorge	10,6 %	0,4	9,9 %	0,4

Tab. 1: Anteil der Patienten mit mindestens einer Einheit aus dem Therapiemodul

Literatur

Brüggemann, S. (2005): Das Reha-Leitlinien-Programm der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 99. 47-50.

Brüggemann, S., Klosterhuis, H. (2005): Leitlinien für die medizinische Rehabilitation - eine wesentliche Erweiterung der Qualitätssicherung. RVaktuell, 52 (10/11). 467-475.

Müller, E., Mittag, O., Gülich, M., Jäckel, W.H. (2008): Leitlinie "Rehabilitation bei Patienten mit Hüft- und Kniegelenksendoprothesen". DRV-Schriften, Bd 77. 372-374.

Aktivität und Teilhabe nach Hüft- und Knie-TEP: Evaluation des stationären und poststationären Rehabilitationsverlaufes und Einfluss von Kontextfaktoren

Schaller, A. (1), Froböse, I. (2), Kausch, T. (1)

(1) Kliniken Bad Neuenahr GmbH & Co. KG, (2) Deutsche Sporthochschule Köln

Hintergrund

Die stationäre Rehabilitation im Anschluss an eine Operation mit künstlichem Gelenkersatz setzt ihren Fokus auf eine Verbesserung von Aktivität und Körperfunktionen unter Einbezug des Kontextes, um die Grundlagen für eine Verbesserung der Teilhabe als übergeordnetes Rehabilitationsziel zu legen. Da mit der ICF ein allgemein akzeptiertes Rahmenkonzept für die Rehabilitation vorliegt, sollte diese auch als Grundlage in der Ergebnismessung verwendet werden (BAR, 2008; Farin, 2008). Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Frage,

ob bezüglich Aktivität und Teilhabe Unterschiede im Rehabilitationsverlauf nach Knie- und Hüft-TEP vorliegen und welche Kontextfaktoren den indikationsspezifischen Rehaverlauf beeinflussen.

Methodik

Die Operationalisierung von Aktivität erfolgte mit dem FFbH-OA (Kohlmann et al., 1999) und die der Partizipation mit den Subskalen körperliche Rollenfunktion, emotionale Rollenfunktion und soziale Funktionsfähigkeit des SF-36 (Bullinger, 1998). Beide Komponenten werden strukturell getrennt (Ewert et al., 2002) als kontinuierliche Variablen mittels Varianzanalyse über vier Messzeitpunkte erfasst (T1=Rehabeginn; T2=Rehaende; T3=drei Monate poststationär; T4=zwölf Monate poststationär). Zur Bestimmung des Einflusses von Kontextfaktoren (Alter, Geschlecht, BMI, Kontrollüberzeugung, Gehfähigkeit, Sportaktivität und Bewegungsverhalten vor der Operation) wurde für jeden Messzeitpunkt eine multivariate Varianzanalyse berechnet.

Die Stichprobe umfasst 226 Teilnehmer. 146 Teilnehmer vollzogen die Anschlussheilbehandlung nach Implantation einer H-TEP und 80 nach K-TEP. Die Gruppen zeigen keine Unterschiede im Alter (p=0,641) und der Geschlechtsverteilung (p=0,094).

Ergebnisse

Aktivität verbessert sich im Rehabilitationsverlauf signifikant (p=0,000) und es zeigt sich ein Einfluss der Indikation (p=0,000). Zu T1 und T2 weisen Kniepatienten signifikant höhere Werte auf und zu T4 Hüftpatienten (p=0,012). Effekte während der stationären Rehabilitation sind bei Knie- und Hüftpatienten als gering bis mittel zu bewerten. Zwischen T2 und T3 weisen Hüftpatienten hohe (d=1,06) und Kniepatienten mittlere Effekte auf (d=0,76), zwischen T3 und T4 ist die Verbesserung bei Hüftpatienten gering und bei Kniepatienten nicht signifikant.

Die Skalen zur Partizipation zeigen unabhängig von der Indikation signifikante Verbesserungen. Körperliche Rollenfunktion zeigt den größten Effekt (d=1,06). Soziale Funktionsfähigkeit (d= 0,70) und emotionale Rollenfunktion (d=0,33) zeigen zwischen T3 und T4 keine signifikanten Veränderungen mehr.

Bei Hüftpatienten hat zu T1 und T2 das Geschlecht einen geringfügigen bis mittleren Einfluss auf die Aktivität. Zu T2 zeigt sich zudem ein Einfluss der Kontrollüberzeugung ($\eta 2$=0,074). Alter beeinflusst die Teilhabe ($\eta 2$=0,114) zu T4 und Aktivität zu T3 und T4 ($\eta 2$>0,200). Präoperative Gehfähigkeit zeigt Einfluss auf Aktivität ($\eta 2$=0,110) und Teilhabe ($\eta 2$=0,114) zu T3 und der BMI auf die Aktivität zu T4 ($\eta 2$=0,174). Bei Kniepatienten zeigen die Kontextfaktoren zu keinem Messzeitpunkt Einfluss auf die Aktivität. Lediglich zu T1 zeigen Alter ($\eta 2$=0,168), Geschlecht ($\eta 2$=0,230) und präoperative Sportaktivität ($\eta 2$=0,264) großen Einfluss auf das Ausmaß der präoperativen Teilhabe.

Diskussion & Ausblick

Die deutlichsten Verbesserungen Aktivität und Partizipation zeigen sich bis drei Monate poststationär. Indikationsspezifische Unterschiede der Aktivität sind durch postoperative Bewegungsverbote nach H-TEP zu erklären. Dennoch kommt es während der stationären Rehabilitation auch bei H-TEP Patienten zu einer deutlichen Verbesserung der Aktivität, was primär auf das Erlernen eines spezifischen Bewegungsverhaltens mit Hilfsmittelversorgung

zurückzuführen ist. Bezüglich der Teilhabe zeigen sich Unterschiede im Verlauf der Subskalen. Körperliche Rollenfunktion zeigt die größte Verbesserung, liegt jedoch zu allen vier Messzeitpunkten unter den Werten der anderen Skalen.

Bei Knie- und Hüftpatienten zeigen verschiedene Kontextfaktoren zu einzelnen Messzeitpunkten Einfluss auf Aktivität bzw. Teilhabe. Es konnte kein Einflussfaktor identifiziert werden, der den gesamten Rehabilitationsverlauf beeinflusst.

Literatur

Bullinger, M. (1998): SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand - Handbuch. Göttingen: Hogrefe-Verlag.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2008): ICF-Praxisleitfaden 2. Frankfurt/Main.

Ewert, T., Cieza, A., Stucki, G. (2002): Die ICF in der Rehabilitation. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin, 12. 157-162.

Farin, E. (2008): Patientenorientierung und ICF-Bezug als Herausforderung für die Ergebnismessung in der Rehabilitation. Die Rehabilitation, 47. 67-76.

Kohlmann, T., Richter, T., Heinrichs, K., Peschel, U., Knahr, K., Kryspin-Exner, I. (1999): Entwicklung und Validierung des Funktionsfragebogens Hannover für Patienten mit Arthrosen der Hüft- und Kniegelenke (FFbH-OA). DRV-Schriften, Bd 12. 40-42.

"Leiden ohne Liebe? Lieben ohne Leiden!" Deskriptive Studie zum Sexualverhalten von orthopädischen AHB-Patienten

Höltershinken, C.

Dörenberg Klinik, Bad Iburg

Hintergrund

In der orthopädischen Fachliteratur gibt es keine Angaben zum Sexualverhalten der Patienten, denen ein künstliches Hüftgelenk implantiert wurde oder die an einem lumbalen Bandscheibenvorfall operiert worden sind. Durch verbesserte Operationsmethoden, optimierter Endoprothetik und dem demographischen Wandel nimmt nicht nur die absolute Patientenzahl zu, sondern auch die Altersspannbreite.

Die Leitsymptome in dieser Patientenkohorte sind Schmerz und Bewegungseinschränkung speziell in der Lenden-Becken-Hüft-Region.

Ob sich diese Symptome negativ auf das Sexualverhalten der Patienten auswirken und ob konsequenterweise postoperativ eine Verbesserung eingetreten ist, wurde in dieser Studie deskriptiv untersucht.

Methode

Es wurden zwei Fragebögen [FB] erstellt: Der erste bezieht sich auf das Sexualverhalten des Patienten ein halbes Jahr vor der Hüft- beziehungsweise Bandscheiben-Operation, der zweite stellt Fragen zum Sexualverhalten ein halbes Jahr nach der Operation. Die erhobenen Daten wurden in Relation zu klinischen und anamnestischen Fakten gesetzt.

An zwei orthopädischen Rehabilitationskliniken wurden insgesamt 349 erste FB verteilt. Die Rückflussrate betrug 73,6 % (257 Responder). Davon zählten 49,4 % zum drop out (n=127). In deutlicher Mehrheit waren hier weibliche Patienten des höheren Lebensalters nach Hüft-TEP-Implantation ohne Sexualpartner ("treue Witwen") vertreten. 50,6 % der Responder erhielten den zweiten FB zugeschickt. Dieser wurde 54 Mal nicht zurück geschickt (41,5 % t2 Non-Responder). 76 Patienten (58,5 % t2 Responder) machten auch im zweiten FB detaillierte Angaben zu ihrem postoperativen Sexualverhalten.

Ergebnisse

Die Auswertung zeigt, dass - bei adäquater Ansprache - das Thema Sexualität vom Patienten nicht tabuisiert wird. Es besteht ein Bedürfnis nach Aufklärung und Information. Zum Beispiel wollen die Patienten wissen, wann sie nach der Operation wieder Beischlaf haben dürfen und ob es zu vermeidende Stellungen gibt.

Führend bei den Angaben der Ursachen für die Qualitätseinbuße beim Sex ist die Schmerzhaftigkeit, Frauen leiden hier stärker als Männer. Postoperativ gaben 40 % der Patienten an, dass sich ihr Sexualleben qualitativ verbessert hätte.

Fazit

Die Sexualität eines Menschen kann nicht unikausal betrachtet werden. Vielmehr ist sie eine biologisch, psychologisch und sozial determinierte Erlebnisdimension. Das heißt für diese Studie, der die Sexualität beeinflussende Faktor war nur in vereinzelten Fällen das orthopädische Grundleiden allein. Es liegt eine multifaktorielle Genese vor.

Für Patienten, die in einer intakten Partnerschaft leben, ist es nicht unmöglich, trotz ihres Hüft- oder Bandscheiben-Leidens befriedigende Sexualpraktiken zu finden.

Gerade von dem nicht selten multimorbiden orthopädischen Patienten wird eine Sexualberatung gewünscht.

Die berufliche Wiedereingliederung nach neurologischen Erkrankungen: Ergebnisse aus dem MBO®-Neurologie-Konzept

Pohl, M., Hipler, C., Presl, A.
Klinik Bavaria, Kreischa

Hintergrund und Ziele

Die Wiedereingliederung am bisherigen Arbeitsplatz (WA) beim Arbeitgeber ist besonders nach akuten neurologischen Erkrankungen ein komplizierter Prozess (Paduch et al., 2006; Schupp, 2006; Spranger, Sutter, 2007). Lange Arbeitsunfähigkeiten führen beim Patienten und Arbeitgeber zu Unzufriedenheit und verschlechtern die Möglichkeiten der Steuerung des Verfahrens für die gesetzlichen Sozialversicherungsträger (Paduch et al., 2006; Schneider, Michalak, 2007).

Ziel des MBO®-Neurologie-Konzepts ist eine Optimierung des Rehabilitationsverfahrens für Patienten, Arbeitgeber und Rentenversicherungsträger.

Methoden

In dem für die Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland, Leipzig (DRV-M) entwickelten MBO®-Neurologie-Konzept wurden alle Patienten mit bestehendem Arbeitsverhältnis, die seit dem 21.11.2003 zur stationären neurologischen Rehabilitation der Phase D mit der DRV-M als Leistungsträger in die Klinik Bavaria in Kreischa aufgenommen wurden, eingeschlossen. Alle Patienten, die der Teilnahme an dem Verfahren zustimmten, wurden im Anschluss an die stationäre Rehabilitation bis zu 12 Monaten oder bis zur WA betreut. Die stationäre Betreuung beinhaltete neben dem indikationsspezifischen Rehabilitationsverfahren arbeitsmedizinische Untersuchungen und Beratungen einschließlich arbeitsmedizinischer Leistungsdiagnostik sowie eine individuelle Betreuung durch Fallbetreuer, die im Auftrag der Patienten die Zusammenarbeit mit dem Arbeitgeber und anderen am Verfahren Beteiligten herstellte; erforderlichenfalls wurde eine stationäre Belastungserprobung durchgeführt. Die nachstationäre Betreuung erfolgte durch regelmäßige Kontakte zum Patienten, zu Ärzten und zum Arbeitgeber (auch am Arbeitplatz). Außerdem fand eine fachliche Abstimmung zwischen den Ärzten der Klinik und den Hausärzten bzw. Fachärzten statt. Aufgabe des MBO®-Neurologie-Teams war die Steuerung des Verfahrens in Zusammenarbeit mit dem Arbeitgeber, dem Hausarzt und ggf. Facharzt und der DRV-M.

Ergebnisse

Zwischen 21.11.2003 und 31.08.2008 erfüllten anhand der Anmeldungsunterlagen 1.120 Patienten die Einschlusskriterien zur Aufnahme in das Konzept. Davon stimmten 836 Patienten einer Teilnahme am Konzept zu. Bei 55 Patienten wurde das Konzept aufgrund einer Verletzung der Einschlusskriterien (z. B. zwischenzeitlich eingetretene Arbeitslosigkeit, Wechsel der Indikation zur stationären Rehabilitation, Tätigkeit als Minijob) vor Zustimmung zum Konzept nicht angewendet und 229 Patienten verweigerten die Teilnahme am Konzept.

Von den 836 Patienten (198/638 weiblich/männlich) handelte es sich primär bei 618 Patienten (73,9 %) um eine Anschlussheilbehandlung und bei 218 Patienten um ein allgemeines Heilverfahren (26,1 %). Das Durchschnittsalter betrug 46±10 Jahre. Die Indikationsdiagnosen waren 40,1 % Schlaganfälle, 20,0 % Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes, 24,9 % Krankheiten des Nervensystems, 10,6 % Verletzungen und Vergiftungen des Gehirns und 4,4 % andere Erkrankungen. Von den 836 Patienten waren bis zum 31.08.2008 784 Verfahren abgeschlossen und 52 Verfahren noch in der Fallbetreuung.

Von den abgeschlossenen Verfahren waren 434 Patienten (55,4 %) in alter Tätigkeit am bisherigen Arbeitsplatz und 43 Patienten (5,5 %) an einem leidensgerechten Arbeitsplatz beim bisherigen Arbeitgeber 6h und mehr integriert. 13 Patienten (1,6 %) konnten trotz Erreichen der Arbeitsfähigkeit von 6h und mehr nicht beim bisherigen Arbeitgeber weiterbeschäftigt werden. Von den 46 Patienten (5,9 %), die eine Arbeitsfähigkeit zwischen 3 und unter 6h erreichten, wurden 42 Patienten (5,4 %) beim bisherigen Arbeitgeber weiterbeschäftigt. 248 der 784 Patienten (31,6 %) waren bei Abschluss des Verfahrens nicht in der Lage, die Tätigkeit beim bisherigen Arbeitgeber wieder aufzunehmen. Von diesen 248 Patienten waren 83 Patienten aufgrund Ihres Leistungsvermögen in der Lage, eine vollschichtige Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aufzunehmen. Die Dauer des Verfahrens betrug bei den 784 abgeschlossenen Fällen durchschnittlich 137±93 Tage und war bei 34,0 % bis 90 Tage, bei 39,7 % 91-180 Tage, bei 16,7 % 181-270 Tage und bei 9,6 % mehr als 270 Tage.

Schlussfolgerungen

Die vollschichtige berufliche Wiedereingliederungsrate beim bisherigen Arbeitgeber kann mit über 60 % im Vergleich zu vergleichbaren Kollektiven als sehr gut bemessen werden (Claros-Salinas, Greitemann, 2005; Paduch et al., 2006; Spranger, Sutter, 2007). Erwartungsgemäß waren die Verfahrensdauer bis zur Wiedereingliederung bei diesem Patientenkollektiv sehr hoch (bei rund 2/3 der Patienten über 3 Monate) und die Verfahrenssteuerung aufwändig. Einschränkend ist die fehlende Vergleichsgruppe hervorzuheben. Trotzdem stellt das MBO®-Neurologie-Konzept einen viel versprechenden Ansatz in der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz bei Patienten mit neurologischen Erkrankungen dar.

Literatur

Claros-Salinas, D., Greitemann, G. (2005): Zeitliche Verläufe der beruflichen Wiedereingliederung bei neurologischen Patienten. DRV-Schriften, Bd 59. 249-251.

Paduch, T., Ließ, J., Greulich, W. (2006): Ambulante Rehabilitation als integrativer Bestandteil eines Konzeptes der beruflichen Wiedereingliederung von Patienten mit Schädel-Hirn-Trauma. In: Müller-Fahrnow, W., Hansmeier, T., Karoff, U. (Hrsg.): Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Pabst. 129-135.

Schneider, J., Michalak, M. (2007): Probleme mit der Arbeitswelt - zunehmend ein Thema für Patienten? DRV-Schriften, Bd 72. 240-241.

Schupp, W. (2006): Medizinisch-berufliche Orientierung in der neurologischen Rehabilitation. In: Müller-Fahrnow, W., Hansmeier, T., Karoff, M. (Hrsg.): Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Pabst. 386-388.

Spranger, M., Sutter, M. (2007): Berufliche Reintegration nach medizinisch-beruflicher Rehabilitation. DRV-Schriften, Bd 72. 234-236.

Berufsorientierte Behandlung schriftlicher Textproduktion bei Patienten mit aphasischen und nicht-aphasischen Sprachstörungen

Claros-Salinas, D., Greitemann, G.
Kliniken Schmieder Konstanz

Ziel

Die Fähigkeit, Texte zu schreiben, ist eine wichtige Qualifikation für Ausbildung und zahlreiche Berufsfelder. Schriftliche Textproduktion erfordert ein komplexes Interagieren sprachlicher und nicht-sprachlicher Leistungen: semantisch-lexikalisches, syntaktisches wie graphematisches Wissen, Weltwissen, (Arbeits)gedächtnis und exekutive Funktionen wie (Vor-)Planung oder angemessene Berücksichtigung des situativen Kontexts.

Ein Training der schriftlichen Textproduktion wird für diejenigen Patienten relevant, deren hirnschädigungsbedingte Einbußen eher geringgradig sind und deren Potenzial für eine schulische oder berufliche Rehabilitation entsprechend höher ist. Da bislang systematische Trainingsmethoden nicht beschrieben sind, zielt unsere Studie auf die Entwicklung und erste Evaluation eines störungsspezifischen Therapieansatzes.

Methode

Die Therapie war individuell auf die berufliche Teilhabe der Patienten zugeschnitten und berücksichtigte Unterschiede des Störungsprofils von Patienten mit aphasischen wie nicht-aphasischen Leistungsbeeinträchtigungen.

Folgende Übungsphasen werden unterschieden:

a) Entwicklung berufsrelevanter Aufgabenstellungen je nach individueller Anforderung für schriftliche Textproduktion (Protokoll, Bericht, offizielle Anschreiben, Textzusammenfassung etc.).

b) Planung der Textstruktur durch (i) Beschreibung des Rahmens oder Settings, (ii) Sammeln wesentlicher Informationen / Erstellen einer Propositionsliste, (iii) Gliedern unter Berücksichtigung eines vorgegebenen Rahmens.

c) Motivieren für eine möglichst spontane, rasche Textproduktion anhand der Propositionslisten und unter Beachtung allgemeiner Verständlichkeitsmerkmale: Einfache Formulierungen und kurze Darstellungen.

Für Patienten mit Aphasie wurden zur Kompensation semantisch-lexikalischer Unsicherheiten Hilfen vermittelt wie Synonymfunktion der PC-Textverarbeitung, Zusammenstellung einer Wortliste mit umgangsprachlichen, für aphasische Patienten rasch abrufbaren Formulierungen und deren schriftsprachlicher Entsprechung (z. B. brauchen -> benötigen oder machen -> erledigen), Erarbeiten eines beruflichen Fachwortglossars oder Textbausteine anhand beruflichen Materials.

Patienten mit nicht-aphasischen Störungen wurden zusätzlich Beurteilungsaufgaben (kurze Texte ähnlichen Inhalts, die unterschiedlich komplex formuliert waren) zur Verdeutlichung der Verständlichkeitsmerkmale angeboten.

d) Einübung in kontrollierende Analysen des geschriebenen Texts:

   (i) Anleiten zu Perspektivwechsel: anhand von Fragen wie "Was ist dem Leser bekannt, was kann er wissen?", "Was ist zu erläutern? Was kann voraussetzungslos eingeführt werden?" wurde dem Patienten vermittelt, die Perspektive des intendierten Rezipienten einzunehmen, für den der Text eine Verständnis-Anforderung darstellt.

   (ii) Anleiten zu Kohärenz-Kontrolle: dem Patienten wurde vermittelt, lokale Kohärenzbeziehungen zu beurteilen, indem er prüfte, inwieweit der Übergang zwischen einzelnen Sätzen klar, eindeutig und damit u. a. kohäsiv stimmig ist.

   (iii) Anleiten zu abschließender Kontrolle globaler Verständlichkeitsmerkmale: Einfachheit, Kürze, Ordnung.

Die schriftliche Textproduktionsleistung der Patienten wurde in einer Bildbeschreibungsaufgabe vor und nach Therapie orientierend diagnostisch erhoben. Bewertet wurden textstrukturelle Merkmale wie Kohärenz, thematische Gliederung der Propositionsfolge, Verhältnis wesentlicher zu unwesentlicher Propositionen, Vollständigkeit der Beschreibung ebenso wie allgemein sprachliche Maße wie Textlänge, Leistung pro Zeit, semantisch-lexikalische und syntaktische Korrektheit.

Stichprobe

Fünf Patienten mit leichten aphasischen Störungen (2 w / 3 m; Altersmittelwert: 31; Schulbildung: 3 mittlerer Schulabschluss, 2 Abitur; Ätiologie: 4 CVE, 1 SHT; Zeit nach Ereignis/Mittelwert: 20 Monate) vs. fünf Patienten mit nicht-aphasischen Störungen (2 w / 3 m; Altersmittelwert: 41; Schulbildung: 1 mittlerer Schulabschluss, 4 Abitur; Ätiologie: 2 CVE, 2 Tumor, 1 Hypoxie ; Zeit nach Ereignis/Mittelwert: 31 Monate)

Ergebnisse

Für beide Subgruppen waren Leistungsverbesserungen nachweisbar. Die Subgruppe "Aphasie +" zeigte bei wenig textstrukturellen Auffälligkeiten v. a. Reduzierungen sprachsystematischer Fehler. Für die Subgruppe "Aphasie -" waren v. a. Verbesserungen der Textstruktur (klarere Gliederung, weniger unwesentliche Details, kürzere Texte) beobachtbar.

Diskussion

Trotz der Erfordernis individueller berufsorientierter Therapieansätze ist der Nachweis von Leistungsveränderungen mit eher einfachen (text)linguistischen Verfahren möglich.

Literatur

Claros-Salinas, D., Greitemann, G. (1997): Schriftliche Textproduktion bei Aphasikern und Patienten mit frontaler Hirnläsion. Aphasie und verwandte Gebiete, Vol. 11, 1/1997. 6-18.

Claros-Salinas, D., Greitemann, G. (2006): Berufliche Rehabilitation von Menschen mit zentralen Sprach- und Sprechstörungen. Aphasie und verwandte Gebiete, Vol. 20, 3/2005 & 1/06. 15-33.

Fahreignung nach neurologischen Erkrankungen: Fahrverhalten und Therapie

Küst, J. (1), Jacobs, U. (2), Karbe, H. (2)

(1) Kliniken Schmieder, Gailingen, (2) NRZ Godeshöhe, Bonn

Hintergrund

Neurologische Erkrankungen können auf unterschiedliche Art und Weise die Fahreignung der Betroffenen einschränken, wodurch Barrieren für die Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben entstehen. Das Ausmaß dieser Problematik und deren mögliche Auswirkungen auf die berufliche Teilhabe wurde in einer ersten Untersuchung erfasst, an welcher 694 Patienten der neurologischen Rehabilitationsphase D teilnahmen. Die Fahreignung war entsprechend den medizinischen Beurteilungskriterien bei 45 % der Patienten nicht gegeben, entsprechend der neuropsychologischen Beurteilungskriterien bei 53 % der Patienten. Eine Abhängigkeit der Fahreignung von Alter oder Geschlecht konnte nicht festgestellt werden. In Bezug auf die berufliche Tätigkeit stellte die fehlende Fahreignung für 61 % der Patienten eine deutliche Einschränkung bei der Erreichung des Arbeitsplatzes dar, von wesentlich größerer Bedeutung war jedoch die Tatsache, dass 44 % aller untersuchten Patienten ein Kraftfahrzeug im Rahmen ihrer Berufstätigkeit nutzen mussten, davon 65 % täglich. Durch das Ausmaß der mangelnden Fahreignung sowie die Bedeutung der Fahreignung für die Berufstätigkeit der untersuchten Patienten konnte gezeigt werden, dass ein hoher Interventionsbedarf besteht.

Methode

Die Zielsetzung der im Folgenden dargestellten Untersuchung war es somit, ein Therapieverfahren zur Verbesserung der Fahreignung bei neurologischen Erkrankungen zu entwickeln und zu evaluieren. Hierfür wurde eine randomisierte Kontrollgruppenstudie durchgeführt. Neben den psychometrischen Untersuchungsergebnissen wurde eine standardisierte praktische Fahrverhaltensprobe (90 min.) als Ausgangspunkt für ein 3-wöchiges individuelles praktisches Fahrtraining mit einer Fahrschule eingesetzt, welches die Experimentalgruppe (n=30) zusätzlich zu dem auf ihre neuropsychologischen Defizite abgestimmten neuropsychologischen Funktionstraining erhielt. Die Kontrollgruppe (n=30) führte neben täglichem neuropsychologischen Training eine Placebointervention durch. Abgeschlossen wurde die Untersuchung nach der Interventionsphase durch eine erneute neuropsychologische Diagnostik und Fahrverhaltensprobe (mit jeweils anderen -verblindeten- Fahrlehrern und Protokollanten).

Ergebnisse

Es bestanden keine signifikanten Unterschiede in den soziodemographischen Daten zwischen Kontroll- und Experimentalgruppe. Ein Ausschluss des Teilnehmers von der Studie erfolgte, wenn keine kognitive Einschränkung festgestellt wurde. Die Randomisierung erfolgte nach der ersten Fahrverhaltensprobe.

In den Kategorien "Fahrkompetenz", "Sicherheitsgefühl" und "Emotionale Stabilität", welche vom Fahrlehrer und vom Protokollanten beurteilt wurden, verbesserte sich die Experimen-

talgruppe von der Eingangsfahrprobe zur Abschlussfahrprobe signifikant stärker als die Kontrollgruppe.

Ergänzend wurde ein Bußgeldbetrag errechnet, um das Ergebnis der Fahrverhaltensproben an einem Außenkriterium zu verdeutlichen. Mit dem Bußgeld wurde zudem eine Gewichtung der Verkehrsverstösse erreicht. Für alle inkorrekten Situationen der Fahrverhaltensprobe wurde der entsprechende Bußgeldbetrag (Bundeseinheitlicher Tatbestandkatalog 03/08) erfasst und unter anderem zu einem Gesamt-Bußgeld addiert.

Es zeigte sich ein signifikanter Haupteffekt für den Faktor "Zeit" (df=1, F=11.196 p=.000) sowie eine signifikante Interaktion von ‚Gruppenzugehörigkeit' x "Zeit" (df=1, F=8.589 p=.005) dahingehend, dass die Experimentalgruppe von dem zusätzlichen praktischen Fahrtraining stärker profitierte als die Kontrollgruppe von dem üblichen neuropsychologischen Funktionstraining.

Fazit

In dieser randomisierten Kontrollgruppenuntersuchung konnten wir nachweisen, dass bereits ein 3-wöchiges praktisches Fahrtraining die Fahreignung in verschiedenen Kategorien signifikant verbessern kann. Der Vergleich zur Kontrollgruppe zeigte, dass das zusätzliche Fahrtraining dem neuropsychologischen Funktionstraining bezüglich der Fahreignung deutlich überlegen ist. Die Therapie der Fahreignung kann so zu einer besseren Wiedereingliederungschance in das berufliche und soziale Leben beitragen, so dass eine Diskussion über Finanzierungsmöglichkeiten für diese Therapiemaßnahmen auf dem Hintergrund der dargestellten Studienergebnisse wünschenswert wäre.

Differenzielle Kortikale Aktivierung während Bewegungsbeobachtung und -vorstellung

Wenkeler, V. (1), Hassa, T. (2), Hamzei, F. (3), Weiller, C. (3), Tüscher, O. (3), Dettmers, C. (4)

(1) Kliniken Schmieder, Allensbach, (2) Kliniken Schmieder, Gailingen, (3) Neurologische Universitätsklinik Freiburg, (4) Kliniken Schmieder, Konstanz

Einleitung

Bewegungsbeobachtung und Bewegungsvorstellung werden als neue Therapieoptionen in der neurologischen Rehabilitation angesehen (De Vries, Mulder, 2007; Sharma et al., 2006). Im Zentrum steht dabei ein System von Spiegelneuronen, die sowohl bei der Beobachtung als auch bei der Ausführung von Bewegung aktiviert sind. Diese System überlappt sich weitgehend mit dem für die motorische Exekutive, was vermutlich den fazilitierenden Effekt in der neurologischen Rehabilitation erklärt. Es gibt zahlreiche Untersuchungen mittels funktioneller Bildgebung, die entweder das Netzwerk darstellen, das zur Beobachtung notwendig ist oder das Netz, das zur Bewegungsvorstellung aktiviert wird (Lotze, Halsband, 2006). Es gibt jedoch nur wenige Studien, die dies gleichzeitig innerhalb einer Studie dargestellt haben (Piefke et al., 2008).

Fragestellung

Wir wollten mittels funktioneller Kernspintomographie replizieren, welche Strukturen während der Beobachtung aktiviert werden und welche während der gleichzeitigen Beobachtung und Vorstellung von Bewegung aktiviert werden und was den Unterschied zwischen beiden Netzwerken und Prozessen ausmacht.

Material und Methoden

Probanden:
Es wurden 26 gesunde 19- bis 79-jährige, rechtshändige Probanden untersucht.

Aufgabe:
Während der Durchführung des fMRT bekamen die Probanden Videos von objektbezogenen Handbewegungen präsentiert, die sie abwechselnd jeweils in Blöcken entweder nur anschauen sollten (Bedingung A), oder anschauen und sich dabei vorstellen sollten, die Bewegung selbst auszuführen (Bedingung B).

Die dargestellten Bewegungen waren einfache rechtshändische Handlungen wie eine Flasche aufschrauben, aus eine Flasche in ein Glas einschenken etc.. Weiterhin wurde den Probanden als Kontrollbedingung ein Fixationskreuz in der Mitte des Bildschirms dargeboten, das sie jeweils nur betrachten sollten.

Datensammlung:
Die fMRT-Messungen erfolgten an einem 1,5 T Philips Gyroscan NT unter Anwendung paralleler Bildgebungstechnik.

Datenauswertung:
Die Daten wurden mit SPM5 verarbeitet und analysiert. In einem ‚flexible design' wurden die Haupteffekte für die einzelnen Bedingungen berechnet. Die Bewegungsbeobachtung mit gleichzeitiger Imagination wurde direkt gegen die reine Bewegungsbeobachtung auf Videos kontrastiert

Ergebnisse

Während beider Aufgaben fand sich eine bihemisphärische umfangreiche Aktivierung im präfrontalen Kortex, im dorsalen und ventralen prämotorischen Kortex, in der supplementärmotorischen Area (SMA) im superioren und inferioren parietalen Kortex und den primären und sekundären visuellen Arealen (Fig. 1). Der differenzielle Kontrast zwischen (Beobachtung plus Vorstellung) versus Beobachtung ergab eine bilaterale symmetrische Aktivierung im inferioren parietalen Kortex und im ventrolateralen prämotorischen Kortex. Ferner fanden sich eine Aktivierung im rechten Cerebellum und im Ncl. Caudatus auf der linken Seite.

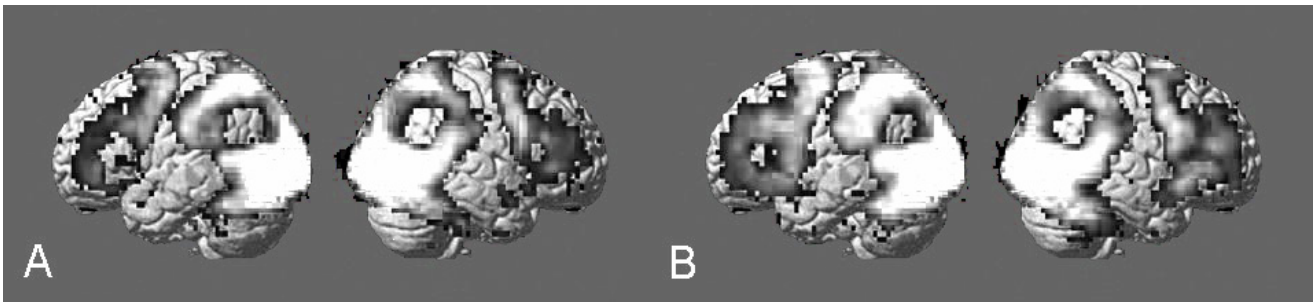


Fig. 1: Aktivierung während der Beobachtung (A) und während der kombinierten Beobachtung und Vorstellung von Handbewegungen.

Diskussion

Bewegungsbeobachtung und -vorstellung greifen offensichtlich auf sehr ähnliche Netzwerke zurück. Die Aktivierung erscheint bei der kombinierten Bewegungsbeobachtung und Bewegungsvorstellung etwas stärker und umfangreicher, insbesondere im prämotorischen Kortex, als bei der Beobachtung alleine. Die Aktivierung im differenziellen Kontrast entspricht am ehesten dem Spiegelneuronensystem. Die Involvierung des Cerebellums in die Bewegungsvorstellung entspricht vermutlich der Feinabstimmung von Bewegungsparametern und/oder einer Efferenzkopie des Bewegungsmusters. Die Bedeutung des Ncl. caudatus für die Bewegungsvorstellung kann nur hypothetisch diskutiert werden. Klinische Studien müssen zeigen, in welcher Form (Videotraining, Spiegeltherapie), zu welchem Zeitpunkt (subakute Phase, chronisch) und für welche Patienten diese neuen Trainingsformen in existierende Rehabilitationsstrukturen eingesetzt werden können.

Literatur

De Vries, S., Mulder, T. (2007): Motor imagery and stroke rehabilitation: a critical discussion. J Rehabil Med, 39. 5-13.

Lotze, M., Halsband, U. (2006): Motor imagery. J Physiol, 99. 386-395.

Piefke, M., Kramer, K., Korte, M., Schulte-Rüther, M., Korte, J.M., Wohlschläger, A.M., Weber, J., Shah, N.J., Huber, W., Fink, G.R. (2008): Neurofunctional modulation of brain regions by distinct forms of motor cognition amd movements features. Human Brain Mapping.

Sharma, N., Pomeroy, V.M., Baron, J.C. (2006): Motor imagery: a backdoor to the motor system after stroke. Stroke, 37. 1941-1952.

Welche Faktoren beeinflussen die weitere Versorgung von Schlaganfallpatienten mit ambulanten Heil- und Hilfsmitteln nach stationärer neurologischer Rehabilitation? - Eine Langzeitstudie

Hoeß, U. (1), Schupp, W. (2), Schmidt, R. (2), Gräßel, E. (3)

(1) Krankenhaus Rummelsberg, Neurologische Klinik, Erlangen,
(2) Abteilung für Neurologie, Fachklinik Herzogenaurach, Klinik für Rehabilitationsmedizin,
(3) Bereich Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Psychiatrische und Psychotherapeutische Klinik, Universitätsklinikum Erlangen,

Hintergrund

Durch die Zunahme der Lebenserwartung muss schätzungsweise jährlich allein in den Ländern der Europäischen Union mit über einer Million neuer Schlaganfälle gerechnet werden (Hankey, Warlow, 1999). Nachweislich entstehen bei dieser Erkrankung mit Aufenthalt im Akutkrankenhaus, nachfolgender stationärer Rehabilitation und meist anschließender ambulanter Nachsorge hohe Kosten (Kolominski-Rabas et al., 2006). Oft ist eine jahrelange ambulante Heil- und Hilfsmittelversorgung notwendig (Thorsen et al., 2005).

Methode

In diese prospektive Langzeitstudie wurden 71 Schlaganfallpatienten aus dem Großraum Erlangen-Nürnberg-Fürth (Bayern) aufgenommen, die aus der stationären Rehabilitation der Phase C der Fachklinik Herzogenaurach in die häusliche Weiterversorgung entlassen worden waren. Das Durchschnittsalter der 71 Studienteilnehmer (46 Männer, 25 Frauen) betrug 72,2 ± 9,4 Jahre. Ausgehend von den während der stationären Rehabilitation angewandten und den im Entlassungsbericht empfohlenen Therapien (T0) wurden sechs Monate nach Klinikentlassung (T1) eine Untersuchung der Patienten und eine Befragung der Angehörigen im häuslichen Umfeld durch einen wissenschaftlichen Mitarbeiter der Klinik durchgeführt. In die Auswertung einbezogen wurden neben der aktuellen Heilmittelverordnung Daten zur Pflegesituation, zur Häufigkeit der Arztbesuche und zur gesundheitlichen Beeinträchtigung des Schlaganfallpatienten, erfasst durch Barthel-Index, gesundheitsbezogene Lebensqualität SF36 und FIM. Im Mittel 31,1 Monate nach Klinikentlassung (SD: 2,8 Monate; Spannweite: 27 bis 36 Monate) wurden die Patientenangehörigen telefonisch zur aktuellen Heil- und Hilfsmittelsituation, zur Pflegesituation, zu erneuten Schlaganfallereignissen und zwischenzeitlichem Klinikaufenthalt interviewt (T2). In einem weiteren Schritt wurde mit verschiedenen statistischen Methoden (bi- und multivariate Analyse, binäre logistische Regression) nach möglichen Einflussfaktoren auf die (Weiter-)Verordnung von Krankengymnastik oder Mehrfachheilmitteln gesucht.

Ergebnisse

Nach sechs Monaten (T1) erhielten 61 % der zu Hause lebenden Schlaganfallpatienten Krankengymnastik, 26 % Ergotherapie, 18 % Sprachtherapie sowie 23 % sonstige physikalische Therapien. Zum Zeitpunkt T2 bekamen noch 27 Patienten (57 %) mindestens eine Heilmittelverordnung, mehrere Heilmittel (Mehrfachheilmittelverordnungen) erhielten 15 Patienten (32 %), wobei die Kombination Krankengymnastik mit Ergotherapie (7 Patienten, 15 %) am häufigsten vorkam. Zu allen drei Erhebungszeitpunkten erhielten 25 Patienten (35 %) durchgehend Krankengymnastik und 9 Patienten (13 %) durchgehend Ergotherapie. Zum Zeitpunkt T2 waren 40 Patienten (85 %) mit Hilfsmitteln versorgt. Am häufigsten wurden Hilfsmittel zur Verbesserung der Mobilität genutzt, am meisten Rollator/Gehwagen (24 Patienten, 60 %) sowie Hilfsmittel zur Hygiene/Körperpflege/Ausscheidung, hier insbesondere der Badewannenlifter (24 Patienten, 60 %).

Fasst man die Ergebnisse der explorativen Statistik (Hoeß et al., 2008) zusammen, so erhielten im Langzeitverlauf jüngere, körperlich mehr, aber psychisch weniger beeinträchtigte Schlaganfallpatienten im ambulanten Bereich eher Mehrfachheilmittelverordnungen. Die Empfehlungen der vorbehandelnden Ärzte der Rehabilitationsklinik fanden im Hinblick auf die Mehrfachverordnung von Heilmitteln in den ersten sechs Monaten Berücksichtigung. Auf das Verordnungsverhalten der weiterbehandelnden Ärzte hatten Parameter der Pflegesituation wie Pflegestufe, Pflegekomplikationen und Belastung der pflegenden Angehörigen keinen Einfluss. Das Vorhandensein von Hilfsmitteln reduzierte die Mehrfachverordnung von Heilmitteln signifikant.

Beobachtungen und Diskussion

Die Beobachtung, dass Patienten mit vorwiegend körperlichen Beeinträchtigungen in den Alltagsaktivitäten, aber guten kognitiven Funktionen, mehr Heilmittelverordnungen erhalten,

scheint unter dem Aspekt der Lernfähigkeit des Patienten sinnvoll zu sein. Ob sich die verordnenden Ärzte dabei vom Prinzip "Rehabilitation vor Pflege" bzw. "Rehabilitation in der Pflege" leiten lassen, ist weiter zu eruieren. Niedrigeres Lebensalter sowie das erneute Auftreten eines Schlaganfalls erhöhten die Wahrscheinlichkeit, Mehrfachheilmittelverordnungen zu erhalten (sechs Monate nach Klinikentlassung als Trend, nach 2,6 Jahren als signifikanter Zusammenhang). Offensichtlich lassen sich die Ärzte bei ihrem Verordnungsverhalten von der Lebenserwartung und damit der voraussichtlichen Dauer der häuslichen Pflege beeinflussen.

Die Nutzung eines ambulanten Pflegedienstes führte zu einer tendenziell häufigeren Verordnung von Mehrfachheilmitteln. Die ambulanten Pflege- und Sozialstationen stellen somit ein bedeutsames Bindeglied zum niedergelassenen Arzt dar und suchen bei Problemen schneller den Kontakt zum Arzt als der Patient bzw. seine pflegenden Angehörigen.

Schlussfolgerung

Die Ergebnisse liefern Hinweise, dass das Heilmittel-Verordnungsverhalten der weiterbehandelnden Ärzte sowohl von prognostischen Überlegungen als auch von Effizienzüberlegungen beeinflusst ist. In weiterführenden Studien sollte geprüft werden, inwieweit standardisierte Assessment-Instrumente helfen können, die Effizienz der Heilmittelverordnungen bei dieser Patientengruppe zu validieren und die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln der individuellen Situation angemessen zu gestalten.

Literatur

Hankey, G.J., Warlow, C.P. (1999): Treatment and Secondary Prevention of Stroke: Evidence, Costs, and Effects on Individuals and Populations. Lancet, 354. 1457-1463.

Hoeß, U., Schupp, W., Schmidt, R., Gräßel, E. (2008): Versorgung von Schlaganfallpatienten mit ambulanten Heil- und Hilfsmitteln im Langzeitverlauf nach stationärer neurologischer Rehabilitation. Phys Med Rehab Kuror, 18. 115-121.

Kolominski-Rabas, P., Heuschmann, P.U., Marschall, D., Emmert, M., Baltzer, N., Neundörfer, B., Schöffski, O., Krobot, K.J. (2006): Lifetime Cost of Ischemic Stroke in Germany: Results and National Projections from a Population-based Stroke Registry - The Erlanger Stroke Project. Stroke, 37. 1179-1183.

Thorsen, A.M., Holmqvist, L.W., De Petro-Cuesta, J., Von Koch, L. (2005): A Randomized controlled Trial of Early Supported Discharge and Continued Rehabilitation at Home after Stroke - Five-year Follow-up of Patient Outcome. Stroke, 36. 297-302.

Erlebte Patientenpartizipation von drei Schlaganfallbetroffenen in ihrem Rehabilitationsverlauf - Qualitative Einzelfallanalyse

Thümmler, K., Schmidt, A.
Dresden

Hintergrund

Der gesamte Rehabilitationsprozess erfährt in den letzten Jahren eine verstärkte Orientierung auf die Belange der Betroffenen, im Sinne einer patientenorientierten und individualisierten Rehabilitation (vgl. Schönle, 2003). Die Betroffenen sollen als mündige Bürger stärker in das Behandlungsgeschehen einbezogen und an Entscheidungsprozessen beteiligt werden. Diese Forderung steht häufig im Grundkonflikt mit der Realität in der Gesundheitsversorgung und kann durch die asymmetrischen Ausgangssituationen zwischen Betroffenen und Leistungserbringer bzw. Leistungsträger nur bedingt entfällt werden. Dies bezieht sich u. a. auf das unterschiedliche Wissens- und Informationsgefälle sowie der tatsächlichen Entscheidungsmacht, die oftmals zum Nachteil der Betroffenen ausfällt.

Bei der qualitativen Einzelfallanalyse auf der Datengrundlage einer einzelnen, jungen Schlaganfallbetroffenen wurden zwei Kategorien der Patientenpartizipation, die "Emotionale" und die "Konkrete Partizipationsbeschreibung", mit jeweils verschiedenen Eigenschaften und Dimensionen herausgearbeitet (vgl. Thümmler, Schmidt, 2008). Mit Hilfe dieser Kategorien konnten innerhalb der medizinischen Berufsgruppen und des Sozialwesens im mehrjährigen, institutionsübergreifenden Rehabilitationsverlauf deutliche Unterschiede in der Ausprägung von Patientenpartizipation aufgezeigt werden. Im Unterschied zu den Berufsgruppen der Pflegekräfte, Ärzte sowie Reha-Berater der Bundesagentur für Arbeit stellten sich bei den Physiotherapeuten zahlreiche Möglichkeiten zur Mitgestaltung und Mitentscheidung innerhalb des Therapieverlaufs dar.

Aufbauend auf dieser Forschungsarbeit (vgl. Thümmler, Schmidt, 2008) werden nun die mehrjährigen, institutions- und berufsgruppenübergreifenden Rehabilitationsprozesse zwei weiterer Schlaganfallbetroffener gegenübergestellt. Die bereits analysierten Kategorien der Patientenpartizipation werden weiterentwickelt, um Patientenpartizipation besser fassbar zu machen.

Fragestellung

Es wird die Frage untersucht, wie sich der Verlauf nach einem akutem Schlaganfallereignis bei Personen im erwerbsfähigen Alter hinsichtlich einer "erfolgreichen" gesellschaftlichen (beruflichen) Wiedereingliederung aus deren subjektiver Sicht darstellen. Der Fokus liegt auf der Identifikation subjektiv erlebter Partizipationssituationen während des gesamten Rehabilitationsverlaufs.

Methodik

Die Bearbeitung der Fragestellung erfolgte über den qualitativen Forschungsansatz der Einzelfallstudie. Mittels der problemzentrierten Interviewform wurden sechs Interviewsitzungen mit drei Schlaganfallbetroffenen im erwerbsfähigen Alter über deren mehrjährigen Verlauf bis zum Interviewzeitpunkt geführt. Dieser umfasste die Akut- und Rehabilitationsphase, die Nachsorge sowie die berufliche Wiedereingliederung. Die Auswertung erfolgte über das Kodierparadigma der Grounded Theory von Corbin/Strauss. Die Interviewteilnehmer unterschieden sich in den Merkmalen Alter, Geschlecht und vorangegangener Erwerbsfähigkeit.

Ergebnisse

In der Analyse der Partizipationssituationen werden Interaktionen der Betroffenen mit Akteuren der Akutversorgung und medizinischen Rehabilitation sowie des Sozialwesens beleuchtet. Hierfür werden von drei Schlaganfallbetroffenen im erwerbsfähigen Alter (31 bis 45 Jahre) ihre mehrjährigen Rehabilitationsverläufe (3,5, 4,5 bzw. 7 Jahre) aufgezeichnet, die einen unterschiedlichen Stand der beruflichen Wiedereingliederung erreichten. Während bei einem die Wiedereingliederung in das Arbeitsleben gelang, ist bei den anderen Betroffenen der Prozess der beruflichen Wiedereingliederung noch nicht abgeschlossen bzw. gescheitert. Deutliche Unterschiede in der Ausprägung von Patientenpartizipation zeigten sich innerhalb der medizinischen Berufsgruppen und des Sozialwesens. Hierbei konnten Merkmale als "gelungen" und als "nicht gelungen" identifiziert werden.

Zudem schilderten alle Betroffene Probleme in der Nachsorge sowie auch Widerstände durch Leistungsträger und Arbeitgeber im Verlauf ihrer beruflichen Wiedereingliederung.

Fazit

Mit Hilfe des qualitativen Forschungsansatzes versteht sich die vorliegende Forschungsarbeit als ein "Baustein" zur Sensibilisierung auf dem Gebiet der Patientenpartizipation und liefert zugleich einen tiefgreifenden Einblick in die Betroffenenperspektive. Partizipation soll für alle Akteure transparenter werden, um der geforderten "patientenorientierten Rehabilitation" gerecht zu werden.

Literatur

Biley, F.C. (1992): Some determinants that effect patient participation in decision-making about nursing care. Journal of Advanced Nursing, 17. 414-421.

Cahill, J. (1996): Patient participation: a concept analysis. Journal of Advanced Nursing, 24. 561- 571.

Cahill, J. (1998): Patient participation: a review of the literature. Journal of Advanced Nursing, 7. 119-128.

Schönle, P.W. (2003): Anforderungen an eine patientenorientierte Rehabilitation. Die Rehabilitation, 42. 261-268.

Thümmler, K., Schmidt A., Zimmermann, M., Schaepe, C. (2008): "Du entscheidest das nichts mit, nein gar nicht." Darstellung von Patientenpartizipation aus Betroffenensicht im Rehabilitationsverlauf nach akuten Schlaganfallereignis - Eine Einzelfallanalyse. DRV-Schriften, Bd 77. 50-51.

Entwicklung und Erprobung eines Assessment für Patienten der Phase C der Neurologischen Rehabilitation

Greitemann, G. (1), Starrost, K. (2)

(1) Kliniken Schmieder Konstanz und Lurija Institut für Rehabilitationswissenschaften und Gesundheitsforschung an der Universität Konstanz, (2) Kliniken Schmieder, Allensbach

Ziel

Das Assessment der Kliniken Schmieder für die Phase C der Neurologischen Rehabilitation (AKS/C) soll eine umfassende alltagsorientierte und ICF-kompatible Darstellung der Eingangs- und Entlassungsbefunde von Patienten der Phase C ermöglichen. Es besteht aus dem Functional Independence Measure (FIM), dem Functional Assessment Measure (FAM) und weiteren Items, die funktionale Verbesserungen in quantifizierbarer Form darstellen sollen.

Methode

Functional Independence Measure (FIM) und Functional Assessment Measure (FAM) sind international eingesetzte Skalen, die sich in vielen Studien als praktikabel, wenig aufwendig und sensibel für die Messung von Leistungszuwächsen erwiesen haben. Der FIM beurteilt 18 (basale) Alltagsfertigkeiten. Die 12 Items des FAM sind als Ergänzung zum FIM konzipiert worden und enthalten vor allem kommunikative und kognitive Aspekte. Die insgesamt 30 Items aus FIM und FAM bilden den Kern des Neurologischen Assessment. Entsprechend dem Schwerpunkt der Behandlung in der Phase C der Neurologischen Rehabilitation wurden zusätzlich 22 Items zur Motorik und Bewältigung von Alltagsanforderungen konstruiert. Sie sind in Anlehnung an FIM und FAM aufgebaut und beurteilen die Leistungen der Patienten ebenfalls auf einer siebenstufigen Skala. Grundlage der Beurteilung ist, in welchem Umfang der Patient die betreffende Aufgabe selbständig erledigen kann bzw. wieviel Unterstützung durch eine Hilfsperson notwendig ist.

Ergebnisse

Im Unterschied zu FIM und FAM, wo Vor- und Nachtest auf der Basis von (Teil-)Summen verglichen werden, haben wir eine differenziertere Auswertung erarbeitet: Als Grundlage dafür wählten wir die Anzahl der Items, in denen es eine Änderung des Wertes gab, bezogen auf die Anzahl der Items, die tatsächlich durchgeführt getestet wurden und die bei Aufnahme nicht den Wert 7 (nicht beeinträchtigt) hatten. Zusätzlich wurde das Ausmaß der Veränderungen bei diesen Items berechnet, das pro Item einen Wert von 1 bis 6 erreichen kann.

Die Prüfung auf Durchführbarkeit und Sensitivität für Veränderungen wurde bei 93 Patienten der Kliniken Schmieder Allensbach durchgeführt. Der Zeitbedarf für die Durchführung liegt zwischen wenigen Minuten (Sprachtherapie) und bis zu 25 Minuten (Physiotherapie).

Bei den insgesamt 58 Items lagen im Durchschnitt 27 Wertepaare vor, d. h. hier war das Assessment zu Beginn und am Ende der Therapie durchgeführt worden. Bei der folgenden Auswertung wurden nur diejenigen Items mit Verbesserungspotential berücksichtigt, also die Items, die nicht den Punktwert 7 (unbeeinträchtigte Leistung) hatten.

Fast 98 % der Patienten verbesserten sich in mindestens 5 der 52 Items (um mindestens einen Punkt), knapp 85 % in 10 oder mehr Items. Mehr als 65 % der Patienten verbesserten sich in 15 oder mehr Items und fast die Hälfte aller Patienten zeigte Verbesserungen in 20 oder mehr Items (von 52 Items).

Das Ausmaß der Verbesserungen kann zwischen einem und sechs Punkten betragen. Über alle Items, bei denen Verbesserungen eingetreten waren, lag der Durchschnitt bei 1,9 Punkten. Dies entspricht bei einer 7-stufigen Skala erheblichen Leistungsverbesserungen.

Ausblick

Eine Überprüfung von Interrater-Reliabilität und Validität läuft derzeit.

Literatur

Hall, K.M. (1997): The Functional Assessment Measure (FAM). J Rehabil Outcomes, 1 (3). 63-65.

Hobart, J.C., Lamping, D.L., Freemanm, J.A., Langdon, D.W., McLellan, D.L., Greenwood, R.J., Thompson, A.J. (2000): Evidence-based measurement. Which disability scale for neurologic rehabilitation? Neurology, 57. 639-44.

Turner-Stokes, L., Nyein, K., Turner-Stokes, T., Gatehouse, C. (1999): The UK FIM+FAM: development and evaluation. Functional Assessment Measure. Clin Rehabil; 13 (4). 277-87.

Handlungsbeobachtung und -vorstellung führen bei linkshemisphärischen Infarkten zu einer stärkeren Aktivierung als bei rechtshemisphärischen

Wenkeler, V. (1), Hassa, T. (2), Hamzei, F. (3), Weiller, C. (3), Tüscher, O. (3), Liepert, J. (1), Dettmers, C. (4)

(1) Kliniken Schmieder, Allensbach, (2) Kliniken Schmieder, Gailingen,
(3) Neurologische Universitätsklinik Freiburg, (4) Kliniken Schmieder, Konstanz

Hintergrund

Video- und Spiegeltherapie werden in der neurologischen Rehabilitation propagiert als zusätzliche Therapieoption bei Patienten mit Armparese nach Schlaganfall. Es gibt jedoch Untersuchungen, die zeigen konnten, dass ein fazilitierender Effekt der Bewegungsvorstellung nur bei linkshemisphärischen Infarkten auftritt und dies auch nur im Bereich der gesunden Hemisphäre (Stinear et al., 2007). Bei einer Gruppe von 10 Patienten wurde mittels funktioneller Kernspintomographie bestätigt, dass der fazilitierende Effekt im Bereich des primärmotorischen Kortex und der supplementärmotorischen Area (SMA) vorwiegend im Bereich der gesunden Hemisphäre zu finden ist (Kimberley et al., 2007).

Fragestellung

Innerhalb der an unserer Klinik in Allensbach und Konstanz laufenden Evaluationsstudie der Videotherapie haben wir die ersten 10 rechtshemisphärischen und die ersten 10 linkshemisphärischen Infarkte ausgewertet, ob sich bei der Beobachtung und Vorstellung von Objekt-

bezogenen Handlungen ein Unterschied in der Aktivierung als Hinweis auf eine mögliche Fazilitierung bei rechts- und bei linkshemisphärischen Infarkten in der funktionellen Kernspintomographie (fMRT) zeigte.

Material und Methoden

Patienten:
Von den Phase-D Patienten wurden diejenigen Patienten mit Hirninfarkt eingeschlossen, die eine behandlungsbedürftige Handparese mit erhaltener Restfunktion zurück behalten hatten. Patienten mit schwerer Aphasie, schwerem Neglekt, ausgeprägten kognitiven Defiziten oder mangelnder Motivation wurden ausgeschlossen.

Aufgabe:
Während der fMRT bekamen die Probanden abwechselnd in Blöcken Videos von objektbezogenen Handbewegungen präsentiert, die sie sich (a) anschauen sollten oder (b) anschauen und gleichzeitig sich vorstellen, die Bewegung selbst auszuführen. Weiterhin wurden ihnen statische Bilder mit den gleichen darauf abgebildeten Handbewegungen (c), sowie ein Fixationskreuz in der Mitte des Bildschirms (d) dargeboten, die sie jeweils nur betrachten sollten. Die dargestellten Bewegungen waren einfache, entweder rechtshändische oder linkshändische Handlungen, wie eine Flasche aufschrauben, aus einer Flasche in ein Glas einschenken etc..

Datensammlung:
Die fMRT-Messungen erfolgten an einem 1,5 T Philips Gyroscan NT unter Anwendung paralleler Bildgebungstechnik.

Datenauswertung:
Die Daten wurden mit SPM5 verarbeitet und analysiert, wobei eine ANOVA über die beiden Gruppen berechnet wurde.

Ergebnisse

Klinische Daten für die rechts- und linkshemisphärischen Infarkte sind in Tabelle 1 gegeben.

	Rechtshemisphär. Infarkte	Linkshemisphär. Infarkte
Alter und Geschlecht	60,3 Jahre; w=5, m=4	59,2 Jahre; w=1, m=8
Tage nach Infarkt	1.286	910
Dominante Hand	0	9
NIHSS	3.86	3.57
NHPT, betroffen (sek.)	123.6	147
NHPT, nicht betroffen (sek.)	15.64	15.92
MAL, QOM	21.33	21.71
MAL, AOU	16.83	19.43
SIS, Skala 1	13.14	12.71
SIS, Skala 5	43.14	49
SIS, Skala 7	13.71	10.86

Tab. 1: NIHSS National Institute of Health Stroke Scale; MAL Motor Activity Log (Quality of Movement (QOM) & Amount Of Use (AOU)); SIS Stroke Activity Scale für den Bereich Motorik (Skala 1) und Alltagsaktivitäten (ADL, Skala 5 und 7)

Beobachtung und Vorstellung einer Handbewegung mit der betroffenen und mit der nicht betroffenen Hand führt bei linkshemisphärischen Infarkten zu einer stärkeren Aktivierung als bei rechtshemisphärischen Infarkten (Abb. 1).

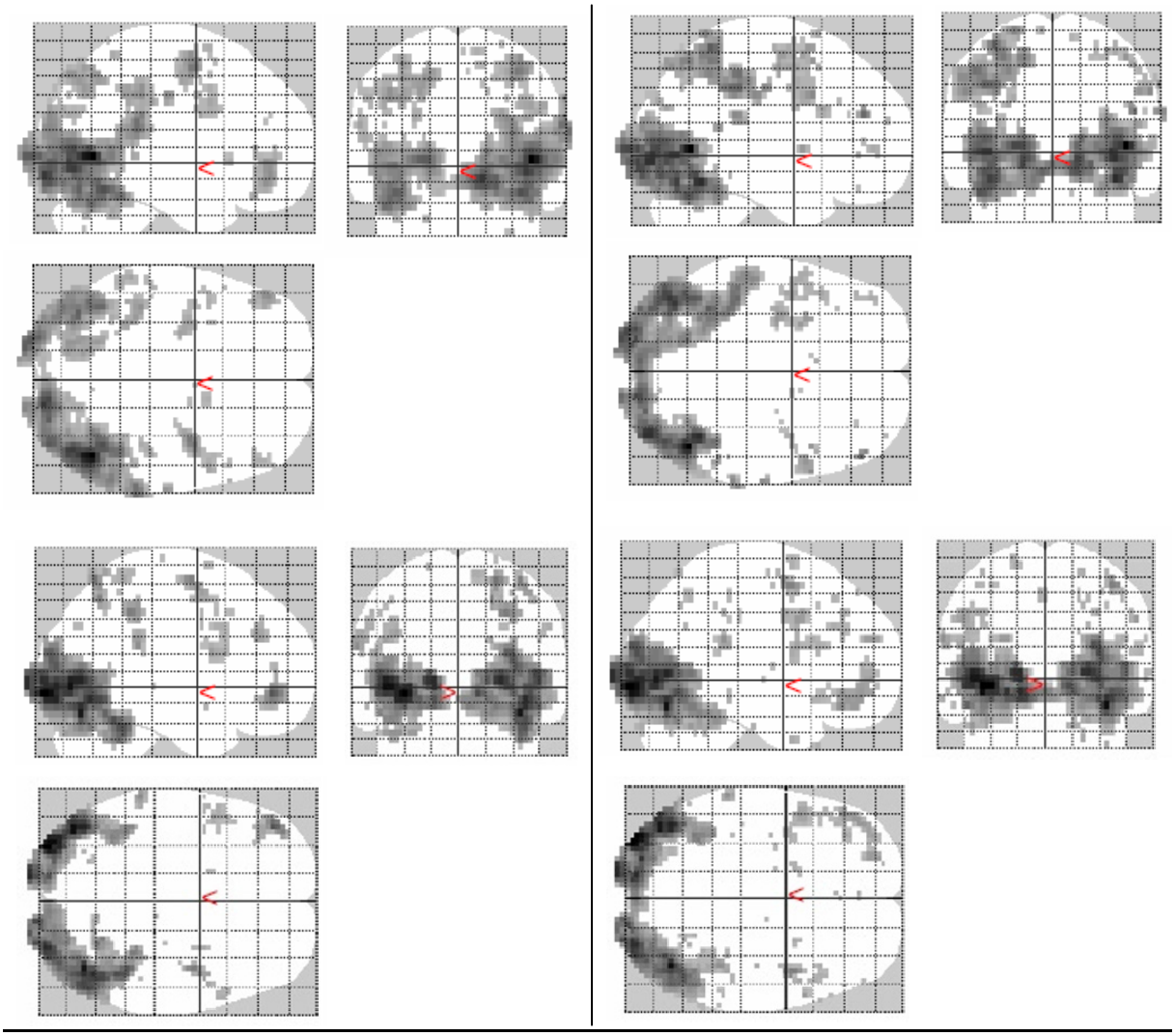


Abb. 1: In der oberen Zeile sind die linkshemisphärischen Infarkte abgebildet, in der unteren die rechtshemisphärischen. In der linken Spalte sind die Aktivierungen während der Beobachtung und Vorstellung von linkshändigen Bewegungen zu sehen, in der rechten Spalte bei Beobachtung und Vorstellung von rechtshändigen Bewegungen (p=0.001 unkorrigiert (T=3.2)).

Diskussion

Die Ursache der unterschiedlichen Aktivierbarkeit bei links- und rechtshemisphärischen Infarkten ist nicht klar. Unterschiedliche Infarktvolumina, Selektionsbias durch Ausschluss von Aphasikern müssen ausgeschlossen werden. Inwiefern Aufmerksamkeitsstörungen bei den rechtshemisphärischen Infarkten eine Rolle spielt, ist auch nicht geklärt. Die Befunde kontrastieren mit der klinischen Erfahrung, dass linkshemisphärische Infarkte nicht grundsätzlich besser stimulierbar sind als rechtshemisphärische. Sie bestätigen allerdings die Vorbefunde (Stinear et al., 2006; Kimberley et al., 2007).

Literatur

Kimberley, T.J., Khandekar, G., Skraba, L.L., Spencer, J.A., van Gorp, E.A., Walker, S.R. (2006): Neural substrates for motor imagery in severe hemiparesis. Neurorehabilitation and Neural Repair, 20. 268-277.

Stinear, C.M., Fleming, M.K., Barber, P.A., Byblow, W.D. (2007): Lateralization of motor imagery following stroke. Clin Neurophysiol, 118. 1794-1801.

Intensivierte Nachsorge zur Verbesserung der kardiovaskulären Risikofaktoren sowie anderer relevanter Reha-Outcomes bei Patienten mit manifester koronarer Herzerkrankung mittels Telefonnachsorge

Keck, M.
Drei-Burgen-Klinik, Bad Münster & Reha-Kompetenzzentrum Bad Kreuznach / Bad Münster am Stein-Ebernburg

Einleitung

Nur eine längerfristige Compliance mit Beibehalten von Lebensstiländerungen und entsprechender adäquater medikamentöser Therapie wirken sich günstig auf die Prognose von koronarkranken Patienten aus (Kohlmeyer et al., 2006). So gut abgesichert die Ergebnisse einer ganztags ambulant oder stationär durchgeführten Anschlussheilbehandlung sind, so problematisch ist das Beibehalten der gesundheitsgerechten Lebensweise. Durch Nachsorgekonzepte und unterschiedliche Vorgehensweisen wird versucht, dieses Defizit im späteren Alltag zu verbessern. In unserer Studie wurde nach der Anschlussheilbehandlung ein strukturiertes Telefonnachsorgekonzept bzw. die Kombination mit einem individuellen Nachsorgetermin in der Klinik gegenüber einer Standardtherapie verglichen (DeBusk et al., 1994; Frasure-Smith, Lespérance, 2000). A case-management system for coronary. In einem randomisierten Design wurden 200 Patienten (Gruppe 1a) einer Standardtherapie mit rehaeinheitlichem Entlassungsbericht zugewiesen und postalisch nach 3 und 6 sowie 12 Monaten mittels eines Fragebogens nachbefragt. Bei weiteren 200 Patienten (Gruppe 1b) erfolgte eine ausführliche Begründung der zu erreichenden kardiovaskulären Zielwerte (Medikation, Blutdruck. Lipidparameter usw.) im Abschlussbericht und Nachfrage ebenfalls postalisch nach 3, 6 und 12 Monaten. Bei 100 Patienten (Gruppe 2) erfolgte eine telefonische Nachbetreuung durch eine Study nurse mit Telefonkontakten nach 3, 6 und 12 Monaten sowie bei weiteren 100 Patienten (Gruppe 3) erfolgte nach 3 und 12 Monaten ein Telefonkontakt sowie nach 6 Monaten eine Klinikuntersuchung und Durchführung einer Herzfunktionsdiagnostik (Echo, Belastungs-EKG, Lipide).

Ergebnisse

Bezüglich Eingangsdiagnosen und Intervention ergaben sich zwischen den Gruppen keine Unterschiede. Die Patienten der Gruppe 2 und 3 waren geringfügig jünger gegenüber der Gruppe 1a und 1b. Bezüglich der beruflichen Situation ergab sich in der Gruppe 2 und 3 eine trendmäßig bessere berufliche Reintegration nach 12 Monaten (Gruppe 1a 62 %, Gruppe 1b 69,1 %, Gruppe 2/Telefonintervention 71,3 %, Gruppe 3/Klinikintervention und Telefon 71,3 %). Es fand sich entsprechend ein geringeres Berentungsrisiko. Bezüglich der kardiovaskulären Risikofaktoren (Blutdruck, Puls, Gewicht, Lipidprofil) ergaben sich zwischen den Gruppen weder nach 3, noch nach 6 und 12 Monaten im Follow up ein Unterschied mit günstigen Verbesserungen während der Anschlussheilbehandlung, aber wieder Ansteigen der Werte etwas unterhalb der Ausgangswerte nach 12 Monaten. Bezüglich der

Medikation fanden sich ebenfalls keine Unterschiede bis auf die Verordnung einer notwendigen dualen Plättchenhemmung. Hier fand sich in der Gruppe 2 und 3 eine trendmäßig häufigere Verordnung von Clopidogrel, wobei die Patienten geschult wurden, mindestens 9 Monate eine duale Plättchenhemmung durchzuführen. Bezüglich des Gesundheitszustands fand sich in den Interventionsgruppen 2 und 3 ein signifikant verbesserter subjektiver Eindruck gegenüber der Gruppe 1a und 1b. Es fanden sich keine Unterschiede bei den Komorbiditäten Angst und Depressivität sowie den Komplikationen im Follow up. Bei der Herzgruppen-Teilnahme dokumentierte sich eine signifikant höhere Teilnahmefrequenz bei den Interventionsgruppen (Gruppe 2: 34,1 %, Gruppe 3: 38,7 % gegenüber den Gruppen 1a von 27,6 % sowie 1b mit 25,3 %).

Zusammenfassung

Zusammenfassend kann gefolgert werden, dass die berufliche Reintegration sich durch ein relativ moderates, dreimaliges Telefonnachsorgekonzept (durchschnittliche Gesprächsdauer 20 Minuten) tendenziell verbessern lässt und sich die Berentungsquote vermindert. Es fanden sich durch die Intervention deutlich höhere Quoten der Teilnahme an einer Herzgruppe sowie ein verbesserter subjektiv empfundener Gesundheitszustand. Es ergaben sich keine Ergebnisse im Gruppenunterschied auf die relevante Begleitmedikation, abgesehen von Clopidogrel, auf Verlauf der Blutdruck- und Lipidwerte sowie das Körpergewicht.

Literatur

DeBusk, R.F., Miller, N.H., Superko, H.R., Dennis, C.A., Thomas, R.J., Lew. H.A.T., Berger, W.E, Heller, R.S., Rompf, J., Gee, D., Kraemer, H.C., Bandura, A., Ghandour, G., Clark, M., Shah, R.V., Fisher, L., Taylor, C.B. (1994): A case-management system for coronary risk factor modification after acute myocardial infarction. Ann Intern Med, 120. 721-729.

Frasure-Smith, N., Lespérance, F. (2000): Long-term results of the Montreal Heart Attack Readjustment Trial (M-Hart): Potentia role if denial. Poster at the 58th Annual Scientic Meeting of the American Psychosomatic Society March 1-4, 2000 in Savannah, GA.

Kohlmeyer, M., Redaèlli, M., Seiwerth, B., Stock, S., Lauterbach, K., Mayer-Berger, W. (2006): Hintergrund, Design und Baseline-Daten aus der SeKoNa-Studie. DRV-Schriften, Bd 64. 393-394.

Rehabilitation nach Herzklappenoperationen

Karoff, M.

Klinik Königsfeld, Ennepetal

Einleitung

Im Jahre 2005 waren über 70 % der in Deutschland am Herzen operierten Menschen älter als 60 Jahre. Es wurden insgesamt 19.203 isolierte Herzklappenoperationen durchgeführt und zusätzlich noch 13.210 kombinierte Eingriffe (Klappenersatz/bzw. Rekonstruktion + CABG). Die Ergebnisse bezüglich Lebensqualität nach Herzklappenoperation sind sehr gut, vor allen Dingen bei Patienten mit bioprothetischem Klappenersatz und mit INR-Selbstmanagement.

In der Rehabilitation sind spezielle Aspekte nach Klappenersatz zu berücksichtigen, vor allem Begleiterkrankungen, die psychische Situation, Wundheilungsstörungen, die berufliche Integration u. a.

Ergebnisse

Im Jahre 2006 wurden in der Klinik Königsfeld 1.677 Patienten zur kardiologischen Rehabilitation aufgenommen. Davon 278 mit der Diagnose "Herzklappenerkrankungen" und von diesen 212 (12,6 % vom Gesamtkollektiv) mit "Zustand nach Herzklappenoperation". Von 194 Patienten (129 Männer und 65 Frauen) lagen alle Daten vor. 41,2 % der 194 Patienten waren unter 60 Jahre alt. Bei 145 Patienten wurde ein Eingriff an der Aortenklappe, bei 54 einer an der Mitralklappe durchgeführt. Der größte Teil der Patienten erhielt eine Bioprothese.

Die Begleiterkrankungen in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit:

Hypertonie 76,3 %, HLP 60,8 %, KHK 46,4 %, Herzinsuffizienz 24,2 %, Nephropathie 16,0 %, Diabetes mellitus 12,9 % u. a. m.

Von den unter 60jährigen (n=122) erhielten 21,3 % eine zusätzliche Bypassoperation. Von den über 60jährigen (n=72) 45,8 %. 9,3 % der Patienten mussten wegen Komplikationen in das Herzzentrum zurückverlegt werden.

50 % der Patienten mussten sich einem Wundmanagement wegen postoperativer Wundheilungsstörung unterziehen. Pleuraergüsse traten bei 42 %, Perikardergüsse bei 19,6 %, Vorhofflimmern bei 22,8 % der Patienten auf. Zusätzlich erhoben wurden die Ergebnisse des Belastungs-EKG`s zu Beginn und zum Ende der Rehabilitation, das Medikamentenmanagement sowie die echokardiographischen Befunde. Nachgewiesen werden konnte eine deutliche Steigerung der Leistungsfähigkeit über den Zeitraum der Rehabilitation. Die Behandlungszeiten im vorbehandelnden Akutkrankenhaus bzw. Herzzentrum waren bei älteren Patienten signifikant länger. Direkt vom Herzzentrum in die Rehabilitation verlegte Patienten wiesen vom Verlauf her keine Unterschiede zu den nicht direkt verlegten auf.

Diskussion

Es lässt sich zeigen, dass Patienten nach Klappenersatz von einer kardiologischen Rehabilitationsbehandlung profitieren. Postoperativ auftretende Komplikationen lassen sich in der Regel sehr gut in der Rehabilitationsklinik behandeln. Die Patienten verbessern sich bezüglich ihrer Leistungsfähigkeit während der durchschnittlich dreiwöchigen Rehabilitationsbehandlung signifikant. Da der Anteil der herzoperierten Patienten, vor allen Dingen der Patienten mit einer gleichzeitigen Bypassoperation in den letzten Jahren stark zugenommen hat, verdient dieses Patientenkollektiv besondere Beachtung. Bei einem Anteil von 40 % der Patienten unter 60 Jahre ist auch das Thema "Return to work" besonders zu berücksichtigen. Eine direkte Verlegung vom Herzzentrum in die Rehabilitation verkürzt die Gesamtbehandlungszeit der Patienten deutlich.

Morbidität und gesundheitliche Lebensqualität von Frauen und Männern drei Jahre nach erstem Herzinfarkt. Ergebnisse einer Follow-up-Studie mit Patienten aus der kardiologischen Rehabilitation

Härtel, U. (1), Klein, G. (2)

(1) Humanwissenschaftliches Zentrum der Ludwig-Maximilan-Universität München,
(2) Klinik Höhenried, Bernried

Hintergrund

Geschlechtsspezifische Unterschiede in der langfristigen Rehabilitation nach Herzinfarkt wurden in Deutschland bisher kaum untersucht. Der vorliegende Beitrag befasst sich mit etwaigen Unterschieden zwischen Männern und Frauen in der Häufigkeit von kardiologischen Erkrankungen und invasiven Maßnahmen sowie der subjektiven physischen und psychischen Lebensqualität im Verlauf von drei Jahren nach akutem Koronarereignis.

Methoden

Bei der Studie handelt es sich um eine prospektive Kohortenstudie, in der 309 Männer und 201 Frauen (Alter bis 75 Jahre) mit erstem Herzinfarkt oder erstem akuten koronaren Ereignis zu Beginn und am Ende der stationären Anschlussheilbehandlung (AHB) sowie 18 Monate und drei Jahre nach Entlassung aus der AHB standardisiert untersucht und befragt wurden. Die Untersuchungsmethoden umfassten umfangreiche medizinische Messungen und Laborbefunde sowie standardisierte Patienten-Interviews und Fragebögen zum Selbstausfüllen.

Ergebnisse

An der standardisieren Befragung drei Jahre nach Entlassung aus der AHB nahmen 90 % (von 510 Patienten) der Ausgangsstichprobe teil. Fünf Männer (1,6 % von 309) und fünf Frauen (2,5 % von 201) waren in der Zwischenzeit verstorben. Die Herzinfarkt-Rezidivrate lag bei jüngeren Frauen (unter 65) mit 6 % höher als bei gleichaltrigen Männern (3,6 %), allerdings statistisch nicht signifikant. Signifikant häufiger als Männer waren Frauen (altersadjustiert) wegen anderer Herz-Kreislaufprobleme (z. B. Angina pectoris, Blutdruckprobleme) in stationärer Behandlung. Auch als Hauptgrund für den letzten Krankenhausaufenthalt gaben Frauen häufiger als Männer eine Herzkreislauferkrankung an (51 % der Frauen, 40 % der Männer, p=0,08). Invasive Maßnahmen (Herzkatheter und Angioplastik) wurden bei Männern und Frauen im Follow-up etwa gleich häufig durchgeführt, PTCA/Stent bei Frauen tendenziell seltener (Männer: 24 % mindestens eine PTCA mit Stent; Frauen: 20 %). Bei der altersadjustierten gesundheitlichen Lebensqualität war festzustellen, dass sich die bereits während der stationären AHB signifikant schlechtere physische und psychische Befindlichkeit von Frauen auch im Langzeitverlauf fortsetzte. Dies gilt sowohl für den allgemeinen Gesundheitszustand als auch für die Summe körperlicher Beschwerden (von Zerssen-Beschwerdenliste), die psychische Funktionsfähigkeit (SF12) und die Häufigkeit depressiver Symptome (HADS-Skala). Dem entsprechend hatten Frauen auch ein signifikant schlechteres subjektives Leistungsvermögen sowie mehr funktionelle Probleme bei Alltagsaktivitäten wie längeren Spaziergängen, Verkehrsmittelbenutzung oder längeren Reisen (ebenfalls altersadjustiert). Den stärkeren funktionellen Einschränkungen entspricht der höhere subjekti-

ve Bedarf an praktischer Unterstützung. Am häufigsten äußerten Frauen Unterstützungsbedarf bei Haus- und Gartenarbeiten (53 % der Frauen, 19 % der Männer, p< 0,001) und beim Umgang mit Behörden (27 % der Frauen, 13 % der Männer, p=0,001). Am seltensten wurde von Frauen und Männern Unterstützungsbedarf bei körperlicher Pflege genannt (Frauen: 7 %, Männer: 3 %, p=0,04).

Diskussion

Mitbedingt durch die höhere Multimorbidität zum Zeitpunkt ihres ersten Herzinfarkts fanden sich bei Frauen in allen Phasen der Rehabilitation mehr körperliche Beschwerden, eine geringere subjektive Lebensqualität und ein höherer praktischer Unterstützungsbedarf verglichen mit Männern. Diese müssten in der langfristigen Sekundärprävention stärker berücksichtigt werden als bisher.

Auswirkungen einer 15-wöchigen Interventionsmaßnahme auf die Herzfrequenzvariabilität bei Patienten mit hohem kardiovaskulären Risiko

Heming, C. (1), Latsch, J. (1), Bjarnason-Wehrens, B. (1), Gysan, D. (2), Gogol, C. (2), Albus, C. (3), Schneider, C. (4), Montiel, G. (1), Predel, H.J. (1)

(1) Institut für Kreislaufforschung und Sportmedizin, Deutsche Sporthochschule Köln,
(2) Ambulantes kardiologisches Rehabilitationszentrum Köln,
(3) Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universität zu Köln,
(4) Klinik II und Poliklinik für Innere Medizin (Kardiologie), Universität zu Köln

Hintergrund

Bereits seit dem Ende der 70er Jahre ist eine verringerte Herzfrequenzvariabilität (HRV) als Risikofaktor für den plötzlichen Herztod bekannt. Ebenso wird eine verringerte HRV bei Patienten mit manifester kardiovaskulärer Erkrankung wie z. B. chronischer Herzinsuffizienz beobachtet. Ihre Bedeutung bei Patienten mit hohem kardiovaskulären Risiko ist hingegen weniger untersucht. Das gleiche gilt für den Einfluss auf die HRV, der durch eine gezielte Lebensstilveränderung erzielt werden kann.

Material und Methode

In die Studie wurden 19 Personen (2 Frauen, 17 Männer, 66,5 ± 4 Jahre; 171,5 ± 7,3 cm; 83 ± 7,4 kg; 28,4 ± 3,4 kg/m²) integriert, die entsprechend dem Risikoscore der European Society of Cardiology (ESC) ein ≥ 5 % Risiko für ein fatales kardiovaskuläres Akutereignis aufwiesen. Die Teilnehmer nahmen an einem 15-wöchigen Interventionsprogramm (2 mal pro Woche für jeweils 2-3 Stunden) teil. Inhaltliche Schwerpunkte waren individuell dosiertes körperliches Training, insbesondere in Form von Ausdauertraining, Ernährungsberatung, Stressmanagementtraining und allgemeine Gesundheitsbildung. Die HRV wurde vor Beginn und nach Ende der 15-wöchigen Intervention mittels dem VarCor PF-5 System der Firma Group aus Olmütz, in Deutschland vertreten durch die Firma Pantalus GmbH, Rheinmünster, gemessen. Folgende Parameter wurden untersucht: Total Power (TP in ms²), High Frequency (HF in ms²), Low Frequency (LF in ms²), LF/HF-Quotient, NN-Mittelwert (Abstand

zwischen zwei R-Zacken im EKG in s), "proportion of differences in NN intervals > 50 ms" (pNN50 in %), "root mean square of successive differences" (RMSSD in ms).

Ergebnisse

n= 19	*vor*	*M*	*SD*	*nach*	*M*	*SD*	*p*
Total Power (ms²)		359	301		466	548	.163ns
HF (ms²)		124	112		168	145	.066t
LF (ms²)		236	254		298	477	.315ns
LF/HF-Quotient		3,82	3,82		2,9	2,46	.093ns
NN-Mittelwert (s)		0,93	0,12		0,99	0,12	.001***
pNN50 (%)		1,54	1,73		2,59	2,91	.066t
RMSSD (ms)		528	372		763	649	.095ns

Schlussfolgerung

Es wurde kein eindeutiger Hinweis darauf gefunden, dass Hochrisikopatienten über eine eingeschränkte HRV verfügen. Trotzdem zeigt sich im Anschluss an die Interventionsmaßnahme eine positive Veränderung aller gemessenen Parameter. Diese Verbesserungen erwiesen sich dabei allerdings nur für den Parameter NN Mittelwert als signifikant. Dies ist ein Hinweis darauf, dass der parasympathische Anteil an der Herzfrequenz-Modulation nach der Interventionsmaßnahme signifikant zugenommen hat. Weitere Untersuchungen in größeren Untersuchungskollektiven sind notwendig, um Informationen darüber zu bekommen, ob die Messung der HRV verlässliche Informationen im Rahmen der Risikostratifizierung bei Patienten mit hohem kardiovaskulären Risiko liefern kann.

Effekte einer metabolisch gesteuerten Trainingstherapie bei Patienten mit Koronarer Herzkrankheit und Diabetes Mellitus Typ 2 in der kardiologischen Rehabilitation der Phase II

Schwaab, B. (1), Kafsack, F. (2), Markmann, E. (2), Zwick, N. (2), Schütt, M. (3)

(1) Klinik Höhenried der Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd, Bernried,
(2) Curschmann Klinik, Timmendorfer Strand,
(3) Medizinische Klinik I, Universitätsklinikum Schleswig Holstein, Campus Lübeck

Hintergrund

Die aktuellen Leitlinien zur Therapie und Rehabilitation von Patienten mit koronarer Herzkrankheit (KHK) und Diabetes mellitus Typ 2 empfehlen unisono regelmäßiges körperliches Ausdauertraining. Da eine Belastung im anaeroben Bereich zu einer hyperglykämischen Entgleisung führen kann, wird sehr allgemein ein "moderates aerobes" Training empfohlen. Andererseits führt gerade die körperliche Aktivität, die knapp unterhalb der anaeroben Schwelle durchgeführt wird, zu einer größtmöglichen Blutzuckerkontrolle. Konkrete Angaben zur Ermittlung der Trainingsintensität werden in den Leitlinien jedoch nicht gegeben. Ziel der

vorliegenden Studie ist es, mit Hilfe der Spiroergometrie (CPX) die optimale aerobe Trainingsintensität für diese Patienten zu ermitteln.

Methodik

Patienten mit angiographisch nachgewiesener KHK wurden nach akutem Koronarsyndrom oder mit stabiler KHK während der Anschlussrehabilitation eingeschlossen, wenn der 2-h-Wert im oralen Glucosetoleranztest (OGT-0) ≥ 200 mg/dl betrug (neu diagnostizierter manifester Diabetes mellitus). Einzige Ausschlusskriterien waren eine vorausgegangene Operation oder fehlendes Einverständnis. Alle Patienten waren mit ASS, Clopidogrel, Statin, ACE-Hemmer und Beta-Blocker behandelt und hatten bisher keine Blutzucker senkende Medikation oder Diät. Nach 12-h Nahrungskarenz wurden die Patienten in der ersten Spiroergometrie auf dem Fahrradergometer (CPX1) bis in den sicher anaeroben Bereich ausbelastet (respiratorischer Quotient (RQ) ≥ 1,20). Unmittelbar nach dieser anaeroben Belastung wurde ein weiterer OGT durchgeführt (OGT-1). Am nächsten Tag erfolgte zur gleichen Uhrzeit (7 Uhr) und ebenfalls nüchtern die zweite Spiroergometrie als aerobe steady-state-Belastung über 30 min Dauer mit einem angestrebten RQ zwischen 0,90 und 0,95 (CPX2). Unmittelbar nach dieser aeroben Belastung wurde erneut ein OGT durchgeführt (OGT-2).

Ergebnisse

Von 15 konsekutiv eingeschlossenen Patienten, konnten fünf (33 %) wegen Dyspnoe, Angina pectoris oder muskulärer Schwäche nicht ausbelastet werden. Die übrigen 10 Patienten (6 Männer, 4 Frauen, mittleres Alter 61 ± 12 Jahre, Spanne 46-87 Jahre; mittlerer HbA1c 5,9 ± 0,6 %, Spanne 5,0-6,7 %) absolvierten das Protokoll vollständig, erreichten eine maximale Belastbarkeit von durchschnittlich 99 ± 32 Watt (Spanne 50-158 Watt) und überschritten die anaerobe Schwelle im Mittel bei 72 ± 19 Watt (Spanne 37-100 Watt). Die aerobe Ausdauerleistungsfähigkeit lag im Mittel bei 29 ± 10 Watt (Spanne 10-45 Watt) und damit bei durchschnittlich 29 % der maximalen Wattleistung (Spanne 10-44 %) sowie bei 40 % der Wattleistung an der anaeroben Schwelle (Spanne 13-59 %). Die maximal erreichte Herzfrequenz lag Im Durchschnitt bei 115 ± 14/min. Die mittlere Herzfrequenz während der aeroben Ausdauerbelastung betrug 87 ± 17/min und lag damit im Durchschnitt bei 76 % der maximalen Herzfrequenz (Spanne 62-94 %). Die Ergebnisse der OGT sind in Tabelle 1 als Mittelwerte ± Standardfehler (SEM) dargestellt (Signifikanz: 2-h OGT-0 vs. OGT-2).

	OGT-0 Einschluss	OGT-1 anaerob	OGT-2 aerob	Statistik p
nüchtern	111 ± 7,3	111 ± 7,0	111 ± 8,7	nicht sign.
1-h	219 ± 9,0	227 ± 18,7	212 ± 11,3	nicht sign.
2-h	227 ± 13,3	227 ± 23,3	169 ± 14,0	<0,05

Tab. 1: Ergebnisse der OGT in Abhängigkeit von der Zeit

Schlussfolgerungen

Die kardiopulmonale Leistungsfähigkeit ist bei Patienten mit KHK und Diabetes mellitus Typ 2 deutlich reduziert. Eine körperliche Belastung in den anaeroben Bereich führte nicht zu einer hyperglykämischen Entgleisung, hatte jedoch auch keinen Blutzucker senkenden Effekt. Ein aerobes Ausdauertraining über 30 min, knapp unterhalb der anaeroben Schwelle, führte zu einer signifikanten Senkung des Blutzuckers, gemessen als 2-h Wert im OGT. Die

Spiroergometrie ist eine geeignete Methode zur Ermittlung der optimalen Trainingsintensität an dem Punkt der größtmöglichen Glucoseutilisation durch die periphere Muskulatur. Diese Intensität ist jedoch so variabel, dass sie individuell ermittelt werden muss und nicht aus einem einmaligen Test, in Relation zu den maximal erreichten Parametern für die Herzfrequenz und die Last (Watt), errechnet werden kann.

Entwicklung und Erprobung eines Zielvereinbarungskonzepts für die Phase III der kardiologischen Rehabilitation - erste Ergebnisse

Nowossadeck, E., Ladstätter, A.
Charité - Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund

Die Sekundärprävention der Koronaren Herzkrankheit (KHK) zielt auf die nachhaltige Risikoreduktion eines (weiteren) kardialen Ereignisses. Eine langfristige und dauerhafte Veränderung des Gesundheitsverhaltens trägt dazu bei, dieses Ziel zu erreichen (vgl. z. B. Ornish, 1998; Haskell, 1994). Der Phase II der kardiologischen Rehabilitation kommt hierbei eine bedeutsame Rolle zu. Innerhalb dieser Phase sollen die Rehabilitanden zur Aufnahme eines gesundheitsförderlichen Verhaltens motiviert werden. Schwieriger ist jedoch die Verstetigung dieses veränderten Gesundheitsverhaltens. Vor diesem Hintergrund wurde ein Zielvereinbarungskonzept entwickelt und in der rehaklinischen Praxis erprobt. Dieses Konzept sieht vor, im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung zwischen Patient und Arzt ("shared decision making", Faller 2003), dass Ziele für evidenzbasierte Schutz- und Risikofaktoren für die Phase III Rehabilitation vereinbart werden. Das Ziel des vorliegenden Beitrags ist, das Konzept vorzustellen und zu untersuchen, wie es von den Rehabilitanden beurteilt wird.

Methoden

Die Entwicklung und erste Erprobung erfolgte im Rahmen der multizentrischen Studie CARO-ZIR (Cardiac Rehabilitation Outcome - Zielvereinbarungen in der Rehabilitation), die von der DRV Westfalen gefördert wurde. An ihr nahmen 621 Rehabilitanden mit KHK in zehn Rehabilitationseinrichtungen teil. Einschlusskriterium war eine gesicherte KHK mit und ohne Bypass-OP. Für alle Patienten wurden rehaklinische Daten erhoben. Schriftliche Patientenbefragungen erfolgten am Ende der Rehabilitation (n=546, Response: 88 %).

Ergebnisse

Das Konzept sieht die Vereinbarung von Zielen zwischen Rehabilitanden und Reha-Ärzten für verhaltensbasierte Schutz- und Risikofaktoren (körperliche Aktivität, Ernährungsverhalten, Tabakkonsum, Medikamentenadhärenz) sowie für physiologische Schutz- und Risikofaktoren (Hyperlipidämie, Hypertonie, Diabetes mellitus, Übergewicht) vor. Ein Manual unterstützt die Ärzte bei der Führung des strukturierten Therapiegesprächs.

Eine schriftliche Patienteninformation gibt den Rehabilitanden Informationen über die Schutz- und Risikofaktoren, ein Patientenpass unterstützt sie bei der Selbstregulation.

In der Befragung am Ende der Rehabilitation berichteten 75 % der Studienteilnehmer von einer gemeinsamen Entscheidungsfindung für ihr zukünftiges Gesundheitsverhalten, 25 % waren der Meinung, dass sie den Vorschlägen, die ihnen unterbreitet worden waren, zuge-

stimmt haben. Für die übergroße Mehrheit der Patienten war das Zielvereinbarungsgespräch (sehr) hilfreich (93 %).

Sofern eine Zielvereinbarung schriftlich dokumentiert wurde, vereinbarten Patient und Arzt Ziel(e) für mindestens einen physiologischen Schutz- und Risikofaktoren, in 99 % der Fälle mindestens ein Verhaltensziel.

Ziele zur körperlichen Aktivität betrafen die Herzgruppenteilnahme sowie die körperliche Aktivität außerhalb von Herzgruppen. Bei 2 % der Studienteilnehmer wurde keinerlei körperliche Aktivität vereinbart, weil sich diese Patienten entweder noch nicht oder dagegen entschieden hatten. Eine ausschließliche Teilnahme an Herzgruppen vereinbarten Patient und Arzt in 7 % der Fälle. Bei knapp einem Drittel erfolgte eine Vereinbarung nur für körperliche Aktivität außerhalb von Herzgruppen. Knapp 60 % der Vereinbarungen erfasste körperliche Aktivität in und außerhalb von Herzgruppen.

Diskussion und Ausblick

Die Ergebnisse dieser ersten empirischen Analyse zeigen, dass die Ziele für die Phase III von Rehabilitanden und Ärzten überwiegend gemeinsam vereinbart werden, und dass das Zielvereinbarungskonzept akzeptiert wird. Die Motivation der Patienten für die körperliche Aktivität durch die Reha-Ärzte ist offensichtlich. Inwieweit diese Motivation zu einem besseren Gesundheitsverhalten führt, wird in späteren Untersuchungen zu analysieren sein. Zudem wird derzeit die Wirksamkeit des Zielvereinbarungskonzepts für das Gesundheitsverhalten von Rehabilitanden in der Phase III Rehabilitation in einer randomisierten kontrollierten Interventionsstudie überprüft, die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert wird.

Literatur

Faller, H. (2003): Shared Decision Making: Ein Ansatz zur Stärkung der Partizipation des Patienten in der Rehabilitation. Die Rehabilitation, 42. 129-135.

Haskell, W.L., Alderman, E.L., Fair, J.M., Maron, D.J., Mackey, S.F., Superko, H.R., Williams, P.T., Johnstone, I.M., Champagne, M.A., Krauss, R.M. (1994): Effects of intensive multiple risk factor reduction on coronary artherosclerosis and clinical cardiac events in men and women with coronary artery disease. The Stanford Coronary Risk Intervention Project (SCRIP). Circulation, 89. 975-990.

Ornish, D., Scherwitz, L.W., Billings, J.H., Brown, S.E., Gould, K.L., Merritt, T.A., Sparler, S., Armstrong, W.T., Ports, T.A., Kirkeeide, R.L., Hogeboom, C., Brand, R.J. (1998): Intensive lifestyle changes for reversal of coronary heart disease JAMA, 280. 2001-2007.

AUTARK - Telemedizinisch basierte ambulante Rehabilitation nach Koronar-/Klappen-Operationen

Körtke, H. (1), Beckers, R. (2), Hoffmann-Koch, A. (1), Frisch, S. (1), Wagner, O. (1), Körfer, R. (1)

(1) Institut für angewandte Telemedizin (IFAT) am Herz- und Diabeteszentrum NRW, Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum,

(2) Zentrum für Telematik im Gesundheitswesen, Krefeld

Hintergrund

Es ist weitgehend unstrittig, dass die stationäre kardiologische Rehabilitation nach operativen Eingriffen den Genesungsprozess fördert. Ein Hauptaugenmerk liegt heute darauf, die Rehabilitation durch Flexibilisierung weiter zu individualisieren (Karoff et al., 2002). Dies kann durch die Telekardiologie nachdrücklich unterstützt werden. Die AUTARK-Studie geht der Frage nach, ob durch eine telemedizinisch gesteuerte ambulante Rehabilitation, verzahnt mit stationärer Versorgung, eine weitere Verbesserung der Rehabilitationserfolge erreicht werden kann.

Stichprobe und Methodik

In der Studie wurde das telemedizinische AUTARK-Programm wissenschaftlich begleitet. Dazu wurden umfangreiche Daten über 312 Patienten, 263 Männer, 49 Frauen erhoben und ausgewertet. Die Patienten waren zwischen 20 und 80 Jahren alt (mittleres Alter 60,67 Jahre +/-13,17 Jahre). Die Rehabilitationsleistungen wurden durch die PKV sowie große Teile der GKV finanziert. Alle Rehabilitanden wurden nach dem 7.-10. postoperativen Tag in die Studie eingeschlossen.

Nach einer kardiologischen Eingangsuntersuchung wurde das Trainingsprogramm festgelegt. Dieses wurde nach 3, 6 und 9 Wochen entsprechend der hausärztlichen und der kardiologischen ambulanten Nachuntersuchung angepasst. Ein ausführliches Präventivgespräch erfolgte stationär. Ein strukturiertes telemedizinisch basiertes Schulungsprogramm zur Risikofaktorenminimierung wurde in den folgenden 6 Wochen umgesetzt. Eine individuell angepasste Trainingseinheit (Fahrradergometer etc.) wurde für 12 Wochen am Wohnort der Rehabilitanden platziert. Damit war es den Patienten möglich, ihr Übungsprogramm entsprechend ihrem Tagesablauf zu gestalten. Das Trainingsprogramm wurde parallel telemedizinisch begleitet und entsprechend korrigiert. Als Outcome-Kriterien wurden folgende Parameter erfasst: körperliche Leistungsfähigkeit, Lebensqualität (SF-36), Patientenzufriedenheit, Risikofaktoren (PROCAM-Studie) und Kosteneffizienz. Hausärzte und Kardiologen sind integriert.

Ergebnisse

Die überwiegende Mehrheit der Rehabilitanden (93 %) führten ihr Programm komplett zu Ende. Die Abbrecherquote lag lediglich bei 7 %. Die Rehabilitanden steigerten ihre Wattleistung am Fahrradergometer im Mittel um 48 Watt. Dieses Ergebnis konnte über die Folgezeit von 3, 6 und 12 Monaten stabilisiert werden. Gesamt-Cholesterin, Gewicht und Lebensqualität wurden signifikant verbessert. In 2 Fällen kam es zu einer stationären Re-Aufnahme we-

gen eines hämodynamisch bedingten Perikardergusses, Todesfälle mussten keine beklagt werden.

Die Kosten lagen bei der ambulanten Rehabilitation um ca. 49 % niedriger als im stationären Rehabilitationsvergleich.

Schlussfolgerung

Die Integration des Rehabilitationsprogramms AUTARK in das häusliche Umfeld sowie die Verlängerung des Behandlungszeitraums auf 3 Monate erklären möglicherweise obige Erfolge. Die Ergebnisse des AUTARK-Programms zeigen, dass die Verzahnung von stationären und ambulanten Reha-Leistungen eine sinnvolle Ergänzung der Rehabilitation darstellen kann. Einschränkend muss darauf hingewiesen werden, dass die Rehabilitation der Patienten durch die PKV finanziert wurde und die Stichprobe deshalb nicht unmittelbar mit gesetzlich renten- bzw. krankenversicherten Rehabilitanden vergleichbar ist. Grundsätzlich könnte das Programm für diese Zielgruppen durch weitere edukative und psychologische bzw. psychosoziale Angebote ergänzt werden. Bisher wurde zudem keine Vergleichs- bzw. Kontrollgruppe in die Studie eingeführt. Die Ergebnisse zeigen aber die Machbarkeit des Ansatzes und die Reha-Erfolge geben Anlass, das Konzept weiter zu verfolgen und wissenschaftlich zu überprüfen.

Literatur

Assmann, G. et al. (2003): Prävention der koronaren Herzkrankheit. International Taskforce for Prevention of Coronary Heart Disease, International Artherosclerosis Society. Grünwald: Bruckmeier.

Körtke, H. et al. (2005): Telemedizin in der ambulanten Rehabilitation - NOPT. MedKlinik, 100. 383-9.

Karoff, M. et al. (2002): Teilstationäre kardiologische Rehabilitation - Akzeptanz und Bedingungskonfigurationen für die Settingentscheidung. Die Rehabilitation, 41. 167-174.

1-Jahres-Prognose von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 nach akutem Koronarsyndrom und kardiologischer Rehabilitation

Völler, H. (1), Reibis, R. (1), von Horlacher, J. (1), Jannowitz, C. (2), Wegscheider, K. (3), Bestehorn, K. (2,4)

(1) Klinik am See, Rüdersdorf, (2) Medical Department, MSD Sharp & Dohme GmbH, Haar, (3) Department of Medical Biometry and Epidemiology, University Medical Centre Hamburg-Eppendorf, (4) Institute for Clinical Pharmacology, Technical University, Dresden

Einleitung

Diabetiker sowie Patienten mit gestörter Glucosetoleranz weisen nach akutem koronarem Syndrom (ACS) im Vergleich zu Nicht-Diabetikern eine schlechtere Kurz- und Langzeitprognose auf. Inwieweit diese Unterschiede nach Teilnahme an einer kardiologischen Rehabilitation existieren, ist bislang unzureichend bekannt.

Methodik

In den Jahren 2005 und 2006 wurden in vier Rehabilitationskliniken 1.614 konsekutive Patienten (14,1 % Frauen, 55±10,3 Jahre) 18,9 Tage nach ACS eingeschlossen. Die Patienten wurden in Abhängigkeit eines anamnestisch bekannten Diabetes mellitus (Gruppe 1: n=268) sowie einer im oralen Glucosebelastungstest gestörten (Gruppe 2: n=185) oder ungestörten Glucosetoleranz (Gruppe 3: n=1.161) eingeteilt und im Mittel über 13,4 Monate nachbeobachtet. Univariate Vergleiche der Gruppen erfolgten mit dem Chi-Quadrat-Test. Für die Analyse der Follow–up-Ereignisdaten wurden logistische Regressionsmodelle mit Rückwärtselimination eingesetzt.

Ergebnisse

Diabetiker und Patienten mit gestörter Glucosetoleranz sind signifikant älter und weisen häufiger Endorganschäden (LV-Hypertrophie, eingeschränkte LV-Pumpfunktion bzw. Nierenfunktionsstörung und pAVK) auf. Sowohl bei der Entlassung aus der Rehabilitation als auch zum Zeitpunkt der Nachbeobachtung unterschieden sich Diabetiker von Nichtdiabetikern bezüglich der medikamentösen Sekundärprävention nur hinsichtlich der Gabe von AT1-Rezeptoren-Antagonisten und Diuretika. Die Zielwerte für arterielle Hypertonie wurden in Gruppe 1 in 48,9 %, in Gruppe 2 in 89,1 % sowie in Gruppe 3 in 90,8 % (p<0,0001) erreicht. Für LDL-Cholesterin betrug der Anteil 50,8 %, 80,8 % und 81,5 % (p<0,0001). Bei einer Lost to Follow up-Rate von 1,2 % waren nach einem Jahr 21 Patienten (1,3 %) verstorben. Die diabetische Stoffwechsellage war in der multivariaten Regressionsanalyse ohne Einfluss auf die Prognose. Jedoch waren ein vorausgegangener Schlaganfall mit einem 6,5fach, eine pAVK mit einem 4,5fach sowie eine chronische Arthritis mit einem 20fach erhöhten Mortalitäts-Risiko verbunden. Eine Zunahme der EF war mit einer günstigen Prognose assoziiert. Der kombinierte Endpunkt aus Tod sowie erneuter Krankenhausaufnahme bei kardiovaskulären Ereignissen trat in 291 Fällen (20,5 %) auf und war zwischen den Gruppen ebenfalls nicht different. Das Alter (OR 1,018; 1,004-1,003; p=0,013), eine bekannte pAVK (OR 2,534; 1,465-4,383; p=0,001) und eine positive Familienanamnese (OR 1,632, 95 % CI 1,219-2,185; p=0,001) hatten einen negativen Einfluss auf die Prognose. Demgegenüber war die Zunahme des BMI (OR 0,962 95 % CI; 0,962-0,93; p=0,028) und die LV-EF (OR 0,980, 95 % CI 0,967-0,993; p=0,004) mit einer besseren Prognose verbunden.

Schlussfolgerung

Nach akutem Koronarsyndrom wird noch in der Rehabilitationsklinik bei jedem sechsten Patienten eine gestörte Glucosetoleranz diagnostiziert. Obgleich bei nahezu identischem Einsatz der medikamentösen Sekundärprävention die Zielwerte für Patienten mit Diabetes mellitus im Vergleich zu Nichtdiabetikern deutlich seltener unterschritten werden, ist nach stationärer Rehabilitation die Kurzzeitprognose aller Patienten gut. Diese wird unabhängig vom Glucosemetabolismus durch vorhandene Endorganschäden bestimmt.

Interaktion der kardiovaskulären autonomen Regulation mit der HHNA-Achse bei Hypertonikern unter Stressbelastung

Mussgay, L. (1), Wirtz, P.H. (2), Bickmann, M. (1), Rüddel, H. (1)

(1) Psychosomatische Fachklinik St.-Franziska-Stift, Bad Kreuznach,
Abt. für Verhaltensmedizin und Rehabilitation des Forschungszentrums für Psychobiologie und Psychosomatik (FPP) an der Universität Trier,
(2) Psychologisches Institut, Universität Zürich, Schweiz

Fragestellung und Hintergrund

Eine gleichzeitige Erfassung von Parametern des kardiovaskulären autonomen Nervensystems sowie anderer endokriner Systeme, insbesondere der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNA) sind in der Literatur die Ausnahme. Die vorliegende Studie greift auf vorliegende Daten zurück (Wirtz et al., 2006a, b) und stellt gerade diesen Interaktionsaspekt im Zusammenhang mit Hypertonie in den Vordergrund. Für Hypertoniker konnte in beiden Systemen eine physiologische Hyperreaktivität auf psychosoziale Stressoren gezeigt werden (al'Absi, Arnett, 2000).

Methodik

Die Untersuchung diente der Aufklärung von Stresseffekten auf endokrine und Gerinnungsparameter bei Hypertonie. Details der Studie finden sich bei Wirtz et al., 2006a, b. Die Studie schloss die Registrierung von Herzratendaten (Polar-Herzfrequenz-Uhr S810) ein. Für 45 Männer zwischen 20 und 65 Jahren konnten zu 4 Zeitfenstern in einem Zeitraum von 2 Stunden Daten extrahiert werden. 18 Personen waren Hypertoniker (unmediziert) und 27 Normotoniker in ansonsten ausgezeichneter körperlicher und psychischer Verfassung. Die Extrakte betrafen 3 min Stehen, 10 min Baseline 1 (vor der Instruktion zum Trierer Social Stress Test (TSST)), 10 min während TSST und 5 min Baseline 2 (unmittelbar vor Ende der Versuchsphase. Aus den Herzartenverläufen (manuelle Artefaktkorrektur, R-Zacke auf 1 ms genau bestimmt) wurden spektralanalytisch Indices der Herzratenvariabilität (HRV) (Total band (Tot), Low frequency (LF) und high frequency band (HF)) ermittelt. Parallel dazu lagen jeweils Daten zum Blutdruck, zur Ausschüttung von Katecholaminen (Adrenalin, Noradrenalin) und der HHNA-Aktivität (Kortisol) vor.

Ergebnisse

Mit Ausnahme der HRV-Parameter ergaben sich in der Gesamtgruppe deutliche Stresseffekte durch den TSST (Herzrate, Blutdruck, Katecholamine, Kortisol). Bei den Teigruppen zeigten erwartungsgemäß Hypertoniker generell höhere Herzarten und erniedrigte HRV-Parameter (Tot, LF und HF) in Baseline 1+2 und bei TSST. Lediglich die LF/HF-Ratio war bei Hypertonikern erhöht, was auf einen höheren LF-Anteil hinweist. Höher lagen bei den Hypertonikern die Adrenalin- und Noradrenalinausschüttung in allen Phasen, nicht aber die Kortisolausschüttung.

Zusammenhänge zwischen den Parametern ergaben sich zwischen Katecholamin- und Kortisolausschüttung vor allem beim TSST, dies jedoch nur innerhalb der Normotoniker, nicht bei den Hypertonikern.

Diskussion

Insgesamt führte Stressbelastung erwartungsgemäß zu einer gesteigerten Herzrate, zu höherem Blutdruck sowie einer erhöhten Katecholamin- und Kortisolausschüttung. Die Parameter der HRV sind demgegenüber nicht in gleicher Weise betroffen. Denkbar ist ein Einfluss der veränderten Atmung vor allem während des TSST.

Bezogen auf Subgruppen zeigten sich jedoch Hypertoniker auffällig, indem sie generell eine erniedrigte HRV aufweisen. Dieser Befund stimmt mit der Literatur überein. Der höhere LF-Anteil der Hypertoniker weist auf einen gesteigerten Anteil sympathischer Erregung hin und stimmt insofern mit der gesteigerten Katecholamin- und Kortisolausschüttung sowie der tendeziell höheren Herzrate dieser Gruppe überein.

Schlussfolgerung, Ausblick

Die Studie ist ein erster Versuch in korrespondieren Responsesystemen parallel Daten zu gewinnen. Wegen der unterschiedlichen Zeitverläufe im Responsemuster sowie in einer unterschiedlichen Anfälligkeit für bestimmte Einflussgrößen (z. B. Sprechen, Stehen) wird zukünftig an experimentellen Anordnungen zu arbeiten sein, die eine Erfassung in allen beteiligten Subsystemen unter Beachtung der methodischen Erfordernisse erlauben. Dennoch halten wir das hier praktizierte Verfahren für prinzipiell geeignet Interaktionseffekte zu enthüllen und so wesentliche Erkenntnisse im Sinn einer gleichzeitigen und umfassenden Mechanismenaufklärung zu gewinnen.

Literatur

al'Absi, M., Arnett, D.K. (2000): Adrenocortical responses to psychological stress and risk for hypertension. Biomedicine & Pharmacotherapy, 54. 234-44.

Wirtz, P.H., von Känel, R., Mohiyeddini, C., Emini, L., Rüdisüli, K., Groessbauer, S., Ehlert, U. (2006a): Low social support and poor emotional regulation are associated with increased stress hormone reactivity to mental stress in systemic hypertension. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 91. 3857-65.

Wirtz, P.H., Ehlert, U., Emini, L., Ruedisueli, K., Groessbauer, S., von Känel, R. (2006b): The role of stress hormones in the relationship between systemic hypertension and the hypercoagulable state. Journal of Hypertension, 24. 2409-16.

Motivation zur Sporttherapie in der kardiologischen Rehabilitation - Ergebnisse zur Reliabilität und Validität eines neu entwickelten Fragebogens

Bönisch, R. (1), Bremer, F.J. (1), Schweidtmann, W. (1), Ohnesorge, W. (1), Muthny, F.A. (2)

(1) Klinik Eichholz, Gesundheitszentrum Bad Waldliesborn,
(2) Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Münster

Hintergrund

Die Studie zielt auf die Entwicklung eines Messinstrumentes zur reliablen, validen und ökonomischen Erfassung der Sportmotivation in der Rehaphase II. Die kardiologische Rehabilitation dient der Verbesserung der kardiopulmonaren Leistungsfähigkeit und der Lebensqualität (Bjarnason-Wehrens, 2007). Motivation gilt generell als Determinante von Intensität und Anstrengung und ist daher eine zentrale Einflussgröße im Rehabilitationsverlauf (Buschmann-Steinhage, 1993).

Intrinsische Motivation zur kardiologischen Sporttherapie kann als Wunsch verstanden werden sich zu bewegen, weil es Freude bereitet oder Spaß macht. Der Zusammenhang von intrinsischer Motivation und Durchführung körperlicher Aktivitäten ist gut belegt (Frederick, Ryan, 1993). Auch in der kardiologischen Rehabilitation dürften intrinsische Aspekte körperlicher Bewegung wichtig sein (Bjarnason-Wehrens, 2007). Leistungsmotivation wird verstanden als Wunsch, sich in der Sporttherapie zu bewegen, um stolz auf die erbrachte Leistung zu sein. Bellg (2003) thematisiert weitere motivationsrelevante Verhaltenskonsequenzen: Druck durch den oder Anerkennung vom Arzt, das Nörgeln des Partners oder die Angst vor einem weiteren Herzinfarkt. Darüber hinaus dürften die Erhaltung der Gesundheit und die Vermeidung weiterer Behandlungen Anreize für körperliche Aktiväten darstellen.

Methodik

Auf die rational-deduktive Itemgenerierung, Plausibilitätsprüfungen und Rückmeldungen durch Experten (Ärzte und Psychologen in der Rehabilitation) erfolgte die empirische Überprüfung in der Rehabilitation. In die Berechnungen gingen Daten von 273 kardiologischen Patienten (68 % koronar herzkrank) ein.

Ergebnis

Die Faktorenanalyse der 18 Items ergab eine vierfaktorielle Struktur, die insgesamt 65 % der Varianz aufklärte. Es konnten die Faktoren "intrinsische" und "Leistungs-" sowie "gesundheitsbezogene" und "soziale Motivation" faktorenanalytisch bestätigt werden. Die vier Cronbach´s alphas rangierten zwischen .80 und .87.

Korrelative Analysen zur Konstruktvalidität ergaben signifikant positive Korrelationen von "intrinsischer Motivation" mit Belastungs-EKG-Daten am Reha-Ende (r=.14) und mit LVEF (r=.18). Desweiteren korrelierte "intrinsische Motivation" signifikant negativ mit bewegungsbezogener Angst (r=-.21) und allgemeiner Depressivität (r=-.24). "Leistungsmotivation" korrelierte mit LVEF (r=.17) und mit allgemeiner Angst positiv (r=.13). "Soziale" und "gesundheitsbezogene Motivation" korrelierten hingegen nicht signifikant mit Belastungs-EKG-Daten

und LVEF. "Soziale Motivation" stand mit bewegungsbezogener und allgemeiner Angst in signifikant positivem Zusammenhang (jeweils r=.33).

Diskussion

Validität, Reliabilität und Ökonomie des Fragebogens erscheinen als hinreichend für den Einsatz in der kardiologischen Rehabilitation. Insbesondere erlaubt die Differenzierung von sporttherapiebezogener Motivation die Beurteilung der prognostischen Validität der Motivationsfacetten für Reha-Erfolg und die Teilnahme an einer ambulanten Herzsportgruppe. Desweiteren kann mit dem Fragebogen Bezug genommen werden auf Aspekte der Selbstregulation (z. B. Anstrengung, Intensität, Anzahl der Therapien in der Sporttherapie). Als wichtiger Einsatzbereich erscheinen die Motivationsförderung und die Evaluation entsprechender Programme.

Literatur

Bellg, A. (2003): Maintainance of Health Behavior Change in Preventive Cardiology. Behavior Modification, 27. 103-131.

Bjarnason-Wehrens, B. (2007): Trainingsformen und ihre Anwendung. In: Rauch, B., Middeke, M., Bönner, G., Karoff, M., Held, K. (Hrsg.): Kardiologische Rehabilitation. Standards für die Praxis nach den Leitlinien der Rehabilitation. Stuttgart: Thieme. 78-88.

Buschmann-Steinhage, R. (1993): Rehabilitationswissenschaften: Aspekte und Beiträge aus psychologischer Sicht. Deutsche Rentenversicherung, 4-5. 224-233.

Frederick, C.M., Ryan, R.M. (1993): Differences in motivation for sport and exercise and their relationships with participation and mental health. Journal of Sport Behavior, 16. 125-145.

Krankheitsbezogene Kontrollüberzeugungen und Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nach kardialer Rehabilitation: Genderspezifische Aspekte

Döbler, A., Mittag, O.

Abt. Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg i. Br.

Hintergrund

Studien zu psychosozialen Interventionen bei KoronarpatientInnen haben unterschiedliche Ergebnisse bei Frauen und Männern gezeigt (z. B. M-HART, ENRICHD). Frauen scheinen hinsichtlich der somatischen Endpunkte in geringerem Maße zu profitieren als Männer. Ein Grund dafür könnte in der unterschiedlichen Krankheitsverarbeitung bei Männern und Frauen liegen. Eine Vermutung ist, dass bei bestimmte Verarbeitungsmustern die Intervention mit adaptiven Krankheitsbewältigungsprozessen interferiert (Frasure-Smith et al., 2002). Auch differentielle Effekte verschiedener Interventionsstrategien bei Männern und Frauen sind möglich; während bei Männern Information und kognitive Ansätze erfolgreicher zu sein scheinen, profitieren Frauen möglicherweise eher von emotionaler Unterstützung (Cossette et al., 2002). Im Rahmen einer Sekundäranalyse bereits vorliegender Daten wurde hier untersucht, ob internale bzw. externale Kontrollüberzeugungen bei Männern und Frauen mit unterschiedlichen Veränderungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität im Rehabilitationsverlauf verbunden sind.

Methoden

Bei 310 Patienten (104 Frauen und 206 Männer, Alter: M = 58 Jahre, Range: 29 - 75), die nach Erstinfarkt bzw. erster PTCA oder ACVB-Operation eine stationäre Anschlussrehabilitation durchlaufen hatten, wurden Angst und Depressivität während der Rehabilitation sowie nach 3 und 12 Monaten mittels der SCL-90-R erfasst. Außerdem wurden drei Monate nach der Rehabilitation Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit mittels des KKG erhoben. Zur Auswertung wurden univariate Varianzanalysen mit den Differenzwerten der SCL-90-R-Skalen als abhängige Variablen durchgeführt; als unabhängige Variablen wurden Alter (Mediansplit), Geschlecht sowie die am Median (geschlechtsspezifisch) dichotomisierten Kontrollüberzeugungen verwendet.

Ergebnisse

Hohe internale Kontrollüberzeugungen waren bei Frauen mit einer Zunahme an Ängstlichkeit nach 3 und 12 Monaten verbunden, bei Männern dagegen mit einer Abnahme ($F_{1/293}$ = 9.09, p = .003 bzw. $F_{1/244}$ = 4.46, p = .036). Umgekehrt zeigten Frauen mit hoher fatalistisch-externaler Kontrollüberzeugung bezüglich der Depressivität eine Verbesserung im Dreimonatszeitraum, während Männer mit hohen fatalistischer Externalität über eine Verschlechterung berichteten ($F_{1/293}$ = 4.91, p = .027). Für sozial-externale Kontrollüberzeugungen wurden keine signifikanten Interaktionen gefunden.

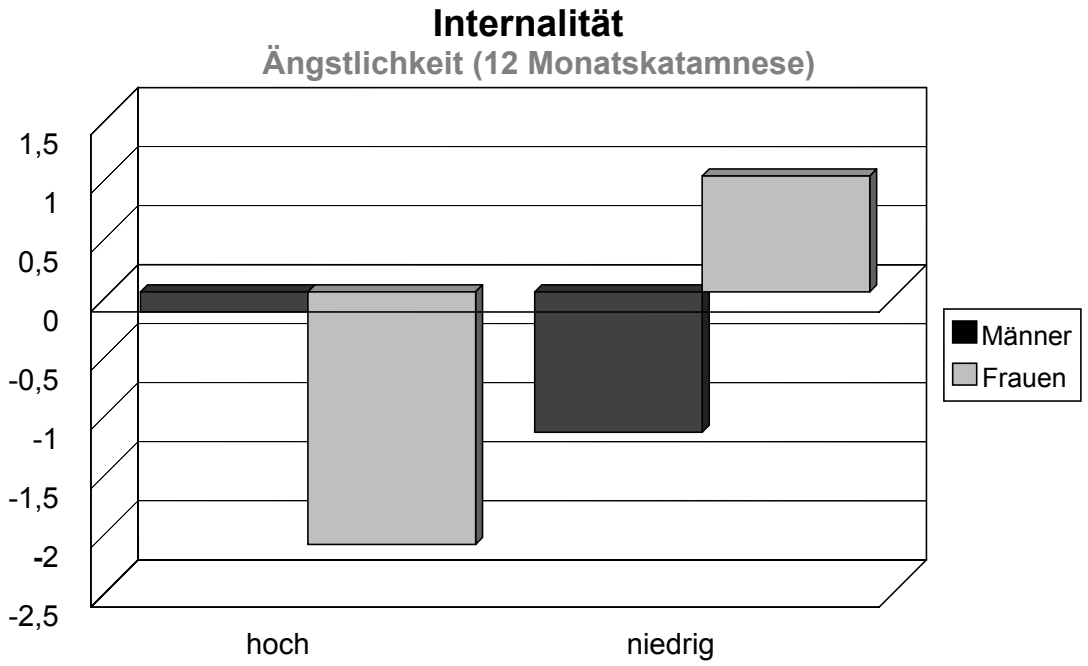


Abb. 1: Zusammenhang zwischen internaler Kontrollüberzeugung und der Veränderungen von Ängstlichkeit bei Frauen und Männern (positive Werte zeigen eine Verbesserung an)

Diskussion und Ausblick

Internale bzw. externale Kontrollüberzeugungen scheinen bei Männern und Frauen mit unterschiedlichen Verläufen ihrer psychischen Befindlichkeit nach koronaren Ereignissen einherzugehen. Hohe Internalität ist in dieser Studie bei Männer mit günstigen, bei Frauen eher mit ungünstigen Verläufen hinsichtlich Angst verbunden. Bei Frauen scheint sich dagegen fatalistische Externalität tendentiell günstig auszuwirken. Allerdings entstammen diese Befunde einer Sekundäranalyse und müssen daher als vorläufig angesehen werden.

Der medizinischen Rehabilitation liegt das Konzept zugrunde, den Patienten zum selbstbestimmten Experten für seine Erkrankung zu machen (Empowerment). Das Ziel ist also ein hohes Maß an internaler Kontrolle und Selbstwirksamkeit. Wir wissen nicht, ob dieser Ansatz den Copingmustern von Frauen und Männern gleichermaßen entspricht. Es wäre wünschenswert, die Frage, welche spezifischen Bewältigungs- und Emotionsregulationsstrategien bei Männern und Frauen zu einer langfristigen Krankheitsanpassung und günstigen Prognose führen, in großen, indikationsübergreifenden Studien zu adressieren (Grande, im Druck).

Literatur

Cossette, S., Frasure-Smith, N., Lespérance, F. (2002): Nursing approaches to reducing psychological distress in men and women recovering from myocardial infarction. International Journal of Nursing Studies, 29. 479-494.

Frasure-Smith, N., Lespérance, F., Gravel, G., Masson, Al., Juneau, M., Bourass, M.G. (2002): Long-term survival differences among low-anxious, high-anxious and repressive copers enrolled in the Montreal Heart Attack Readjustment Trial. Psychosomatic Medicine, 64. 571-579.

Grande, G. (im Druck): Genderspezifische Aspekte in der Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Diabetes mellitus. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation.

Veränderungen des Körpergewichts bei KHK-Patienten während und nach der Rehabilitation

Ladstätter, A., Nowossadeck, E.
Charité - Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund

Übergewicht und insbesondere Adipositas sind mit einem erhöhten Risiko für ein (weiteres) kardiales Ereignis bei KHK-Patienten verbunden (Yanovski, 2002). Nach Entlassung aus der kardiologischen Rehabilitation steigt das mittels Body Mass Index (BMI) gemessene Übergewicht im Langzeitverlauf im Durchschnitt wieder an (Küpper-Nybelen, 2003). Eine differenziertere Analyse basierend auf den Daten der Studie CARO-II von 2003/2004 hingegen offenbart, dass bei adipösen Rehabilitanden das Körpergewicht in den ersten sechs Monaten nach Rehabilitation sich nicht wieder erhöht (Nowossadeck, 2008). Es soll an dieser Stelle untersucht werden, ob sich dieser Befund mit den Daten einer aktuellen Studie replizieren lässt.

Wie neuere Untersuchungen gezeigt haben, ist nicht nur das Übergewicht, sondern auch die Fettverteilung ein relevanter Risikoprädiktor. KHK-Patienten mit bauchbetonter "viszeraler" Fettverteilung weisen ein höheres kardiales Risiko auf als Patienten mit der hüftbetonten "subkutanen" Form der Fettverteilung (Yusuf, 2005). Zur Messung dieses Parameters eignet sich der Taillenumfang (de Koning, 2007). Versorgungsepidemiologische Analysen zum Taillenumfang von KHK-Rehabilitanden und zu Veränderungen dieses Maßes nach Entlassung aus der Rehabilitation liegen bislang nicht vor.

Methodik

Die empirische Analyse erfolgt mit den Daten der multizentrischen Studie CARO-ZIR (Cardiac Rehabilitation Outcome - Zielvereinbarungen in der Rehabilitation), die von der DRV Westfalen gefördert wurde. An ihr nahmen 621 Rehabilitanden mit koronarer Herzkrankheit (KHK) in zehn Rehabilitationseinrichtungen teil. Einschlusskriterium war eine gesicherte KHK mit und ohne Bypass-OP. Für alle Patienten wurden rehaklinische Daten erhoben. Schriftliche Patientenbefragungen erfolgten am Ende der Rehabilitation (n=546, Response: 88 %) sowie sechs Monate nach der Rehabilitation (hier wurde eine Zwischenauswertung mit n=433 vorgenommen).

Ergebnisse

In den Reha-Einrichtungen lagen für 25 % (Reha-Beginn, T1) bzw. 16 % (Reha-Ende, T2) der Studienteilnehmer Angaben zum Taillenumfang vor. Zum Zeitpunkt T1 betrug der Taillenumfang im Durchschnitt noch 98,6 cm, während er sich im weiteren Verlauf bis zu T2 um 0,9 cm auf 97,7 cm reduzierte. Zudem liegen Patientenangaben von T2 und von T3 (6 Mo-

nate nach Rehabilitation) vor. In diesem Zeitraum veränderte sich der Taillenumfang bei Männern von 100,9 (T2) auf 103,8 (T3) bzw. bei den Frauen von 92,1 (T2) auf 93,0 cm (T3).

Der BMI hingegen ließ sich für fast alle Studienteilnehmer berechnen. Eine differenzierte Analyse des Verlaufs zeigt, dass die Patienten, die zu Beginn der Reha einen durchschnittlichen BMI > 30 kg/qm hatten, nach Entlassung aus der Reha die günstigste Entwicklung des Körpergewichts aufweisen: 6 Monate nach Reha ist der BMI dieser Patientengruppe mit 31,9 kg/qm signifikant niedriger als am Ende der Reha (32,6 kg/qm). Normalgewichtige (BMI < 25 kg/qm) hingegen wiesen einen signifikanten Wiederanstieg auf, der BMI bei Übergewichtigen (25 bis 30 kg/qm) blieb konstant. Ein Vergleich zu den Ergebnissen der CARO II-Studie zeigt, dass sich die mittleren Werte des BMI zu T1 und zu T2 für diese Patientengruppen nicht voneinander unterscheiden. Hingegen zeigt der Vergleich der beiden Studien, dass in der CARO-ZIR-Studie im ersten halben Jahr nach Reha der Rückgang des BMI in der Gruppe der Adipösen (-0,7 kg/qm) stärker ausfällt als in der CARO II-Studie (-0,2 kg/qm). Eine Varianzanalyse mit Messwiederholung zeigt, dass dieser Unterschied signifikant ist.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Der Taillenumfang als Maß für das Übergewicht wird bislang nur in einzelnen Rehabilitationseinrichtungen systematisch erhoben.

Die Analyse des BMI mit den Daten der CARO-ZIR-Studie bestätigt die Befunde der CARO II-Studie, dass adipöse Rehabilitanden keinen Wiederanstieg des BMI aufweisen und damit ein bedeutsames Zwischenziel bei einer nachhaltigen Gewichtsreduktion erreicht haben.

Die studienübergreifende Analyse des BMI zeigt zudem einen positiven Trend in der Entwicklung des BMI nach Entlassung aus der Rehabilitation: Adipöse Rehabilitanden können nicht nur ihr Körpergewicht weiter stabilisieren, sondern reduzieren es.

Literatur

de Koning, L., Merchant, AT., Pogue, J., Anand, S.S. (2007): Waist circumference and waist-to-hip ratio as predictors of cardiovascular events: meta-regression analysis of prospective studies. European Heart Journal, 28, 850-856.

Küpper-Nybelen, J., Rothenbacher, D., Hahmann, H., Wüsten, B., Brenner, H. (2003): Veränderungen von Risikofaktoren nach stationärer Rehabilitation bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 128. 1525-1530.

Nowossadeck, E., Müller-Fahrnow, W. (2008): Zielvereinbarungen zum Übergewicht bei KHK-Rehabilitanden. DRV-Schriften, Bd 77. 430-431.

Yanovski, S.Z., Yanovski, J.A. (2002): Obesity. New England Journal of Medicine, 346. 591-602.

Yusuf, S. et al. (2005): Obesity and the risk of myocardial infarction in 27 000 participants from 52 countries: a case-control study. Lancet, 366. 1640-49.

Entwicklung und formative Evaluation eines Schulungsseminars zum Thema "Herzklappenerkrankungen" für die AHB nach Herzklappenoperationen

Schubmann, R. (1), Seekatz, B. (2), Folttmann, C. (1), Meng, K. (2)

(1) Klinik Möhnesee, Möhnesee-Körbecke,

(2) Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Universität Würzburg

Einleitung

Die Zahl an Herzklappenoperationen insbesondere im hohen Lebensalter hat in den letzten Jahren erheblich zugenommen. Herzklappenpatienten stellen heute einen bedeutsamen Anteil der kardiologischen Rehabilitanden dar.

Ziel ist die Entwicklung eines manualisierten und evaluierten indikationsbezogenen Schulungscurriculums für Patienten nach Herzklappenoperationen, das sich an den Qualitätskriterien für Patientenschulungen (Ströbl et al., 2007; Deutsche Rentenversicherung Bund, 2007), an den Therapieleitlinien der kardiologischen Fachgesellschaften (Dietz, Rauch, 2003) sowie an der Realisierbarkeit im Alltag einer Rehabilitationsklinik orientiert (Schubmann et al., 2001).

Methoden

Für das 70-minütige Herzklappenseminar wird ein Manual ausgearbeitet, in dem Lernziele, Lernzielebenen, zeitliche Vorgaben, didaktische Methoden und Gruppengröße definiert wurden. Die Schulung wird mit anderen indikations- und bedarfsspezifischen Schulungsangeboten vernetzt. Das erstellte Curriculum wird durch schriftliche Patientenbefragungen zu zwei Messzeitpunkten (Rehabilitationsbeginn und -ende) formativ evaluiert. Evaluationsparameter sind die Bewertung der Schulung durch die Rehabilitanden, der Wissenszuwachs für relevante Schulungsinhalte und krankheitsbezogene Verhaltensempfehlungen, die gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie medizinische und soziodemographische Parameter. Zusätzlich werden Schulungsinteresse und Wünsche der Patienten an die Gestaltung von Schulungen erfragt, um die Schulung besser auf die Bedürfnisse der Patientengruppe abstimmen zu können.

Ergebnisse

Die Teilnehmer (n = 105) sind zu 63 % Männer und im Mittel 69,7 Jahre (SD = 8,8) alt. 80 % der Patienten leiden an einer Erkrankung der Aortenklappe, bei 30 % ist die Mitralklappe betroffen. Bei 86 % der Patienten wurden Herzklappen ersetzt, bei 14 % rekonstruiert.

Bei den Patienten bestehen ein hohes Schulungsinteresse und der Wunsch nach aktiver Beteiligung und Information in einem Schulungsseminar. Über 80 % der Patienten beurteilen ihr Interesse an Information und Informationsmaterial, Diskussion und Übungen zu ihrer Erkrankung als sehr bzw. ziemlich hoch. Zwischen 55 % und 70 % der Patienten geben an, sehr bzw. ziemlich interessiert an Erfahrungsaustausch, dem Eingehen auf die eigene Situation und am Einbringen eigener Beiträge und Fragen zu sein.

Inhalte, Verständlichkeit, Alltagsrelevanz und Methodik der Herzklappenschulung werden gut bis sehr gut bewertet ($1{,}87 \leq M \leq 2{,}07$; Skala 1 = sehr gut bis 6 = ungenügend). Dies

trifft in der Folge auch auf die Gesamtbewertung der Schulung zu (M = 1,70; SD = 0,71). Im Wissenstest zeigt sich eine signifikante Zunahme hinsichtlich des Schulungswissens im Rehabilitationsverlauf ($p < 0,01$; $d = 0,34$).

Diskussion

Das Herzklappenseminar weist eine hohe Akzeptanz bei den Patienten und eine gute Praxistauglichkeit auf. Die Ergebnisse der formativen Evaluation werden zu einer weiteren Adaptation des Manuals genutzt. Für Patienten nach Herzklappenoperationen in der medizinischen Rehabilitation kann das Curriculum ergänzend zum üblichen Schulungsprogramm bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen ökonomisch in das Behandlungsprogramm integriert werden.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2007): Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. Berlin.

Dietz, R., Rauch, B. (2003): Leitlinie zur Diagnose und Behandlung der chronischen koronaren Herzerkrankung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung (DGK). Zeitschrift für Kardiologie, 92. 501-521.

Schubmann, R., Baberg, H.T., Claushues, W., Rosenblatt, K., Schmidt, K.H. (2001): Altersabhängiger Wissenszuwachs von Patienten einer Rehabilitationsklinik. Präv.-Rehab., 13. 81-85.

Ströbl, V., Friedl-Huber, A., Küffner, R., Reusch, A., Vogel, H., Faller, H. (2007): Beschreibungs- und Bewertungskriterien für Patientenschulungen. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 75. 11-14.

Evaluation der Nachhaltigkeit von Viniyoga in der stationären Rehabilitation von Patienten mit arterieller Hypertonie

Fusshöller, C. (1), Mayer-Berger, W. (1), Moebus, S. (2), Pieper, C. (2), Marr, A. (2)

(1) Klinik Roderbirken der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, (2) Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie, Universitätsklinikum Essen

Hintergrund und Untersuchungsziel

Sowohl für Yoga (Jayasinghe, 2004; Ornish et al., 1990) als auch für die Progressive Muskelrelaxation (Ebrahim, Smith, 1998; Linden, Chambers, 1994) ist eine Blutdruck senkende Wirkung nachgewiesen. Bisher wird jedoch nur die Progressive Muskelrelaxation (PMR) regelhaft als Standardtherapieverfahren in der kardiologischen Rehabilitation eingesetzt. Darüber hinaus existieren bisher keine Daten zur Nachhaltigkeit (d. h. Aufrechterhaltung der Anwendung) beider Methoden.

Das Beibehalten erlernter Techniken nach dem Klinikaufenthalt stellt jedoch ein zentrales Anliegen der Rehabilitation dar. Nach Mayer-Berger et al. (2008) zeigte sich diesbezüglich, innerhalb der Nachsorge von Patienten mit koronarer Herzerkrankung, in der Klinik Roderbirken, dass nur etwa 20 % der Patienten die vermittelten Techniken über ein halbes Jahr

nach Klinikaufenthalt weiter regelmäßig anwendeten. Dieses Ergebnis deckt sich mit Schätzungen von Experten.

Vor diesem Hintergrund wird in der vorliegenden Studie primär untersucht, ob Viniyoga von Patienten mit arterieller Hypertonie nach Ende der Rehabilitation zu einem höheren Prozentsatz weiter durchgeführt wird als die PMR. Dafür spräche, dass bei der Vermittlung der Viniyogaübungen (d. h. Anpassung, mit Schwerpunkt auf dem Zusammenspiel von Bewegung und Atem) im allgemeinen im Vergleich zur PMR weniger technisch sondern eher "intuitiv" (d. h. auf die individuellen Bedürfnisse und Beschränkungen der Patienten eingehend) vorgegangen wird. Gegen diese These könnte sprechen, dass in der Öffentlichkeit die Ansicht weit verbreitet ist, dass Methoden wie Yoga nur bei höher formal gebildeten Bevölkerungsschichten Akzeptanz finden, die in der Klinik Roderbirken zu versorgenden Patienten allerdings einer bildungsferneren Schicht angehören.

Bei besserer Nachhaltigkeit von Viniyoga gegenüber PMR könnte ein standardisiertes Viniyoga-Programm die progressive Muskelrelaxation im Routinebetrieb der kardiologischen Rehabilitation ergänzen oder ablösen. Dies würde bedeuten, dass bei gleichem Aufwand eine höhere Nachhaltigkeit zu erzielen wäre.

Forschungsdesign und Methode

In die kontrollierte Studie, wurden in zwei Studienarme (Kontroll- und Interventionsgruppe) wöchentlich alternierend, Patienten mit arterieller Hypertonie der Klinik Roderbirken eingeschlossen. Um den Einfluss einer Erwartungshaltung durch die Patienten auszuschließen, wurden beide Entspannungsverfahren neutral betitelt mit Entspannung 1 (PMR/Kontrollgruppe) und Entspannung 2 (Viniyga/Interventionsgruppe). Sowohl die Kontroll- wie auch die Interventionsgruppen nahm über drei Wochen hinweg, täglich für 45 Minuten an dem jeweiligen Entspannungsverfahren teil.

Zu Beginn (t1) und am Ende des Rehabilitationsaufenthaltes (t2) wurden neben soziodemographischen und klinischen Daten (Routinedaten), standardisierte Blutdruckmessung und Langzeit-EKG (Herzfrequenzvariabilität) sowie Lebensqualitätdaten (SF-12) erhoben. Letztere wurden neben der Nachhaltigkeit durch eine schriftliche bzw. telefonische Befragung ein halbes Jahr nach dem Rehabilitationsaufenthalt (t3) nochmals ermittelt.

Erste Ergebnisse

Insgesamt wurden 340 männliche Patienten mit arterieller Hypertonie in die Studie eingeschlossen. Davon wurden 167 Patienten in die Kontrollgruppe und 173 Patienten in die Interventionsgruppe randomisiert. Die Altersspanne der Teilnehmer lag zwischen 19 und 65 Jahren.

Im Verlauf der Übungsphase gab es insgesamt 36 Studienabbrecher, davon schieden aufgrund unterschiedlicher Ursachen 9 Teilnehmer aus der Entspannung 1 und 27 Teilnehmer aus der Entspannung 2 aus. Die verbleibenden Studienteilnehmer (Entspannung 1 = 158 TN / Entspannung 2 = 146 TN) nahmen im Durchschnitt an 12 Übungseinheiten teil.

Aktuell liegen noch keine aussagekräftigen Ergebnisse zur Nachhaltigkeit vor, da die Befragung der Patienten erst ein halbes Jahr nach ihrer Rehabilitation, voraussichtlich Ende November 2008, abgeschlossen sein wird.

Literatur

Ebrahim, S., Smith, G.D (1998): Lowering blood pressure: a systematic review of sustained effects of non-pharmacological interventions. J Public Health Med, 20. 441-448.

Jayashinghe, S.R. (2004): Yoga in cardiac health (A Review). Eur J Cardiovasc Prev Rehabil, 11. 369-375.

Linden, W., Chambers, L. (1994): Clinical effectiveness of non-drug treatment for hypertension: a meta-analysis. Ann Behav Med,16. 35-45.

Mayer-Berger, W., Kohlmayer, M., Redaèlli, M., Büscher, G., Schwitalla, B. (2008): Sekundärprävention bei Patienten mit Koronarer Herzkrankheit durch Anschlussheilbehandlung und anschließende konzeptintegrierte Nachsorge (SeKoNa). Abstract Herzmedizin 25, Bd 2. 96.

Ornish, D., Brown, S.E., Scherwitz, L.W., Billings, J.H., Armstrong, W.T. (1990): Can lifestyle changes reverse coronary heart disease? The Lifestyle Heart Trial. Lancet, 336. 129-133.

Herzgruppen in Rheinland-Pfalz - Erste Ergebnisse einer TeilnehmerInnenbefragung

Schmidt, J. (1), Nübling, R. (1), Keck, M. (2), Ritter, P. (2), Krönig, B. (2), Stahlheber, R. (2)

(1) GfQG, Karlsruhe, (2) Landesverband für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen Rheinland-Pfalz e.V., Koblenz

Hintergrund

Ambulante Herzgruppen spielen in der Phase III der kardiologischen Rehabilitation eine bedeutende Rolle. Derzeit existieren bundesweit mehr als 6.600 ambulante Herzgruppen, in denen mehr als 110.000 Patienten ärztlich überwacht körperlich aktiv sind (Bjarnason-Wehrens et al., 2006). Organisatorisch werden Herzgruppen von den Landesorganisationen der DGPR betreut und unterstützt. So sind gegenwärtig beim Landesverband Rheinland-Pfalz 329 Herzgruppen mit knapp 6.000 Teilnehmern registriert. Zur Qualitätssicherung hat der Landesverband in den Jahren 2001/2002 und 2006/2007 systematische Vor-Ort-Visitationen durch erfahrene Herzgruppenärzte durchgeführt (Keck, 2003; Keck et al., 2008). Ziel war es, die festgelegten Qualitätsstandards zu überprüfen, mögliche Defizite zu erkennen und Qualitätssteigerungen herbeizuführen. Über die "Qualität" von Herzgruppen entscheiden aber nicht allein die sachlichen und apparativen Gegebenheiten, das vorgehaltene Angebot und die fachliche Qualifikation der beteiligten Übungsleiter und Ärzte. Ein weiterer bedeutender Faktor ist die subjektiv empfundene Qualität der Herzgruppen wie sie von den Teilnehmer/innen erlebt wird. Um zusätzlich auch die Teilnehmerperspektive transparent zu machen, hat der Landesverband im 3. Quartal 2008 erstmalig ein Pilotprojekt zur systematischen (anonymen) schriftlichen Teilnehmerbefragung durchgeführt.

Methodik

Eingesetzt wurde ein 8-seitiger Fragebogen mit 150 Items, der gemeinsam von der Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen und von Kardio-Experten des Landesverbandes entwickelt wurde. Der Fragebogen gliedert sich in 4 Abschnitte (A. Angaben zum Gesund-

heitszustand vor Eintritt in eine Herzgruppe, B. Fragen zur derzeitigen Herzgruppe, C. Angaben zum gegenwärtigen Gesundheitszustand und zu bisherigen Behandlungsmaßnahmen, D. Angaben zur Person). Aus dem Bestandsregister wurden für die Befragung nach Zufall 26 Standorte mit insgesamt 81 Herzgruppen und 1.396 Teilnehmer/innen ausgewählt. Die jeweiligen Übungsleiter erhielten vom Landesverband eine entsprechende Anzahl von Fragebögen zugeschickt (einschließlich eines Informationsblatts für die Teilnehmer/innen), verbunden mit der Bitte, diese an die Teilnehmer/innen ihrer Gruppen auszuhändigen und die ausgefüllten Bögen an den Landesverband zurückzusenden.

Ergebnisse

Dargestellt werden vorläufige Ergebnisse der noch nicht abgeschlossenen Befragung zum Stichtag 13.10.2008. Von den 1.396 ausgegebenen Fragebögen waren bis dahin insgesamt 444 ausgefüllt zurückgeschickt worden, was einer (vorläufigen) Rücklaufquote von 31,8 % entspricht.

Demografische Merkmale: 73 % der befragten Teilnehmer waren Männer. Das Durchschnittsalter der Teilnehmer/innen lag bei 68,9 Jahren (SD = 8,0 J.), d. h. die große Mehrzahl war über 60 Jahre alt (84.6 %). Unter 50-jährige waren sehr selten (2,5 %). 67,1 % der Teilnehmer/innen hatten einen Hauptschulabschluss. 43,8 % waren zuletzt Angestellte, 27,9 % zuletzt Arbeiter (zum Zeitpunkt der Befragung waren jedoch 80,4 % der Teilnehmer/innen Rentner).

Herzgruppenbezogene Merkmale: 61,9 % der befragten Teilnehmer/innen gehörten der Herzgruppe bereits über 3 Jahre an (27,1 % bereits über 10 Jahre). Gründe für den Eintritt waren überwiegend eine Empfehlung des Hausarztes (56 %) und / oder eine Empfehlung einer Reha-Einrichtung (56 %). Die derzeitige Herzgruppe hatte zumeist eine Stärke von 16-20 Teilnehmer/innen (40,2 %) bzw. von 11-15 Teilnehmer/innen (30,2 %). In 71,4 % der Fälle traf sich die Herzgruppe in der Regel 1 x pro Woche, in 28,6 % der Fälle 2 x pro Woche. Knapp 70 % der Teilnehmer/innen hatten bereits über 100 Übungs-/Trainingstermine besucht. Bei 40,1 % der befragten Teilnehmer/innen wurde die derzeitige Teilnahme (noch) durch einen Kostenträger gefördert, 59,8 % waren Selbstzahler.

Zufriedenheit / persönlicher Nutzen / Bewertungen der Herzgruppe: 98,8 % der Antworter waren alles in allem mit ihrer derzeitigen Herzgruppe sehr zufrieden (52,5 %) bzw. zufrieden (46,3 %). 38,9 % waren der Meinung, dass die Teilnahme ihnen sehr viel gebracht habe ("großer Nutzen"), weitere 56,6 % sehen einen "deutlichen Nutzen", lediglich 4,4 % sprachen von einem geringen bzw. keinen Nutzen. Bei der Bewertung von 18 Aspekten der Herzgruppe nach dem Schulnotensystem (1 = sehr gut bis 6 = ungenügend) variierten die Mittelwerte zwischen 1,61 ("fachliche Kompetenz des/der Übungsleiter/s") und 2,97 ("Psychologische Betreuung"), wobei 8 von 18 Mittelwerten unter 2,0 liegen. In der Gesamtschau aller bisher wegen der Herz-Kreislauf-Erkrankung in Anspruch genommenen Behandlungsmaßnahmen bewerteten insgesamt 91,3 % der Antworter die Herzgruppe als sehr wichtig (44.7 %) oder eher wichtig (46,6 %).

Wahrgenommene gesundheitliche Veränderungen: Die große Mehrheit der Teilnehmer/innen berichtete von positiven Wirkungen der Herzgruppenteilnahme: 94 % sahen eine Verbesserung ihres Wohlbefinden, 88,4 (72,8 %) eine Verbesserung ihrer körperlichen (psychischen) Belastungsfähigkeit. In quasi-indirekten Veränderungsmessungen zeigen sich

hochsignifikante Verbesserungen der körperlichen und psychischen Verfassung und des Gesundheitszustandes (mit ES zwischen 0,33 und 0,44).

Diskussion

Die an der Befragung teilnehmenden Mitglieder zufällig ausgewählter Herzgruppen zeigen in der Gesamtschau ein sehr hohes Maß an Zufriedenheit mit ihren Gruppen und berichten mehrheitlich von positiven gesundheitlichen Auswirkungen. Zugleich zeigen sich aber auch einige Aspekte, die auf Verbesserungspotenziale hinweisen könnten (z. B. Zusatzprogramm, psychologische Betreuung, Mitbeteiligung von Angehörigen, Gruppengröße).

Die Autoren plädieren dafür, dass regelmäßige TeilnehmerInnenbefragungen zukünftig fester Bestandteil der Qualitätssicherung sein sollten. Methodenkritisch muss allerdings festgestellt werden, dass die Rücklaufquote (bisher) in der Pilotstudie unter den Erwartungen geblieben ist. Ansatzpunkte für einen höheren Rücklauf werden zukünftig insbesondere in einer verbesserten Motivierung zur Teilnahme und in einer Kürzung des Fragebogens gesehen.

Literatur

Bjarnason-Wehrens, B., Held, K., Karoff, M. (2006): Herzgruppen in Deutschland - Status quo und Perspektive. Herz, 31, Nr. 6. 559-565.

DGPR (2004): Herzgruppe - Positionspapier der DGPR. Z Kardiol, 93. 839-847.

Keck, M. (2003): Überprüfung und Zertifizierung der Herzgruppen: Pilotprojekt. Herzmedizin, 20, 2. 115-116.

Keck, M., Nübling, R., Schmidt, J. (2008): Ergebnisse der Re-Zertifizierung von Herzgruppen in Rheinland-Pfalz. DRV-Schriften, Bd 77. 436-437.

Medizinische und berufliche Rehabilitation unter Berücksichtigung einer psychischen Komorbidität bei Tumorpatienten

Wienholz, S., Ehrensperger, C., Schwarz, R.[†]
Abteilung Sozialmedizin, Universität Leipzig

Hintergrund

Tumorerkrankungen ziehen immer häufiger eine Frühberentung nach sich. Tritt eine zusätzliche psychische Störung auf, deren Prävalenz laut einer Metaanalyse von Aschenbrenner et al. (2003) bei bis zu 50 % liegt, lässt sich eine Potenzierung der Erwerbsunfähigkeit vermuten. Die psychische Gesundheit als wichtiger Einflussfaktor spiegelt sich auch in den Erwartungen der Patienten an eine Rehabilitationsmaßnahme wider (Bergelt et al., 2000). Generalisierbare Daten über die Auswirkungen der psychischen Situation auf den Rehabilitationsprozess und die berufliche Entwicklung der Patienten fehlen jedoch bisher (Härter et al., 2000).

Anliegen des Projektes

Gefördert durch die Deutsche Rentenversicherung Bund untersucht die Abteilung Sozialmedizin der Universität Leipzig u. a. das psychische Befinden von kurativ behandelten Tumorpatienten unter der Fragestellung, inwieweit die psychische Gesundheit einen Einfluss auf Inanspruchnahme und Bewertung von Rehabilitationsangeboten und letztendlich auf deren berufliche Wiedereingliederung hat. Perspektivisch sollen die Studienergebnisse einen Beitrag zur Senkung der Frühberentungsrate leisten.

Methodik

In einem prospektiven Längsschnittdesign werden 720 Tumorpatienten zwischen 18 und 55 Jahren zu vier Erhebungszeitpunkten (erstmalig während der Akutbehandlung, abschließend 15 Monate danach) zu ihrem psychischen und körperlichen Befinden, ihrer beruflichen Situation, den Erwartungen an und Erfahrungen während einer Rehabilitationsmaßnahme sowie ihrer Versorgungssituation befragt. Eingesetzt werden sowohl standardisierte Messinstrumente (z. B. SKID, FREM, SPE-Skala, JCQ) als auch selbst entwickelte Items.

Ergebnisse

Basierend auf dem aktuellen Erhebungsstand soll neben der Prävalenz psychischer Erkrankungen und Belastungen die jeweilige Erwerbssituation der Tumorpatienten zu zwei Messzeitpunkten (während der Akutbehandlung, 9 Monate später) betrachtet werden. Es wird der Frage nachgegangen, inwieweit sich psychisch komorbide Patienten von psychisch nicht komorbiden Patienten im Rehabilitationsverlauf unterscheiden. Der Blick richtet sich dabei auf die Inanspruchnahme einer Rehabilitationsmaßnahme (Erwartungen und Erfahrungen), die subjektive Erwerbsfähigkeitsprognose und den Zeitpunkt der Berufsrückkehr unter Be-

rücksichtigung einfließender Faktoren wie der beruflichen Ausgangssituation und spezifischer Arbeitsplatzmerkmale wie Arbeitsintensität und Handlungsspielraum.

Diskussion

Anhand der Ergebnisse soll diskutiert werden, inwieweit frühzeitige diagnostische Bemühungen, Leistungsbeurteilungen und geeignete Interventionen notwendige und nachhaltige Maßnahmen darstellen, dem Frühberentungsprozess entgegenwirken zu können.

Literatur

Aschenbrenner, A., Härter, M., Reuter, K., Bengel, J. (2003): Prädiktoren für psychische Beeinträchtigungen und Störungen bei Patienten mit Tumorerkrankungen - Ein systematischer Überblick empirischer Studien. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 12. 15-28.

Bergelt, C., Welk, H., Koch, U. (2000): Erwartungen, Befürchtungen und Therapieziele von Patienten zu Beginn einer onkologischen Rehabilitationsmaßnahme. Die Rehabilitation, 39. 338-349.

Härter, M., Reuter, K., Schretzmann, B., Hasenburg, A., Aschenbrenner, A., Weis, J. (2000): Komorbide psychische Störungen bei Krebspatienten in der stationären Akutbehandlung und medizinischen Rehabilitation. Die Rehabilitation, 39. 317-323.

Auswirkungen der Sportarten Nordic Walking und Walking auf Schulterbeweglichkeit und Schmerzintensität bei Brustkrebspatientinnen*)

Kähnert, H. (1), Exner, A.-K. (1), Leibbrand, B. (2), Niehues, C. (3), Kalusche, E.-M. (4), Koller, B. (5), Biester, I. (6), Gärtner, U. (7)

(1) Institut für Rehabilitationsforschung Norderney, Bad Salzuflen, (2) Salzetalklinik, Bad Salzuflen, (3) Median Klinik am Burggraben, Bad Salzuflen, (4) Median Klinik am Park, Bad Oeynhausen, (5) Klinik Porta Westfalica, Bad Oeynhausen, (6) MediClin Rose Klinik, Horn-Bad Meinberg, (7) Paracelsus-Klinik am See, Bad Gandersheim

Hintergrund

In den letzten Jahren konnte gezeigt werden, dass bei der Bewältigung von Krebserkrankungen Sport und Bewegung einen hohen Stellenwert einnehmen (Courneya, 2003). So kann eine Erhöhung der körperlichen Leistungsfähigkeit das Wohlbefinden von Brustkrebspatientinnen steigern und Therapiebegleitsymptome, wie Bewegungseinschränkungen im Arm-Schulter-Bereich, Schmerzen, Müdigkeit, Übelkeit und Schlafstörungen reduzieren (Crevenna et al., 2003; Dimeo, Thiel, 2008; Oldervoll et al., 2004).

Über die Nordic Walking-Studie sollen die Auswirkungen der Sportart Nordic Walking im Vergleich zum Walking bei Brustkrebspatientinnen, die eine stationäre Rehabilitation durchführen, untersucht werden. Trotz gesundheitsfördernden Auswirkungen beider Ausdauersportarten stellt sich jedoch im Bereich brustkrebsoperierter Patientinnen die Frage, welche Effekte Nordic Walking im Vergleich zum Walking durch den Stockeinsatz und somit einer

*) Die Studie wurde finanziert durch das Institut für Rehabilitationsforschung Norderney

erhöhten Muskelarbeit in den Armen auf die Schulterbeweglichkeit und die Schmerzempfindung im Oberkörperbereich hat.

Methodik

Die Nordic Walking-Studie ist eine prospektive, randomisierte Verlaufsstudie. Sie basiert auf schriftlichen Befragungen von Ärzten zum Beginn (T1) und am Ende (T2) einer stationären Rehabilitation und von Brustkrebspatientinnen, die zusätzlich sechs Monate nach Abschluss der Rehabilitation (T3) befragt werden. Die Daten beruhen auf der Auswertung einer Teilstichprobe von 510 Patientinnen. Die aktive Schulterbeweglichkeit der Patientinnen wurde einerseits durch den Arzt (Neutral-0-Methode) und andererseits über die Patientenfragebögen erfasst (Globaltest: Schürzen-/Nackengriff). Zudem wurde die wahrgenommene Bewegungsbeeinträchtigung der Patientinnen in den Lebensbereichen Haushalt, Freizeit und Sport erfragt. Die Schmerzintensität im Bereich des Oberkörpers wird über 11-stufige numerische Ratingskalen ermittelt. Zusammenhänge zwischen den Laufgruppen und den Variablen zur Schulterbeweglichkeit werden über T-Test und kovarianzanalytische Verfahren überprüft.

Ergebnisse

Nach Angaben der Ärzte und der Patientinnen weisen etwa 30 % der Studienteilnehmerinnen Beeinträchtigungen in der Schulterbeweglichkeit der brustkrebsoperierten Seite hinsichtlich Abduktion, Adduktion, Innen- oder Außenrotation auf. Unter Berücksichtigung der Patientinnen mit Bewegungseinschränkungen können nach Abschluss der Rehabilitation in allen Bewegungsrichtungen signifikante Zuwächse nachgewiesen werden. So verbessert sich von T1 nach T2 die Seitwärtsbewegung des Armes um durchschnittlich bis zu 16 Grad ($T=6,8$, $p<0,000$) und die Vorwärtsbewegung um durchschnittlich bis zu 12 Grad ($T=7,8$, $p<0,000$). Nach Angaben der Patientinnen können Schürzen- und Nackengriff am Ende der Rehabilitation signifikant besser ausgeführt werden als zu T1. Auch fühlen sich die Patientinnen am Ende der Rehabilitation im Vergleich zum Beginn weit weniger in ihren Lebensbereichen Haushalt, Freizeit und Sport beeinträchtigt ($T=3,9$; $p<0,000$). Sechs Monate nach Abschluss der Rehabilitation nehmen die wahrgenommenen Beeinträchtigungen jedoch wieder signifikant zu ($T<3,1$; $p<0,01$). Werden brustkrebsspezifische Sportarten während der Rehabilitation, wie Oberkörpergymnastik (KTL-Bereich: B) berücksichtigt, können zwischen den Laufgruppen Nordic Walker und Walker bei den untersuchten Variablen zu keinem Messzeitpunkt signifikante Unterschiede nachgewiesen werden.

Hinsichtlich der Schmerzwahrnehmung nehmen im Vergleich zu T1 am Ende der Rehabilitation Patientinnen beider Laufgruppen signifikant weniger Schmerzen im Oberkörper wahr ($T=4,3$, $p<0,000$). Unter Berücksichtigung weiterer schmerzbeeinflussender Therapien (KTL-Bereiche: K: Physikalische Therapie, F: Entspannung) kann kein signifikanter Unterschied in der Schmerzwahrnehmung zwischen beiden Laufgruppen zu T2 nachgewiesen werden.

Diskussion

Der Einsatz der Nordic Walking Stöcke und damit verbunden einer erhöhten Muskelarbeit hat nach den Ergebnissen der Studie keine negativen Auswirkungen auf die Armbeweglichkeit und Schmerzwahrnehmung brustkrebsoperierter Patientinnen. Nordic Walking und Walking sind Sportarten, die innerhalb einer stationären Rehabilitation für Brustkrebspatientin-

nen angeboten werden sollten, da die Rehabilitandinnen gleichermaßen profitieren, indem ihre Beweglichkeit gesteigert, Schmerzen reduziert und wahrgenommene Beeinträchtigungen in wesentlichen Lebensbereichen verbessert werden.

Ausblick

Weitere Untersuchungen müssen prüfen, inwieweit beide Laufsportarten auch außerhalb des Settings stationäre Rehabilitation vergleichbare Auswirkungen zeigen. Soweit vertretbar sollte zusätzlich eine Gruppe, die kein Lauftraining absolviert, mit in die Untersuchung aufgenommen werden. Aus der derzeitigen Datenlage dieser Untersuchung zeichnet sich für den Follow-up-Zeitraum ab, dass Studienteilnehmerinnen, die keine der beiden Laufsportarten nach Abschluss der Rehabilitation durchführen, stärker in ihrer Beweglichkeit beeinträchtigt sind als Nordic Walker bzw. Walker. Die notwendige Verstetigung der nachgewiesenen Rehabilitationserfolge nach der stationären Phase legt nahe, eine positive Einstellung zu beiden Laufsportarten während der Rehabilitation zu fördern.

Literatur

Courneya, K.S. (2003): Exercise in Cancer Survivors: An Overview of Research. Medicine & Science in Sports & Exercise, 35/11.1846-1852.

Crevenna, R., Zielinski, C., Keilani, M.Y., Schmidinger, M., Bittner, C. (2003): Aerobes Ausdauertraining für Krebspatienten. Wiener Medizinische Wochenschrift, 9/10. 212-216.

Dimeo, F.C., Thiel, E. (2008): Körperliche Aktivität und Sport bei Krebspatienten. Der Onkologe, 14. 31-37.

Oldervoll, L.M., Kaasa, S., Hjermstad, M., Lund, J.A., Loge, J.H. (2004): Physical exercise results in the improved subjective well-being of a few or is effective rehabilitation for all cancer patients. The European Journal of Cancer, 40/7. 951-962.

Patientenorientierung und direkte Veränderungsmessung: Einschätzungen der Aktivitäten und Teilhabe im Verlauf onkologischer Rehabilitation

Kusak, G., Döllscher, P., Mau, W.

Institut für Rehabilitationsmedizin der Medizinischen Fakultät,
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Einleitung / Hintergrund

Die Erfassung der Lebensqualität im Sinne der Einschätzung von Aktivitäten und Teilhabe stellt einen bedeutsamen Zugang zu Patientenorientierung und Individualisierung in der Rehabilitation, z. B. bei Zielevereinbarungen und Interventionsassignment, dar. Die direkte Veränderungsmessung wird in diesem Zusammenhang als relevanter Ansatz diskutiert, der für Reha-Verlaufsüberwachung und -anpassung und zur differenzierten Beurteilung des Reha-Erfolgs herangezogen werden kann.

Ziel der vorliegenden Untersuchung[*)] war es deshalb, ausgehend von existierenden Verfahren wie IMET (Deck et al., 2007), MACTAR (Verhoeven et al., 2000) sowie MOSES (Farin et al., 2006) mit dem im Rahmen der VEKTOR-Studie entwickelten EAT (Fragebogen zu Einschränkungen der Aktivitäten und Teilhabe; Döllscher et al., 2008) den Verlauf der Lebensqualität bei Rehabilitanden mit onkologischen Erkrankungen während der medizinischen Rehabilitation mittels direkter Veränderungsmessung unter Bezugnahme auf alle 9 ICF-Domänen von Aktivitäten und Teilhabe zu bestimmen.

Material und Methoden

Es handelt sich um eine prospektive Längsschnittstudie mit Ein-Gruppendesign und zwei Messzeitpunkten (Beginn und Ende der Reha) bei 200 konsekutiven Patienten aus 5 verschiedenen Reha-Kliniken mit Mamma-CA, Colon-CA, Bronchial-CA oder Prostata-CA. Den Studienteilnehmern wurde das Fragebogeninstrument zur schriftlichen Beantwortung vorgelegt. Zur Abschätzung von konvergenter und divergenter Konstruktvalidität wurden weiterhin QLQ-C-30, IMET, HADS und SWE (Selbstwirksamkeitserwartung, Schwarzer, Jerusalem, 1999) eingesetzt. Aus der Krankenakte wurden Angaben zu Diagnosen und Krankheitsschwere und -verlauf entnommen.

Ergebnisse

Die Daten wurden in den kooperierenden Reha-Kliniken Bad Salzelmen (Schönebeck), Eisenmoorbad Schmiedeberg, Teufelsbad Fachklinik Michaelstein, MEDIAN-Klinik Kalbe-Milde und Paracelsus-Harz-Klinik Bad Suderode erhoben. Der Rücklauf lag bei 62 %. Stichprobe und drop outs unterschieden sich nicht signifikant. Das Durchschnittsalter lag bei 62 Jahren, die jüngsten Rehabilitanden waren Patienten mit Mamma-CA, die im Durchschnitt ältesten Patienten mit Prostata-CA. 58 % der Rehabilitanden nahmen an der Rehabilitation im Rahmen einer AHB/Anschlussrehabilitation teil. Bezüglich des Krankheitsverlaufes wurden 82 % der Rehabilitanden von den behandelnden Ärzten als kurativ eingeschätzt, 14 % als palliativ; 4 % waren nicht einschätzbar.

Am schwersten beeinträchtigt in den Gesamtscores von QLQ-C-30, HADS, IMET und EAT waren zu Beginn der Reha die Rehabilitanden mit Bronchial-CA und Colon-CA. Die größten Verbesserungen in diesen Verfahren wiesen am Ende der Reha die Rehabilitanden mit Colon-CA auf. Die Analyse der einzelnen Domänen von Aktivitäten und Teilhabe zeigt, dass die Verbesserungen hier im Gegensatz zu den anderen Krebsarten fast alle Lebensbereiche betrafen. Mamma-CA-Patienten verbesserten sich in den Gesamtscores von IMET und EAT nicht, jedoch zeigen die Profile der domänenbezogenen Einschränkungen sowohl deutliche Zu- als auch Abnahmen in den einzelnen Lebensbereichen.

Diskussion / Schlussfolgerungen

Die Analyse sämtlicher Domänen der Aktivitäten und Teilhabe mit dem EAT erlaubt die differenzierte Beurteilung von Einschränkungen und Ressourcen der Rehabilitanden und ihrer Verbesserungen im Rehaverlauf. Die systematische Erfassung der Aktivitäten und Teilhabe kann als Ausgangspunkt für die gemeinsame Reha-Zielevereinbarung zwischen Arzt und Rehabilitand und für das Interventionsassignment inkl. einer lösungsorientierten psychologischen und sozialmedizinischen Beratung dienen. Durch den Einsatz der direkten Verände-

[*)] gefördert durch die Sachsen-Anhaltische Krebsgesellschaft e.V

rungsmessung wird bewusst die integrierende Bewertung der Betroffenen im Sinne der Patientenorientierung genutzt und der Fokus auf die Verbesserung und den Erhalt von Alltagsaktivitäten und Teilhabe statt auf Krankheitsbeschwerden gelenkt.

Insgesamt leistet dieses Vorgehen einen wichtigen Beitrag für die Patientenorientierung in der rehabilitativen Praxis.

Literatur

Deck, R., Mittag, O., Hüppe, A., Muche-Borowski, C., Raspe, H. (2007): Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe (IMET) - Erste Ergebnisse eines ICF-orientierten Assessmentinstruments. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 76. 113-120.

Döllscher, P., Kusak, G., Mau, W. (2008): Patientenorientierte Veränderungsmessung von Einschränkungen der Aktivitäten und Teilhabe nach onkologischer Rehabilitation (VEKTOR-Studie). Gesundheitswesen, 7. 477.

Farin, E., Fleitz, A., Follert, P. (2006): Entwicklung eines ICF-orientierten Patientenfragebogens zur Erfassung von Mobilität und Selbstversorgung. Phys Med Rehab Kuror, 16. 197-211.

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.

Verhoeven, A.C., Boers, M., van der Linden, S. (2000): Validity of the MACTAR questionnaire as a functional index in a rheumatoid arthritis clinical trial. The McMaster Toronto Arthritis. J.Rheumatol., 27. 2801-2809.

Prozess- und Ergebnisbewertung von InanspruchnehmerInnen ambulanter und stationärer onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen

Bergelt, C. (1), Lehmann, C. (1), Beierlein, V. (1), Hagen-Aukamp, C. (2), Kerschgens, C. (3), Rhee, M. (4), Frühauf, S. (5), Meise, U. (5), Otto, J. (6), Berger, D. (7), Koch, U. (1)

(1) Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, (2) Niederrhein-Klinik, Korschenbroich, (3) Vivantes Rehabilitation, Berlin, (4) Alfried Krupp Zentrum für Medizin und Rehabilitation, Essen, (5) PAR.OS, Osnabrück, (6) Klinik für ambulante Rehabilitation und Sportmedizin, Leipzig, (7) Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung in Nordrhein-Westfalen (ARGE), Bochum (Förderer der Studie)

Hintergrund

Obwohl bereits seit Mitte der 90er Jahre ambulante Rehabilitationsangebote (v. a. in den Indikationsbereichen Kardiologie und Orthopädie) entwickelt worden sind, ist die ambulante Rehabilitation nach wie vor ausbau- und entwicklungsfähig (vgl. Koch, Morfeld, 2004). Seit einigen Jahren werden ambulante Rehabilitationskonzepte auch in der Onkologie implementiert, sie spielen aber derzeit zahlenmäßig noch eine untergeordnete Rolle. Ergebnisse ei-

nes Modellprojektes weisen darauf hin, dass ambulante Maßnahmen bei einigen Patientengruppen ebenso effektiv sind wie stationäre Angebote (Koch et al., 2000). Eine systematische Evaluation ambulanter onkologischer Rehabilitationsangebote fand bisher nicht statt.

Methode

In einer multizentrischen prospektiven Studie (fünf ambulante Rehabilitationseinrichtungen, drei stationäre Vergleichskliniken) wurden PatientInnen mit Tumoren der Verdauungsorgane, der Brust oder der männlichen Genitalorgane und Harnorgane, die eine ambulante oder stationäre Rehabilitation in Anspruch nahmen, zu drei Zeitpunkten untersucht (Beginn und Ende der Reha, 1-Jahres-Katamnese). Die hier durchgeführten Analysen beziehen sich auf das Ende der Rehabilitation. Für diesen Messzeitpunkt liegen 843 vollständige Datensätze vor (ambulant: n=381, stationär: n=462). Verglichen werden die Rehabilitandenzufriedenheit (FBR-Z; Raspe et al., 1997) und die Bewertung der Struktur- und Kontextbedingungen der (ambulanten) Rehabilitation und der Effektivität der Maßnahmen durch die Patientinnen und Patienten. Gruppenunterschiede zwischen ambulantem und stationärem Setting werden varianzanalytisch überprüft.

Ergebnisse

Zufriedenheit: Die indikationsübergreifenden Auswertungen zeigen insgesamt eine sehr hohe Zufriedenheit sowohl der ambulant als auch der stationär Rehabilitierten mit der ärztlichen, pflegerischen und psychologischen Betreuung während der Rehabilitation (alle Mittelwerte > 4 auf Skalen von 1 bis 5). Die Menge der durch die drei Berufsgruppen erhaltenen Betreuung wird jeweils von den ambulant rehabilitierten PatientInnen signifikant positiver beurteilt als in der stationären Gruppe. Die stationäre Gruppe beurteilt dagegen Einrichtungsmerkmale wie die Organisation der Abläufe positiver.

Reha-Erfolg

Die Beurteilung des Reha-Erfolges in den Bereichen körperliche Gesundheit, Schmerzen, Familie/Partnerschaft und seelisches Befinden unterscheidet sich zwischen der ambulanten und stationären Gruppe nicht signifikant. Den Erfolg im Bereich Kontakt mit anderen beurteilt die stationäre Gruppe positiver als die ambulante (M=3.3 vs. M=2.9). Beide Gruppen schätzen den Reha-Erfolg im Bereich körperliche Gesundheit am höchsten ein (ambulant: M=3.9; stationär: M=4.0, Skalen von 1-5).

Reha-Prozess

Ambulant rehabilitierte PatientInnen berichten eine signifikant längere durchschnittliche Therapiedauer pro Tag als stationär Rehabilitierte. Der Umfang der erhaltenen Therapien wird aber in beiden Gruppen gleichermaßen gut eingeschätzt. Die ambulante Gruppe ist mit dem gewählten Setting hochzufrieden und bewertet dieses signifikant besser als die stationäre Gruppe. Mögliche Belastungsfaktoren der ambulanten PatientInnen wie die tägliche An- und Abreise stellen nur für eine kleine Minderheit eine Belastung dar.

Prozessbezogene Items, die sich auf Inhalte und Ziele der Rehabilitation beziehen, werden settingunabhängig gleichermaßen positiv beurteilt (Mittelwerte zwischen 3.3 und 4.4, Skalen von 1 bis 5). Die Abstimmung der Reha-Ziele mit den PatientInnen wird im stationären, die Überprüfung der Zielerreichung jedoch im ambulanten Setting positiver beurteilt. Auch die Thematisierung der Übertragbarkeit des Gelernten in den Alltag und das Besprechen von

dabei möglicherweise auftretenden Problemen wird im ambulanten Setting signifikant positiver beurteilt.

Diskussion

RehabilitandInnen, die die Rehabilitation als ambulante Maßnahme in Anspruch nehmen, zeigen sich damit hochzufrieden und bewerten einige Aspekte noch positiver als stationäre RehabilitandInnen. Die Analysen der Patientenurteile zu Reha-Erfolg, Reha-Prozess und Reha-Zufriedenheit weisen auf allen Ebenen darauf hin, dass ambulantes und stationäres Setting ebenbürtig sind. Die positiven Bewertungen sprechen für einen weiteren Ausbau ambulanter Rehabilitationsangebote für KrebspatientInnen.

Literatur

Koch, U., Gundelach, C., Tiemann, F., Mehnert, A. (2000): Teilstationäre onkologische Rehabilitation - Ergebnisse eines Modellprojekts. Die Rehabilitation, 39. 363-372.

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

Raspe, H., Weber, U., Voigt, S., Kosinski, A., Petras, H. (1997): Qualitätssicherung durch Patientenbefragungen in der medizinischen Rehabilitation: Wahrnehmungen und Bewertungen von Rehastrukturen und -prozessen ("Rehabilitandenzufriedenheit"). Die Rehabilitation, 36. XXXI-XLII.

Wiederaufnahme der Arbeit und psychosozialer Gesundheitszustand bei Krebspatienten im Krankheitsverlauf

Mehnert, A. (1), Barth, J. (2), Leibbrand, B. (3), Friedrich, G. (4), Bootsveld, W. (4), Gärtner, U. (5), Koch, U. (1)

(1) Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,
(2) Rehabilitationsklinik Nordfriesland, St. Peter-Ording,
(3) Salzetalklinik, Bad Salzuflen, (4) Klinik Tecklenburger Land, Tecklenburg,
(5) Paracelsus-Klinik am See, Bad Gandersheim

Hintergrund und Zielsetzung

Fortschritte in der Krebsfrüherkennung und -therapie haben die Prognose und Überlebenszeit für viele Krebspatienten in den letzten Jahren deutlich verbessert. In Deutschland erkranken jährlich insgesamt 436.500 Menschen neu an Krebs und die verbesserte 5-Jahres Überlebensrate einschließlich aller Tumorstadien liegt bei 60 % für Frauen und bei 53 % für Männer (Robert Koch-Institut & die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland, 2008). Das mittlere Erkrankungsalter liegt für beide Geschlechter bei 69 Jahren. Obwohl Krebs eine Erkrankung mit einer höheren Auftretenswahrscheinlichkeit im höheren Lebensalter ist, erkranken in Deutschland 39 % aller Krebspatienten in einem Alter zwischen 15 und 64 Jahren, wenn arbeits- und berufsbezogene Aspekte für den Patienten und seine Familie eine wichtige Rolle spielen. Ein Literaturüberblick über Originalarbeiten von 2000 bis 2008 zeigt, dass 63 % der Krebspatienten (Range 24 % - 94 %) nach der Diagnose und Behandlung an den Arbeitsplatz zurückkehren. Die vorliegende empirische

Längsschnittstudie untersucht zwei übergreifende Fragestellungen, nämlich die Erfassung der Anzahl der Patienten, die ein Jahr nach Krebsrehabilitation die Arbeit wieder aufgenommen haben und die Erfassung der psychosozialen und medizinischen Faktoren, die die Wiederaufnahme der Arbeit beeinflussen.

Methode

702 erwerbstätige und 48 arbeitslose Patienten (86 % Frauen) verschiedener Tumordiagnosen (59 % Brustkrebs; 15 % gynäkologische Tumoren) nicht älter als 60 Jahre, wurden zu Beginn (T0), am Ende (T1) und ein Jahr nach Krebsrehabilitation (T2) untersucht. Die Zeit seit aktueller Diagnose beträgt M=8 Monate (SD=13). Von den erwerbstätigen Patienten waren 75 % Angestellte, 18 % Arbeiter, 6 % Selbständige und 1 % Beamte; n=412 (59 %) waren arbeitsunfähig. 59 % der Patienten gehörten entsprechend dem Sozialstatus der Mittelschicht an. Erfasst wurden u.a. psychosoziales Befinden, Funktionsfähigkeit und arbeitsbezogene Merkmale anhand standardisierter Erhebungsverfahren.

Ergebnisse

N=613 der erwerbstätigen Patienten (87 %) beabsichtigen zu Beginn und 83 % am Ende der Rehabilitation, die Arbeit wieder aufzunehmen (P=0.005), und zwar 47 % sofort und 23 % innerhalb eines Monats nach Ende der Rehabilitation. Zu T2 haben 76 % der Patienten die Arbeit wieder aufgenommen, 50 % sofort nach der Rehabilitation. Die mittlere Dauer der Arbeitswiederaufnahme beträgt insgesamt 10 Monate. Es bestehen signifikante Unterschiede zwischen den Tumordiagnosegruppen. 80 % der erwerbstätigen und 21 % der arbeitslosen Patienten haben zu T2 ihre Arbeit wieder bzw. neu aufgenommen. 73 % der erwerbstätigen Patienten sind an ihre frühere Position/ihren Arbeitsplatz zurückgekehrt, die übrigen haben ihre frühere Position/ihren Arbeitsplatz innerhalb der Arbeitsstelle gewechselt oder die Arbeitsstelle gewechselt. 40 % der Patienten berichten milde bis schwere körperliche Einschränkungen bei der täglichen Arbeit. 79 % der erwerbstätigen Patienten sind insgesamt mit ihrer Arbeit zufrieden. Die Intention der Arbeitswiederaufnahme (+), Arbeitszufriedenheit (+), Arbeitsunfähigkeit zu T0 (-), Behandlungsansatz (kurativ/palliativ) (-), Depression (-) und Alter (-) stellen signifikante Prädiktoren der Arbeitswiederaufnahme zu T2 dar (R^2 = 0,44). Keine signifikanten Prädiktoren stellten das Geschlecht, die Tumordiagnose, Monate sein Diagnose, Chemotherapie, Angst, Schmerzen und der soziale Status dar.

Diskussion

Es besteht ein Bedarf an der Erforschung motivationaler Faktoren und des Einflusses dritter (Ärzte, Arbeitgeber, Familie) bzgl. der Arbeitswiederaufnahme und der Implementierung und Evaluation spezifischer Interventionen (Beratungsangebote, Hilfen zur Entscheidungsfindung bei beruflichen Problemen und Fragestellungen) in der onkologischen Rehabilitation.

Literatur

Krebs in Deutschland 2003 - 2004. Häufigkeiten und Trends. 6. überarbeitete Auflage. Robert Koch-Institut und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. (Hrsg.): Berlin, 2008.

Spelten, E.R. et al., (2003): Cancer, fatigue and the return of patients to work - a prospective cohort study. European Journal of Cancer, 39 (11). 1562-7.

Auswirkungen von körperlicher Aktivität auf die psychische Befindlichkeit von Brustkrebspatientinnen*)

Exner, A.-K. (1), Kähnert, H. (1), Leibbrand, B. (2), Niehues, C. (3), Kalusche, E.-M. (4), Koller, B. (5), Biester, I. (6), Gärtner, U. (7)

(1) Institut für Rehabilitationsforschung Norderney, Abteilung Bad Salzuflen,
(2) Salzetalklinik, Bad Salzuflen, (3) Median Klinik am Burggraben, Bad Salzuflen,
(4) Median Klinik am Park, Bad Oeynhausen, (5) Klinik Porta Westfalica, Bad Oeynhausen,
(6) MediClin Rose Klinik, Horn-Bad Meinberg,
(7) Paracelsus-Klinik am See, Bad Gandersheim

Hintergrund

Die Erkrankung Brustkrebs geht mit einer Vielzahl körperlicher und psychosozialer Probleme für die betroffenen Personen einher, wie Schmerzen, Funktionseinschränkungen und psychischen Problemen (Heck, Weis, 2006). Für deren Bewältigung bietet eine onkologische Rehabilitation wesentliche Unterstützung, um mögliche Folgeerkrankungen und -einschränkungen zu verhindern (Kreienberg et al., 2008). Ein Bestandteil ist die Sport- und Bewegungstherapie. Körperliche Aktivität hat gesundheitsfördernde Effekte, kann die Leistungsfähigkeit verbessern und sich nachhaltig auf die physische und psychische Gesundheit von Mammakarzinompatientinnen auswirken (Dimeo, Thiel, 2008). In der Studie wurde die Fragestellung untersucht, ob es einen Zusammenhang zwischen der körperlichen Leistungsintensität und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie der depressiven und ängstlichen Verstimmung bei Brustkrebspatientinnen, die eine stationäre onkologische Rehabilitation durchführen, gibt.

Methodik

Die Daten beruhen auf einer Teilstichprobe der laufenden mulizentrischen, randomisierten "Nordic Walking-Studie". Insgesamt gehen die Daten von 397 Studienteilnehmerinnen, die per Fragebogen zu Beginn (T1) und zum Ende (T2) einer stationären, onkologischen Rehabilitation erfasst wurden, in die Auswertung ein. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wird mittels des standardisierten Frageninstruments EORTC QLQ-C30 und die ängstliche und depressive Verstimmung mit dem HADS-D ermittelt. Die körperliche Aktivität jeder Patientin wird als Leistungsintensitätsmaß mithilfe des Fahrradergometers in Watt gemessen. Um die Veränderung der jeweiligen Leistungsintensität zu erhalten, wird die Differenz der Wattleistung von T1 zu T2 berechnet. Die Patientinnen werden anhand der Wattleistung zu T1 am Median (40 Watt) in zwei Gruppen unterteilt: (a) Gruppe Watt I: < 40 Watt, (b) Gruppe Watt II: ≥ 40 Watt. Die Zusammenhänge zwischen der körperlichen Leistungsintensität (jeweils innerhalb der o. g. Gruppen) und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bzw.

*) Die Studie wurde finanziert durch das Institut für Rehabilitationsforschung Norderney

ängstlicher sowie depressiver Verstimmung werden mithilfe multipler linearer Regressionen untersucht.

Ergebnisse

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität verbessert sich bei allen Patientinnen während der Rehabilitation. Entsprechend steigen die Werte der EORTC-Subskalen "körperliche Funktion" signifikant von T1: 77,78 auf T2: 81,85 und die der "globalen Lebensqualität" signifikant von T1: 62,71 auf T2: 72,64. Die Werte der HADS-Angst- bzw. HADS-Depressionsskala verringern sich jeweils signifikant von T1 zu T2. Entsprechend sinkt die Anzahl der Patientinnen, die auf der HADS-Angstskala dem "grenzgängigen und auffälligen Bereich" zugeordnet werden von 40,9 % (T1) auf 28,1 % (T2). Hinsichtlich der Depressionsskala verringert sich die Anzahl der Patientinnen im "auffälligen und grenzgängigen Bereich" von 20,8 % (T1) auf 11,9 % (T2). Mittels multipler linearer Regressionen können in der leistungsstärkeren Gruppe Watt II signifikante Zusammenhänge zwischen der Leistungsintensität sowohl mit den beiden EORTC-Subskalen "globale Lebensqualität" und "körperliche Funktion" als auch der ängstlichen Verstimmung nachgewiesen werden. Trotz Signifikanzen sind die entsprechenden Effektstärken gering. Keine signifikanten Zusammenhänge konnten zwischen der Leistungsintensität der Patientinnen und den untersuchten Variablen in der leistungsschwächeren Gruppe Watt I gefunden werden, sowie mit der depressiven Verstimmung in beiden Gruppen.

Diskussion

Insgesamt verbessert sich die psychische Befindlichkeit der Patientinnen während der Rehabilitation. Die Werte der globalen Lebensqualität der Patientinnen steigen signifikant an, während die der ängstlichen und depressiven Verstimmung signifikant abnehmen. Die Zusammenhänge zwischen körperlicher Aktivität und Lebensqualität bzw. ängstlichen Verstimmung weisen jeweils kleine Effektstärken auf, so dass eine Steigerung der körperlichen Leistungsintensität, gemessen in Watt, nur ein Faktor darstellt, der zur Verbesserung der psychischen Befindlichkeiten beiträgt.

Schlussfolgerung

Da eine stationäre Rehabilitation eine Vielzahl von Sport- und Bewegungstherapien anbietet, sollten Anschlussuntersuchungen im Detail klären, worüber körperliche Aktivität ihre Wirksamkeit auf die psychischen Befindlichkeiten von Brustkrebspatientinnen entfaltet.

Literatur

Dimeo, F.C., Thiel, E. (2008): Körperliche Aktivität und Sport bei Krebspatienten. Der Onkologe, 14. 31-37.

Heckel, U., Weis, J. (2006): Medizinpsychologische Aspekte der Patientin mit Mammakarzinom. In: Kreienberg, R., Jonat, W., Volm, T., Möbus, V., Alt, D. (Hrsg.): Management des Mammakarzinom. 3. vollständig überarb. und erw. Aufl. Heidelberg: Springer. 470-484.

Kreienberg, R., Kopp, I., Albert, U., Bartsch, H.H., Beckmann, M.W. (2008): Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Deutsche Krebsgesellschaft e.V. (Hrsg.). 1. Aktualisierung.

Effekte einer Intervallrehabilitation bei Erwerbstätigen mit Diabetes mellitus - Erste Zwischenergebnisse

Ernst, G. (1), Hübner, P. (2)

(1) Medizinische Psychologie, Medizinische Hochschule Hannover,
(2) Klinik Niederrhein, Bad Neuenahr-Ahrweiler

Hintergründe

Die direkten und indirekten Kosten des Diabetes mellitus mit seinen Folgeerkrankungen und Komplikationen stellen mit über 22 Mrd. € jährlich (Stand: 2001; Hauner, 2005) eine große Herausforderung für das deutsche Gesundheitswesen dar. Aber auch die Betroffenen selbst stehen vor einer großen Herausforderung, da sich die Behandlung der chronischen Stoffwechselkrankheit primär auf die Änderung langfristig etablierter Lebensweisen wie körperliche Inaktivität, Fehl- und Überernährung stützt. Die Effekte verhaltensorientierter Präventionsstrategien sind empirisch gut belegt (z. B. Tuomilehto et al., 2001), die Patienten sind jedoch häufig nicht in der Lage, die Veränderungen dauerhaft zu realisieren. Hierfür scheinen wiederholte Interventionen und kontinuierliche Betreuung besser geeignet zu sein als zeitlich eng begrenzte Maßnahmen (Diabetes Prevention Program Research Group, 2002).

Methodik

Eine Umsetzung dieser Erkenntnis für die medizinische Rehabilitation insbesondere von Patienten mit Diabetes Typ 2 untersucht das obengenannte Forschungsprojekt in einer prospektiven, randomisierten, kontrollierten Studie. Sie ist auf eine Treatmentdauer von 12 Monaten ausgelegt und soll 400 Patienten umfassen.

Die Intervention besteht aus einem 3-wöchigen Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik Niederrhein, einer stationären Auffrischungswoche nach 6 Monaten und regelmäßigen telefonischen Kontakten nach der Rehabilitation und nach der Zusatzwoche.

Nach einem Jahr wird überprüft, ob sich Unterschiede hinsichtlich medizinischer Parameter (kardiovaskuläres Risiko, Stoffwechseleinstellung, Gewicht etc.) und psychosozialer Maße (Behandlungszufriedenheit, Lebensqualität etc.) zwischen der Intervallgruppe und einer konventionellen Rehabilitationsgruppe ergeben.

Ergebnisse

Die Rekrutierungsphase erstreckt sich von April 2007 bis Dezember 2008. Bisher wurden 390 Patienten in die Studie aufgenommen, von 62 liegen bereits vollständige Katamnese-Daten vor (Stand Oktober 2008). Das Patientenkollektiv besteht zu 76 % aus Männern und hat überwiegend niedrige Schulabschlüsse. Das Durchschnittsalter bei Reha-Antritt liegt bei 50,1 Jahren. Kontroll- und Interventionsgruppe unterscheiden sich nicht hinsichtlich wesentlicher Merkmale.

Die Stichprobe zeigt zu Beginn ein deutliches kardiovaskuläres Risiko: der durchschnittliche BMI liegt bei 38 kg/m^2, 67 % sind als hyperton einzustufen, 19 % weisen Gesamtcholesterin-Werte über 250 mg/dl auf und 46 % Triglycerid-Werte größer 200 mg/dl, 29 % rauchen.

Im März 2009 werden Ergebnisse der 1-Jahres-Katamnese von ca. 150 Patienten präsentiert werden können. Derzeit zeigen sich nach einem Jahr überzufällige Zeitpunkteffekte, aber keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Tendenziell stellt sich jedoch die Erwerbsprognose der Interventionsgruppe besser dar als die der Kontrollgruppe.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass die Zusatzwoche bei den Patienten eine hohe Akzeptanz findet und die telefonische Nachbetreuung ihre Erinnerungsfunktion erfüllt.

Es wird erwartet, dass die Maßnahme durch die intensivierte Nachsorge und die stärkere Orientierung an der individuellen Situation des Patienten dabei hilft, die Lücke zwischen Rehabilitation und Alltag zu überbrücken. Dies sollte sich nicht nur in einer gesteigerten Nachhaltigkeit der Reha-Effekte widerspiegeln, sondern auch in einer Reduzierung der kostenintensiven Krankheitsfolgen. Erste Ergebnisse eines ähnlichen Projekts bei Koronarpatienten stimmen optimistisch hinsichtlich der Faktoren vorzeitige Berentung und Mortalität (Kohlmeyer et al., 2008).

Literatur

Diabetes Prevention Program Research Group (2002): The diabetes prevention program. New Eng J Med, 346. 393-403.

Hauner, H. (2005): Epidemiologie und Kostenaspekte des Diabetes in Deutschland. Dtsch Med Wochenschr, 130. 64-65.

Kohlmeyer, M., Redaelli, M., Büscher, G., Schwitalla, B., Lauterbach, K.W., Mayer-Berger, W. (2008): Nachhaltigkeit in der Sekundärprävention bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit durch Anschlussheilbehandlung und anschließende konzeptintegrierte Nachsorge. DRV-Schriften, Bd 77. 404-405.

Tuomilehto, J., Lindström, J., Eriksson, J., Valle, T., Hämalainen, H., Ilanne-Parikka, P., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Laakso, M., Louheranta, A., Rastas, M., Salminen, V., Uusitupa, M. (2001): Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Eng J Med, 344. 1343-1350.

Der Einfluss von unterschiedlichen Bewältigungsstilen auf die Anpassung an eine Darmkrebserkrankung

Groß, S. (1), Murken, S. (1), Körber, J. (2)

(1) Arbeitsgruppe des Forschungszentrums für Psychobiologie und Psychosomatik der Universität Trier, (2) Rehabilitationsklinik Nahetal, Bad Kreuznach

Hintergrund

Die Krebserkrankung ist ein nicht gewolltes, meist unvorhergesehenes kritisches Lebensereignis mit geringer persönlicher Kontrolle über den Entwicklungsverlauf und geht einher mit psychischen Beeinträchtigungen wie Angst und Depression. Die Werte des selbstberichteten Gesundheitszustandes und die der Lebensqualität sinken. Die Betroffenen sind erlebten oder befürchteten Belastungen ausgesetzt wie Rezidivangst, Metastasierung und Todesangst, aversiven Symptomen wie Übelkeit, Schmerzen und Durchfall, Konfrontation mit invasiven medizinischen Untersuchungen, Behandlungen, Krankenhausaufenthalten und belastenden Informationen, Autonomieverlust, Schuldgefühlen gegenüber Angehörigen wegen zusätzlicher Belastung durch die Erkrankung, Stigmatisierung (zum Beispiel durch eine Stomaanlage), Gefährdung der persönlichen Lebensplanung und nicht selten existentiellen Sinnkrisen (vgl. Faller, 2004; Folkman, Greer, 2000) und Taubert (2003).

Psychoonkologische Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung ist unabdinglich, um gute Behandlungsergebnisse zu erzielen. Patienten nutzen im Verlauf ihrer Erkrankung verschiedene Bewältigungsarten (Tschuschke et al., 2006). Deshalb ist das Ziel der vorliegenden Studie die differenzierte Erfassung unterschiedlicher Bewältigungsstrategien und die Überprüfung ihres jeweiligen Nutzens zur Anpassung an die Erkrankung.

Methodik und Studiendesign

Darmkrebspatientinnen und -patienten (n=341) wurden im Rahmen ihres Aufenthaltes in der Nahetalklinik, einer onkologischen Rehabilitationsklinik in Bad Kreuznach, zwischen Oktober 2006 und August 2007 befragt und mit einer unbelasteten Kontrollgruppe (n=320) verglichen. Das mittlere Alter der Untersuchungsgruppe betrug 64 Jahre (SD=10,5, Range: 26-88), das der Kontrollgruppe lag bei 66 Jahren (SD=5,78, Range: 45-86). Die Katamnese erfolgte nach 6 Monaten. Erhoben wurden neben krankheitsbezogenen und medizinischen Informationen verschiede Dimensionen der Anpassung an die Darmkrebserkrankung: Angst und Depressivität (HADS) und Lebensqualität und Gesundheitszustand (EORTC). Geprüft wurde die Bedeutsamkeit klassischer Coping-Inhalte des emotions- und problemorientierten Copings (FKV) und religiöse Bewältigungsstrategien (SGrC). Zusätzlich wurden zwei weitere Bewältigungsstile berücksichtigt, der der aktiven Akzeptanz und der des sozialen Abwärtsvergleichs (Taubert, 2003).

Für die Auswertung wurden T-Tests bei unabhängigen bzw. gepaarten Stichproben, Varianzanalysen und Regressionsanalysen gerechnet.

Ergebnisse

Im Vergleich zur Kontrollgruppe zeigten die Erkrankten zum 1. Messzeitpunkt deutlich erhöhte Werte für Angst und Depression. Die Werte des Gesundheitszustandes und die der Lebensqualität waren deutlich niedriger als die Werte der gesunden Vergleichsgruppe.

Ein Vergleich der Werte der Untersuchungsgruppe zwischen dem 1. und dem 2. Messzeitpunkt erbrachte eine signifikante Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Lebensqualität, wobei hier ein gesundheitsbezogener Aspekt des persönlichen Wohlbefindens gemeint ist (s. Böhmer, Ravens-Sieberer, 2005). Angst und Depressivität verbesserten sich nicht. Insgesamt erlebten sich erkrankte Frauen belasteter als erkrankte Männer.

Bei der isolierten Betrachtung der klassischen Bewältigungsstile war depressive Verarbeitung maladaptiv für alle Anpassungsmaße. Je mehr Bagatellisieren und Wunschdenken als Bewältigungsmöglichkeit aktiviert wurden, desto höher war die Angst und desto niedriger der Gesundheitszustand. Aktives problemorientiertes Coping war negativ assoziiert mit Depressivität und tendenziell positiv assoziiert mit krankheitsspezifischem Wohlbefinden.

Betrachtete man die religiösen Coping-Strategien isoliert, wirkte negatives religiöses Coping auf alle Anpassungsmaße maladaptiv, positives religiöses Coping wirkte adaptiv.

Bei gleichzeitiger Berücksichtigung aller hier genannten Coping-Formen (klassisch und religiös) behielt die depressive Verarbeitung ihren durchweg maladaptiven Charakter. Aktives problemorientiertes Coping blieb negativ assoziiert mit Depressivität. Positives religiöses Coping hatte keinen signifikanten Einfluss mehr auf die Anpassung, negatives religiöses Coping stand signifikant im Zusammenhang mit hohen Angstwerten.

Schlussfolgerungen

Die Untersuchung zeigte, dass die Diagnose Darmkrebs zu einem Anstieg von Depressivität und Angst führte. Betroffene schätzten ihren Gesundheitszustand und ihre Lebensqualität niedriger ein als Gesunde vergleichbaren Alters. Jedoch verbessern sich die Lebensqualität und der Gesundheitszustand innerhalb eines halben Jahres signifikant. Die Kenntnis von eher hinderlichen bzw. förderlichen Bewältigungsmöglichkeiten impliziert eine differenziertere und auf individuelle Bedürfnisse der Betroffenen eingehende Vorgehensweise für die psychoonkologische Versorgung in der Rehabilitation von Darmkrebspatienten.

Literatur

Böhmer, S., Ravens-Sieberer, U. (2005): Das Konzept der Lebensqualität in der gesundheitsbezogenen Forschung [The concept of quality of life in health-related research]. In: Schwarzer, R. (Hrsg.): Enzyklopädie der Psychologie. Gesundheitspsychologie. 369-386. Göttingen: Hogrefe.

Faller, H. (2004): Beeinflussen psychologische Faktoren den Verlauf einer Krebserkrankung? Ergebnisse, Methoden, Mechanismen. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 13 (3). 99-108.

Folkman, S., Greer, S. (2000): Promoting Psychological Well-Being in the Face of Serious Illness: When Theory, Research and Practice inform each other. Psycho Oncology, 9 (1). 11-19.

Taubert, S. (2003): Sinnfindung, Krankheitsverarbeitung und Lebensqualität von Tumorpatienten im perioperativen Verlauf. Doktorarbeit, Freie Universität Berlin.

Tschuschke, V., Angenendt, G., Schütze-Kreilkamp, U. (2006): Psychoonkologie: Psychologische Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs (2., vollst. überarb. und erw. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.

Haben Diabetiker weniger fortgeschrittene Stadien bei Diagnosestellung eines Kolonkarzinoms als Nichtdiabetiker? Untersuchungen bei Patienten in Anschlussrehabilitation nach Kolonkarzinom

Allgayer, H. (1), Nagel, J.M. (2), Bücker, S. (2), Stark, R. (3), Crispin, A. (4), Göke, B. (2), Parhofer, K. (2)

(1) Rehaklinik Ob der Tauber, Bad Mergentheim, (2) Klinikum Großhadern, Ludwig-Maximilian-Universität, München, (3) Helmholz-Institut, München, (4) Institut für Biometrische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie, Ludwig-Maximilian-Universität, München

Hintergrund und Stand der Literatur

Eine Vielzahl von Studien konnte für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 (DM-2) eine 30-40 % Risikoerhöhung für kolorektale Karzinome nachweisen (La Vecchia et al., 1997; Limburg et al., 2005). Einzelne Studien zeigten zudem eine Assoziation zwischen DM-2/Hyperinsulinismus und dem Risiko für fortgeschrittene Polypen und Kolonkarzinome (Meyerhardt et al., 2003; Elwing et al., 2006). Um diesen Zusammenhang weiter zu klären, untersuchten wir daher, ob bei Patienten mit Kolonkarzinom, die nach Primärtherapie zur Anschlussrehabilitation (AR) kamen, diejenigen mit DM-2 fortgeschrittenere Tumorstadien aufwiesen als solche ohne DM-2 (Nicht-DM). Dies würde möglicherweise Konsequenzen für die Karzinomprävention beinhalten.

Methodik

In diese retrospektive Studie wurden N=561 Patienten eingeschlossen, die von 06/2004 bis 07/2007 mit den Diagnosen Kolonkarzinom (ICD-10 C18.0-C18.9) und Diabetes (E11) bzw. Kolonkarzinom ohne Diabetes zur AR kamen. Es wurden klinische, demographische, Diabetes- und Tumorbezogene Charakteristika (Tumorlokalisation, TNM-/UICC-Stadien) verglichen mittels bivariater/multivariater Analyse (multiple logistische Regression: SPSS 9.1). Ergebnisse: 104 Patienten (18.5 %) mit Kolonkarzinom wiesen einen DM-2 auf, n=279 (49.7 %) waren männlich. Pat. mit DM-2 waren geringfügig, aber signifikant älter, adipöser und häufiger männlich als Nicht-DM (70.9+/-8.8 vs. 67.9+/-11.6 Jahre; BMI 28.7+/-5.07 vs. 26.2+/- 4.54 kg/m2; 58.0 % vs. 48.5 %; p<0.01). N=21 (22.1 %) waren insulinbehandelt. Der Prozentsatz von DM-2 in UICC 3 und 4 (kombiniert) war signifikant geringer als bei Nicht-DM (40.8 % vs. 29.0 %, p<0.029). Nach Korrektur für Alter, Geschlecht und BMI blieb das Risiko für UICC Stadium 3 und 4 bei DM-2 signifikant geringer (OR: 0.64, 95 % CI: 0.44-0.93; p=0.02). Im gleichen Modell zeigte sich, dass ältere Patienten (OR 0.98/Lebensjahr, p<0.037) und Frauen (OR 0.64, p=0.014) ein geringeres Risiko für UICC 3 und 4 haben. Die UICC Stadien waren unabhängig vom BMI und der Insulinbehandlung, eine Präferenz der Tumorlokalisation bestand nicht.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse zeigen, dass die Kolonkarzinom-Patienten mit DM-2 in diesem Patientengut im Gegensatz zu denen ohne DM-2 ein geringeres Risiko haben, bei Diagnosestellung bereits ein fortgeschrittenes Tumorstadium (Lymphknoten+/-Fernmetastasen) aufzuweisen, unabhängig von Alter, Geschlecht und/oder BMI. Diese Beobachtung ist unerwartet im Ver-

gleich zur Literatur, könnte jedoch mit intensiverer Vorsorge und/oder regelmäßigerer ärztlicher Betreuung der Diabetiker in diesem (selektierten) AR-Patientengut erklärt werden. Ob dies generell für alle Diabetiker zutrifft, muss prospektiv sowohl in epidemiologischen als auch in selektierten Kollektiven überprüft werden mit dem Ziel, Präventionsstrategien bei diesen Patienten weiter zu verbessern, sei es auf rehabilitativer oder hausärztlicher Basis.

Literatur

Elwing, J.E., Gao, F., Davidson, N.O., Early, D.S. (2006): Type 2 diabetes mellitus: the impact on colorectal adenoma risk in women. Am J Gastroenterol, 101. 1866-1871.

La Vecchia, C., Negri, E., Recarli, A., Franceschi, S. (1997): Diabetes mellitus and colon cancer risk. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev, 6. 1007-1010.

Limburg, P.J., Anderson, K.E., Johnson, T.W., Jacobs, D.R., Lazovich, D., Hong, C.P., Nicodemus, K.K., Folsom, A.R. (2005): Diabetes mellitus and subsite-specific colorectal cancer risk in the Iowa Women's Health Study. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev, 14. 133-137.

Meyerhardt, J.A., Catalano, P.J., Haller, D.G., Mayer, R.J., MacDonald, J.S., Benson, A.B., Fuchs, C.S. (2003): Impact of diabetes mellitus on outcomes in patients with colon cancer. J Clin Oncol, 21. 433-440.

Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede bei Reha-Bedarf und Reha-Zielen bei Patienten mit Morbus Crohn?

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

(1) Klinik Rosenberg der Deutschen Rentenversicherung Westfalen, Bad Driburg,
(2) Institut für Rehabilitationsforschung, Norderney

Fragestellung

In den letzten Jahren wurde häufig auf Unterschiede in Diagnostik, Therapie und Behandlungsqualität zwischen Männern und Frauen hingewiesen. Es sollte untersucht werden, ob es bezüglich Reha-Bedarf und -Zielen bei Patienten mit Morbus Crohn geschlechtsspezifische Unterschiede gibt.

Patienten und Methoden

Anhand des Megaredo-Fragebogens (metabolische gastroenterologische Rehabilitations-Dokumentation) wurden 600 Patienten mit Morbus Crohn systematisch und konsekutiv bei Aufnahme bzgl. des subjektiven Gesundheitszustandes, der Rehabedürftigkeit, des Risikoprofils sowie der psychologischen Belastung befragt. Auch die Reha-Ziele wurden verglichen. Unterschiede bei Alter (39,6 ± 10,7 vs. 38,2 ± 11,8), (BMI 23,6 ± 4,4 vs. 23,6 ± 5,2) und Dauer des Heilverfahrens (23,2 ± 5,5 vs. 23,2 ± 5,6) fanden sich nicht. Der AHB-Anteil war bei Männern mit 29 % signifikant höher als bei Frauen mit 18 %. Männer waren häufiger berufstätig (70 % vs. 54 %), Frauen häufiger arbeitslos (23 % vs. 19 %).

Ergebnisse

Bzgl. des subjektiven Gesundheitszustandes bei Aufnahme fanden sich zwischen Männern und Frauen keine Unterschiede. In Bezug auf die Rehabedürftigkeit zeigte sich in der Dimension Schmerz (4,9 ± 2,7 vs. 4,3 ± 2,8; p = 0,01) sowie Burnout (5,9 ± 2,3 vs. 5,5 ± 2,1; p = 0,05) eine höhere Belastung bei Frauen. Das Risikoprofil beider Gruppen (Bluthochdruck, Hypercholesterinämie, Rauchen, Bewegungsmangel, Stress) war vergleichbar. Bei Frauen fanden sich bei den Scores Angst (65 vs. 58 % des Maximums, p < 0,01) sowie Depression (63 vs. 55 % des Maximums, p < 0,001) hochsignifikante Unterschiede, während die Krankheitsbelastung nicht signifikant differierte.

Als Reha-Ziele wählten Frauen häufiger psychosoziale Ziele "Verbesserung der Stressbewältigung" (60 vs. 49 %) und "Krankheitsbewältigung" (31 vs. 22 %) aus, während Männer eher edukative Ziele wie "Gesundheitsrisiko verringern" (22 vs. 13 %) angaben. Die somatischen Ziele wurden von Männern und Frauen gleich häufig genannt.

Schlussfolgerung

Zusammengefasst spielen psychosoziale Einschränkungen und Belastungen bei Frauen mit Morbus Crohn während der Rehabilitation offensichtlich eine größere Rolle. Dies sollte bei der Behandlung berücksichtigt werden.

Änderungen der Pharmakotherapie während der stationären medizinischen Rehabilitation von Patienten mit Morbus Crohn

Reichel, C. (1,2), Streit, J. (1), Wunsch, S. (1)

(1) Rehabilitationszentrum Bad Brückenau, Klinik Hartwald, Bad Brückenau,
(2) Innere Medizin I, Universitätsklinikum Bonn

Zielsetzung

Bis zu 2000 stationäre Rehabilitationsmaßnahmen werden jährlich allein zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung Bund bei Patienten mit Morbus Crohn durchgeführt. Über die Änderungen der Crohn spezifischen Pharmakotherapie während des Rehabilitationsprozesses liegen bisher keine Daten vor.

Methoden

Wir führten eine retrospektive Einzelzentrumskohortenstudie durch. Im Rahmen dieser Studie wurden die Akten der Patienten mit ICD Code K50 (Morbus Crohn), die in unserer Klinik während eines Jahres behandelt wurden, untersucht. Bei allen Patienten wurde der Harvey-Bradshaw Aktivitätsindex (HBI) und die Crohn-Medikation zu Beginn und am Ende eines standardisierten Rehabilitationsprogrammes protokolliert. Die durchschnittliche Dauer des stationären Rehabilitationsprogrammes betrug 23 Tage, 95 % - KI (20 - 35) Tage.

Ergebnisse

Insgesamt erfüllten 337 von 355 untersuchten Patienten mit der ICD Codierung K 50 die festgelegten Diagnosekriterien für das Vorliegen eines Morbus Crohn (250 weiblich, 87 männlich, mittleres Alter 40 Jahre 95 % - Konfidenzintervall (95 % - KI) [29 Jahre - 51 Jah-

re]. Alle eingeschlossenen Rehabilitanden hatten eine milde bis mäßige Erkrankungsaktivität. Während der Rehabilitation nahm der HBI auf 3,68 um 1,2 Einheiten 95 %-KI (0,75 Einheiten - 1,37 Einheiten) ab. Bei 162 von 337 (47 %) der untersuchten Patienten wurde die Morbus Crohn Therapie verändert. Insgesamt erhielten 116 (34 %) der Morbus Crohn Patienten systemisch wirksame Steroide. Bei 14 dieser 116 Patienten konnten die systemisch wirksamen Steroide vollständig abgesetzt werden ($P < 0,05$). Bei den verbleibenden 102 Patienten sank die verabreichte Steroidäquivalenzdosis im Mittel um 21 mg 95 % - KI (14 mg - 28 mg) von 77 auf 56 mg. Die Anzahl der Patienten mit einer Azathioprintherapie stieg während der Rehabilitation von 98 auf 108 ($P = 0,01$) signifikant an. Bei 97 Rehabilitanden, die kontinuierlich mit Azathioprin behandelt wurden, wurde die mittlere Dosis von 1,81 auf 1,99 mg/kg signifikant erhöht.

Ausblick

Unsere Untersuchung zeigt, dass während der medizinischen Rehabilitation eine erhebliche Änderung der Crohn spezifischen Medikation in Richtung der Leitlinienempfehlungen stattfindet. Dies spiegelt sich insbesondere in einer signifikanten Reduktion der systemisch wirksamen Steroid- und signifikanten Anhebung der Azatioprindosis bei den mit diesen Medikamenten behandelten Patienten wieder. Diese Eingriffe in die Pharmakotherapie der Patienten gingen mit einer signifikanten Abnahme der Erkrankungsaktivität während des Rehabilitationsprozesses einher. In weiteren Studien sollte der Frage nachgegangen werden, inwieweit diese von uns erstmals beschriebenen rehabilitationsassoziierten Änderungen der Crohn spezifischen Pharmakotherapie geeignet sind, den Krankheitsverlauf, die sozialmedizinische Leistungsfähigkeit und das psychische Wohlbefinden der an Morbus Crohn erkrankten Rehabilitanden nachhaltig zu beeinflussen.

Schwerpunktbehandlung von Übergewicht und Adipositas in Mutter-Kind-Kliniken - Kurzfristige Therapieeffekte bei Müttern

Otto, F., Arnhold-Kerri, S.

Forschungsverbund Prävention und Rehabilitation für Mütter und Kinder,
Medizinische Hochschule Hannover

Einleitung

In 15 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und Kinder wurde die Behandlung von Übergewicht und Adipositas bei Müttern evaluiert. Alle teilnehmenden Kliniken hielten eine Schwerpunkbehandlung vor, die aus den Elementen Ernährung, Bewegung, Entspannung und psychologische Beratung in Anlehnung an die Behandlungsleitlinien der Fachgesellschaften (Adipositas-Gesellschaft, 2007) bestand sowie darüber hinaus Angebote zur Förderung der Mutter-Kind-Interaktion enthielt. Insbesondere wurden Mütter behandelt, die neben Übergewicht und Adipositas eine psychische Komorbidität aufwiesen.

Methodik

In die Studie eingeschlossen wurden alle Mütter mit einem BMI >25, die in den beteiligten Kliniken in der Zeit von Juni bis November 2008 an einer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme für Mütter, Väter und Kinder teilgenommen haben. Etwa die Hälfte der Patientinnen wurde aufgrund anderer Schwerpunkte behandelt und dienen als Kontrollgruppe. Als Outcome (im Prä- Postdesign mit nachfolgender Langzeiterhebung) werden neben der Gewichtsreduktion und der Verminderung von Folgeerkrankungen (Laborwerte, Beschwerdenliste; von Zerssen, 1976) die Veränderung des Bewegungs- (FBM-E; Ardelt-Gattinger et al., im Druck) und Essverhaltens (FEV-PATH, FVE-E;, EPL-E; Ardelt-Gattinger et al., im Druck) sowie von Angst und Depressivität (HADS; Herrmann-Lingen et al., 2005) und Erziehungskompetenz (FKE-K, Hahlweg et al., 1999) erfasst. Zu dem werden Daten zur Strukturqualität (u. a. Angebote nach KTL) erhoben.

Die Daten werden varianzanalytisch bzw. durch t-Test für abhängige Stichproben auf Signifikanz geprüft. Die Stärke der Veränderungen wird durch Effektstärken (ESprä) dargestellt. Um auch die klinische Signifikanz zu erfassen werden ein Cutoff-Point (Mittel zwischen Norm- und Patientenstichprobe) bestimmt und der Reliable-Change-Index errechnet.

Ergebnisse

Die Einteilung in Gewichtsklassen zeigt, dass ca. 40 % der Mütter übergewichtig sind, 35 % Adipositas ersten Grades aufweisen, 16 % schweres Übergewicht (Adipositas Grad II) und 8 % eine morbide Adipositas haben. Über die Hälfte der Patientinnen verbindet den Beginn der Gewichtszunahme mit vorausgehender Schwangerschaft. In 90 % sind weitere Familienmitglieder übergewichtig bzw. adipös. Die Patientinnen geben deutlich erhöhte subjektive Beschwerden an (Beschwerdeliste), die sich insbesondere auf Beschwerden im muskulosklettalen Bereich beziehen, sowie psychische Beschwerden wie Mattigkeit, Reizbarkeit

und innere Unruhe. Ebenfalls weisen die Mütter gegenüber der Normstichprobe erhöhte Depressivitäts- und Ängstlichkeitswerte (HADS) sowie pathologisches Essverhalten (FEV-PATH) auf. Die durchschnittliche Gewichtsreduktion liegt bei Patientinnen mit Schwerpunktbehandlung bei ca. 2 kg in der dreiwöchigen Maßnahme, bei der Kontrollgruppe bei 0,8 kg. Während ca. 65 % der Mütter mit Schwerpunktbehandlung mindestens 1 kg abnehmen, 20 % geringfügige Gewichtsreduktion vornehmen bzw. ihr Gewicht halten sowie 14 % geringfügige Gewichtszunahme verzeichnen, sind es bei Müttern ohne Schwerpunktbehandlung lediglich ca. 48 % mit einer nennenswerten Gewichtsreduktion und über 30 % mit einer geringfügigen Gewichtszunahme. Die Effektstärken der Prä- Postmessung (BL, HADS, FEV-PATH) deuten auf einen hohen Therapieerfolg (ESprä>1). Bezüglich der subjektiven Wahrnehmung von Beschwerden gelingt es während der Maßnahme, den Anteil von Müttern mit auffälligen Werten von ca. 57 % auf 13 % zu senken. Erfolgsfaktoren aus Sicht der Mütter lassen sich in drei Bereiche untergliedern: Sport/Bewegung, Ernähung und psychologische Beratung. Die Mütter beurteilen es als sehr positiv, während der stationären Maßnahme aufgrund von Kinderbetreuung sowie strukturiertem Tagesablauf (wieder) Zeit für Sport/Bewegung, für regelmäßiges Essen sowie für "sich selbst" zu erhalten, 70 % der Patientinnen wünschen sich eine Weiterbehandlung am Wohnort.

Diskussion

Erste Ergebnisse zu kurzfristigen Effekten einer Schwerpunktbehandlung von übergewichtigen bzw. adipösen Müttern in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen deuten auf gute Effekte der multifokalen Behandlungsansätze für diese Zielgruppe. Während die Gewichtsreduktion in der dreiwöchigen Maßnahme gering ist und für 14 % der Patientinnen sogar eine Gewichtszunahme zu verzeichnen ist, sind die Therapieeffekte bezüglich somatischer und psychischer Komorbidität hoch. Da eine moderate und langfristige Gewichtsreduktion bzw. Stabilisierung Ziel der Maßnahmen ist, müssen diesbezüglich Langzeiterhebungen abgewartet werden.

Literatur

Ardelt-Gattinger, E., Meindl, M. (Hrsg.) (in Vorbereitung): Interdisziplinäres Testsystem zur Adipositas-Diagnostik und Evaluation bei Adipositas und anderen durch Ess- und Bewegungsverhalten beeinflussbaren Krankheiten. Erwachsenenversion. (AD-EVA). Bern: Huber.

Deutsche Adipositas Gesellschaft (2007): Richtlinien zur Therapie der Adipositas. URL: http://www.adipositas-gesellschaft.de/leitlinien.php.

Hahlweg, K., Miller, Y., Köppe, E., Kuschel, A., Lübke, A. (1999): FKE_K. Fragebogen zum Kompetenzgefühl von Eltern. Unveröffentlichtes Manuskript.

Herrmann-Lingen, Ch., Buss, U. (2005): Hospital anxiety and depression scale: Deutsche Version; HADS-D ein Fragebogen zur Erfassung von Angst und Depressivität in der somatischen Medizin. Testdokumentation und Handanweisung - 2. Aufl. - Bern: Huber.

Zerssen, D. von (1976): Die Beschwerden-Liste. Manual. Weinheim: Beltz.

Versorgungssituation in der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD)

Ostholt-Corsten, M. (1), Koch, U. (2), Bergelt, C. (2)
(1) Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin,
(2) Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Hintergrund und Fragestellung

Im November 2006 wurde die Leitlinie "Rehabilitation von Patienten mit Chronisch Obstruktiver Lungenerkrankung" (Fischer et al., 2007) verabschiedet. Die hier berichtete detaillierte Analyse des Leistungsgeschehens in der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung bei Versicherten mit einer COPD zielt darauf ab, Informationen über die konkrete Versorgungssituation zu gewinnen. Die Ergebnisse sollen unter Bezug auf die in der Leitlinie empfohlenen Leistungen auch darüber Aufschluss geben, in welchem Maß bereits vor Einführung der Leitlinie eine dem aktuellen Stand der Erkenntnisse in der Rehabilitation bei COPD entsprechende Versorgung stattfand.

Methodik

In die Analyse eingeschlossen werden 5.545 erwachsene Rehabilitanden der Deutschen Rentenversicherung mit der Erstdiagnose COPD (J44, ICD-10-GM), die in den Jahren 2005 und 2006 eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation regulär abschlossen und für die im Reha-Entlassungsbericht nach der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) verschlüsselte Leistungsdaten vorliegen. Alle - für die Jahre 2005 und 2006 noch nach KTL 2000 (BfA, 2000) verschlüsselten - Leistungseinheiten werden sechs spezifischen Therapiemodulen und einem Modul für "sonstige Maßnahmen" zugeordnet. Innerhalb der Module werden unter inhaltlichen Gesichtspunkten weitere Untergruppen gebildet, die eine differenzierte Auswertung ermöglichen. Die COPD-Leitlinie enthält ein Verzeichnis mit empfohlenen Leistungseinheiten, verschlüsselt nach KTL 2007 (Deutsche Rentenversicherung, 2006). Diese werden - soweit möglich - übergeleitet in entsprechende Kodes der KTL 2000, um sie als leitliniengerechte Leistungen mit den erhaltenen Leistungen abgleichen zu können.

Ergebnisse

Rehabilitanden der Stichprobe erhalten im Mittel 15,8 unterschiedliche Leistungseinheiten mit durchschnittlich 30 Therapieterminen pro Woche und einer Therapiedauer von 14,1 Stunden pro Woche. Leitliniengerecht werden durchschnittlich 7,4 unterschiedliche Einheiten mit 17,5 Therapietermine pro Woche und einer Therapiedauer von 7,1 Stunden angeboten.

Von den sechs spezifischen Modulen nehmen Rehabilitanden mindestens eine Leistung durchschnittlich aus 5,2, leitliniengerecht aus 4,2 verschiedenen Therapiemodulen wahr.

Ein hoher Versorgungsgrad sowohl hinsichtlich des Anteils an Rehabilitanden als auch der durchschnittlichen Therapiemenge pro Rehabilitand zeigt sich in den Modulen "balneophysikalische Maßnahmen" und "Sport und Bewegung".

Dagegen werden aus dem Modul "berufliche und soziale Integration" bei 399 Rehabilitanden (7,2 %) Leistungen der Therapiegruppe "berufliche Beratung", bei 14 (0,3 %) Leistungen der "beruflichen Integration" und bei 67 (1,2 %) Leistungen zur "Organisation nachfolgender Maßnahmen" dokumentiert.

Insgesamt entsprechen gut 58 % der dokumentierten Therapietermine den Empfehlungen der COPD-Leitlinie (Tabelle 1).

Therapiemodule	MW Therapiemenge pro Rehabilitation	MW Therapiemenge pro Woche	MW leitlinienger. Therapiemenge pro Rehabilitation	MW leitlinienger. Therapiemenge pro Woche	Prozent leitlinienger. Therapien innerhalb der Module
Balneophys. Maßn.	47,5	13,0	32,0	8,7	65,6
Sport u. Bewegung	24,3	6,8	21,9	6,2	84,7
Physiotherapie u. a.	15,3	4,2	9,4	2,6	45,5
Schulung u. Informat.	12,8	3,7	3,8	1,1	22,0
Integration	10,7	3,0	2,0	0,6	6,3
Krankheits-bewältig.	6,0	1,7	5,9	1,7	96,3
sonst. Maßnahmen	5,0	1,3	-	-	0,0
Gesamt	108,7	30,0	63	17,5	58,3

Tab. 1: Durchschnittliche Therapiemenge pro Rehabilitand - bezogen auf Rehabilitanden, die Leistungen bzw. leitliniengerechte Leistungen aus den jeweiligen Modulen erhalten

In den Modulen "Physiotherapie, funktionelle Ergotherapie und Hilfsmittel", "Schulung und Information" sowie "berufliche und soziale Integration" werden überwiegend andere als leitliniengerechte bzw. ergänzend zu diesen weitere Leistungen angeboten.

Nicht leitliniengerechte Therapien der Physiotherapie und Schulungen beziehen sich vor allem auf Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und das Themenfeld "Ernährung", sie können auf Begleiterkrankungen zurückgeführt werden (essentielle Hypertonie 37,1 %, Rückenschmerzen 29,3 %, Adipositas 27,6 %).

Diskussion und Ausblick

Die Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung bei Versicherten mit einer COPD beruht auf einem multimodalen Behandlungskonzept. Obwohl in der COPD-Leitlinie kein Mindestanteil der den Empfehlungen entsprechend zu behandelnden Rehabilitanden bestimmt wird, weisen die geringen Rehabilitandenzahlen in den Therapiegruppen "berufliche Bera-

tung", "Unterstützung der beruflichen Integration" und "Organisation der Nachsorge" des Moduls "berufliche und soziale Integration" auf eine Unterversorgung in diesen Bereichen hin. Die Einführung der COPD-Leitlinie kann zu einer stärkeren Beachtung dieser Themenfelder führen.

Die in der Leitlinie angestrebten fünf leitliniengerechten Termine pro Tag werden im Durchschnitt nicht erreicht. Abzuwarten bleibt, ob mit Einführung der Leitlinie im Zeitverlauf Verschiebungen von nicht leitliniengerechten hin zu leitliniengerechten Leistungen erfolgen. Dabei ist jedoch zu beachten, dass ein hoher Anteil nicht leitliniengerechter Therapien der Physiotherapie sowie der Schulung und Information auf Begleiterkrankungen der Rehabilitanden zurückzuführen ist.

Literatur

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Hrsg.) (2000): Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (KTL) Ausgabe 2000. 4. Auflage 2000, Berlin: BfA.

Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) (2006): Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (KTL) Ausgabe 2007. 1. Auflage 2007, Berlin.

Fischer, J., Schnabel, M., Sitter, H. (2007): Rehabilitation von Patienten mit Chronisch Obstruktiver Lungenerkrankung (COPD). Pneumologie, 61. 233-248.

Vergleich der Effektivität pneumologischer Rehabilitation bei Asthma und COPD

Schultz, K. (1), Gallenmüller, K. (2), Farin, E. (3)

(1) Klinik Bad Reichenhall, Bad Reichenhall, (2) Fachklinik Allgäu, Pfronten,
(3) Abt. Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg i. Br.

Fragestellung

Im Gegensatz zur in der Literatur auf höchstem Evidenzlevel belegten Effektivität der Rehabilitation bei COPD-Patienten (Gold, 2006) ist die entsprechende Datenlage zur Rehabilitation bei Asthma bronchiale deutlich weniger umfangreich. In einer prospektiven Beobachtungsstudie, die im Rahmen der externen Qualitätssicherung erfolgte (QS-Reha®-Verfahren), wurden daher bei 121 konsekutiven Asthma- und COPD-Patienten einer pneumologischen Rehabilitationsklinik (Fachklinik Allgäu) wichtige Outcome-Parameter der Lungenfunktion, der körperlichen Leistungsfähigkeit und der Lebensqualität zu Beginn und am Ende der Rehabilitation für beide Diagnosegruppen getrennt erfasst. Zusätzlich erfolgte eine Dokumentation der weiteren Entwicklung der Lebensqualität 6 und 12 Monate nach Entlassung (vgl. auch Farin et al., 2009).

Beschreibung der Stichprobe

Die Schweregrade verteilen sich bei den 63 Asthma- bzw. den 58 COPD-Patienten wie folgt: Asthma (*Schweregrade I - IV* nach GINA 2005): I 4.5 %, II 27.3 %, III 48.5 %, IV 19.7 %. COPD (*Schweregrade I - IV* nach GOLD 2006): I 9.5 %, II 34.9 %, III 17.5 %, IV 38.1 %. Das Durchschnittsalter (+/-Standardabweichung) der Asthmapatienten betrug 60.8 J

(+/- 13.6), das der COPD-Patienten 68.3 J (+/- 7.2). 72.7 % der Asthmapatienten und 40.3 % der COPD-Patienten waren weiblich.

Methodik und Ergebnisse

Körperliche Leistungsfähigkeit und Lungenfunktionsparameter: Die Mittelwertsveränderungen und Effektstärken (Cohen, 1988) für die Messwerte der 6-Minuten-Gehstrecke (Maß der körperliche Leistungsfähigkeit), des FEV1-Wertes und des Tiffeneau-Index FEV1/VK (Obstruktionsparameter) sind in Tabelle 1 dargestellt.

		Asthma n_{max}=63	**COPD** n_{max}=58
6-Minuten-Gehtest (6-MWD)	Mittelwertveränderung t0→t1 (p-Wert des t-Test)	527.2→ 596.7 m (<0.001)	391.5 → 457.6 m (<0.001)
	Effektstärke[1]	0.915	0.950
Einsekunden-kapazität (FEV1)	Mittelwertveränderung t0→t1 (p-Wert des t-Test)	1.90 →2.08 l (0.001)	1.38 →1.48 l (0.010)
	Effektstärke[1]	0.515	0.421
Tiffeneau-Index (FEV1/VK)	Mittelwertveränderung t0→t1 (p-Wert des t-Test)	65.6 → 68.1% (0.007)	51.7→ 52.5 % (n. sign.)
	Effektstärke[1]	0.352	0.145

Anm.: [1] Effektstärke = Differenzwert zwischen t 1 = Reha-Ende und t 0 = Reha-Beginn, dividiert durch die Standardabweichung der Differenzen. Positive Werte kennzeichnen eine Verbesserung. Stark schattiert = hohe Effekte (>0.80), schwach schattiert = mittelhohe Effekte (0.40 - 0.80), nicht schattiert = geringe oder keine Effekte (<0.40).

Tab. 1: Effekte zum Ende der Rehabilitation: Körperliche Leistungsfähigkeit (6-Minuten-Gehtest) und Lungenfunktionsparameter getrennt nach Diagnosegruppen

Die Messung der Lebensqualität zu den vier Messzeitpunkten Reha-Beginn (t 0), Reha-Ende (t 1), 6 (t 2) und 12 Monate nach Reha (t 3) erfolgte mittels IRES-Fragebogen (generische Lebensqualität). Im IRES-Fragebogen, der acht Dimensionen erfasst (Somatische Gesundheit, Schmerzen, Funktionsfähigkeit im Alltag, Funktionsfähigkeit im Beruf, Psychisches Befinden, Soziale Integration, Gesundheitsverhalten und Krankheitsbewältigung), wurden insbesondere bezüglich somatischer Gesundheit, psychischem Befinden und Gesundheitsverhalten sowie bezüglich des Gesamt-Scores zu allen Messzeitpunkten deutliche Effekte erzielt, die nach den üblichen Konventionen als mittelhoch bis hoch zu bezeichnen sind (Cohen, 1988). Zwar findet sich mit zunehmendem Zeitabstand von der Rehabilitation eine gewisse Abnahme der Effekte, diese sind aber auch noch nach einem Jahr deutlich nachweisbar und zu diesem Zeitpunkt als "mittelhoch" zu beschreiben (s. Tabelle 2).

	Asthma n_{max}=48			COPD n_{max}=53		
	t0→t1	t0→t2	t0→t3	t0→t1	t0→t2	t0→t3
Somatische Gesundheit	1.178 p<0.001	0.568 p<0.001	0.572 p<0.001	1.147 p<0.001	0.625 p<0.001	0.548 p<0.001
Psychisches Befinden	1.043 p<0.001	0.401 p<0.01	0.401 p<0.01	1.090 p<0.001	0.551 p<0.001	0.421 p<0.01
Gesundheits-verhalten	0.689 p<0.001	0.573 p<0.001	0.454 p<0.01	0.864 p<0.001	0.837 p<0.001	0.787 p<0.01
IRES-Summenscore	1.414 p<0.001	0.551 p<0.001	0.480 p<0.001	1.145 p<0.001	0.582 p<0.001	0.428 p<0.001

Anm.: Dargestellt werden die Effektstärke (Differenzwert zwischen t 1 = Reha-Ende bzw. t 2 = 6 Monate nach der Reha bzw. t 3 = 12 Monate nach der Reha und t 0 = Reha-Beginn, dividiert durch die Standardabweichung der entsprechenden Differenzen) und die Signifikanz der Veränderung (p-Wert des t-Tests). Positive Werte kennzeichnen eine Verbesserung. Stark schattiert = hohe Effekte (>0.80), schwach schattiert = mittelhohe Effekte (0.40 - 0.80). Zum IRES-Summenscore: Bezüglich t 0-t 1 wurde der "Kleine Summenscore" berechnet, da zum Entlasszeitpunkt nicht alle Dimensionen erfasst werden können (z. B. soziale Integration). Bezüglich t 0-t 2 und t 0-t 3 wurde der "Große Summenscore" berechnet.

Tab. 2.: Veränderungen der Lebensqualität in den drei Dimensionen "somatische Gesundheit, psychisches Befinden und Gesundheitsverhalten sowie im Summenscore des IRES-Fragebogens

Diskussion

Die erhobenen Outcome-Parameter belegen bei beiden Patientengruppen signifikante und auch klinisch relevante positive Veränderungen. So erreichten bezüglich der 6-Minuten-Gehstrecke, als Maß für die körperliche Leistungsfähigkeit, 63 % der Asthmapatienten und 51 % der COPD-Patienten am Ende der Rehabilitation eine "klinisch relevante Verbesserung", d. h. eine Zunahme um mindestens 54 m (Redelmeier et al., 1997). Im Gruppenmittel verbesserte sich der Wert um 69,5 m bei den Asthmatikern und um 66,1 m bei den COPD-Patienten. Bezüglich der Lungenfunktion besserte sich erwartungsgemäß der Tiffeneau-Index (Maß für die bronchiale Obstruktion) im Mittel nur in der Gruppe der Asthmapatienten signifikant, nicht hingegen in der COPD-Gruppe, die ja definitionsgemäß eine irreversible bzw. allenfalls wenig reversible Obstruktion aufweist. Aber immerhin konnte bei 26.8 % der COPD-Patienten eine Zunahme des FEV1-Wertes von über 200 ml (= Kriterium einer zumindest partiellen Reversibilität) dokumentiert werden. Bezüglich der Verbesserungen der Lebensqualität fanden sich am Ende der Rehabilitation in beiden Diagnosegruppen deutliche Verbesserungen, die sowohl bei den Asthmatikern als auch bei den COPD-Patienten auch noch nach einem Jahr in einem klinisch relevanten Ausmaß nachweisbar waren. Die Ergebnisse bestätigen die in der Literatur für die Rehabilitation bei COPD-Patienten mitge-

teilten Effekte. Die Veränderung in der Lebensqualität der Asthmapatienten entspricht der der COPD-Patienten, bei den Parametern der Lungenfunktion und der körperlichen Leistungsfähigkeit fallen die Veränderungen tendenziell sogar höher aus.

Schlussfolgerung

Asthmatiker profitieren mindestens im gleichen Ausmaß von der stationären pneumologischen Rehabilitation wie Patienten mit COPD.

Literatur

Cohen, J. (1988): Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). New York: Academic Press.

Farin, E., Opitz, U., Jäckel, W.H., Gallenmüller, K., Schwiersch, M., Schultz, K. (eingereicht): Pneumologische Rehabilitation: Langzeitdaten zur Lebensqualität und Prädiktoren der Behandlungseffekte. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin.

Redelmeier, D.A., Bayoumi, A.M., Goldstein, R.S., Guyatt, G.H. (1997): Interpreting small differences in functional status: The six minute walk test in chronic lung disease patients. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine; 155. 1278-1282.

GINA (Global Initiative for Asthma): GINA workshop report 2005, global strategy for asthma management and prevention. Available at: http//www.ginastma.org.

GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease): Global Strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2006 (www.goldcopd.org).

Wirksamkeit der Asthmaschulung für Eltern von Vorschulkindern - die ASEV-Multicenterstudie

Spindler, T. (1), Szczepanski, R. (2), Jaeschke, R. (1), Forster, J. (3)

(1) Fachkliniken Wangen, Waldburg-Zeil Kliniken, (2) Kinderhospital Osnabrück, (3) St. Josefskrankenhaus Freiburg

Hintergrund

Schulungskonzepte für Schulkinder und deren Familien sind in Deutschland nahezu flächendeckend implementiert und evaluiert (Guevara et al., 2003; Wolf et al., 2005) und werden im Rahmen der DMPs (Küver et al., 2004) auch finanziert. Für die Schulung von Familien mit Kindern im Vorschulalter ist eine strukturierte Evaluation im deutschsprachigen Raum bisher nicht realisiert. Mit der Multicentersstudie "Wirksamkeit der Asthmaschulung für Eltern von Vorschulkindern" (ASEV) wurde eine Evaluation auf hohem Niveau erreicht. Die ASEV-Studie wurde in den Jahren 2007 und 2008 als Multicenterstudie der Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e. V. (AGAS) durchgeführt.

Ziel der Studie

Ziel war die Evaluierung eines Schulungsprogramms für Eltern versus einer reinen Instruktion und einer Wartekontrollgruppe (WG).

Design und Methode

Es handelt sich um eine prospektive, randomisierte Studie.

Die Schulung (SG) erfolgte gemäß Leitlinie der AGAS (9,5 Zeitstunden = 12,7 Unterrichtseinheiten); die Instruktion (IG) umfasste eine maximal 60-minütige Einweisung in Inhalationstechnik und Notfall. Die Daten wurden vor der Intervention (T0) sowie nach 6 Monaten (T2) erfasst.

Probanden

An der Studie nahmen 16 Zentren teil. Rekrutiert wurden 370 Patienten, 364 Patienten hatten einen verwertbaren Datensatz bei T0, 313 bei T2 (Dropoutrate von 14 %).

Ergebnisse für die drei Qualitätsindikatoren des DMP Asthma

1. In allen 3 Gruppen hatten zu T0 nur etwa ein Drittel der Patienten einen schriftlichen Dauertherapieplan (WG 45=27 %; IG 45=27 %; SG 41=34 %). Zu T2 war in allen Gruppen eine mäßige nicht signifikante Steigerung zu verzeichnen.

   Einen schriftlichen Notfallplan hatte die Schulungsgruppe zu T2 hoch signifikant häufiger (T0: 41=34 % und T2: 84=82 %, p< 0,0001), bei der Instruktion war dieses seltener (T0: 45=27 % und T2: 61=62 %, p= 0,01) und bei der Wartekontrollgruppe (T0: 43=26 % und T2: 42=37 %, n. s.) gab es keinen signifikanten Unterschied.
2. Bezüglich ambulanter Akutbehandlungen im Halbjahr vor der Intervention lagen niedrige Ausgangswerte vor (Mittelwert WG 2,6; IG 2,1; SG 2,6), nach der Intervention waren die Zahlen ähnlich und es bestand zwischen den 3 Gruppen keine Differenz, so dass ein Deckeneffekt vorliegen könnte.
3. Inhalative Steroide wurden in allen 3 Gruppen zu T0 in sehr großem Umfang eingesetzt (WG 84=69,4 %; IG 85= 69,7 %; SG 93=76,9 %). Eine Steigerung bei T2 wurde nicht gesehen.

Die Schulung hatte weitere signifikante positive Effekte im Vergleich zur Instruktion und Warten: inadäquate Dauertherapie mit Beta-2-Mimetika, Notfalltherapie zu Hause, Notfallmanagement im Familienalltag, korrekter Einsatz von Devices, Verminderung elterlicher Schlafstörungen durch Asthmasymptome beim Kind.

Kein Unterschied zwischen Schulung, Instruktion und Wartegruppe fand sich bei den Parametern Kindergartenfehltage, beruflicher Fehlzeiten der Eltern wegen Asthma, funktioneller Asthmaschweregrad, Inhalation mit Düsenvernebler.

Zusammenfassung

Eine Asthmaschulung für Eltern von Vorschulkindern ist erfolgreich durchführbar. Nach 6 Monaten werden im Vergleich zur alleinigen Instruktion bzw. zum Warten signifikante Erfolge der Familien in der Versorgung des Kleinkindes mit Asthma erreicht.

Literatur

Guevara, J.P., Wolf, F.M., Grum, C.M., Clark, N.M. (2003): Effects of Educational Interventions for Self Management of Asthma in Children and Adolescents: Systematic Review and Meta-analysis. British Medical Journal, 326 (7402). 1308-1309.

Küver, C., Beyer, M., Gensichen, J., Ludt, S., Schmitz, A., Szecseny, J., Gerlach, F. (2004): Erhebung und Bewertung von Schulungsprogrammen für Patienten mit Diabetes mellitus Typ1 und Typ2, Asthma, KHK, Hypertonie, Herzinsuffizienz und Brustkrebs in Deutschland. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 98. 393-402.

Wolf, F.M., Guevara, J.P., Grum, C.M., Clark, N.M., Cates, C.J. (2005): Educational interventions for Asthma in Children. The Cochrane Database of Systematic Reviews.

Evaluation der deutschen Version des St. George's Respiratory Questionnaire in der stationären pneumologischen Rehabilitation

Meffert, C. (1), Gramm, L. (1), Farin, E. (1), Jäckel, W.H. (1,2)

(1) Abt. Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg i. Br.,
(2) Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung, Bad Säckingen

Hintergrund

Bei der Beurteilung der Ergebnisqualität in der medizinischen Rehabilitation stellt die gesundheitsbezogene Lebensqualität einen wichtigen Ergebnisparameter dar. Darüber hinaus können aus der Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität Informationen für eine individuelle Diagnostik und Therapieplanung gewonnen werden. Der St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) wurde für die Messung krankheitsbedingter Einschränkungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Patienten mit chronischen Atemwegserkrankungen entwickelt (Hütter, 2003). Die englische Originalversion wurde im Hinblick auf ihre psychometrischen Eigenschaften geprüft und mit anderen Assessmentinstrumenten verglichen (z. B. Liang et al., 2008). Eine psychometrische Prüfung der modifizierten deutschen Übersetzung des Fragebogens im Kontext des deutschen Rehabilitationssystems steht bislang noch aus.

Ziel der vorliegenden Datenanalyse ist die Evaluation der deutschen Version des Fragebogens im Bereich der stationären pneumologischen Rehabilitation.

Methodik

Die deutsche Version des SGRQ beinhaltet 48 Items, die zu den Subskalen "Krankheitssymptome" (8 Items), "Aktivitäten" (14 Items) und "Belastung" (26 Items) bzw. einem Summenscore zusammengefasst werden. Hinzu kommen zwei Einzelitems, die keiner Skala zugeordnet werden.

Folgende Testgütekriterien wurden überprüft: (1) interne Konsistenz, (2) faktorielle Struktur, (3) Konstruktvalidität durch Pearson-Korrelationen mit den Dimensionen des IRES-3 (Bührlen et al., 2005) sowie der Einsekundenkapazität FEV1 und (4) Änderungssensitivität.

Ergebnisse

Der SGRQ und der IRES-3 wurden bei Reha-Beginn, bei Reha-Ende sowie sechs Monate nach Reha-Ende 647 Patienten aus sieben pneumologischen Rehabilitationskliniken, die am QS-Reha® Verfahren der gesetzlichen Krankenkassen teilnahmen, vorgelegt (Durch-

schnittsalter 67,1 Jahre [SD=9,3]; Frauenanteil: 56,2 %; Rentneranteil: 91,5 %; Hauptdiagnosen: Chronisch obstruktive Lungenerkrankung [48,3 %] und Asthma bronchiale [23,9 %]).

Bei einem sich auf Berufstätigkeit beziehenden Item beträgt der Anteil der fehlenden Werte 47,7 %, bei einem weiteren Item ("Wie lange dauerte der schlimmste Anfall von Atemwegsbeschwerden?") 52,5 %. Bei allen übrigen Items liegt der Anteil fehlender Werte zwischen 1,1 % und 15,4 %. Bezüglich der Skalen des SGRQ zeigen sich keine substanziellen Boden- oder Deckeneffekte.

Alle Skalen des SGRQ sind mit einem Cronbach's Alpha > 0,7 intern konsistent (Skala "Krankheitssymptome": α=0,75, Skala "Aktivitäten": α=0,75, Skala "Belastung": α=0,85).

Die konfirmatorische Faktorenanalyse konnte die für die deutsche Version des SGRQ vorgeschlagene faktorielle Struktur nicht zufriedenstellend bestätigen (χ^2=5298,06; df=986; p<.001; CFI=0,539; RMSEA=0,087).

Bei der Überprüfung der Konstruktvalidität korreliert die SGRQ-Skala "Symptome" mit r=0,50 mit der Dimension "Somatische Gesundheit" des IRES-3. Für die Korrelation der SGRQ-Skala "Aktivitäten" mit der IRES-Dimension "Funktionsfähigkeit im Alltag" ergibt sich ein Wert von r=0,62, während bezüglich der SGRQ-Skala "Belastung" und der IRES-Dimension "Funktionsfähigkeit im Alltag" ein Wert von r=0,73 gefunden wird. Der Summenscore des SGRQ und der IRES-Summenscore "Reha-Status" korrelieren mit r=0,63. Darüber hinaus lässt sich zwischen dem SGRQ-Summenscore und dem lungenspezifischen Parameter FEV1 eine Korrelation von r=0,42 feststellen.

Die SRM-Effektstärken in den einzelnen Skalen zwischen Reha-Beginn und Reha-Ende liegen für die Skala "Krankheitssymptome" bei 0,07, für die Skala "Aktivitäten" bei 0,44 und für die Skala "Belastung" bei 0,36. Bezüglich des Summenscores ergibt sich eine Effektstärke von 0,42. Ein halbes Jahr nach Reha-Ende findet sich in der Skala "Krankheitssymptome" ein Effekt von 0,33; bezüglich der übrigen Skalen liegen die mittelfristigen Effekte zwischen 0,25 und 0,37.

Schlussfolgerungen

Der SGRQ ist ein intern konsistenter Patientenfragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Patienten der pneumologischen Rehabilitation. Die Skalen des SGRQ korrelieren mit den entsprechenden IRES-Dimensionen, was darauf hindeutet, dass der SGRQ in der Lage ist, gesundheitsbezogene Lebensqualität zu erfassen. Darüber hinaus ist er zur Veränderungsmessung in der pneumologischen Rehabilitation geeignet. Allerdings konnte die Unterteilung des Fragebogens in drei Skalen durch die konfirmatorische Faktorenanalyse nur bedingt bestätigt werden. Andere Faktorenlösungen bieten sich an, die im Rahmen des Vortrags vorgestellt werden.

Literatur

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

Hütter, B.O. (2003): SGRQ. St. George's Respiratory Questionnaire. In: Schumacher, J., Klaiberg, A., Brähler, E. (Hrsg.): Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden. Göttingen: Hogrefe. 280-285.

Liang, W., Chen, J., Chang, C., Chen, H., Chen, S., Hang, L., Wang, J. (2008): An empirical comparison of the WHOQOL-BREF and the SGRQ among patients with COPD. Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation, 17 (5); 793-800. doi: 10.1007/s11136-008-9326-5.

Prädiktoren der stationären Behandlungsdauer von Patienten mit psychischen Störungen - Eine systematische Literaturanalyse

Melchior, H. (1), Watzke, B. (1), Hergert, A. (1), Hofreuter-Gätgens, K. (1), Bergelt, C. (1), Morfeld, M. (2), Koch, U. (1), Schulz, H. (1)

(1) Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, (2) Rehabilitationspsychologie, Fachbereich Angewandte Humanwissenschaften, Hochschule Magdeburg Stendal

Hintergrund

Die Dauer der stationären Rehabilitationsbehandlung psychisch erkrankter Patienten wurde in den letzten Jahren in Deutschland deutlich verkürzt (Steffanowski et al., 2007). Dabei wurden Dosis-Wirkungs-Zusammenhänge für diesen Versorgungsbereich bislang wenig untersucht (Neeb et al., 2001). Für die Bestimmung effizienter und individualisierter Behandlungszeiten spielt die Identifizierung möglicher Prädiktoren der Behandlungsdauer eine grundlegende Rolle.

Ziel dieser Arbeit ist eine systematische Literaturanalyse zur Frage nach Prädiktoren der Behandlungsdauer im fachspezifischen stationären Setting. Dabei soll die Analyse ausschließlich auf Evidenz von Patientenmerkmalen zur Vorhersage der Behandlungsdauer fokussieren.

Methode

Die Recherche erfolgte in den Datenbanken Medline, Embase, Psyndex, PsychINFO und EBMR sowie in Referenzlisten vorliegender Metaanalysen und Reviews. Einbezogen wurden englisch- und deutschsprachige Studien, welche die stationäre Rehabilitations- oder Akutbehandlung mit primär psychotherapeutischen Verfahren bei Patienten mit den ICD-10 Diagnosen F3 - F6 (mind. 75 % der Stichprobe) untersuchen. Weitere Einschlusskriterien waren das Publikationsjahr (ab 1990) sowie die Untersuchung erwachsener Patienten.

Von den insgesamt 684 im Rahmen der Datenbankrecherchen identifizierten Studien wurden nach Prüfung der Einschlusskriterien 163 Studien aufgrund einer anderen Fragestellung, 314 aufgrund der untersuchten Stichprobe und weitere 194 Studien aufgrund der Behandlung oder des Settings ausgeschlossen. Die häufigsten Ausschlussgründe waren ambulante, medikamentöse oder spezifische Interventionen sowie Studien mit einem zu hohen Anteil an Psychosen oder anderen Ausschlussdiagnosen. Die Gesamtzahl von 684 Studien reduziert sich somit auf 19 Studien, die in die Literaturanalyse einbezogen wurden. Die Studien wurden nach methodischen Kriterien kategorisiert und hinsichtlich der oben genannten Fragestellung analysiert.

Ergebnisse

Zur Bestimmung der Prädiktoren der Behandlungsdauer werden in zehn der 19 eingeschlossenen Studien ausschließlich Mittelwertsvergleiche, in neun Studien zusätzlich Reg-

ressionsanalysen durchgeführt. Es zeigt sich ein großer Range in den untersuchten Stichprobengrößen (Median: 1425; Interquartilsabstand: 6336,5) sowie in der Anzahl der untersuchten Kliniken (Median: 5; Interquartilsabstand: 10). Hinsichtlich der untersuchten Diagnosen werden in zehn Studien die Diagnosegruppen F3-F6 einbezogen, sechs Studien fokussieren ausschließlich die Behandlung depressiver Patienten, weitere zwei Studien die Behandlung von Essstörungen und eine Studie die Behandlung von Angststörungen.

Insgesamt können 17 Variablen identifiziert werden, die jeweils in mindestens zwei Studien als Prädiktoren untersucht werden. Einheitliche Ergebnisse finden sich bei den soziodemographischen Variablen Familienstand, Partnersituation und Wohnsituation. Hier ist eine deutliche Tendenz zu längeren Behandlungszeiten bei ledigen und/oder alleine lebenden Patienten zu verzeichnen. Des Weiteren zeigt sich ein einheitliches Bild bei den Krankheitsvariablen. Neben der Diagnose können auch die psychische oder somatische Komorbidität, die Krankheitsdauer, eine stationäre oder ambulante Vorbehandlung und die Dauer der Arbeitsunfähigkeit vor Behandlungsbeginn als Prädiktoren einer längeren Behandlungsdauer bestimmt werden. Weniger einheitlich sind die Ergebnisse zu den Variablen Alter und Geschlecht sowie zur selbsteingeschätzten Symptombelastung.

Diskussion

In der Analyse der Prädiktoren der Behandlungsdauer lassen sich für bestimmte krankheitsbezogene und soziodemographische Patientenmerkmale einheitliche Ergebnisse finden. Die krankheitsbezogenen Variablen können als Indikatoren der Erkrankungsschwere oder Chronifizierung zusammengefasst werden und sagen eine längere Behandlungsdauer vorher. Inkonsistente Ergebnisse zum Alter können durch das große Spektrum an untersuchten Altersstufen bei unterschiedlichen Diagnosegruppen erklärt werden. Uneinheitliche Ergebnisse zeigen sich auch hinsichtlich der Symptombelastung zu Beginn der Behandlung. Dies könnte durch die Vielfalt und Unterschiedlichkeit der Outcome-Maße, die in den Studien eingesetzt werden, erklärt werden. Es muss zudem die Diversität der in den Studien angewandten Analyseverfahren, sowie die jeweilige Ausprägung der gefundenen Zusammenhangsmaße berücksichtigt werden. Kritisch zu betrachten ist zusätzlich die Repräsentativität der untersuchten Diagnosen, da z. B. die Behandlung von Essstörungen generell eine längere Behandlungsdauer benötigt. Insgesamt wird ein hoher Forschungsbedarf deutlich.

Literatur

Neeb, K., Winkler, K., Schröder, A., Mestel, R. (2001): Welchen Einfluss hat eine Therapiezeitverkürzung auf den Behandlungserfolg stationärer Psychotherapie? Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 14. 333-340.

Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, W.W., Nübling, R. (2007): Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Arbeiten zur Theorie und Praxis der Rehabilitation in Medizin, Psychologie und Sonderpädagogik; 48. Bern: Huber.

Einfluss von Behandlungsdosis und Behandlungsdichte auf die psychosomatische Symptomlast - Eine naturalistische Studie an 67 stationären Psychotherapiepatienten

Holzapfel, M. (1), Schonauer, K. (2), Mittag, O. (1)

(1) Abt. Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg i. Br.,
(2) Universität Konstanz

Hintergrund

Dauer und Umfang von stationärer Psychotherapie unterliegen Veränderungen, die nicht zuletzt durch ökonomische Zwänge bedingt sind. Gleichzeitig muss von Schwankungen der Therapiezeit ausgegangen werden, die quasi unbeabsichtigt sind. Nicht jede ausgefallene Therapiestunde kann im stationären Psychotherapiebereich nachgeholt werden. Bisherige Arbeiten zur Untersuchung der outcomebezogenen Folgen unterschiedlicher Therapiedosis, -dichte und -länge liefern ein eher heterogenes Bild (Nosper, 2008; Kraft et al., 2006; Freedman et al., 1999). Es ist weitgehend unklar, wie viel Therapie tatsächlich zu relevanten Verbesserungen führt oder - negativ formuliert - wie viel Therapiezeit ausfallen "darf", ohne dass die Ergebnisse negativ dadurch beeinflusst werden. Die vorliegende Studie untersucht im psychotherapeutisch-stationären Setting die Auswirkungen von Schwankungen hinsichtlich der therapeutischen Dichte und Dosis auf die psychosomatische Symptomlast der Patienten.

Methode

Die Stichprobe setzt sich aus 67 Patienten der Station für psychotherapeutische Medizin des Zentrums für Psychiatrie Reichenau (ZPR) zusammen. 36 Patienten (54 %) waren weiblich, 31 (46 %) männlich. Das Durchschnittsalter betrug 30 Jahre (SD = 9). 41 Patienten (61 %) hatten einen Haupt- oder Realschulabschluss, 18 (26 %) besaßen das Abitur und 5 (7 %) verfügten über ein abgeschlossenes Studium. Es handelt sich um ein naturalistisches Design. Das Spektrum der Hauptdiagnosen beinhaltete Affektive Störungen (31), Persönlichkeitsstörungen (22), Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (9), psychische Störungen durch psychotrope Substanzen und Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren (jeweils 1).

Alle Patienten beantworteten wöchentlich die SCL-90-R. Außerdem wurden in jeder Woche alle stattgefundenen Therapiestunden erfasst. Somit konnten sowohl Prä-Post-Analysen zur Untersuchung der Effekte der Gesamttherapiedosis als auch Verlaufsmodelle (Mehrfachmessung) zur Untersuchung der Effekte der wöchentlichen Therapiedichte berechnet werden.

Ergebnisse

Die mittels linearer Regression durchgeführte Prä-Post-Analyse zeigt, dass die Therapiedosis, die Patienten im Laufe ihres stationären Aufenthaltes erhalten, einen signifikanten Einfluss auf das Ausmaß der Veränderungen ihrer psychosomatischen Symptomlast hat (Nicht standardisierter Koeffizient B = 0.002; SE = 0.001; Standardisiertes Beta = 2.252; $p < .05$). Die Kontrollvariablen Alter, Geschlecht und Eingangsbelastung bleiben insignifikant.

Zur Analyse der Mehrfachmessungen wurden lineare gemischte Modelle berechnet. Die Therapiedichte einzelner Wochen stellte sich dabei als signifikant in ihrem Einfluss auf die Symptomlast in diesen Wochen heraus ($F1, 274.885 = 5.319$; $p < .05$). Eine Zunahme der Therapiedichte einer Woche ist also mit einer Abnahme des Beschwerdeniveaus (GSI) in dieser Woche verbunden.

Diskussion

Die Ergebnisse bestätigen, dass sowohl Therapiedosis als auch Therapiedichte einen wesentlichen Einfluss auf die zu erwartenden Veränderungen zeigen. Wie auch bei Freedman et al. (1999) führt mehr Therapiezeit zu besseren Ergebnissen. Eine Besonderheit dieser Studie liegt in der Operationalisierung der Zeitvariablen: Zur Bestimmung von Therapiedichte und -dosis wurden alle Kontakte, die die Patienten mit irgendeinem Mitglied des Stationsteams hatten, herangezogen. Interessant wäre in diesem Zusammenhang der Versuch, eine optimale inhaltliche Zusammensetzung dieser Zeitvariablen zu ermitteln. Die Verwendung der Gesamtsummen führt in der vorliegenden Arbeit dazu, dass die Effekte eher unter- als überschätzt wurden, weil wirksamere und weniger wirksame Behandlungselemente quasi gemittelt wurden. Dass der Effekt der Therapiezeit dennoch in verschiedenen Operationalisierungen signifikant die Symptomlast beeinflusste, spricht für die Bedeutung der Ergebnisse.

Literatur

Freedman, N., Hoffenberg, J.D., Vorus, N., Frosch, A. (1999): The Effectiveness Of Psychoanalytic Psychotherapy: The Role Of Treatment Duration, Frequency Of Sessions, And The Therapeutic Relationship. Journal of the American Psychoanalytic Association, 47 (3). 741-772.

Kraft, S., Puschner, B., Kordy, H. (2006): Treatment Intensity and Regularity in Early Outpatient Psychotherapy and its Relation to Outcome. Clinical Psychology and Psychotherapy, 13. 397-404.

Nosper, M. (2008): Die Dauer psychosomatischer Rehabilitation - Regelungen, Einflussfaktoren und Empfehlungen. Die Rehabilitation, 47. 8-13.

Veränderungen der Bindungsstile von 6.800 Patienten während stationärer psychosomatischer Rehabilitation

Mestel, R., von Wahlert, J.

HELIOS Klinik Bad Grönenbach

Hintergrund

Ein unsicheres Bindungsmuster kann als Risikofaktor für die Entstehung oder Aufrechterhaltung psychischer Störungen gelten. Der Abbau unsicherer Bindungsstile bzw. der Aufbau bindungssicherer Strategien kann deshalb gerade in der vorwiegend klärungsorientierten Psychotherapie als wichtiges Therapieziel gelten. Bisherige Studien konnten die Veränderung von Bindungsmustern während der Behandlung meist nur in kleineren Fallzahlen untersuchen.

Methoden

Anhand einer Stichprobe von 6.814 Patienten einer stationären Psychosomatischen Rehabilitationsklinik, die zu 95,5 % die im Schnitt 61-tägige Behandlung regulär beendet hatten, wurde der Frage nach der Veränderung ihrer Bindungsstile nachgegangen. Es handelt sich um alle Patienten im Zeitraum von 1998-2006, welche einen Bindungsstilfragebogen (Relationship Questionaire) zu Therapiebeginn und -ende ausgefüllt hatten, wodurch die regulären Therapiebeender überrepräsentiert waren.

73,4 % der Patienten waren weiblich, das mittlere Alter betrug 37,6 Jahre und fast 50 % hatten Abitur (30 % mittlere Reife, 16 % Hauptschule). 81,5 % waren für die psychotherapeutische Behandlung gut bis sehr gut motiviert. 42,3 % hatten eine Depression als Hauptdiagnose, 5,9 % eine Angststörung, 9,2 % eine Borderline Persönlichkeitsstörung, 15 % eine andere Persönlichkeitsstörung, 8,7 % eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und 3,3 % eine somatoforme Störung.

Die Bindungsstile wurden prä und post mit dem Relationship Questionaire (RQ-2; dimensionale Version) von Bartholomew (Griffin, Bartholomew, 1994) erfasst. Neben einer umfangreichen Basisdokumentation (Psy-Bado-PTM; von Heymann et al., 2003) kamen häufig verwendete psychometrische Verfahren wie die SCL-90-R, der BDI, der VEV-K oder Fremdratings (OPD-Konflikt, OPD-Struktur, BSS) zum Einsatz.

Ergebnisse

Zu Therapiebeginn wurden 11 % als bindungssicher (am Ende: 25,3 %), 25,4 % als gleichgültig-vermeidend (am Ende: 33,1 %), 25,4 % als anklammernd (am Ende: 22,5 %) und 38,1 % als ängstlich-vermeidend (am Ende: 19,2 %) gemäß dem Auswertungsalgorithmus des RQ-2 klassifiziert.

Unterschiede zwischen den Bindungsmustern zu Therapiebeginn ergaben sich fast ausschließlich auf der Dimension der Bindungssicherheit, wobei die ängstlich-vermeidende Bindung theoriekonform den Gegenpol zur sicheren Bindung bildete. Bindungssichere zu Therapiebeginn waren tendenziell älter, hatten eher Hauptschulabschluss, wurden kürzer behandelt, hatten "gesündere" Werte auf allen Selbst- und Fremdurteilsskalen (SCL-90-R, BDI, OPD-Struktur, BSS) und hatten eher die Diagnosen einer somatoformen, einer phobischen oder einer Anpassungsstörung als die einer Essstörung einer PTBS oder einer Persönlichkeitsstörung.

Während sich die Symptomatik während der Behandlung stärker besserte (mittlere bis große Effektstärken für die SCL-90-R, BDI und BSS) ergaben sich im Bindungsbereich Veränderungen fast nur auf der Dimension der Bindungssicherheit. Die sichere Bindung erhöhte sich ebenso signifikant (ES= .60), wie sich die ängstlich-vermeidende Bindung absenkte (ES= .43). Während sich das Ausmaß anklammernder Bindung nur leicht verringerte (ES= .26; $p < .05$) stagnierten die Werte im Bereich der gleichgültig-vermeidenden Bindung (starkes Unabhängigkeitsideal). Konfigurativ für die Einzelfälle betrachtet blieben die bei Therapiebeginn Bindungssicheren und auch die Gleichgültig-vermeidenden zu gut je 50 % auch bei Ende stabil in ihrer jeweiligen Bindungskategorie, während die Mehrzahl der anklammernd und der ängstlich-vermeidend Gebundenen ihren Bindungsstil wechselten. Je nach Kategorie der Bindungsunsicherheit wurden 16-29% der zu Beginn unsicheren Patienten am Ende sicher klassifiziert. Patienten mit einem Zugewinn an Bindungssicherheit während der

Behandlung wiesen tendenziell auch einen deutlicheren Symptomrückgang (SCL-90-R, BDI; jeweils kleine Korrelationen um r= .10) auf, wurden länger behandelt (r= .09) und gaben ein höheres Ausmaß an Entspannung, Gelassenheit und Optimismus bei Behandlungsende an (VEV-K; r= .30).

Literatur

Griffin, D., Bartholomew, K. (1994): The metaphysics of measurement: The case of adult attachment. Advances in Personal Relationships, 5. 17-52.

Von Heymann, F., Zaudig, M., Tritt, K. (2003): Die diagnosebezogene Behandlungsdauer in der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Medizin: Eine homogene Größe? Erste Ergebnisse der Multicenter-Basisdokumentation (Psy-BaDo-PTM) als Grundlage qualitätssicherender Maßnahmen in der stationären Psychosomatik. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 62. 209-221.

Die Behandlung der Posttraumatischen Verbitterungsstörung mittels Weisheitstherapie

Linden, M., Baumann, K., Lieberei, B.

Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der
Charité Universitätsmedizin Berlin und am Rehabilitationszentrum Seehof
der Deutschen Rentenversicherung Bund, Teltow

Hintergrund

Anpassungsstörungen mit dem Leitaffekt der Verbitterung stellen ein großes therapeutisches Problem in der medizinischen Rehabilitation dar. Sie wurden unter dem Bild der "Posttraumatischen Verbitterungsstörung, PTED" klinisch abgegrenzt und hinsichtlich Ätiologie und Verlauf beschrieben (Linden et al., 2007). Da PTED-Patienten unter erheblicher Resignation, Aggression, Abwehr von Hilfe und Selbstmitleid leiden, sind sie nur schwer zu behandeln und nehmen häufig einen chronischen Verlauf mit anschließender Erwerbsunfähigkeit.

Ein Ansatz zur Behandlung dieser Störungen wurde unter Bezug auf neuere Forschungen zur Weisheitstherapie entwickelt. Weisheit wird definiert als "Expertise im Umgang mit schwierigen Fragen des Lebens, wie zum Beispiel Fragen der Lebensplanung, Lebensgestaltung und Lebensdeutung". Sie stellt eine psychologische Fähigkeit dar, die hilft, komplexe Lebensprobleme angemessen zu verarbeiten. Da die Grundlagenforschung gezeigt hat, dass Weisheit lehr- und lernbar ist, wurde unter Bezug auf wissenschaftliche Befunde und die klinische Erfahrung mit verbitterten Patienten eine Form der kognitiven Psychotherapie erarbeitet, die als Kern die Vermittlung von Weisheitskompetenzen hat (Schippan et al., 2004, Linden et al., 2006, 2007; Baumann, Linden 2008a, b). Es war zu prüfen, ob durch diesen Behandlungsansatz ein besseres Therapieergebnis als durch eine konventionelle psychosomatische Rehabilitation erreicht werden kann. Therapiemethodisch stellte sich des Weiteren die Frage inwieweit die rein kognitiv ausgerichtete Weisheitstherapie durch ablenkungs- und genußorientierte Therapiestrategien ergänzt werden muss.

Methode

Im Vergleich zu einer unspezifisch behandelten Gruppe von 46 Patienten mit PTED wurden 33 Patienten in einer Kombination von einzel- und Gruppen-Weisheitstherapie und weitere 31 Patienten mit Weisheits- und Euthymer Therapie behandelt.

Untersuchungen zur Therapietreue der Behandler zeigten, dass in beiden Interventionsgruppen Weisheitstherapie angewendet wurde und in der zweiten zusätzlich euthyme Strategien.

Ergebnisse

Abb. 1 zeigt, dass Patienten der unspezifisch behandelten Patienten (PTED 1. Welle) im Vergleich zu den sonstigen Klinikpatienten (alle Klinikpatienten) in Übereinstimmung mit der klinischen Erfahrung deutlich schlechtere Therapieergebnisse im SCL-90-GSI aufwiesen.

Im Gegensatz dazu zeigen die beiden spezifisch behandelten Gruppen von PTED-Patienten (PTED Weisheit und PTED Weisheit + euthyme Therapie) ein deutlich verbessertes Therapieergebnis, das dem der sonstigen Klinikpatienten entspricht.

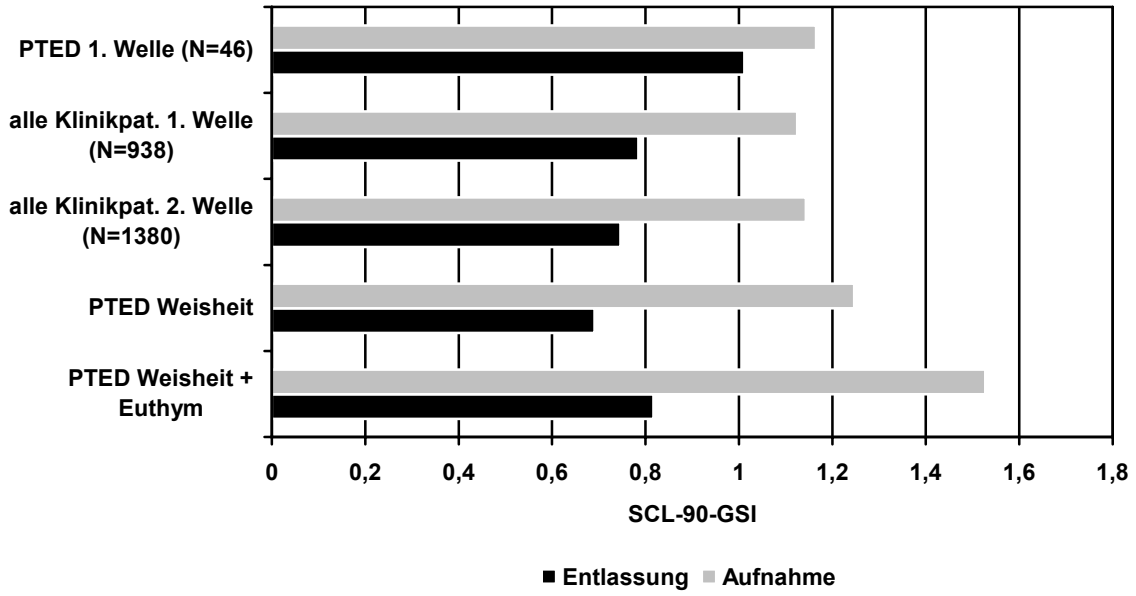


Abb. 1: Therapieergebnisse nach SCL-90-GSI im Vergleich von spezifisch und unspezifisch behandelten PTED-Patienten und sonstigen Patienten

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse dieser Untersuchung stützen die Annahme, dass mit dem neuen Therapieansatz eine wirksame Behandlung der PTED ermöglicht wird. Die Ergebnisse dieser ersten Phase-II-Studie sind ermutigend und lassen Phase-III-Studien, auch von anderen Arbeitsgruppen, sinnvoll erscheinen.

Literatur

Baumann, K., Linden, M. (2008): Weisheitstherapie. In: Linden, M., Hautzinger, M. (Hrsg.): Verhaltenstherapiemanual. Springer, Berlin. 417-422.

Baumann, K., Linden, M. (2008): Weisheitskompetenzen und Weisheitstherapie. Pabst Verlag, Lengerich.

Linden, M., Baumann, K., Schippan, B. (2006): Weisheitstherapie. Kognitive Therapie der Posttraumatischen Verbitterungsstörung. In: Maercker, A., Rosner, R. (Hrsg.): Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Thieme, Stuttgart. 208-227.

Linden, M., Rotter, M., Baumann, K., Lieberei, B. (2007): The Post-Traumatic Embitterment (PTED). Hogrefe & Huber, Bern.

Schippan, B., Baumann, K., Linden, M. (2004): Weisheitstherapie. Kognitive Therapie der Posttraumatischen Verbitterungsstörung. Verhaltenstherapie, 14. 284-293.

Optimismus - Prädiktor und Wirkfaktor depressiver Symptomatik

Becher, L.F. (1), Vogt, J. (2)
(1) Mittelrhein-Klinik, Boppard, (2) Deutsche Flugsicherung GmbH, Langen

Hintergrund

Das Optimismus-Konzept von Seligman (1990) beschreibt ein kognitives Modell affektiver Störungen in Erweiterung des Modells der gelernten Hilflosigkeit (Abrahamson et al., 1978). Danach führen selektiv-kognitive Prozesse zur Verfestigung von Misserfolgs- und zum Abbau von Erfolgserwartungen. Seligman (1990) definiert demgegenüber die stabile, globale und internale Attribution von Erfolg sowie die variable, spezifische und externale Attribution von Misserfolg als Optimismus. Im Verlauf einer psychosomatischen Rehabilitation sollte der Einfluss und die Veränderung einer optimistischen Einstellung untersucht werden.

Methodik

154 Patienten wurde zu Beginn ein selbstentwickelter Fragebogen (Becher, 2008) zur optimistischen Einstellung (OPEN) vorgelegt. Zur Bestimmung des psychischen Befindens wurde der IRES-Fragebogen sowie die SCL-90 zu Beginn (T 0), am Ende (T 1), nach einem halben und nach einem Jahr (T 2, T 3), erhoben. In einer weiteren Stichprobe wurden 108 Patienten zu den vier Messzeitpunkten mittels OPEN befragt.

Ergebnisse

Patienten mit niedrigen (>-0.47) oder höheren (<-0.47) OPEN-Werten unterschieden sich nicht hinsichtlich Alter, Geschlecht, Diagnose, Arbeitsfähigkeit und sozioökonomischem Status. Patienten mit niedrigem Optimismus wiesen im Jahr vor der Rehabilitation signifikant mehr Krankheitstage auf als Patienten mit höherem Optimismus (M: 68.7 vs. 37.8; df=65.999, T=2.401, p=0.0135). Patienten mit niedrigen OPEN-Werten zeigten eine signifikant größere Depressivität im IRES (df=1, F=9.49, p=0.002) und eine größere Variabilität im Verlauf. Dabei hatten diese gering optimistischen Patienten zunächst einen größeren Effekt zu T1 erzielt als Patienten mit höherem Optimismus (ES=0.98 vs. 0.66). Zu T3 und T4 zeigten die optimistischen Patienten aber eine deutlich geringere Depressivität. Insgesamt zeigten sich bei allen Patienten im Jahresverlauf signifikante Verbesserungen (df=3, F=81.43, p=0.000). Es ergaben sich weder differentielle Effekte auf der SCL-90 noch auf der Angstskala des IRES. Die Verlaufsmessung optimistischer Einstellungen zeigte deskriptiv einen Anstieg der OPEN-Werte über die vier Messzeitpunkte, der jedoch nicht signifikant ausfiel (df=3, F=1.32, p=0.272).

Diskussion

Entsprechend der externalen Attribution sind Patienten mit niedrigem Optimismus stärker auf äußere Hilfe fokussiert. Dies zeigt sich auch an der größeren Anzahl von Krankheitstagen vor der Rehabilitation. Die externale Orientierung führt wahrscheinlich zu einem größe-

ren Effekt durch die hohe Therapiedosis zum Ende der Rehabilitation. Aufgrund der variablen und spezifischen Attribution von Erfolg, lässt der Effekt nach Beendigung der Rehabilitation schnell wieder nach. Große Effektgrößen am Ende der Rehabilitation können nicht das alleinige Ziel der Behandlung sein, die Nachhaltigkeit des Therapieerfolgs ist ein mindestens ebenso wichtiges Erfolgskriterium. Weitere Studien sollen klären, ob Interventionen gezielt bei pessimistischen Patienten zu einer verbesserten Misserfolgs- und Erfolgsverarbeitung führen.

Schlussfolgerungen

Patienten mit größerem Optimismus (Prädiktor) zeigen langfristig eine geringere Depressivität und vor der Rehabilitation weniger Krankheitstage. Bei Patienten mit geringerem Optimismus remittieren die Therapieeffekte nach Ende der Behandlung relativ schnell. Ob mithilfe kognitiver Verhaltenstherapie die optimistische Einstellung (Wirkfaktor) verbessert werden kann, sollte an einer größeren Stichprobe geprüft werden. Ein niedriger Optimismus muss als Risikofaktor für Depressionen angesehen werden. Patienten mit niedrigen OPEN-Werten, die aktuell nicht depressiv sind, dürften präventiv von einer entsprechenden Behandlung profitieren.

Literatur

Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P., Teasdale, A.J.D. (1978): Learned helplessness in humans. Critique and reformulation. J. of Abnormal Psychology, 87. 49-74.

Becher, L.F. (2008): Aufbau und Evaluation stationärer Verhaltenstherapie zur Behandlung psychosomatischer Störungen. Dissertation. Technische Universität Dortmund.

Seligman, M.E.P. (1990): Learned Optimism. New York. Pocket Books.

Schlafstörungen in der psychosomatischen Rehabilitation

Hanisch, M., Linden, M.

Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der
Charité Universitätsmedizin Berlin und dem Rehabilitationszentrum Seehof
der Deutschen Rentenversicherung Bund, Teltow

Hintergrund

Psychische Störungen gehen regelhaft mit Störungen des Schlafes einher. Primäre Schlafstörungen können wiederum zu psychischen Erkrankungen führen oder zu deren Aufrechterhaltung beitragen (Ford, Kamerow, 1989; Berti, Hoffmann, 1990). Unabhängig von der Ursache können Schlafstörungen zu Tagesmüdigkeit, Leistungsinsuffizienz und neurasthenischen Zuständen führen (Simen et al., 1995; Szelenberger, Soldatos, 2005; Penzel et al., 2007). Weiterhin ist man in der psychosomatischen Rehabilitation mit einer Vielzahl von schwer fassbaren Syndromen aus dem Bereich der Müdigkeits- und Erschöpfungssyndrome konfrontiert wie z. B. "Burn out", Chronic Fatigue u. a. Schlafstörungen gehen immer auch mit einem hohen Leidensdruck einher. Sie sollten daher in der psychosomatischen Rehabilitation die gebührende Aufmerksamkeit erfahren. Studien hierzu sind aber noch selten.

Methodik

Patienten einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik wurden bei Aufnahme und Entlassung hinsichtlich Einschlaf-, Durchschlafstörungen und Früherwachen mit Hilfe des SCL-90 untersucht. Bei subjektiver Einstufung als ziemlich, schwer und sehr schwer wurde von klinisch relevanten Störungen ausgegangen.

Ergebnisse

Es wurden 1.676 Patienten untersucht (w: 1.248; m: 428). Über ausgeprägte Einschlafstörungen klagten bei Aufnahme 50,8 %, über Durchschlafstörungen 62,4 % und über Früherwachen 46,7 %. Bei Entlassung: Einschlafstörungen 35,3 %, Durchschlafstörungen 47 %, Früherwachen 36,5 %. Im Vergleich von Männern und Frauen fanden sich: Männer: Einschlafstörungen 45,8 % bzw. 30,9 %, Durchschlafstörungen 55,6 % bzw. 42 %, Früherwachen 45,3 % bzw. 34,8 %. Frauen: Einschlafstörungen 52,5 % bzw. 36,8 %, Durchschlafstörungen 64,7 % bzw. 48,8 %, Früherwachen 47,2 % bzw. 37,2 %. Die Unterschiede sind jeweils signifikant, ebenso der Anstieg von Durchschlafstörungen mit steigendem Alter. Von den Patienten ohne Arbeit berichteten bei Aufnahme 68,8 % über Durchschlafstörungen, mit Arbeit 58,8 %. Bei Aufnahme Arbeitsfähige berichteten zu 56,6 % von Durchschlafstörungen, über 40 Wochen Arbeitsunfähige zu 72,1 %. Der Anstieg mit steigender Arbeitsunfähigkeits-(AU)-Dauer ist stetig und signifikant. Patienten, die sich bei Entlassung für nicht arbeitsfähig hielten, berichteten bei Entlassung zu 66,3 % von Durchschlafstörungen, die, die sich eingeschränkt für arbeitsfähig hielten, zu 41,5 %, in der Selbsteinschätzung Arbeitsfähige zu 29,1 %. Patienten, die vom Therapeuten bei Aufnahme als psychisch nicht beeinträchtigt beurteilt wurden, äußerten zu 18,2 % Durchschlafstörungen, als extrem beeinträchtigt Beurteilte zu 70,7 %, der Anstieg ist stetig und signifikant.

Diskussion

Die Zunahme der Schlafklagen mit dem Alter ist vielfach vorbeschrieben und spiegelt sich auch hier wieder. Die Häufung beim weiblichen Geschlecht ist bekannt, wenn auch hier nicht so deutlich ausgeprägt wie in Voruntersuchungen der Allgemeinbevölkerung.

Es zeigen sich klare Zusammenhänge zwischen Klagen über Schlafstörungen und der Beurteilung der Leistungsfähigkeit (in Selbst- und Fremdeinschätzung). Diese Ergebnisse unterstreichen deutlich die postulierte Bedeutung von Schlafstörungen. Die Tatsache, dass sich sogar die vorangehenden AU-Zeiten in der Ausgeprägtheit der geklagten Schlafstörungen widerspiegeln, zeigt die sozialmedizinische Dimension. Hierbei muss man allerdings einschränkend sagen, dass es sich hier um einen Vergleich einer Punktprävalenz mit einem Langzeitparameter handelt. Hierfür wäre eine geeignete Längsschnittuntersuchung wünschenswert.

Schlussfolgerungen, Umsetzungen, Ausblick

In der psychosomatischen Rehabilitation stellen Schlafstörungen ein wichtiges und zentrales Problem dar, dem die angemessene Aufmerksamkeit in Diagnostik, Therapie und weiterer Forschung gewidmet werden muss. Insbesondere muss geklärt werden, ob eine effektive Therapie von Schlafstörungen die Therapie von psychischen Erkrankungen erleichtert und insgesamt zu besseren Ergebnissen führt. Vermutlich muss die Therapie von Schlafstörun-

gen in der psychosomatischen Rehabilitation eine viel bedeutendere, wenn nicht sogar zentrale Rolle spielen.

Literatur

Berti, L.A., Hoffmann, S.O. (1990): Psychogene und Psychoreaktive Störungen des Schlafes. Nervenarzt, 61. 16-27.

Ford, D.E., Kamerow, D.B. (1989): Epidemiologic Study of Sleep Disturbances in Psychiatric Disorders. The Journal of the American Medical Association, 262. 1479-1484.

Penzel, H., Penzel, T., Penzel, J.H. (2007): Enzyklopädie der Schlafmedizin (Erstauflage). Heidelberg: Springer.

Simen, S., Hajak, G., Schlaf, G., Westenhöfer, J., Rodenbeck, A., Bandelow, B., Pudel, V., Rüther, E. (1995): Chronifizierung von Schlafbeschwerden. Nervenarzt, 66. 686-695.

Szelenberger, W., Soldatos, C. (2005): Sleep Disorders in Psychiatric Practice. World Psychiatry, 4. 186-190.

Auswirkung von psychovegetativer Erschöpfung auf Aktivität und Partizipation

Raschke, F., Gottwald, N., Fischer, J.

Institut für Rehabilitationsforschung, Norderney

Hintergrund

Erschöpfungszustände als Indikation und Begleit-Symptomatik für medizinische Rehabilitation sind sehr häufig. Als Ursache werden somatische, psychische und psychiatrische Grunderkrankungen, aber auch Arbeitsplatz-Bedingungen, soziale Faktoren und Lebensumfeld genannt, die stets eine verminderte Aktivität und Partizipation mit Einschränkung von Gesundheit und Lebensqualität (Rütten et al., 2005) zur Folge haben. Die Wiedererlangung von Eigeninitiative zur Ausübung von körperlicher und die Teilnahme an sozialen und gesellschaftlichen Aktivitäten aufgrund der med. Rehabilitation wurden bislang nicht im Längsschnitt bei Erschöpfungszuständen untersucht.

Ziel

Es soll geprüft werden, welche differenzierten Alltags- und Sportaktivitäten und gesellschaftliche Partizipation nach Häufigkeit und Dauer im 6-Monatszeitraum vor, sowie während med. Rehabilitation quantitativ ausgeübt werden und sich durch die Behandlung verbessern. Ziel ist, unter Verwendung einer Aktivitäts- und Partizipationsskala (Gottwald et al., 2008), zunächst das Aktivitätsprofil zu ermitteln und die selbstgewählte, eigenverantwortliche Aktivität bei Erschöpfungszuständen über individuell ausgewählte Zusatzmodule der Sporttherapie langfristig zu verbessern.

Methode

In die Studie wurden 165 konsekutiv aufgenommene Patienten der Klinik Norderney einbezogen, die nach Maßgabe der ärztlichen Eingangsdiagnose in eine Gruppe mit psychovegetativer Erschöpfung (n=40, 39 %) und ohne diese Diagnose als Kontrollgruppe (KG, n=125)

eingeteilt wurden. Die Kontrollgruppe wurde hinsichtlich Alters- und Geschlechtsunterschied zur Erschöpfungsgruppe gematcht (EG, n=62). Zur Darstellung von Alltags- und Sport-Aktivität sowie gesellschaftlicher Teilhabe wurde ein Fragebogen mit 15 Items verwendet, der ein individuelles Aktivitätsprofil für das Freizeitverhalten wochenweise erstellt und die jeweilige Aktivität nach Tagen/Woche sowie Dauer (Minuten) differenziert. Ein in vorausgegangen Untersuchungen extern validiertes Selbstbeurteilungsinstrument für differentielle Erschöpfungsaspekte (DEA), das in Form einer Eigenschaftswörterliste Merkmale wie Antriebshemmung, Müdigkeit, Zurückgezogenheit, Konzentrationsschwäche u.a. berücksichtigt und als Profil mit 16 Items darstellt, wurde wöchentlich, die FS Chalder Scale, der BDI und ein Fragebogen für Schlafstörungen und Schmerzsymptomatik zu Beginn und am Ende der Reha eingesetzt.

Ergebnisse

Die beiden Gruppen unterscheiden sich im DEA (EG MW=28,0 vs KG 37,2), BDI (EG MW=9,0 vs KG 16,1), Chalder Scale und Schlafstörungen (jeweils $p \leq .0001$) im 6-Monatszeitraum vor Reha. Sie gleichen sich in allen gemessenen Dimensionen an, Restunterschiede bleiben aber bestehen. Sitzende Tätigkeiten (Fernsehen, Lesen), Mannschaftssportarten, Rückschlagspiele, Wanderungen/Spaziergänge unterscheiden sich in beiden Gruppen vor und während Reha hinsichtlich Intensität (Dauer x Tage/Woche) nicht. Deutliche Unterschiede bestehen dagegen in der Ausübung von Ausdauersportarten und Radfahren sowie in der aktiven Ausübung von Entspannung und gesellschaftlicher Aktivität. Die Fähigkeit zur aktiven Entspannung kann während der Rehabilitation deutlich, die anderen drei Aktivitätsformen dagegen nur geringfügig gesteigert werden.

Diskussion

Unterschiede zwischen EG und KG bestehen in der geringeren Fähigkeit der aktiven Entspannung, Ausdauersport zu betreiben und an gemeinschaftsförderlichen Aktivitäten teilzunehmen. Diese nähern sich durch die Rehabilitation an, könnten aber bei spezifischer Therapie noch weiter gesteigert werden. Eine gezielt geförderte Alltagsgestaltung soll daher in Form von aktivitätssteigernder und gezielter antidepressiver Behandlung weiter ausgebaut werden und als Zusatzmodul der Sporttherapie für die Ausdauerverbesserung, Körperwahrnehmung, Sensibilisierung, das Training im Wasser und einen Erlebnis- und Abenteuerparcours erprobt werden.

Literatur

Gottwald, N., Raschke, F., Fischer, J. (2008): Erschöpfung und Aktivierungstherapie - Entwicklung einer Aktivitäts- und Partizipationsskala. DRV-Schriften, Bd 77. 501.

Rütten, A., Abu-Omar, K., Lampert, T., Ziese, T. (2005): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 26, Berlin: Robert Koch-Institut.

Arbeitsplatzphobie in unterschiedlichen Berufsgruppen

Muschalla, B., Linden, M.
Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité,
Universitätsmedizin Berlin und dem Rehabilitationszentrum Seehof
der Deutschen Rentenversicherung Bund, Teltow

Hintergrund

Bedingungen am Arbeitsplatz können in unterschiedlicher Weise auf das psychische Befinden des Arbeitenden Einfluss haben. In verschiedenen Berufsbereichen dominieren jeweils spezifische Leistungsprofile bezüglich Anforderungen an soziale Kompetenzen, quantitative oder qualitative Arbeitsleistung, Arbeit unter Zeitdruck oder Flexibilität.

Können die Anforderungen aus irgendeinem Grund nicht mehr bewältigt werden, kann es zu einem Angsterleben bei der Arbeit kommen, welches sich bis zu einer Arbeitsplatzphobie mit klassischem Vermeidungsverhalten entwickeln kann (Linden, Muschalla, 2007a+b; Muschalla, 2008). Es stellt sich die Frage, ob es bei unterschiedlichen Berufsgruppen gleichermaßen häufig zu Arbeitsplatzphobien kommt oder ob es Unterschiede gibt.

Methode

230 Patienten (71 % davon Frauen) einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik wurden in einem DSM-basierten halbstandardisierten Interview zu arbeitsplatzbezogenen Ängsten und Arbeitsplatzphobie befragt.

Es wurde untersucht, ob es bei verschiedenen Berufsgruppen Unterschiede in der Häufigkeit von Angsterleben bei der Arbeit und in der Art der Ängste festzustellen sind.

Ergebnisse

58 % der befragten Patienten litten an arbeitsplatzbezogenen Ängsten unterschiedlicher Art, 17 % sogar unter einer manifesten Arbeitsplatzphobie.

Der Berufsbereich Bildung und Erziehung war mit 9 % am wenigsten mit einer arbeitsplatzphobischen Symptomatik belastet. Am häufigsten waren Arbeitsplatzphobien zu finden bei Beschäftigten im Verwaltungs- und Bürobereich (22 %) sowie im praktischen Gesundheitsbereich (21 %). Im Bereich Dienstleistungen, Handel, Versicherungen/Banken waren 16 % der Beschäftigten betroffen und in Bau, Handwerk und industrieller Produktion litten 11 % unter Arbeitsplatzphobie. Generalisierte Besorgnis gehörte in allen Berufsfeldern zu den häufigsten arbeitsplatzbezogenen Ängsten. Spezifische Soziale Ängste kamen jedoch im Gegensatz zu Gesundheits- (15 %), Erziehungs/Bildungs- (14 %), Dienstleistungs- (14 %) und Produktionsbereich (6 %) im Verwaltungs- und Bürobereich (30 %) signifikant häufiger vor.

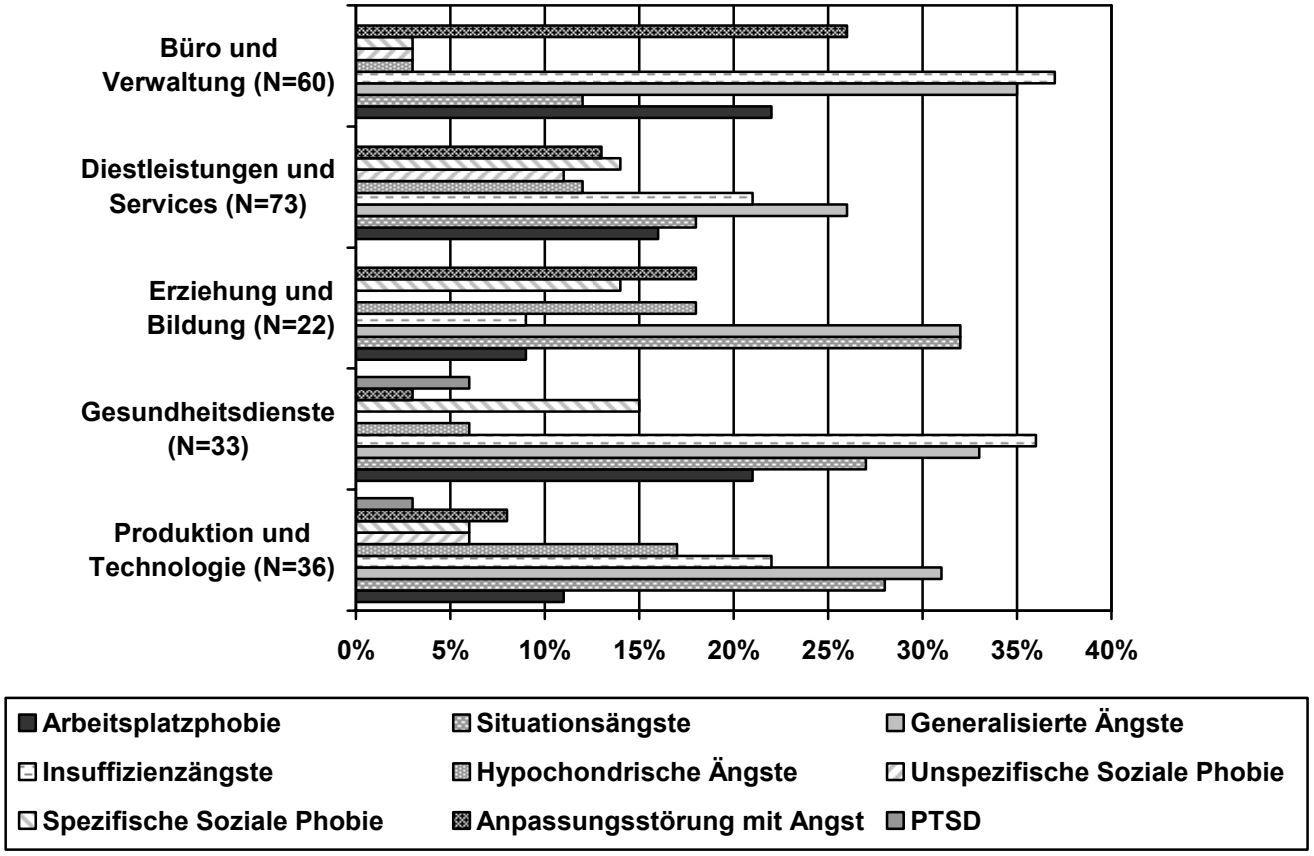


Abb. 1: Arbeitsplatzbezogene Ängste bei Psychosomatik-Patienten aus verschiedenen Berufsgruppen (n=230)

Schlussfolgerungen

Bei psychosomatischen Patienten aus verschiedenen Berufsbereichen kommt es mit unterschiedlicher Häufigkeit zu Arbeitsplatzängsten und Arbeitsplatzphobie. Beschäftigte in praktischen Gesundheitsberufen sowie in Bürotätigkeiten scheinen besonders gefährdet zu sein eine Arbeitsplatzphobie zu entwickeln.

Zukünftig könnten Bedingungsanalysen der konkreten Arbeitssituationen Hinweise dafür liefern, in welcher Weise präventive Maßnahmen gestaltet werden können.

Literatur

Linden, M., Muschalla, B. (2007a): Arbeitsplatzbezogene Ängste und Arbeitsplatzphobie. Der Nervenarzt, 78. 39-44.

Linden, M., Muschalla, B. (2007b): Anxiety disorders and workplace-related anxieties. Journal of Anxiety Disorders, 21. 467-474.

Muschalla, B. (2008): Workplace-related Anxieties and Workplace Phobia. A Concept of Domain-specific Mental Disorders. Dissertation, Universität Potsdam.

Zusammenhang von subjektiver Sozialmedizin mit Schmerzakzeptanz und Selbstwirksamkeit

Schneider, J.

MediClin Reha-Zentrum am Hahnberg, Bad Wildungen

Fragestellung

Patienten mit somatoformer Schmerzstörung gelten als sozialmedizinisch schwieriges Klientel (Irle, 2002; Gündel et al., 2003). Für die Rehabilitation dieser Patientengruppe ist daher die Beachtung der psychologischen Variablen interessant, die mit sozialmedizinischen Variablen in Verbindung stehen. Für die Behandlung chronischer Schmerzen werden die Schmerzakzeptanz und die Selbstwirksamkeitserwartungen als relevante Variablen diskutiert. Die vorliegende Studie untersucht daher die Zusammenhänge von Daten zur subjektiven Sozialmedizin mit Schmerzakzeptanz und Selbstwirksamkeit.

Methode

Einer Stichprobe von n=500 Patienten mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung (F45.4) wurden zu Beginn und Ende ihres stationären Reha-Aufenthaltes entsprechende Skalen und Ratings vorgelegt (Rentenbedürftigkeit, subjektive Prognose der Arbeitsfähigkeit, subjektive Prognose des Rentenstatus, Aachener Selbstwirksamkeitsfragebogen, dt. Fassung des Chronic Pain Acceptance Questionaire). Die Daten wurden mittels konfirmatorischer Faktorenanalyse untersucht.

Hypothesen:

1. Sozialmedizin, Schmerzakzeptanz und Selbstwirksamkeit korrelieren signifikant miteinander, wobei eine hohe Schmerzakzeptanz und Selbstwirksamkeit mit einem günstigen sozialmedizinischen Status einhergehen.
2. Veränderungen in Schmerzakzeptanz und Selbstwirksamkeit gehen mit Veränderungen in der Sozialmedizin einher.

Ergebnisse

Hypothese 1: Die konfirmatorischen Faktorenanalysen bestätigen zu beiden Zeitpunkten signifikante Zusammenhänge der Selbstwirksamkeit mit Sozialmedizin und Schmerzakzeptanz in erwarteter Richtung. Die Schmerzakzeptanz zeigt jedoch keinen direkten Zusammenhang mit der Sozialmedizin.

Hypothese 2: Die Analysen der Veränderungsmessungen bestätigen ebenfalls signifikante Zusammenhänge der Selbstwirksamkeit mit Sozialmedizin und Schmerzakzeptanz in erwarteter Richtung. Auch hier findet sich jedoch kein direkter Zusammenhang von Schmerzakzeptanz und Sozialmedizin.

Schlussfolgerungen

Selbstwirksamkeit und Schmerzakzeptanz zeigen im untersuchten Klientel einen substantiellen Zusammenhang, ebenso ihre Veränderungen. Dies erscheint inhaltlich plausibel, da besonders die "Aktivitätsbereitschaft" (Bsp.-Item: ‚Ich komme mit meinen alltäglichen Aufga-

ben klar, egal wie stark meine Schmerzen sind') dem Konzept der Selbstwirksamkeit (Überzeugung, ein "wirksames" Verhalten erfolgreich ausführen zu können) ähnlich ist.

Die Selbstwirksamkeit zeigt zudem relevante Zusammenhänge zur Sozialmedizin: je höher die Selbstwirksamkeit, desto günstiger die subjektive Sozialmedizin. Verbesserungen der Selbstwirksamkeit gehen mit Verbesserungen der Sozialmedizin einher. Auch dies erscheint inhaltlich plausibel, versteht man die erhobenen Ratings zur Sozialmedizin analog zum Modell von Plassmann und Färber (1995) als Ausdruck einer mehr oder weniger fortgeschrittenen sozialen Regression mit mehr oder weniger ausgeprägter Hilflosigkeit und Passivität.

Der fehlende Zusammenhang von Schmerzakzeptanz und Sozialmedizin kann durch die Art der gewählten Analyse erklärt werden: Die Schmerzakzeptanz korreliert durchaus in erwarteter Richtung und Höhe mit der Sozialmedizin. Durch die gleichzeitige Berücksichtigung der Selbstwirksamkeit, die zur Sozialmedizin einen stärkeren Zusammenhang zeigt, liefert die Schmerzakzeptanz allerdings keinen weiteren bzw. eigenen Anteil der Varianzaufklärung.

Literatur

Irle, H. (2002): Unklare körperliche Syndrome - sozialmedizinisch betrachtet. DangVers, 7. 258-262.

Gündel, H., Stadtland, C., Huber, D. (2003): Sozialmedizinische Begutachtung und psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlungsempfehlung bei Patienten mit somatoformen Beschwerden und Rentenwunsch. Psychother Psych Med, 53. 250-257.

Plassmann, R., Färber, K. (1995): Rentenentwicklung bei psychosomatisch Kranken. Die Rehabilitation, 34. 23-27.

Entwicklung eines an der ICF orientierten Instrumentes für die Erfassung von Aktivitäten und Partizipation bei Patienten mit psychischen Erkrankungen

Brütt, A.L. (1), Schulz, H. (1), Koch, U. (1), Schmeling-Kludas, C. (2), Nutzinger, D. (3), Andreas, S. (1)

(1) Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, (2) Psychosomatische Klinik Ginsterhof, Rosengarten, (3) Medizinisch-Psychosomatische Klinik Bad Bramstedt

Hintergrund

Nach Daten aus dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998/99 litt im Jahr der Erhebung fast ein Drittel der deutschen Bevölkerung (18-65 Jahre) unter einer oder mehreren psychischen Störungen. Angsterkrankungen, Depressionen und somatoforme Störungen gehörten dabei zu den häufigsten Störungsgruppen (Jacobi et al., 2004). Gemeinsam ist den psychischen Erkrankungen, dass sie neben der Symptombelastung auch vielfältige psychosoziale Beeinträchtigungen nach sich ziehen. In einer Rehabilitationsbehandlung sollten deswegen nicht nur psychische und körperliche Symptome, sondern auch die Teilhabe des Patienten in verschiedenen Lebensbereichen im Vordergrund stehen (Schulz, Koch, 2002). Mit der "Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit" (ICF) steht seit 2001 ein Konzept zur Verfügung, das das biomedizinische Krankheitsmodell um die Ebenen Aktivitäten und Teilhabe sowie Umwelt- und Personenfaktoren erweitert. Somit ist es möglich, nicht nur Körperfunktionen und -strukturen, sondern auch Beeinträchtigungen in der Lebenswirklichkeit von Patienten systematisch zu klassifizieren. Obwohl sich die ICF als konzeptionelles Bezugssystem von Rehabilitationsbehandlungen etabliert hat, ist die Umsetzung in der Praxis bisher wenig vorangeschritten. Für einige, vorwiegend körperliche Erkrankungen, wurden sogenannte Core Sets, die krankheitsspezifisch bedeutsame ICF-Kategorien abbilden, entwickelt (Cieza et al., 2004). Es fehlt bisher aber immer noch an praktikablen, reliablen und validen Selbsteinschätzungsinstrumenten zur Erfassung von Aktivitäten und Partizipation.

Im Rahmen des Gesamtprojektes soll ein Selbsteinschätzungsinstrument zu "Aktivitäten und Partizipation" für Patienten mit psychischen Erkrankungen (vier Hauptindikationsgruppen: Anpassungs-, Somatoforme, Angst- und affektive Störungen) entwickelt, psychometrisch getestet und schließlich in den Therapieprozess integriert werden. Im vorliegenden Beitrag wird vor allem die Entwicklung des Instrumentes vorgestellt.

Methodik

Das Vorgehen bei der Entwicklung des Instrumentes bestand aus drei aufeinanderfolgenden Arbeitsschritten: Literaturanalyse, Fokusgruppen und Expertenworkshops. Zunächst wurde eine systematische Literaturanalyse in den Datenbanken "Medline" und "PsycINFO" durch-

geführt. Die Items der in der Analyse identifizierten Outcomeinstrumente wurden hinsichtlich der Kategorien zu Aktivitäten und Partizipation der ICF untersucht und mit ihnen verknüpft. Im Anschluss daran wurden störungsspezifische Fokusgruppen durchgeführt, in denen über Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe diskutiert wurde. Im Rahmen der Fokusgruppen wurden die Patienten (n = 21) auch gebeten, die Ergebnisse der Literaturanalyse kritisch zu bewerten. Die Aussagen der Teilnehmer wurden den dazugehörigen Kategorien der ICF zugeordnet. Anschließend wurden die Ergebnisse der Literaturanalyse und der Fokusgruppen in einem Expertenworkshop hinsichtlich ihrer Therapierelevanz kritisch geprüft.

Als statistische Auswertungsverfahren kamen deskriptive Analysen und die Bestimmung der Beurteilerübereinstimmung mittels kappa zum Einsatz.

Ergebnisse

Aus der Literaturanalyse ergaben sich 1.562 bedeutungsvolle Konzepte (z. B. Hausarbeiten erledigen), die den ICF-Kategorien "Aktivitäten und Partizipation" zugeordnet werden konnten. Die Raterübereinstimmung bei der Zuordnung betrug k= .81, was als zufriedenstellend bewertet werden kann. Es zeigten sich sowohl bei der Literaturanalyse als auch bei den Fokusgruppen bestimmte ICF-Kategorien für bestimmte Störungen als relevant (z. B. Bereich "Häusliches Leben" bei Patienten mit affektiven Störungen und Bereich "Mobilität" bei Angstpatienten). Ebenso zeigte sich aber auch, dass bestimmte Kategorien zu Aktivitäten und Partizipation unabhängig von der Diagnose bei allen Patienten relevant waren (z. B. Bereich "Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen"). Die Ergebnisse der Literaturanalyse und der Fokusgruppen werden im Expertenworkshop gegenübergestellt.

Diskussion

Das entwickelte Core Set zu Aktivitäten und Partizipation soll hinsichtlich seiner Bedeutung für die Behandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen kritisch diskutiert werden.

Literatur

Cieza, A., Ewert, T., Ustun, T. B., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Stucki, G. (2004): Development of ICF Core Sets for patients with chronic conditions. Journal of Rehabilitation Medicine, 44. 9-11.

Jacobi, F., Klose, M., Wittchen, H.U. (2004): Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 47, 8. 736-744.

Schulz, H., Koch, U. (2002): Zur stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung in Norddeutschland- Expertise zu Fragen des Bedarfs und zur Versorgungsstruktur. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 52. T1-T26.

Einfluss der Selbstwirksamkeit auf Schmerzbewältigung und Beeinträchtigung

Schneider, J.
MediClin Reha-Zentrum am Hahnberg, Bad Wildungen

Fragestellung

Selbstwirksamkeit wird in der Literatur als zentrale Variable für Schmerzbewältigung und schmerzbedingte Beeinträchtigung diskutiert. Verschiedene Autoren formulieren hierbei unterschiedliche Zusammenhangsannahmen: Schermelleh-Engel (1992) sowie Seemann und Zimmermann (1999) postulieren, dass die emotionale Beeinträchtigung direkten Einfluss auf die Schmerzbewältigung hat, Geissner (2001) hingegen postuliert, dass die Bewältigungshandlungen auf die emotionale Beeinträchtigung wirken.

In der vorliegenden Studie wurden diese unterschiedlichen Annahmen überprüft und miteinander verglichen.

Methode

In einer Feldstudie wurden n=316 Patienten mit Somatoformer Schmerzstörung bei Aufnahme und Abschluss einer stationären psychosomatischen Rehabilitation hinsichtlich Selbstwirksamkeitserwartungen, Schmerzbewältigungsstrategien, schmerzbedingter und allgemeinpsychischer Beeinträchtigung untersucht und bei Entlassung zusätzlich mit direkten Therapieerfolgsratings befragt. Die Daten wurden mit Strukturgleichungsmodellen im Rahmen konfirmatorischer Pfadanalysen analysiert und kreuzvalidiert.

Ergebnisse

Nach den vorliegenden Ergebnissen üben die Selbstwirksamkeitserwartungen einen günstigen Einfluss auf den Einsatz kognitiver und behavioraler Schmerzbewältigungsstrategien aus. Sie wirken zudem der emotionalen und behavioralen Beeinträchtigung entgegen. Eine höhere emotionale Beeinträchtigung fördert den Einsatz behavioraler Schmerzbewältigungsstrategien und wirkt ungünstig auf die behaviorale Beeinträchtigung.

Schlussfolgerungen

Besitzt eine Person ein hohes Maß an Selbstwirksamkeitserwartungen, so setzt sie bei Bedarf mit größerer Wahrscheinlichkeit kognitive und behaviorale Schmerzbewältigungsstrategien ein. Darüber hinaus fühlt sie sich emotional und behavioral weniger beeinträchtigt, was wiederum den Bedarf an Bewältigungshandlungen reduziert. Besitzt eine Person hingegen nur eine geringes Maß an Selbstwirksamkeitserwartungen, so fördert dies das Erleben emotionaler und behavioraler Beeinträchtigung, was wiederum den Bedarf zum Einsatz adaptiver Schmerzbewältigungsstrategien steigert. Aufgrund der geringen Selbstwirksamkeitserwartungen ist dies jedoch wenig wahrscheinlich.

Literatur

Geissner, E. (2001): FESV - Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung: Manual zum Fragebogen. Göttingen: Hogrefe.

Schermelleh-Engel, K. (1992): Die Bedeutung der Kompetenzeinschätzung für die Schmerzbewältigung. In: Geissner, E., Jungnitsch, G. (Hrsg.): Psychologie des Schmerzes: Diagnose und Therapie. Weinheim: Psychologie Verlags Union. 133-145.

Seemann, H., Zimmermann, M. (1999): Regulationsmodell des Schmerzes aus systemtheoretischer Sicht - Eine Standortbestimmung. In: Basler, H.-D., Franz, C., Kröner-Herwig, B., Rehfisch, H.-P., Seemann, H. (Hrsg.): Psychologische Schmerztherapie: Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung. Berlin, Heidelberg, New York: Springer. 23-58.

Unterscheiden sich die Ergebnisse der ambulanten psychosomatischen Nachsorge nach dem Curriculum Hannover bei Arbeitern und Angestellten? Eine katamnestische Studie vor dem Hintergrund einer überwunden geglaubten Schichtspezifität

Kobelt, A. (1), Lieverscheidt, B. (2), Grosch, E. (1)

(1) Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, (2) Universität Osnabrück

Hintergrund

Die ambulante psychosomatische Nachsorge nach dem Curriculum Hannover wird seit 2000 kontinuierlich bundesweit eingeführt. Zuvor wurden Studien zur Effektivität (Lamprecht et al., 1999), zur Indikation und Inanspruchnahme (Kobelt et al., 2004) durchgeführt. Es konnte gezeigt werden, dass die Teilnahme am Curriculum Hannover zu einer Reduzierung der Beschwerden und zu einer Senkung der Arbeitsausfalltage führt. Dieser positive Trend ließ sich für die Behandlungsgruppe auch noch nach fünf Jahren dokumentieren, wobei ein direkter Zusammenhangsnachweis in so einem langen Katamnesezeitraum kaum zu führen ist. Es hat sich herausgestellt, dass vor allem schwerer eingeschränkte Rehabilitanden, die sozial weniger integriert waren und keinen ambulanten Psychotherapieplatz hatten, das Angebot einer psychosomatischen Nachsorge in Anspruch nahmen. Die bundesweite Einführung des Curriculum Hannover - damals noch vor dem Hintergrund der Unterscheidung zwischen Arbeiter- und Angestelltenversicherung - setzte implizit voraus, dass Angestellte ebenso von dem Nachsorgeangebot profitieren könnten wie Arbeiter. In der Praxis zeigte sich diese Unterscheidung manchmal recht deutlich, waren doch die Versicherten der LVA oftmals nicht so gut gebildet. Der sozioökonomische Status unterschied sich ebenso wie der Anteil der Migranten in den Gruppen. In der Literatur wurde bisher weitgehend darauf hingewiesen, dass es keinen schichtbezogenen Unterschied in der Wirksamkeit von psychotherapeutischen Interventionen gebe (Fliege et al., 2002; Broda et al., 1996), auch wenn die Häufigkeit psychischer Erkrankungen in den niedrigeren Schichten deutlich erhöht ist (Gallo et al., 2003). Trotzdem muss davon ausgegangen werden, dass bestimmte Lebensrealitäten wie Arbeitslosigkeit, problematische Arbeitsbedingungen oder die Angst um den Arbeitsplatz stärker mögliche Rehabilitationseffekte beeinflussen. In der vorliegenden multizentrisch in Niedersachsen durchgeführten Studie sollte nicht nur die Effektivität des Curriculum Hannover unter Berücksichtigung verschiedener Nachsorgezentren untersucht werden, sondern auch der Frage nachgegangen werden, ob sich die Ergebnisse von Arbeitern und Angestellten unterscheiden.

Methode

Insgesamt wurden 321 Versicherte (151 BfA- und 170 LVA-Versicherte), denen nach der stationären Rehabilitation in Niedersachsen das Curriculum Hannover empfohlen worden war, gebeten, an der Studie teilzunehmen. Teilnehmer aus eigenen Gruppen des Autors waren von der Teilnahme ausgeschlossen. Als Vergleichsgruppe wurde auf 121 Versicherte der ehemaligen LVA Hannover zurückgegriffen, die nach ihrer stationären Rehabilitation keine Möglichkeiten hatten, an der ambulanten Nachsorge teilzunehmen. Denen, die ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Befragung gegeben hatten, wurde vor Beginn des Curriculum Hannover und ein Jahr nach Entlassung aus der stationären Rehabilitation ein Fragebogen zugeschickt, der unter anderem die Allgemeine Depressivitätsskala (Hautzinger), das Beck-Angst-Inventar, die Beschwerdeliste (Zerssen) und den Alltagsfragebogen (Bullinger) enthielt. Darüber hinaus wurden Fragen zum Erwerbsstatus und zu den Arbeitsunfähigkeitstagen im Katamnesezeitraum (kategorial) gestellt.

Es wurden Kovarianzanalysen mit Messwiederholung, Chi^2- und t-Tests gerechnet.

Ergebnisse

Die Responderrate betrug 65 %. Responder und Nonresponder unterschieden sich weder im Alter noch im Geschlecht oder in der RV-Zugehörigkeit. BfA- und LVA-Stichprobe unterschieden sich in der Geschlechtsverteilung (die LVA-Stichprobe wies mehr Männer auf) und erwartungsgemäß auch im Arbeitsstatus, weil wesentlich mehr LVA-Versicherte arbeitslos gemeldet waren ($p<.05$). Versicherte der BfA waren im Jahr vor der Heilbehandlung häufiger mehr als vier Wochen arbeitsunfähig.

Im Verlauf des einen Jahres konnte die Behandlungsgruppe (BfA- und LVA-Versicherte) gegenüber der Vergleichsgruppe das Ausmaß der Angst ($F=16,0$; $df=1$; $p<.05$) und die Belastung durch körperliche und psychische Beschwerden reduzieren ($F=24,0$; $df=1$; $p<.001$). Die Behandlungsgruppe berichtete über mehr Lebensfreude ($F=4,6$; $df=2$; $p<.05$) und über Verbesserungen in ihrem Sozialleben ($F= 5,4$; $df=2$; $p<.01$). Ein Effekt bei der Reduktion der Depressivität zeigte sich nicht. Es gab auch keine Unterschiede in der Reduktion der AU-Tage im Katamnesezeitraum, wobei sich die AU-Tage der BfA-Versicherten im Vergleich zum Jahr vor der stationären Rehabilitation deutlich reduzierten.

Die Versicherten der BfA erreichten gegenüber den LVA-Versicherten und der Vergleichsgruppe eine signifikante Reduktion der Depressivität ($F=3,3$; $df=2$; $p<.05$). Die Versicherten der BfA konnten das Angstniveau ($F=10,9$; $df=2$; $p<.001$) und das Ausmaß der Beschwerden ($F=14,8$; $df=2$; $P<.001$) noch über das Erreichte der LVA-Versicherten hinaus reduzieren.

Diskussion

Die Effekte der ambulanten psychosomatischen Nachsorge nach dem Curriculum Hannover konnten auch im multizentrischen Design bestätigt werden, wobei die Versicherten der ehemaligen BfA besser profitieren konnten als die Versicherten der LVA. Es muss diskutiert werden, ob die Lebensbedingungen der Angestellten die Umsetzung von Gelerntem erleichtern oder ob möglicherweise auf die speziellen Probleme von Versicherten der LVA in den Gruppen nicht ausreichend eingegangen worden ist. Dafür spricht, dass sich im Gegensatz

zu den Versicherten der BfA die Anzahl der AU-Tage bei den Arbeitern im Katamnesezeitraum nur wenig verändert hat.

Literatur

Broda, M., Bürger, W., Dinger-Broda, A., Massing, H. (1996): Die Berus-Studie. Zur Ergebnisevaluation der Therapie psychosomatischer Störungen bei gewerblichen Arbeitnehmern. Berlin: Westkreuz-Verlag.

Fliege, H., Rose, M., Bronner, E., Klapp, F. (2002): Prädiktoren des Behandlungsergebnisses stationärer psychosomatischer Therapie. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 52. 47-55.

Gallo, L.C., Matthews, K.A. (2003): Understanding the association between socioeconomic status and physical health: Do negative emotions play a role? Psychological Bulletin, 129. 10-51.

Kobelt, A., Nickel, L., Grosch, E., Lamprecht, F., Künsebeck, H.-W. (2004): Inanspruchnahme psychosomatischer Nachsorge nach stationärer Rehabilitation. Psychother Psychosom Med Psychol., 54. 58-64.

Lamprecht, F., Kobelt, A., Künsebeck, H., Grosch, E., Schmid-Ott, G. (1999): Ergebnisse der 1-Jahres-Katamnese einer ambulanten wohnortnahen Nachsorge nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Psychother Psychosom Med Psychol, 49. 387-391.

Entwicklung eines Screening-Assessments für die Zuweisungssteuerung in der Suchtrehabilitation*)

Spyra, K., Möllmann, C., Blume, C., Böttcher, J.
Charité - Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund und Fragestellungen

Die Weichen für eine optimale Behandlung in der Rehabilitationseinrichtung werden schon bei der Zuweisung gestellt. Neben der Diagnose sind dabei auch therapierelevante Beeinträchtigungen des Patienten von Interesse, wie beispielsweise psychische Komorbiditäten oder berufliche Probleme. Da es bisher an einem konsentierten Assessment für die klinikinterne Therapiesteuerung fehlte, wurde für die stationäre Alkoholentwöhnung in einem Projekt zur Patientenklassifikation (Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK; Spyra et al., 2007, 2008) erstmals ein Assessment entwickelt**), das sich als geeignet erwies, alkoholabhängige Patienten in Fallgruppen mit definiertem, intern homogenem und extern unterscheidbarem klinischen Behandlungsbedarf einzuordnen. Konsekutiv sollte eine Screening-Variante des RMK-Assessments für den Einsatz im Reha-Antragsverfahren entwickelt werden***). Sie sollte sich zur Bestimmung therapierelevanter Fallgruppen im Vorfeld der Rehabilitation eignen und einen Input für die Optimierung der Zuweisung liefern.

Datengrundlage und Methodik

Eine Test-Version des Screening-Assessments Sucht wurde auf der Basis von Daten aus der schriftlichen Befragung einer unausgelesenen Stichprobe von 731 stationär entwöhnten alkoholabhängigen Patienten mit der Klinikversion des RMK-Assessments entwickelt. Statistisch wurden aus dem Klinik-Assessment mittels multivariater Verfahren jene Skalen/Items extrahiert, die den stärksten bedarfsdifferenzierenden Charakter aufwiesen. Das Screening-Assessment wurde auf testtheoretische Gütekriterien und Vergleichbarkeit mit der Klinikversion hinsichtlich der Ergebnisse zur Fallgruppenbildung geprüft. Zurzeit wird es mit Experten hinsichtlich seiner klinischen Plausibilität diskutiert. Die Test-Version des Screenings wird nachfolgend an einer Stichprobe von 500 Versicherten der Deutschen Rentenversicherung Bund und Deutsche Rentenversicherung Westfalen, die eine Bewilligung zur stationären Alkoholentwöhnung erhalten haben, getestet. In die Auswertungen fließen dabei zusätzlich

*) Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen, exkl. Drogenabhängigkeit

**) Das Projekt wird seit 2007 von folgenden Unternehmen (Kliniken) gefördert: AHG Allgemeine Hospitalgesellschaft AG (Kliniken Daun-Am Rosenberg, Kliniken Daun-Thommener Höhe, Fachklinik Wilhelmsheim, Fachklinik Tönisstein), AKG Dr. S. Zwick GmbH und Co. KG (Fachklinik Fredeburg, Fachklinik Furth im Wald), Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (buss; LWL-Rehabiliationszentrum Ostwestfalen - Bernhard-Salzmann-Klinik, Fachklinik St. Marienstift-Dammer Berge), Paracelsus-Kliniken-Deutschland GmbH (Paracelsus Berghofklinik), salus klinik Lindow, Haus Saaletal GmbH (Saaletalklinik), Klinik Eschenburg KG (Klinik Eschenburg).

***) Das Projekt wird 2008/09 von der DRV Bund und der DRV Westfalen gefördert.

Daten von den Versicherungsträgern, wie soziodemografische Angaben und Daten zu vorherigen Behandlungen, ICD-10 Diagnosen sowie Informationen zu Rentenanträgen und Arbeitsunfähigkeitszeiten ein.

Ergebnisse und Ausblick

Die Test-Version des RMK-Screening-Assessments ist mit 21 Items (2 Seiten) deutlich kürzer als die Klinikversion (11 Seiten). Die Modellbildung mittels Latenter Klassenanalyse (Haagenaars & McCutcheon, 2002) führte mit beiden Instrumenten zu vergleichbaren Ergebnissen: Mit dem Screening-Assessment konnten 74 % der Varianz der über die Klinikversion ermittelten Bedarfsgruppen erklärt werden. Das entspricht einem Zusammenhang beider Gruppierungen von .65 (Cramers V). Diskriminanzanalytisch wurden mit dem Screening 83 % der Patienten korrekt klassifiziert, gegenüber 91 % mit der Klinikversion. Die Test-Version wird nach der Erprobung im Bewilligungsverfahren unter Berücksichtigung testtheoretischer Kriterien ggf. für den Praxiseinsatz modifiziert. Es wird ein Konzept für den späteren möglichen Einsatz des Screening-Assessments im Zuweisungsverfahren, hier ergänzend zu den bisherigen Dokumenten, erarbeitet.

Literatur

Haagenaars, J.A., McCutcheon, A.L. (2002): Applied Latent Class Analysis. Cambridge University Press.

Spyra, K., Möllmann, C., Müller-Fahrnow, W. (2007): Bedarfs- und leistungsbezogene Fallgruppenbildung in der stationären Suchtrehabilitation - das Konzept der Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMKs). Sucht aktuell 01/2007. 35-40.

Spyra, K., Müller-Fahrnow, W., Blume, C., Böttcher, J., Erhart, M., Streibelt, M. (2008): Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMKs) und die Option einer finanziellen Vergütung im Sinne von Rehabilitanden-Management-Pauschalen (RMPs). Praxis Klinische Verhaltensmedizin, 80. 108-129.

Mit dem Joystick gegen das Suchtgedächtnis - Eine randomisierte Kontrollstudie zur Wirksamkeit eines PC-gestützten Rückfallpräventionstrainings für Alkoholabhängige

Lindenmeyer, J. (1), Hesse, C. (1), Becker, E. (2), Rinck, M. (2)

(1) salus klinik Lindow, (2) Radboud Universität Nijmegen, Niederlande

Theoretischer Hintergrund

In der neuropsychologischen Rückfallforschung finden sich immer mehr Hinweise auf die überdauernde Existenz eines sog. Suchtgedächtnisses, das mit einer situativen Einschränkung der rationalen Selbstkontrolle durch automatisierte Informationsprozesse (sog. implicit cognitions) einhergeht. Bislang konnte bei Alkoholabhängigen nur mithilfe sehr aufwändiger bildgebender Verfahren eine bevorzugte Aufmerksamkeit und kognitive Verarbeitung von alkoholspezifischen Stimuli nachgewiesen werden, die den Betroffenen häufig nicht bewusst ist. In einem Forschungsprojekt der salus klinik Lindow und der Universität Nijmegen (Niederlande) wird untersucht, inwieweit rückkfallprädiktive Suchtgedächtniseffekte bei Alkohol-

abhängigen auch auf ökonomische Weise mit Hilfe neuropsychologischer Messparadigmen objektiviert und durch ein PC-gestütztes Training günstig beeinflusst werden können.

Probanden

223 Alkoholabhängige in einer 3-monatigen, stationären Entwöhnungsbehandlung (salus klinik Lindow) 76 % Männer und 24 % Frauen, mittleres Alter 45 J., mittlere Dauer der Abhängigkeit: 12,8 Jahre.

Procedere

Alle Probanden wurden zu Beginn und Ende der stationären Behandlung einer umfassenden neuropsychologischen Untersuchung zur Feststellung von suchtspezifischen Informationsverarbeitungstendenzen unterzogen. Die Probanden wurden zufallsbedingt auf 4 Gruppen verteilt: Direktes Neuropsychologisches Kontrolltraining (NKT), Indirektes Neuropsychologisches Kontrolltraining (NKT), unspezifisches Computertraining (Kontrollgruppe), und kein Training (Warteliste). Die Computertrainings umfassten jeweils 4 Sitzungen à 15 Minuten mit jeweils 200 Trainingsdurchgängen. Bei diesem Kontrolltraining müssen die Probanden Bilder von alkoholischen Getränken auf dem Bildschirm mit Hilfe eines Joysticks möglichst schnell wegdrücken und nicht-alkoholische Getränke möglichst rasch zu sich heranziehen.

Ergebnisse

Zu Behandlungsbeginn zeigte sich bei Alkoholabhängigen eine deutlich bevorzugte Informationsverarbeitung von alkoholspezifischen Stimuli im Sinne eines Annäherungsschemas: Im Unterschied zu nichtalkoholischen Getränken konnten die Probanden alkoholische Getränke schneller herziehen als wegschieben. Sie haben alkoholische Getränke außerdem mental signifikant stärker mit Annäherung assoziiert. Im Verlauf des PC-Trainings (NKT) konnten diese Effekte im Gegensatz zu den beiden Kontrollgruppen signifikant verringert werden. Die Treatmenteffekte haben auf andere Messparadigmen generalisiert. Die Ergebnisse zu möglichen Unterschieden zwischen Treatment- und Kontrollgruppen in der 1-Jahreskatamnese werden zur Tagung vorliegen.

Schlussfolgerung und Ausblick

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass rückfallrelevante Informationsverarbeitungstendenzen bei Alkoholabhängigen durch ein einfaches, PC-gestütztes Training im Rahmen einer Entwöhnungsbehandlung günstig beeinflusst werden können. Die spezifischen Wirkmechanismen und Indikationskriterien werden gegenwärtig in weiteren Studien untersucht. In Planung ist die Entwicklung einer Internetversion des Trainingsprogramms, um Patienten auch nach Beendigung ihrer Behandlung ein selbstbestimmtes Rückfallpräventionstraining zur Überwindung von Suchtgedächtniseffekten zu ermöglichen.

Ergebnisqualität bei Nicht-Antwortern in der Routinekatamnestik: Nicht-Antworter-Studie in der katamnestischen Befragung von Alkoholabhängigen nach stationärer medizinischer Rehabilitation

Missel, P.
AHG Kliniken Daun

Hintergrund

Im Sozialgesetzbuch IX werden hinsichtlich der Qualitätssicherung als konkrete Anforderungen formuliert, dass einrichtungsübergreifende vergleichende Qualitätsanalysen durchgeführt werden sollen und die Leistungserbringer ein Qualitätsmanagement sicherzustellen haben. In diesem Zusammenhang spielt neben der Struktur- und Prozessqualität insbesondere die Ergebnisqualität eine zentrale Rolle (Missel, Schäfer, 1997). In der stationären medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker ist die Durchführung von Routinekatamnesen u. a. zur Erhebung von Konsumverhalten und zur Bewertung der Lebenszufriedenheit ein Jahr nach der Rehabilitationsmaßnahme ein von Leistungsträgern und Leistungserbringern empfohlenes Verfahren. Hierbei ergänzen sich Erfolgskontrollen von Leistungserbringern und Leistungsträgern beispielhaft. Während Zahlen zur Abstinenz die Domäne der Katamneseerhebungen der Rehabilitationseinrichtungen und gezielter wissenschaftlicher Studien sind, lässt sich mit den Daten der Rentenversicherung die poststationäre berufliche Wiedereingliederung bei Abhängigkeitserkrankungen analysieren (vgl. Buschmann-Steinhage, Zollmann, 2008).

Bei der einjährigen Nachbefragung von Patienten nach stationärer Entwöhnungsbehandlung gibt es immer wieder einen erheblichen Anteil von Patienten, die trotz intensiver Nachforschungen der Kliniken nicht erreichbar sind und über die somit keine Informationen über ihr poststationäres Suchtverhalten vorliegen. Bei der Rechnungsform 4 der DGSS (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie, 1985) werden diese Nicht-Antworter als rückfällig klassifiziert. Es kann jedoch vermutet werden, dass ein bislang nicht abschätzbarer Anteil in dieser Gruppe tatsächlich abstinent ist.

Zielsetzung und Methode

Während die DGSS-Berechnungsform 1 (planmäßig entlassene Antworter) eine Überschätzung katamnestischer Erfolgsquoten darstellt, ergibt sich bei der Berechnungsform 4 wahrscheinlich eine Unterschätzung der tatsächlichen katamnestischen Erfolgsquote.

Wenn man diejenigen Merkmale kennt bzw. näher eingrenzen kann, die bei den Antwortern mit ziemlicher Sicherheit mit deren Abstinenz bzw. einem Rückfall im Zusammenhang stehen, ist es möglich, unter Beachtung ebendieser Merkmale der Nicht-Antworter Abschätzungen vorzunehmen, wie viele dieser Patienten trotz Nicht-Beantwortung als abstinent zu klassifizieren sind. Unter Verwendung aller bekannten und in einem definierten Datensatz vorhandenen Risikomerkmale für poststationäres Abstinenzverhalten wird versucht, Patienten zu identifizieren, die sich in den ausgewählten Merkmalen ähneln bzw. mit ihnen identisch sind: Zwillinge. Findet man genügend Zwillinge, kann von dem Antworterzwilling auf den Nicht-Antworterzwilling hinsichtlich seines Abstinenzverhaltens geschlossen werden. Um hierbei zu einer vertretbar großen Anzahl von Zwillingen zu gelangen, sind relativ um-

fangreiche Datensätze erforderlich. Denn: je identischer die Zwillinge sind, desto sicherer kann von dem Verhalten des einen Zwillings auf das Verhalten des anderen Zwillings geschlossen werden.

Ergebnisse

Aufgrund der Entlassjahrgänge der Rehabilitationsjahrgänge 2000 bis 2006 (n >25.000) aus AHG-Suchtkliniken wird eine Nicht-Antworterstudie durchgeführt, merkmalsgleiche Zwillinge gebildet und eine Abschätzung der Abstinenz versus Rückfälligkeit bei Nicht-Antwortern vorgenommen.

Literatur

Buschmann-Steinhage, R., Zollmann, P. (2008): Zur Effektivität der medizinischen Rehabilitation bei Alkoholabängigkeit. Suchttherapie, 9/2. 63-69.

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (Hrsg.) (1985): Standards für die Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen. Freiburg: Lambertus.

Missel, P., Schäfer, R. (1997): Qualitätsmanagement in der Therapie Suchtkranker. In: Jeschke, H.A., Lang, J.R. (Hrsg.). Rehabilitation im Umbruch. Kulmbach: Baumann.

Missel, P., Zobel, M., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Kersting, S., Medenwaldt, J., Verstege, R., Weissinger, V., Wüst, G. (2008): Effektivität der stationären Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2005 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Sucht aktuell, 15/1. 13-24.

Pathologisches PC/Internet-Spielen als eigenständiges Krankheitsbild: Erklärungsmodelle und Klinik

Petry, J.

AHG AG, Bielefeld

Erklärungsmodelle

Inzwischen existieren theoretische Erklärungsmodelle zum pathologischen PC/Inter-net-Spielen, die prädisponierende Merkmale der Nutzerpersönlichkeit, äußere Belastungsfaktoren des Umfeldes und die besonderen Eigenschaften des Mediums PC/Internet integrieren. In dem ressourcenorientierten, dynamischen Modell (Six et al., 2005) wird von drei Grundannahmen ausgegangen:

Zunächst wird ein Kontinuum von qualitativ unterscheidbaren PC/Internet-Nutzungs-mustern von der angemessen-funktionalen Nutzungsweise über einen dysfunktionalen bis hin zu einem pathologischen PC/Internet-Gebrauch angenommen.

Weiterhin wird eine komplexe Wechselwirkung zwischen medienbezogenen Merkmalen, einschließlich der Medienkompetenz des Rezipienten, und medienunabhängigen personalen und sozialen Ressourcen der Nutzerpersönlichkeit zugrunde gelegt.

Schließlich gehen die Autoren davon aus, dass sich der dysfunktionale und pathologische PC/Internet-Gebrauch aus einer teufelskreisartigen Reduzierung der Selbstregulationsfähigkeit des Betroffenen entwickelt.

Das Modell von Six und Mitarbeitern (2005) integriert zwar medien-, allgemein- und gesundheitspsychologische Annahmen, leistet jedoch keine ausreichende entwicklungspsychologische Einordnung des klinischen Störungsbildes. Entsprechend verweisen die Autoren, bezogen auf den fortgeschrittenen pathologischen PC/Internet-Gebrauch, auf das allgemein verbreitete Suchtmodell.

Der Suchtdiskurs

Das Suchtkonzept nimmt im Sinne einer nichtstoffgebundenen Sucht an, dass das Medium PC/Internet als "Droge" einen emotionalen Konditionierungsprozess auslöst, der sich auf das doperminerge Belohnungssystem des Gehirns bezieht (Grüsser, Thalemann, 2006). Entsprechend wie bei stofflichen Süchten wird angenommen, dass dies zu einer Suchentwicklung mit einer "Dosissteigerung", einem "Kontrollverlust" und beim Einstellen des Verhaltens zu "Entzugserscheinungen" führt.

Dieses Suchtkonzept ist veraltet. Es ist paradox, dass das durch ein bio-psycho-soziales Modell überwundene organmedizinische Krankheitskonzept zum Alkoholismus von Elton Morton Jellinek gerade in Bezug auf stoffungebundene Süchte wiederbelebt wird. Die moderne verhaltensökonomische und entscheidungstheoretische Suchttheorie (Cox, Klinger, 2004) betrachtet das Suchtverhalten dazu im Gegensatz trotz der suchtbedingten Einschränkungen der Handlungskontrolle als eine zielorientierte, sinnstiftende Handlung, die dem Individuum subjektiv hilft, seine Lebensanforderungen bewältigen zu können.

Das vertretene Konzept zu so genannten Verhaltenssüchten ist reduktionistisch. Die Betonung der emotionalen Konditionierungsprozesse des Belohnungszentrums, insbesondere der Amygdala, vernachlässigt die Komplexität der hirnphysiologischen Grundlagen der Persönlichkeit, insbesondere die Planungs- und Steuerungsfunktionen des präfrontalen Kortex.

Die Übertragung des klassisch-organischen Suchtkonzeptes auf das pathologische PC/Internet-Spielen beruht auf einem falschen Analogieschluss. Die in der Alkoholismustheorie eindeutig definierten Begriffe wie "Droge", "Toleranzentwicklung" und "Entzugserscheinungen" werden ihrer ursprünglichen organpathologischen Bedeutung beraubt.

Ein klinisch-heuristisches Störungsmodell

Als Alternative bietet sich ein entwicklungspsychopathologisches Modell an (Petry, im Druck). Die gewählte Bezeichnung "pathologisches PC/Internet-Spielen" verweist auf die für das Krankheitsbild zentrale Bedeutsamkeit des Mediums PC/Internet bzw. das damit verbundene Immersionserleben (Bente et al., 2002) und die damit verbundene Regression auf die Stufe des vorschulischen Spielverhaltens.

Psychopathologisch handelt es sich um einen Verhaltensexzess in Form einer habituierten PC/Internet-Aktivität mit einer zunehmend eingeschränkten Handlungskontrolle.

Ätiologisch wird eine primäre psychische Auffälligkeit aufgrund einer unsicheren Bindungsorganisation im Sinne Bowlbys und/oder eine Störung der sozialen Identitätsentwicklung durch schwere umweltbedingte Depravationen angenommen.

Pathogenetisch kommt es im Sinne Adlers zu einem regressiven Rückzug aus der Realität in die kindliche Phantasiewelt des Spielens, um alltägliche Frustrationen zu kompensieren.

Nosologisch handelt es sich beim pathologischen PC/Internet-Spielen um ein eigenständiges Krankheitsbild, das als entwicklungspsychopathologische Störung des zwischen-

menschlichen Beziehungsverhaltens in die Systematik psychischer Störungen unter "andere näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F 68.8)" einzuordnen ist.

Typologisch sind das pathologische Gaming und Chatting die aktuell häufigsten Erscheinungsformen.

Pathoplastisch könnte in Abhängigkeit von sich verändernden Angeboten der Medienindustrie und der Weiterentwicklung des WWW die aktuelle Dominanz der Mehrpersonen-Online-Rollenspiele und erotischer Chat-Rooms durch andere Erscheinungsformen des Störungsbildes abgelöst werden.

Erste klinische Befunde zur Komorbidität weisen auf vorwiegend depressive Störungen und (soziale) Angststörungen, ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörungen, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktiviätsstörungen sowie Essstörungen mit Adipositas hin. Daneben sind Suchterkrankungen, insbesondere die Tabak-, Alkohol- und Cannabisabhängigkeit sowie die Glücksspielsucht, vorherrschend.

Literatur

Bente, G., Krämer, N., Petersen, A. (2002): Virtuelle Realitäten als Gegenstand und Methoden in der Psychologie. In: Bente, G., Krämer, N., Petersen, A. (Hrsg.): Virtuelle Realitäten. Göttingen: Hogrefe. 132-148.

Cox, W.M., Klinger, E. (Eds.) (2004): Handbook of Motivational Counseling. Chichester (UK): John Wiley.

Grüsser, S.M., Thalemann, C.N. (2006): Verhaltenssucht. Bern: Huber.

Petry, J. (im Druck): Im Spiel versunken und verloren: Normales, problematisches und pathologisches PC/Internet-Spielen. Göttingen: Hogrefe.

Six, U., Gimmler, R., Schröder, A. (2005): Determinanten funktionalen und dysfunktionalsüchtigen Internetgebrauchs. In: Renner, K.-H., Schütz, A., Machilek, F. (Hrsg.): Internet und Persönlichkeit. Göttingen: Hogrefe. 223-237.

Sucht und Trauma: EMDR in der stationären Suchttherapie - erste Ergebnisse eines Forschungsprojekts*)

Zobel, M. (1), Missel, P. (2), Quinten, C. (3), Bergemann, N. (2), Vogelgesang, M. (4), Kruber, I. (2)

(1) Psychologische Praxis, Koblenz, (2) Kliniken Daun - Am Rosenberg, (3) Kliniken Daun-Thommener Höhe, (4) Fachklinik Münchwies/Neunkirchen

Hintergrund

Menschen mit Suchtproblemen berichten überzufällig häufig von Gewalt- und Missbrauchserfahrungen in Kindheit, Jugend und im Erwachsenenalter sowie von anderen traumatischen Erlebnissen. In vielen Fällen kann ein Zusammenhang zwischen dem traumatischen Ereignis, der Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung und Alkoholmiss-

*) Die Deutsche Rentenversicherung Bund fördert das Forschungsprojekt "EMDR in der stationären Entwöhnungsbehandlung von alkoholabhängigen Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung"

brauch und -abhängigkeit abgeleitet werden (Perkonigg et al., 2000; Zobel, 2006): Bei Vorliegen einer PTBS ist das Risiko einer Suchterkrankung oder anderer komorbider Störungen um das 4-5fache erhöht (Breslau, 2002). Simpson, Miller (2002) fanden bei Suchtpatienten für Frauen in 27-67 % und für Männer in 9-29 % der Fälle kindliche Erfahrungen von sexuellem Missbrauch. Körperliche Misshandlungen wurden bei Frauen in 33 % der Fälle, bei Männern zwischen 24 und 53 % benannt. In der Untersuchung von Langeland et al. (2003) berichteten 11 % der untersuchten alkoholabhängigen Patienten in Behandlung sexuelle Gewalterfahrungen in Jugend und Erwachsenenalter (Männer: 5 %, Frauen: 33 %). Langeland et al. (2004) finden bei 5 % der männlichen Alkoholpatienten in Behandlung eine akute Posttraumatische Belastungsstörung, 14 % erfüllten die Kriterien einer Lebenszeit-PTBS.

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) wurde 1987 von Francine Shapiro u. a. in der Arbeit mit Kriegsveteranen entwickelt und hat sich als ein therapeutisches Verfahren gezeigt, das sich in besondere Weise zur Behandlung von psychischen Traumata eignet. Er werden in einem strukturieren Vorgehen relevante Zielerinnerungen, Albträume, aktuelle Symptome und Trigger, traumabedingte Verhaltensprobleme, Vermeidungsverhalten und traumabezogene Zukunftsängste bearbeitet (Hase, Hofmann, 2006). Da EMDR in einem zeitlich überschaubaren Rahmen angewendet werden kann, erscheint ein erfolgreicher Abschluss der traumabezogenen Behandlung im Rahmen der stationären Entwöhnungsbehandlung möglich.

Zielsetzung und Methode

In dem 3-jährigen Projekt, das von den Klinken Daun/Eifel in Kooperation mit der Fachklinik Münchwies/Neunkirchen seit dem 1. Januar 2007 durchgeführt wird, soll es um eine Evaluation der Behandlung traumatisierter alkoholabhängiger Menschen mit der Methode EMDR gehen. Es soll in der kontrollierten Studie im Rahmen eines Prä-Post-Designs überprüft werden, ob EMDR anderen traumatherapeutischen Verfahren gleichwertig oder überlegen ist und ob Behandlungsergebnisse auch ein Jahr nach Behandlungsende noch stabil sind. Die Patienten der Behandlungsgruppe erhalten das Angebot einer traumafokussierten Behandlung mit Schwerpunkt auf der EMDR-Methode, die Patienten der Kontrollgruppe haben die Möglichkeit, andere traumatherapeutische Verfahren außerhalb EMDR wahrzunehmen. Die traumafokussierte Behandlung erfolgt parallel zur stationären Entwöhnungsbehandlung, d.h. die Entwöhnungstherapie wird durch die Traumabehandlung ergänzt. Erhoben werden u.a. typische Traumasymptome mittels SKID und Impact of Event Scale (IES).

Ergebnisse

In der bisherigen Laufzeit des Projekts wurden insgesamt 47 Patientenbehandlungen durchgeführt, 25 Patienten wurden im Rahmen der EMDR-Methode behandelt, 22 Patienten waren der Kontrollgruppe zugeordnet. Insgesamt zeigen die bisherigen Daten, dass eine traumafokussierte Behandlung in beiden Behandlungsgruppen messbare positive Veränderungen hinsichtlich der Belastung durch ein traumatisches Ereignis ergabt. Bezüglich der Prä-Post-Differenzen zeigten Patienten in der EMDR-Gruppe eine höhere Abnahme der Traumasymptomatik auf der Impact of Event Scale (IES, $p < .01$) und der subjektiv empfundenen Belastung durch das Ereignis ($p = 0.9$).

Die Ergebnisse zeigen, dass auch im Rahmen einer regulären stationären Entwöhnungsbehandlung eine effektive Traumabehandlung durchgeführt werden kann. Die EMDR-

Methode erweist sich dabei nach den bisher vorliegenden Daten als effektiver als andere traumatherapeutische Verfahren.

Literatur

Breslau, N. (2002): Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. Canadian Journal of Psychiatry, 47. 923-929.

Hase, M., Hofmann, A. (2006): Behandlung traumatisierter Abhängiger mit der EMDR-Methode. In: Schäfer, I., Krausz, M. (Hrsg.): Trauma und Sucht. Stuttgart: Klett-Cotta.

Langeland, W., Draijer, N., van den Brink, W. (2003): Assessment of lifetime physical and sexual abuse in treated alcoholics. Validity of the addiction severity index. Addictive Behaviors, 28. 871-881.

Langeland, W., van den Brink, W., Draijer, N. (2004): Traumatische Erlebnisse in der Kindheit und psychiatrische Komorbidität bei erwachsenen männlichen Alkoholkranken: Empirische Untersuchungsergebnisse und ihre klinische Bedeutung. Suchttherapie, 3. 132-136.

Perkonigg, A., Kessler, R.C., Storz, S., Wittchen, H.U. (2000): Traumatic events and posttraumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. Acta Psychiatr Scand, 101, 46-59.

Simpson, T.L., Miller, W.R. (2002): Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems - a review. Clinical Psychology Review, 22, 27-77.

Zobel, M. (2006): EMDR in der Behandlung von Suchtpatienten mit posttraumatischer Belastungsstörung. In Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V., 29. "Integrierte Versorgung": Chancen und Risiken für die Suchtrehabilitation. Geesthacht: Neuland.

Zur Behandlungsdauer von Frauen und Männern in geschlechts-spezifischen und gemischt-geschlechtlichen Einrichtungen der stationären Rehabilitation für Abhängigkeitskranke

Koch, A. (1), Albertini, V. (2), Huland, D. (3), Karmann, G. (4), Kerschl, V. (5), Medenwaldt, J. (6), Rymer, M. (7), Wagner, T. (8)

(1) Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe, Kassel, (2) Hartmut-Spittler-Fachklinik, Berlin, (3) Zieglersche Anstalten Suchtkrankenhilfe, Wilhelmsdorf, (4) Fachklinik Legau, Legau/Allgäu, (5) Therapiehilfe, Hamburg, (6) Redline Data, Ahrensbök, (7) Statthaus, Augsburg, (8) Fachklinik Mahlertshof, Burghaun

Hintergrund

Die stationäre Rehabilitationsbehandlung von Abhängigkeitskranken findet in Einrichtungen unterschiedlicher Grösse und mit verschiedenen konzeptionellen Schwerpunkten statt, dabei spielt u. a. die geschlechtliche Zusammensetzung der Patientengruppen eine erhebliche Rolle. Welches Behandlungs-Setting sich für welche Rehabilitanden am besten eignet ist eine häufig und intensiv diskutierte Frage. Mit der vorliegenden Untersuchung soll ein Beitrag zur Diskussion über die Unterschiede der Behandlung in geschlechts-spezifischen oder gemischt-geschlechtlichen Einrichtungen geleistet werden. Bisher sind geschlechtssensible Untersuchungen im Therapiebereich selten, da eine Systematisierung fehlt. Erste Ansätze zur Untersuchung der Effektivität von frauenspezifischen Behandlungsangeboten im Alkoholbereich wurde 2005 in den fdr-Texten Nr. 4 vorgestellt (Hellferich et al., 2005).

Methodik

Die Untersuchung stützt sich auf die standardmässige Erhebung der Basisdaten nach dem Deutschen Kerndatensatz (DHS/DBDD, 2008) in den Fachkliniken des "buss" (Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.). Ausgewertet wurden die Basisdaten für Patientinnen und Patienten des Entlassungsjahrgangs 2007, dabei wurden nur stationäre Einrichtungen für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit berücksichtigt. Die Stichprobe umfasst 9.439 Fälle (2.300 Frauen und 7.139 Männer) aus 41 Einrichtungen. Ausgehend von der Betrachtung der Behandlungsdauer für Frauen und Männer in geschlechts-spezifischen (also reinen Frauen- und Männer-Einrichtungen) und gemischt-geschlechtlichen Einrichtungen werden verschiedene Merkmale zur differenzierten Betrachtung analysiert.

Ergebnisse

In der Stichprobe verteilen sich Frauen mit 24,3 % und Männer mit 75,7 % so wie in der Behandlungswirklichkeit und in vergleichbaren Untersuchungen, die regelmäßig in der Deutschen Suchthilfestatistik (Bauer et al., 2007) und im Jahrbuch Sucht der DHS (Bauer et al., 2008) abgebildet werden. Die Frauen werden zu etwa einem Drittel in gemischten und zu zwei Dritteln in spezifischen Einrichtungen behandelt, die Männer zu etwa gleichen Teilen in beiden Einrichtungsarten. 48,2 % der Patienten beiderlei Geschlechts werden in Einrichtun-

gen behandelt, die mehr als 60 Betten haben, 51,8 % in kleineren Einrichtungen. Auffällig bei Analyse der Behandlungsdauer ist die Tatsache, dass die durchschnittliche Verweildauer für alle Entlassenen (planmäßig und unplanmäßig) in gemischten Einrichtungen (Frauen 81,8 Tage und Männer 82,6 Tage) deutlich niedriger ist, als in spezifischen Einrichtungen (Frauen 87,8 Tage und Männer 87,1 Tage), die Dauer der Behandlung unterscheidet sich also um fast eine Woche.

Diskussion

Zur Aufklärung der Frage, warum die Behandlungsdauer in geschlechtsspezifischen Einrichtungen signifikant länger ist, wurden weitere Daten ermittelt und verglichen: Partnersituation, Bildungsstand, Erwerbstätigkeit, Vermittlung in die Index-Behandlung, Art der Beendigung, Weitervermittlung. Die zusätzlich analysierten Daten lassen allerdings keine eindeutigen Schlüsse im Hinblick auf die längere Behandlungsdauer in spezifischen Einrichtungen zu. Sie beschreiben jedoch auffällige Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen. Rehabilitanden in spezifischen Einrichtungen haben eher feste Beziehungen, eine etwas schlechtere Bildung, eine bessere Erwerbssituation, brechen die Behandlung seltener ab und wechseln seltener in andere Behandlungsformen. Besonders ist hervorzuheben, dass Rehabilitanden in spezifischen Einrichtungen deutlich häufiger von Beratungsstellen zugewiesen werden und nach der Behandlung auch wieder häufiger in ambulante Behandlung wechseln, es scheint also eine engere Kooperation zwischen Beratungsstellen und geschlechts-spezifischen Fachkliniken zu geben.

Ausblick

Zur weiteren Analyse sollten sowohl die Katamnesedaten (werden erst in 2008 erhoben) wie auch gezielte Untersuchungen bei Beratungsstellen herangezogen werden.

Literatur

Bauer, C., Hellwich, A.K., Sonntag, D. (2007): Deutsche Suchthilfestatistik 2006 für stationäre Einrichtungen. Sucht, 53 (Sonderheft 1). 42-64.

Bauer, C., Hellwich, A.K., Sonntag, D. (2008): Jahresstatistik der professionellen Suchtkrankenhilfe 2006. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. Geesthacht: Neuland. 184-204.

DHS - Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, DBDD - Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (Hrsg.) (2008): Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe - Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch (Stand: 23.07.2008). Hamm.

Helfferich, C., Kerschl, V., Korthaus, U., Merfert-Diete, C., Ohnmeiss, U., Soltau-Schumann, U., Walcker-Mayer, C., Vogt, I., Winkler, K., Zenker, C. (2005): Gender Mainstreaming in der Suchthilfe - Eine Expertise. Hannover: fdr-Texte Nr. 4.

Assessmentbasierte Ableitung von Rehabilitanden-Management-Kategorien für die Suchtrehabilitation*) **)

Möllmann, C., Spyra, K.
Charité - Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund und Zweck der Untersuchung

Im Rahmen verschiedener Forschungsprojekte wird seit mehr als zehn Jahren an der Entwicklung einer bedarfs- und leistungsbezogenen Patientenklassifikation für die medizinische Rehabilitation gearbeitet (Ranneberg, Neubauer, 2005; Andreas et al., 2004).

Die internationalen Fallgruppensysteme (z. B. RAI, AN-SNAP) sind aufgrund ihrer nicht hinreichenden Krankheitsdifferenzierung und des fehlenden Präventions- und ICF-Bezugs nicht auf das deutsche Rehabilitationssystem übertragbar.

Ein Ansatz, der ICF-bezogen Bedarfe innerhalb einzelner Indikationen abbildet, die auch prognostisch bedeutsam sind, ist das Konzept der Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK; Spyra et al., 2008). Ziel der RMK-Projekte ist die Ableitung von typischen Rehabilitandengruppen mit definiertem, intern homogenem und extern unterscheidbarem Behandlungsbedarf.

Datengrundlage und Methodik

Ein grundlegendes Konstruktionsmerkmal für die primäre Definition der Fallgruppen ist der Rückgriff auf empirische Daten aus der Versorgungspraxis. Dieser Ansatz garantiert Praxisnähe sowie die Berücksichtigung der in den Kliniken entstandenen Versorgungsqualität und der strukturellen Bedingungen des deutschen Rehabilitationssystems.

Die Datengrundlage bildet die schriftliche Befragung einer Stichprobe von n=731 alkoholabhängigen Patienten, die sich im Jahr 2008 in einer von zehn Suchtfachkliniken einer stationären Alkoholentwöhnung unterzogen haben. 76 % der Patienten sind männlich, das Durchschnittsalter betrug M(SD)=46(10)Jahre.

Im Unterschied zu vorherigen Projekten, bei denen primär auf Daten aus der Dokumentation des Behandlungsprozesses in den Kliniken bzw. beim Reha-Träger zurückgegriffen worden war (Spyra et al., 2007), wurde für die Fallgruppenbildung nun erstmals ein speziell entwickeltes Assessment eingesetzt. Dieses wurde unter Rückgriff auf etablierte Instrumente, wie SCL-90-R, BDI-II, AASE, AVEM, F-SozU etc. nach definierten Kriterien entwickelt und schließlich nach testtheoretischen Kriterien im Umfang reduziert. Die anschließende Modellbildung zur Bedarfsgruppierung erfolgte mittels Latenter Klassenanalyse (Hagenaars, McCutcheon, 2002).

---

*) Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen, exkl. Drogenabhängigkeit

**) Das Projekt wird seit 2007 von folgenden Unternehmen (Kliniken) gefördert: AHG Allgemeine Hospitalgesellschaft AG (Kliniken Daun-Am Rosenberg, Kliniken Daun-Thommener Höhe, Fachklinik Wilhelmsheim, Fachklinik Tönisstein), AKG Dr. S. Zwick GmbH und Co. KG (Fachklinik Fredeburg, Fachklinik Furth im Wald), Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (buss; LWL-Rehabiliationszentrum Ostwestfalen - Bernhard-Salzmann-Klinik, Fachklinik St. Marienstift-Dammer Berge), Paracelsus-Kliniken-Deutschland GmbH (Paracelsus Berghofklinik), Salus Klinik Lindow, Haus Saaletal GmbH (Saaletalklinik), Klinik Eschenburg KG (Klinik Eschenburg).

Ergebnisse und Diskussion

Auf der Basis von 15 Indikatoren zu bedarfsrelevanten Patientenmerkmalen (Alter, Arbeitslosigkeit, Entzugsbehandlungen, AASE-Versuchung, BDI-II, F-SozU Emotionale Problembewältigung, AVEM Erfolgserleben im Beruf etc.) ließen sich mittels Latenter Klassenanalyse vier Bedarfsgruppen identifizieren (n=572, BIC=43836.33, Pseudo-R^2=.26), die sich vor allem psychisch und sozialmedizinisch bedeutsam in ihren Beeinträchtigungen unterscheiden. Die Bedarfsgruppe B4 ist psychisch, substanzbezogen und sozialmedizinisch stark beeinträchtigt, die Gruppe B1 zeigt in allen untersuchten Parametern die geringsten Beeinträchtigungen. Die Gruppe B2 weist v. a. psychische Auffälligkeiten auf, die Gruppe B3 stärkere sozialmedizinische Beeinträchtigungen. Auch in weiteren Parametern (z. B. Arbeitsunfähigkeit, Schulden) spiegelte sich die Bedarfsdifferenzierung der Gruppen wider.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Die zur Fallgruppenmodellierung herangezogenen Indikatoren führten zu einer klinisch plausiblen Gruppendifferenzierung. Die klinische Validität der empirisch abgeleiteten Bedarfsgruppen muss weiter untersucht werden. Zudem sollen das bedarfsbezogene Therapiespektrum untersucht und unter Rückgriff auf Leitlinien bedarfsbezogene Therapie-Orientierungswerte abgeleitet werden.

Das RMK-Assessment wird Anfang 2009 softwaregestützt in zwölf Kliniken eingesetzt, den Behandlern dabei vor Ort die Zuordnung zu den Fallgruppen zur Verfügung gestellt. Im Fokus stehen hier u.a. Fragen zur Praktikabilität eines Softwareeinsatzes. Nachfolgend sollen die RMKs zudem hinsichtlich differenzieller Therapieergebnisse untersucht werden.

Literatur

Andreas, S., Dirmaier, J., Koch, U., Schulz, H. (2003): DRG-Systeme in der Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen: Zur Konzeption eines Klassifikationssystems für Fallgruppen. Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie, 71. 234-242.

Haagenaars, J.A., McCutcheon, A.L. (2002): Applied Latent Class Analysis. Camebrige University Press.

Ranneberg, J., Neubauer, G. (2005): Entwicklung von Rehabilitationsbehandlungsgruppen (RGB) für die Kardiologie und Orthopädie - Ergebnisse eines Forschungsprojekts. Die Rehabilitation, 44. 34-43.

Spyra, K., Möllmann, C., Müller-Fahrnow, W. (2007): Bedarfs- und leistungsbezogene Fallgruppenbildung in der stationären Suchtrehabilitation - das Konzept der Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMKs). Sucht aktuell 01/2007. 35-40.

Spyra, K., Müller-Fahrnow, W., Blume, C., Böttcher, J., Erhart, M., Streibelt, M. (2008): Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMKs) und die Option einer finanziellen Vergütung im Sinne von Rehabilitanden-Management-Pauschalen (RMPs). Praxis Klinische Verhaltensmedizin, 80. 108-129.

Rehabilitation von Patienten mit komorbiden Abhängigkeitserkrankungen nach dem Bad Herrenalber Modell

von Ploetz, K. (1), Smuga, M. (2), Dietsche, S. (2), Löschmann, C. (2)

(1) Psychosomatische Klinik Bad Herrenalb, (2) Privatinstitut für Evaluation und Qualitätssicherung im Gesundheits- und Sozialwesen GmbH, Hamburg

Hintergrund (Fragestellung)

Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen und komorbider Abhängigkeitserkrankung sind aufgrund ihrer Pathogenese und Bedürfnislage nur schwer in die Behandlungssettings von psychosomatischen Rehabilitationskliniken oder Entwöhnungseinrichtungen integrierbar (Gouzoulis-Mayfrank, 2004).

Für Entwöhnungseinrichtungen wurde diese Indikation in der Leitlinie für die stationäre und teilstationäre Rehabilitation von Alkoholabhängigkeit berücksichtigt (www.deutsche-rentenversicherung-bund.de, 2007. Die Klinik Bad Herrenalb hat als psychosomatische Fachklinik über viele Jahre ein Behandlungskonzept für psychosomatische Patienten mit einer komorbiden Abhängigkeitserkrankung entwickelt und evaluiert (vgl. u. a. Nübling et al., 2000). Das Konzept besetzt die Schnittstelle zwischen psychosomatischen Fachkliniken und Fachkliniken für Abhängigkeitserkrankungen. Patienten mit z. B. Somatisierungstörungen und Medikamentenabhängigkeit bekommen so die Möglichkeit, eine auf ihre Bedürfnisse hin zugeschnittene, an individuellen Zielen orientierte Rehabilitation zu erhalten. Es soll anhand aktueller Daten überprüft werden, ob sich die Patienten mit Doppeldiagnose hinsichtlich des Schweregrades und des Rehabilitationserfolges unterscheiden.

Methodik

Die Daten wurden der fortlaufenden Behandlungsdokumentation - BEDOK - (Nübling et al., 2004) der Klinik Bad Herrenalb entnommen. Es wurden 736 Patienten aus den Jahren 2005-2007 in die Stichprobe einbezogen. Die Studie ist als Zwei-Gruppen-Prä-Post-Design angelegt. Verglichen werden die psychosomatischen Patienten mit der Diagnose einer komorbiden Abhängigkeitserkrankung mit denjenigen, die keine Suchterkrankung aufweisen. Die gemessene Veränderung bezieht sich auf die Zeitpunkte Aufnahme und Entlassung. Das Behandlungsergebnis wurde auf Veränderungsskalen durch die Therapeuten beurteilt. Erfasst wurden körperliches und seelisches Befinden, Leistungsfähigkeit und Ausmaß der Beschwerden. Das Behandlungsergebnis wird über die Fremdeinschätzung durch den Therapeuten mittels des Beeinträchtigungs-Schwere-Scores (BSS, Schepank, 2002; des Global Assessment of Functioning (GAF, DSM-IV-TR, 1989) und der Veränderungsskala BESS (Schmidt, 2008) erfasst.

Ergebnisse

Der Anteil der Patienten mit einer komorbiden Suchterkrankung liegt bei 30,4 %. In der Untersuchungsstichprobe haben sich die Patienten beider Gruppen in relevanten Outcome-Parametern wie z. B. Schweregrad der Erkrankung oder psychopathologische Gesamtbelastung mit mindestens einer mittleren Effektstärke zum Entlassungszeitpunkt verbessert. Allerdings sind Patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung und einer weiteren F-Diagnose zu Beginn der Rehabilitation psychopathologisch und sozialmedizinisch in einem höheren

Grad beeinträchtigt. Sie weisen längere Krankheitsdauern auf, sind stärker von Arbeitslosigkeit betroffen und haben sich bei ungünstigeren klinischen Parametern (wie GAF oder BESS) bei Aufnahme im Verlauf der Rehabilitation vergleichbar stark zu den Patienten ohne Abhängigkeitserkrankung verändert.

Diskussion

Die Ergebnisse bestätigen die deutlich höhere psychopathologische und sozialmedizinische Belastung bei psychosomatischen Patienten mit zusätzlicher komorbider Abhängigkeitserkrankung. Die bei der Gruppe mit den komorbiden Abhängigkeitserkrankungen erzielten Behandlungseffekte zeigen, dass das Herrenalber Modell einen erfolgsversprechenden Behandlungsansatz darstellt. Um das Herrenalber Modell hinsichtlich seiner mittel- und langfristigen Behandlungseffekte zu evaluieren, werden die vorgestellten Ergebnisse um eine prospektiv angelegte Katamnesestudie ergänzt.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung (2007): Leitlinie für die stationäre Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit. http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de. [2008-11-03].

Gouzoulis-Mayfrank, E. (2004): Doppeldiagnose Psychose und Sucht. Von den Grundlagen zur Praxis, Der Nervenarzt, 75. 50-642.

Nübling, R., Bürgy, R., Meyerberg, J., Oppl, M., Kieser, J., Schmidt, J., Wittmann, W.W. (2000): Stationäre psychosomatische Rehabilitation im Rahmen eines schulübergreifenden Behandlungskonzepts. Erste Ergebnisse der 1 Jahres Katamnese der Bad Herrenalber Katamnesestudie. In: Bassler, M. (Hrsg.): Leitlinien zur stationären Psychotherapie. Gießen: Psychosozial-Verlag. 274-300.

Nübling, R., Wille, J., Steffanowski, A., Körner, M., Löschmann, C., Schmidt, J. (2004): Basisdokumentation Psychosomatische Rehabilitation - Erfahrungen auf der Grundlage einer zweijährigen Erhebung in fünf psychosomatischen Kliniken. DRV-Schriften, Bd 52. 55-57.

Unterschwelliger Alkoholismus als Kontextfaktor bei Patienten der psychosomatischen Rehabilitation

Geiselmann, B.

Rehabilitationszentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund, Teltow

Einleitung

Etwa 10 % der 18-59-Jährigen in Deutschland betreiben einen "riskanten" Alkoholkonsum (Bühringer et al., 2000). Kornhuber (1990) hat vor den allgemeinen gesundheitlichen und gesellschaftlichen Auswirkungen des regelmäßigen Alkoholkonsums gewarnt. Insbesondere im Rahmen von psychischen Erkrankungen ist mit einem hohen Anteil von alkoholbedingten Beeinträchtigungen zu rechnen, ohne dass die Kriterien einer Alkoholabhängigkeit erfüllt sein müssen. Es ist zu erwarten, dass bei Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation der Alkoholkonsum als relevante Zusatzdiagnose oder zumindest als Kontextfaktor von Relevanz ist. Störungen, die gültige diagnostische Kriterien zwar nicht erfülllen, aber den-

noch von klinischer und epidemiologischer Relevanz sind, werden auch als "unterschwellig" bezeichnet (Helmchen, 2001; Linden, Geiselmann, 1996). Die Diagnose "Schädlicher Gebrauch" nach ICD-10 wird häufig in diesem Sinne verwendet. Im Sinne des ICF-Modells lässt sich der unterschwellige Alkoholismus gut als "Kontextfaktor" fassen.

Fragestellung

Anhand der routinemäßig erhobenen Daten der internen Basisdokumentation soll gezeigt werden, wie hoch die Komorbidität mit alkoholbezogenen Diagnosen (F10-Gruppe nach ICD) liegt. Des Weiteren wird dargestellt, welche sozialmedizinischen Variablen mit Alkoholdiagnose korrelieren. Schließlich sollen Verlaufstypen im Rahmen der Psychosomatischen Reha definiert werden.

Patienten und Methode

Alle Patienten, die im Zeitraum 2003-2007 zur psychosomatischen Reha in Teltow waren (ca. 4.200 Patienten). Der Auswertung zugrunde liegen die psychiatrischen Entlassungsdiagnosen, die soziodemografischen und sozialmedizinischen Merkmale sowie Therapieergebnis-Variablen.

Ergebnisse

Fünf Prozent unserer Patienten haben die Entlassungsdiagnose einer alkoholbezogenen Störung (F10 nach ICD), zum größten Teil im Sinne des schädlichen Gebrauchs. Die höchste Komorbidität mit Alkoholdiagnose gibt es bei den Persönlichkeitsstörungen (7 %).

Patienten mit Alkoholdiagnose (vs. Patienten ohne Alkoholdiagnose) werden häufiger über Krankenkasse (MdK), Rentenversicherung oder Agentur für Arbeit zugewiesen (32 % vs. 24 %), sind häufiger arbeitsunfähig bei Aufnahme (65 % vs. 47 %) wie auch bei Entlassung (53 % vs. 38 %), und werden prognostisch ungünstiger beurteilt (35 % arbeitsunfähig länger als 6 Monate bei Reha-Entlassung vs. 25 %).

Verlaufstypen: Mit Patienten, die nicht primär wegen eines Alkoholproblems zur Reha kommen, bei denen aber ein schädlicher Gebrauch vermutet wird, wird aus diagnostischen und therapeutischen Gründen eine Alkoholabstinenz vereinbart. Hieraus können sich wichtige therapeutisch Ansätze ergeben (Abbildung 1).

Reaktion auf Abstinenzvereinbarung	Ergebnis bezüglich Trinkverhalten (nach Prohaska, DiClemente, 1986)
Ablehnung ohne Alkoholreduktion	*Precontemplation*; kein Versuch der Alkohlreduktion.
Ablehnung mit Alkoholreduktion	*Precontemplation*; am Ende spricht Rückgang der Marker für Alkoholreduktion oder Abstinenz.
Selbstunkritische Zustimmung mit Alkoholreduktion	*Action*; Thema Alkohol wird weitgehend abgelehnt. Am Ende spricht Rückgang der Marker für Alkoholreduktion oder Abstinenz.
Selbstkritische Zustimmung mit Alkoholreduktion	*Action*; Trinkverhalten kann verhaltenstherapeutisch aufgegriffen werden. Alkoholreduktion oder Abstinenz gelingt.
Zustimmung ohne Alkoholreduktion	*Preparation oder Action*; Diskrepanz offensichtlich; Abhängigkeit kann thematisiert werden.

Abb. 1: Verlaufstypen nach Abstinenzvereinbarung

Schlussfolgerung

Eine alkoholbezogene Diagnose in der psychosomatischen Rehabilitation, die nach den gültigen diagnostischen Kriterien in den meisten Fällen als "unterschwellige psychische Störung" zu klassifizieren wäre, hat sozialmedizinisch gesehen dennoch krankheitswertige Bedeutung, zumindest als Kontextfaktor. Es müssen therapeutische Konzepte entwickelt werden, Patienten mit unterschwelligem Alkoholismus spezifischer therapieren zu können.

Literatur

Bühringer, G. et al. (2000): Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd 128.

Helmchen, H. (2001): Unterschwellige psychische Störungen. Nervenarzt, 72. 181-189.

Kornhuber, H.H. (1990): Vom täglichen Alkohol und der Menschenwürde. Deutsche Richterzeitung. 59-53.

Linden, M., Geiselmann, B. (1996): Subdiagnostische psychiatrische Morbidität. Beschwerdeprofil und Konsequenzen am Beispiel depressiver Störungen. In: Saß, H. (Hrsg.): Psychopathologische Methoden und psychiatrische Forschung. Gustav Fischer Verlag, Jena. 106-128.

Psychosomatische Rehabilitation bei Patienten mit Migrationshintergrund

Smuga, M., Dietsche, S., Löschmann, C.

Privatinstitut für Evaluation und Qualitätssicherung im Gesundheits- und Sozialwesen GmbH (eqs-Institut), Hamburg

Hintergrund

Studienergebnisse weisen darauf hin, dass bei Menschen mit Migrationshintergrund insbesondere die soziale Eingliederung einen prädiktiven Wert für die Auftretenswahrscheinlichkeit von Angst und Depression hat (Merbach et al., 2008). Ein Review von 35 Studien zeigt, dass die Prävalenzraten von psychischen Störungen für Migranten sehr heterogen ausfallen und mit aufenthaltsrechtlichem Status und transkultureller Erfassung von psychischer Erkrankung zusammenhängen (Lindert et al., 2008a+b). Die Effekte der psychosomatischen Rehabilitation für Patienten mit Migrationshintergrund werden noch wenig untersucht (Mösko et al., 2008). Mit diesen Auswertungen soll analysiert werden, inwieweit Patienten mit Migrationshintergrund zu Rehabeginn einen anderen Krankheitsstatus als Nicht-Migranten aufweisen und ob sie einen unterschiedlichen Therapieerfolg erreichen.

Methodik

Als Grundlage der Datenanalyse dient die fortlaufende Behandlungsdokumentation - BEDOK - (Nübling et al., 2004). Es wurden 5483 Patienten aus den Jahren 2005-2007 in die Stichprobe einbezogen. Es handelt sich um eine multizentrische Studie mit vier eingeschlossenen psychosomatischen Kliniken. Verglichen werden Patienten mit Migrationshintergrund und ausreichenden oder mangelhaften Sprachkenntnissen mit Patienten ohne Migrationshintergrund bei Beginn und Ende einer Reha-Maßnahme. Das Behandlungsergebnis wurde auf einer Veränderungsskala durch die Therapeuten beurteilt. Erfasst wurden körperliches und seelisches Befinden, Leistungsfähigkeit und Ausmaß der Beschwerden. Das Behandlungsergebnis wird über die Fremdeinschätzung durch den Therapeuten mittels des Beeinträchtigungs-Schwere-Scores (BSS, Schepank, 2002; des Global Assessment of Functioning (GAF, DSM-IV-TR, 1989) und der Veränderungsskala BESS (Schmidt, 2008) erfasst.

Ergebnisse

Der Anteil an Patienten mit Migrationshintergrund in der psychosomatischen Rehabilitation ist gering und liegt bei 4,4 % (n=281). Zu Beginn der Rehabilitation zeigen die Patienten mit Migrationshintergrund in den Fremdeinschätzungsinstrumenten (BSS, GAF) eine signifikant höhere psychopathologische Belastung ($F=3,858$; $p\leq001$). Sie leiden öfters an Schizophrenie, Persönlichkeitsstörung oder einer Abhängigkeitsstörung und erhalten mehr Antidepressiva und Neuroleptika vor der Aufnahme in die Rehabilitation (χ^2-Wert $=17,309$; $p\leq001$). Der Verlauf der Rehabilitation und die Ergebnisqualität hängen eng mit den Sprachfertigkeiten

zusammen. Mit abnehmenden Sprachfertigkeiten fallen die Effekte geringer aus. Patienten mit unzureichenden Sprachkenntnissen erhalten während der Rehabilitation mehr psychotherapeutische Kurzgespräche und verbessern sich zum Zeitpunkt der Entlassung durchgehend weniger im Vergleich zu Nicht-Migranten, gefolgt von Migranten mit ausreichenden Sprachkenntnissen. Signifikante Verbesserungen zeigen sich für alle drei Patientengruppen.

Diskussion

Der Migrationshintergrund kann als ein zusätzlicher Einflussfaktor auf die Ergebnisqualität der Rehabilitation gesehen werden. Geringere Effekte der Rehabilitation bei Patienten mit Migrationshintergrund bestätigen Mösko et al. (2008) für türkische Patienten. Die Migranten sind in der psychosomatischen Rehabilitation unterrepräsentiert. Kulturspezifische Psychotherapieangebote sind notwendig.

Literatur

Lindert, J. et al. (2008a): Depressivität, Angst und posttraumatische Belastungsstörung bei Arbeitsmigranten, Asylbewerbern und Flüchtlingen - Systematische Übersichtsarbeit zu Originalstudien. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 58. 109-122.

Lindert, J. et. al. (2008b): Versorgung psychisch kranker Patienten mit Migrationshintergrund. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 58. 123-129.

Mösko, M., Schneider, J., Koch, U., Schulz, H. (2008): Beeinflusst der türkische Migrationshintergrund das Behandlungsergebnis? - Ergebnisse einer prospektiven Versorgungsstudie in der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 58. 176-182.

Nübling, R., Wille, J., Steffanowski, A., Körner, M., Löschmann, C., Schmidt, J. (2004): Basisdokumentation Psychosomatische Rehabilitation - Erfahrungen auf der Grundlage einer zweijährigen Erhebung in fünf psychosomatischen Kliniken. DRV-Schriften, Bd 52. 55-57.

Behandlung somatoformer Schmerzen im Rahmen einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)

Meiser, E.-M. (1), Köllner, V. (1,2), Smucker, M. (3,4)

(1) Mediclin Bliestal Kliniken, Blieskastel, (2) Institut für Psychoanalyse, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Universitätskliniken des Saarlandes, Homburg/Saar, (3) Institut für Psychologie, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, (4) Medical College of Wisconsin, Milwaukee, USA

Hintergrund und Fragestellung

Die somatoforme Schmerzstörung kann vor allem bei einem chronischen Verlauf zu erheblichen psychischen Leistungseinschränkungen führen und stellt dann wegen der damit verbundenen Defizite im beruflichen und sozialen Kontext eine Rehabilitationsindikation dar. Die Prognose v. a. hinsichtlich der Erreichung von Beschwerdefreiheit wird allerdings immer noch als problematisch eingeschätzt (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2005), so dass hier weiterhin Bedarf an verbesserten Konzepten für Therapie und Rehabilitation besteht. Studien, die ein gehäuftes komorbides Auftreten von PTBS und chronischem Schmerz beschrieben (Arguelles et al., 2006; Spinhoven et al., 2004) legen den Gedanken nahe, chronische Schmerzen im Rahmen einer PTBS als intrusives Symptom und/oder Folge von Hyperarousal zu verstehen. Ziel des hier dargestellten Projektes ist es zu erproben, ob sich im Bereich der chronischen PTBS empirisch abgesicherte kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapieelemente (Boos, 2005) bei komorbiden Patienten auch auf die Schmerzsymptomatik auswirken und so zu einer Reduktion von Aktivitäts- und Teilhabestörungen beitragen können.

Methodik

Mit der Imagery Rescripting und Reprocessing Therapie (IRRT, Smucker, 1999) steht ein ressourcenorientiertes Verfahren auf kognitiv-verhaltenstherapeutischer Grundlage zur Verfügung, das sich u. a. bei der Rehabilitation von Unfallverletzten bewährt hat (Grunert et al., 2007). Diese Methode stellt gemeinsam mit kognitiver und operanter Schmerztherapie die Grundlage eines Behandlungsprogramms dar, das wöchentlich 4 x 90 Minuten Gruppentherapie, 50 Minuten Einzeltherapie, das Erlernen eines Entspannungsverfahrens und von Stabilisierungstechniken sowie Trainingstherapie, Physiotherapie, Körperwahrnehmung und Kreativtherapie umfasst. Eine Evaluation erfolgt mit standardisierten Fragebögen zu Schmerz- und PTBS-Symptomatik sowie allgemeinen Bereichen von Aktivität und Teilhabe, ist aber zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen.

Ergebnisse

Bisher wurden nach diesem Konzept 42 Rehabilitanden (9,5 % m/ 90,5 % w, 26 - 58 Jahre) behandelt. Es zeigt sich ein deutlicher Trend der Reduktion sowohl der Schmerzsymptomatik als auch der Traumafolgesymptomatik. In ca. 60 % der Fälle konnte bezüglich spezifischer, im Zusammenhang mit intrusivem Wiedererleben auftretender Schmerzen vollständige Schmerzfreiheit erreicht werden, während der Einfluss auf anders verursachte Schmerzen (z. B. komorbide orthopädische Erkrankung) geringer war. Ungefähr zwei Drittel der Rehabilitanden berichten von einem deutlichen Rückgang der Intrusionen und des Hypera-

rousals. Vor allem remittierte das traumabezogene Vermeidungsverhalten in fast allen Fällen gänzlich. Eine gesteigerte Aktivität und Teilhabe am sozialen Leben sowie eine Rückkehr ins Berufsleben nach oftmals langem Krankenstand zeichnet sich infolge der oben genannten stationären Maßnahme ab. In ersten 1-Jahres Katamnesen wird ein stabiler Effekt der Erfolge berichtet.

Diskussion und Ausblick

Durch die Kombination von Schmerz- und Traumabewältigungstechniken in der psychosomatischen Rehabilitation können zuvor als therapieresistent geltende chronische Schmerzen im Zeitrahmen eines stationären Rehabilitationsaufenthaltes effektiv behandelt werden (Meiser, Köllner, 2007), was bei dieser Patientengruppe zu einer deutlichen und nachhaltigen Verbesserung von Aktivität und Teilhabe führen kann. Voraussetzung für eine Übertragung des Konzepts auf andere Rehabilitationseinrichtungen sind eine Schulung der TherapeutInnen hinsichtlich Traumakonfrontation und kognitiver/operanter Schmerztherapie sowie adäquate schmerztherapeutische Behandlungsangebote hinsichtlich Trainingstherapie, Physiotherapie und Ergotherapie.

Literatur

Arguelles, L.M., Afari, N., Buchwald, D.S., Clauw, D.J., Furner, S., Goldberg, J. (2006): A twin study of posttraumatic stress disorder symptoms and chronic widespread pain. Pain,124 (1-2). 150-7.

Boos, A. (2005): Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung. Göttingen: Hogrefe.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2005): Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Psychischen Störungen. 2. Auf.

Grunert, B.K., Weis, J.M., Smucker, M.R., Christianson, H.F. (2007): Imagery rescripting and reprocessing therapy after failed prolonged exposure for post-traumatic stressdisorder following industrial injury. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 38. 317-328.

Meiser, E.-M., Köllner, V. (2007): Verhaltenstherapeutische Behandlung einer Patientin mit posttraumatischer Belastungsstörung und somatoformer Schmerzstörung. Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin, 28. 527-539.

Smucker, M.R., Dancu, C.V. (1999): Cognitive-Behavioral Treatment for Adult Survivors of Childhood Trauma: Imagery Rescripting and Reprocessing. Northvale, NJ: Jason Aronson Publishers.

Spinhoven, P., Roelofs, K., Moene, F., Kuyk, J., Nijenhuis, E., Hoogduin, K., Van Dyck, R. (2004): Trauma and dissociation in conversion disorder and chronic pelvic pain. Int J Psychiatry Med, 34 (4). 305-18.

Akzeptanz einer Handheld-gestützten Kurzintervention zur Selbstregulation der beruflichen Verausgabungsbereitschaft von Patienten in der stationären psychosomatischen Rehabilitation*)

Bischoff, C. (1,2), Dreher, C. (1), Schmädeke, S. (1), Bencetic, D. (1,2), Limbacher, K. (1)

(1) Psychosomatische Fachklinik Bad Dürkheim, (2) Universität Mannheim

Hintergrund und Zielsetzung

Übermäßige berufliche Verausgabungsbereitschaft begünstigt die Entstehung von Stresserkrankungen. Im Rahmen einer stationären psychosomatischen Behandlung kann dieser dysfunktionale Erlebens- und Verhaltensstil identifiziert und durch einen günstigeren ersetzt werden. Die Umstellung des Verhaltens einzuleiten ist für den Patienten in der Regel nicht so schwierig, wie sie aufrechtzuerhalten. Besonders nach Abschluss der stationären Maßnahme, im Alltag zu Hause, ist die Gefahr groß, in alte Verhaltensmuster zurückzufallen.

E-Coaching ist eine neue verhaltenstherapeutische Interventionsform zur Selbstregulation des Verhaltens mit technischer Hilfe. Der Patient wird durch einen Handheld-Computer mehrmals am Tag programmgesteuert aufgefordert, seine Aufmerksamkeit auf sein derzeitiges Verhalten und Erleben zu richten, sich daraufhin zu überprüfen, ob er selbstfürsorglich mit sich umgeht, sein Verhalten gegebenenfalls im Sinne der in der Behandlung erarbeiteten Strategien zu korrigieren und nach einer von ihm festgelegten Zeitspanne zu überprüfen, ob diese Korrekturen erfolgreich waren.

E-Coaching soll als poststationäres Nachsorgeangebot solche Patienten, welche die Methode positiv bewerten, beim Transfer des in der stationären Behandlung Gelernten unterstützen. Die Wirksamkeit von E-Coaching in dieser poststationären Phase ist Gegenstand einer eigenständigen RCT. In der vorliegenden Studie soll überprüft werden, ob E-Coaching als psychotherapeutische Methode bei Patienten in der stationären psychosomatischen Rehabilitation nach einer einführenden Kurzbehandlung Akzeptanz findet. Zudem soll untersucht werden, ob es Geschlechts-, Alter- und Bildungsunterschiede bezüglich der Akzeptanz der Methode gibt.

Methode

Stichprobe: Die Studie schließt erwerbstätige, bei Entlassung aus der Klinik arbeitsfähige Patienten mit arbeitsplatzbezogener Selbstüberforderungsneigung ein, operationalisiert über die Skala "Verausgabungsbereitschaft" (PR ≥ 75) des AVEM (Schaarschmidt, Fischer, 2006). Ausschlusskriterien sind: laufendes Rentenverfahren, Anorexie, Persönlichkeitsstörungen aus dem Cluster A oder Cluster B. Die Stichprobe umfasst gegenwärtig n=55 Patienten (mittleres Alter 44 J., Altersrange von 22-58 Jahre; 74 % Frauen; 26,8 % Abitur).

Intervention: Die Patienten nehmen 2 Wochen vor Entlassung an einer 90-minütigen manualisierten, psychoedukativen Kleingruppenveranstaltung teil, in der die arbeitsbezogene Selbstüberforderungsneigung der Patienten fokussiert wird. Ziele für selbstfürsorgliches Verhalten werden schriftlich erarbeitet, zur Umsetzung der Vorsätze werden Selbstregulati-

*) Mit Unterstützung von BMBF und DRV im Rahmen des Förderschwerpunkts zur versorgungsnahen Forschung im Bereich "Chronische Krankheiten und Patientenorientierung" (FKZ 01GX0725)

onsstrategien vermittelt. E-Coaching wird den Patienten als technische Unterstützung vorgestellt.

Mit einer PowerPoint unterstützten Simulation werden exemplarisch E-Coaching-Abfragen dargestellt. Zudem werden die Patienten durch angeleitete Eingaben an den Geräten selbst mit deren Handhabung vertraut gemacht.

Am Ende der psychoedukativen Einheit wird Fragebogen 1 zur Bewertung der Schulung und Akzeptanz von E-Coaching erhoben. Die Patienten erhalten Gelegenheit, E-Coaching für zwei Tage im Klinikalltag zu nutzen.

Im Anschluss an die zweitägige Nutzung wird die Akzeptanz von E-Coaching erneut erhoben (Fragebogen 2). Hypothesengeleitet wurden für Fragebogen 2 dreizehn Items mit einer sechsstufigen Rating-Skala ("trifft völlig zu" - "trifft gar nicht zu") generiert. Bei der faktorenanalytischen Überprüfung der Skalenstruktur des Fragebogens 2 ließen sich zwei Hauptfaktoren extrahieren: Faktor 1 bildet die Akzeptanz von E-Coaching als psychotherapeutische Methode, Faktor 2 die Aufgeschlossenheit gegenüber elektronischen Medien ab.

Ergebnisse

Die psychoedukative Gruppeneinheit wurde insgesamt sehr positiv bewertet. Im Anschluss an die zweitägige Nutzung der Geräte im Klinikalltag zeigte sich eine gute Akzeptanz von E-Coaching als psychotherapeutische Methode (gemessen über die Items von Faktor 1): Bei 67,9 % der Patienten fällt die Bewertung positiv aus.

Betrachtet man die Items dieser Skala mit den höchsten Faktorladungen, dann ergeben sich folgende Werte: 96,1 % der Patienten stuften E-Coaching unmittelbar im Anschluss an die Gruppeneinheit als hilfreiche Methode ein, 69,8 % nach der praktischen Nutzung. 85,4 % würden nach der Schulung E-Coaching zukünftig gerne nutzen, 69,8 % nach der praktischen Nutzung.

Ein Einfluss von Alter und Bildung ließ sich weder auf die Akzeptanz von E-Coaching, noch auf die Aufgeschlossenheit gegenüber elektronischen Medien abbilden. Ein Geschlechtereffekt zeigte sich zwar in einer geringeren Aufgeschlossenheit von Frauen hinsichtlich elektronischer Medien, jedoch nicht hinsichtlich der Akzeptanz von E-Coaching.

Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass bei ausreichender Einführung sowohl in das therapeutische Rationale als auch in die technische Handhabung E-Coaching vom Großteil der Patienten angenommen wird. Durch die ausgesprochen gute Akzeptanz ist die Voraussetzung dafür gegeben, mit diesen Patienten die Wirksamkeit von E-Coaching in der poststationären Anwendung in einer eigenständigen RCT-Studie zu untersuchen.

Literatur

Bischoff, C., Schmädeke, S. (2007): Elektronisches Coaching - eine neue Methode zur Optimierung der psychosomatischen Reha-Nachsorge mit Hilfe von Handheld Computern. DRV-Schriften, Bd 72. 217-218

Schaarschmidt, U., Fischer, A.W. (2006): AVEM - Arbeitsbezogenes Erlebens- und Verhaltensmuster. 3., erweiterte und überarbeitete Auflage. Frankfurt am Main: Swets & Zeitlinger.

Intervention, Beratung und Einleitung von Leistungen zur Teilhabe für psychisch Kranke mit Arbeitsplatzproblematik

Koletzko, W. (1), Bäumler, G. (2)

(1) DAK - Unternehmen Leben, Hamburg, (2) Berufsförderungswerk Kirchseeon-München

Hintergrund

Die DAK hat ihr AU-Fallmanagement im Jahre 2000 implementiert. Wesentliches Ziel ist dabei die rasche Wiedereingliederung der arbeitsunfähigen Versicherten.

Rasch wurde erkannt, dass in 40-50 % der Krankengeldfälle psychische Erkrankungen vorliegen. Sie beeinträchtigen die Leistungsfähigkeit und können zur dauerhaften Arbeitsunfähigkeit und Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit führen. Die frühzeitige und gezielte Inanspruchnahme von medizinischen Hilfen gelingt häufig nicht optimal. Oft äußern sich psychische Störungen und psychosomatische Erkrankungen wie körperliche Krankheiten und werden deshalb gar nicht oder erst spät erkannt. Es entstehen Probleme im sozialen Umfeld und am Arbeitsplatz. In der Kombination mit Arbeitslosigkeit manifestieren sich diese Erkrankungen häufiger.

Unzureichende Behandlung und verspätete Integration in Arbeit, Beruf und Gesellschaft vermehren das Leid der Betroffenen und es entstehen der Solidargemeinschaft vermeidbare Folgekosten. Die DAK hat darauf reagiert und mit ihrem PsyCaseManagement die Voraussetzungen für eine andere Entwicklung geschaffen. Dafür wurden 600 DAK-Fallmanager speziell ausgebildet. Sie erhielten Grundlagenkenntnisse über Hintergründe, Entstehen und Behandlungsmöglichkeiten psychischer Erkrankungen. Sie wurden außerdem in "Motivierender Gesprächsführung (MI)" geschult.

Es gibt im Handeln der DAK-Fall-Manager in der Regel dann Grenzen, wenn die Grundlagen der Arbeitsunfähigkeit und/oder der drohenden Erwerbsunfähigkeit der betroffenen Versicherten in einer Arbeitsplatzproblematik zu finden sind. Das Fall-Management der DAK ist allerdings nicht darauf ausgelegt, diese zu lösen. Versicherte lassen Kontakt zwischen DAK und Arbeitgeber nicht zu, Ärzte/MDK attestieren "AU bis zur Lösung der Arbeitsplatzkonflikte".

Das bedeutet für die Versicherten langfristige Einkommenseinbußen, denn das Krankengeld ist mit 70 % vom Arbeitsentgelt, nicht mehr als 90 % des Nettoarbeitsentgelts wesentlich geringer als die letzten Bezüge. Es droht auch der Verlust des Arbeitsplatzes. Für den Arbeitgeber steigen die Lohnnebenkosten (Entgeltfortzahlung, Ersatz des ausgefallenen MA), für die Kasse die KG-Zahlungen oft bis zum Leistungsende (78 Wochen). U. a. durch Veränderungen der Verhältnisse am Arbeitsplatz sind eine Wiedereingliederung und damit eine Umkehr dieser Tendenz erreichbar.

Konzeptentwicklung

So lag die konzeptionelle Entwicklung eines Fall- und Beratungsmanagements zusammen mit dem BFW Kirchseeon-München nahe. Im wesentlichen einbezogen werden in dieses Vorhaben Versicherte mit psychischen Störungen aus den Diagnosegruppen der ICD-10 F3 (Affektive Störungen) und F4 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) und bei Arbeitsunfähigkeit oder drohender Erwerbsunfähigkeit, wenn diesen Arbeitsplatzproble-

matiken zugrunde liegen. Im Rahmen einer modellhaften Erprobung etablieren DAK und BFW ein neues Integrationsangebot mit modularen Inhalten.

Das "Basismodul" beinhaltet Beratungsgespräche des Case-Managers mit dem Versicherten. In diesem werden die Ziele und Inhalte des Vorgehens erläutert. Im Rahmen der Besprechung der medizinischen Befunde über eine Selbsteinschätzung und derzeitige Motivation des Versicherten kommt es zu einem gemeinsam erarbeiteten Ergebnis. Dabei werden nach einer Analyse des bisherigen bzw. aktuellen Arbeitsplatzes Lösungswege und Perspektiven aus Sicht des Versicherten erarbeitet, ggf. vorhandene Ängste abgebaut. Es wird eine konkrete Vereinbarung mit dem Versicherten getroffen, über die durch Gespräche mit dem Arbeitgeber eine Rückkehr vorbereitet und danach umgesetzt werden kann. Sollten erkennbar Leistungen zur Teilhabe erforderlich sein, wird eine Antragstellung ebenfalls vereinbart.

Nach Zustimmung des Versicherten kommt es zu Gesprächen des Case-Managers mit dem Arbeitgeber ("Modul 1").

Dort erfolgt zuerst die Klärung der Bereitschaft des Arbeitgebers zur Mitwirkung an der (Wieder-) Eingliederung des Versicherten sowie die Prüfung der Anforderungen an den bisherigen Arbeitsplatz des Versicherten aus Sicht des Arbeitgebers.

Die Weiterbeschäftigungsmöglichkeiten (z. B. innerbetriebliche Umsetzung, Arbeitsplatzausstattung, Veränderung von Arbeitszeit, -inhalt, -umfeld) werden ggf. mittels Betriebsbesichtigung/Analyse möglicher alternativer Arbeitsplätze beurteilt. Der Case-Manager entwickelt danach einen Eingliederungsvorschlag (Zeitrahmen, Finanzierungsbedarf, Qualifizierungsbedarf) und erarbeitet ein gemeinsames Ergebnis, z. B. Aufzeigen von individuellen Möglichkeiten zum Erhalt des Beschäftigungsverhältnisses.

Mit der DAK besteht eine Vereinbarung über das arbeitsteilige Vorgehen und die Koordinierung der Umsetzung (z. B. Einbezug zuständiger Reha-Träger) einschließlich der sich hieraus ergebenden Anträge auf Teilhabe.

Für einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe ("Modul 2") werden ggf. notwendige Unterlagen durch den Case-Manager angefordert. Diese werden im Austausch mit dem Versicherten ausgewertet und danach wird das Antragsverfahren auf Leistungen zur Teilhabe mit dem Versicherten eingeleitet.

Im Anschluss an die eingeleiteten Aktivitäten findet ein Abschlussgespräch mit dem Versicherten statt.

Erste Ergebnisse

Inzwischen liegen die ersten Ergebnisse vor. Beraten wurden bisher 31 Versicherte in 10 Monaten. Eingesetzt wurden in allen Fällen das Basismodul, in weiteren je nach Bedarf Module 1 und 2. In der Mehrzahl der Fälle gelang eine frühzeitige Wiedereingliederung oder die Wiederherstellung der Fähigkeit zur Arbeitsvermittlung. Im Durchschnitt konnten die lang andauernden Krankheitsfälle um 134 Tage verkürzt werden, pro Fall entspricht das einer Ausgabenminderung von rund € 5.000. Weiteres Beobachten ist erforderlich. Für eine erweiterte Datenlage ist eine schrittweise Ausweitung vorgesehen.

Chancen für Chancenlose - durch Vernetzung und Kommunikation

Remmert, C.
Fachklinik zur Entwöhnung von Drogenabhängigen "F42" der ADV gGmbH, Berlin

Fragestellung

Es gibt unterschiedliche Auffassungen darüber, ob ein Patient, der erfolglos verschiedene Behandlungen (Rehabilitationen oder Substitutionsbehandlungen) absolvierte, bei erneuter Rehabilitationsbehandlung Erfolg haben kann. Gleichzeitig vertreten viele Therapeuten die Auffassung, dass eine gewisse Therapieerfahrung die Prognose verbessert. Damit ist unklar, bei welchen Patienten eine erneute Rehabilitation aussichtsreich ist. Hier wird untersucht, ob fehlgeschlagene Vorbehandlungen die Wahrscheinlichkeit eines erfolgreichen Therapieabschlusses senkt.

Untersuchung

Es wurden drei Patientenjahrgänge der Therapieeinrichtung "F 42" untersucht. Ein Patientenjahrgang (n=70) wurde danach ausgewertet, ob eine vorangegangene erfolglose Substitutionsbehandlung die Wahrscheinlichkeit senkt, eine Entwöhnungsbehandlung erfolgreich abzuschließen. Bei zwei anderen Patientenjahrgängen (n=129) wurde untersucht, inwieweit eine irreguläre Beendigung früherer Behandlungen einen prognostischen Wert für die gegenwärtige Behandlung hat.

Ergebnis

Von den vor der Entwöhnungsbehandlung langfristig (d. h. mindestens 6 der letzten 12 Monate, dies traf auf 30 der 70 Patienten zu) substituierten Patienten wurden 43 % regulär entlassen. Von den nicht mit Substitution vorbehandelten Patienten beendeten 42,5 % die Behandlung regulär (Tab. 1). Ein nennenswerter Unterschied ist nicht festzustellen.

n = 70	Regulär abgeschlossen 43%	Irregulär beendet 57 %
Längerfristig substituiert	43 %	57 %
Nicht substituiert	42,5 %	57,5 %

Tab. 1: Abschluss der Entwöhnungsbehandlung nach Substitution

Bei den 129 untersuchten Patienten gab es 87 Patienten (67 %), die bereits früher in Rehabilitationsbehandlung waren. Von den vorbehandelten Patienten schlossen 43 (50 %) die Therapie regulär ab. Von den anderen schlossen 21, also ebenfalls 50 %, regulär ab (Tab. 2). Danach kann aus der Therapievorerfahrung keine Prognose auf den zu erwartenden Therapieerfolg einer erneuten Behandlung abgeleitet werden.

n = 129	Regulär abgeschlossen (50 %)	Irregulär beendet (50 %)
Therapievorerfahrung 67 %	50 %	50 %
Keine Therapieerfahrung 33 %	50 %	50 %

Tab. 2: Abschluss der Entwöhnungsbehandlung nach Therapieerfahrung

Von den 87 Patienten mit Therapieerfahrung hatten 34 (39 %) die letzte Behandlung regulär beendet, davon schlossen 18 (53 %) die erneute Entwöhnungsbehandlung ebenfalls regulär

ab (Tab. 3). Von den Patienten, die ihre vorangegangene Entwöhnungsbehandlung irregulär beendet hatten, schlossen 25 (47 %), die Behandlung positiv ab. Die Differenz ist nicht signifikant.

n = 87	Regulär abgeschlossen (49 %)	Irregulär beendet (51 %)
Vorbehandlung regulär abgeschlossen (39 %)	53 %	47 %
Vorbehandlung irregulär beendet (61 %)	47 %	53 %

Tab. 3: Abschluss der Entwöhnungsbehandlung nach Abschluss der Vorbehandlung

Einige der Patienten wiesen eine Vielzahl von fehlgeschlagenen Behandlungsversuchen auf. Bei diesen Patienten wird häufig vermutet, dass eine erneute Entwöhnungsbehandlung kaum Aussicht auf Erfolg hat. Von den 87 Patienten, die bereits Therapieerfahrung aufwiesen, hatten 22 mindestens zwei Behandlungen vor der gegenwärtigen Behandlung abgebrochen, aber immerhin 10 (45 %) schlossen die erneute Entwöhnungsbehandlung dennoch erfolgreich ab (Tab. 4).

n = 22	Regulär abgeschlossen	Irreguläre beendet
Die letzten beiden Vorbehandlungen abgebrochen	45 %	55 %

Tab. 4: Abschluss der Entwöhnungsbehandlung bei Rehabilitanden mit zwei vorherigen Behandlungsabbrüchen

Diskussion

Die berichteten Erfolge bei früher erfolglos behandelten Patienten entsprechen nicht unbedingt den Erfahrungen anderer Therapieeinrichtungen, sind aber typisch für die Rehabilitationsbehandlung in der F42. Wir führen sie auf die Besonderheiten der Behandlung zurück, die aus einem Netzwerk von gut miteinander kommunizierenden, unterschiedlichen Behandlungs- und Betreuungsangeboten besteht.

Das heißt:

- eine langfristige, im Mittel ca. ein Jahr andauernde gemeinsame Vorbereitung von Patienten durch die Beratungsstelle und die Aufnahmekoordination der Einrichtung
- die Möglichkeit der Weitervermittlung der Patienten zu jedem Zeitpunkt der Behandlung in unterschiedliche, betreute Wohnangebot des Trägers
- die Vernetzung von Trägern der Beratungsstellen, gemeindepsychiatrischer und suchttherapeutischer Angebote in einer Organschaft.

Nur durch die Flexibilität in einem Netzwerk von unterschiedlichen Behandlungssettings, die klar abgegrenzt, aber durchlässig sind, wird der Patient "da abgeholt, wo er steht" und in das für ihn zum gegenwärtigen Zeitpunkt passende Behandlungssetting integriert.

Vertrauen in den Arzt (VIA) - erste Ergebnisse einer Prüfung des Fragebogens an jugendlichen Reha-Patienten

Stachow, R. (1), Kiera, S. (2), Tiedjen, U. (1), Petermann, F. (2)

(1) Fachklinik Sylt für Kinder und Jugendliche der Deutschen Rentenversicherung Nord, Westerland, (2) Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen

Hintergrund

Die Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung nimmt in aktuellen Diskussionen einen zunehmend größeren Raum ein (Krones, Richter, 2008). Dabei kommt dem Konstrukt des Vertrauens in den Arzt, bei gleichzeitig wenigen verfügbaren Erhebungsinstrumenten, eine besondere Bedeutung zu (Girke, 2007). Zurzeit existiert in Deutschland lediglich der Fragebogen zum Vertrauen in den Arzt (VIA) von Glattacker, Gülich, Farin und Jäckel (2007) zur Erfassung des interpersonellen Vertrauens für Erwachsene. Die zunehmende Anzahl chronisch kranker Jugendlicher, die in regelmäßigem Kontakt zu Ärzten stehen und deren Angst im Arztkontakt die erlebte Kommunikationseffektivität negativ beeinflusst, zeigt unter anderem die Wichtigkeit von Vertrauen in der Arzt-Jugendlichen-Beziehung (Petermann et al., 2008). Vor diesem Hintergrund wurde der VIA einer ersten Überprüfung an Jugendlichen unterzogen. Diese soll klären, ob eine psychometrische Testung und Anpassung des VIA an Jugendliche erfolgversprechend wäre.

Methode

Die Jugendlichen wurden im Rahmen ihrer vier- bis sechswöchigen Reha-Maßnahme in der Fachklinik Sylt (FKS) mit dem VIA sowohl zwei Wochen nach Anreise, als auch bei Beendigung ihrer Reha befragt. Dabei stand zum ersten Befragungszeitpunkt ein Ansprechpartner für Fragen zur Verfügung. Die Daten zur Überprüfung der Tauglichkeit des VIA bei Jugendlichen stammen aus der zweiten Befragung, da die Jugendlichen die Reha-Ärzte zu diesem Zeitpunkt häufiger gesehen hatten und somit besser einschätzen konnten. Die Verständlichkeit der Fragen war durch die Unterstützung beim ersten Termin gewährleistet.

Ergebnisse

Die Itemanalyse ergab eine sehr gute interne Konsistenz des Fragebogens (Cronbachs α = .94). Zehn der elf Items wiesen gute Trennschärfekoeffizienten >.50 auf. Das rekodierte Item 11 ("Manchmal mache ich mir Sorgen, dass mein Arzt/ meine Ärztin die Dinge, die wir besprechen nicht für sich behält") wies mit .44 eine ausreichende Trennschärfe auf. Die Faktorenanalyse mit Varimax-Rotation bestätigte die Einfaktorenlösung (Faktor "Vertrauen": 62.5 % erklärte Varianz). Die Faktorladungen waren für alle Items > .40.

Diskussion

Die Ergebnisse der Itemanalyse sind mit denen der Studie um Glattacker et al. (2007) vergleichbar. Diese ermittelten eine interne Konsistenz der Skala (Cronbachs α) von .90. Die

Trennschärfekoeffizienten der Überprüfung an Jugendlichen erfüllen mit > .40 die geforderten Werte der Originalveröffentlichung (Anderson & Dedrick, 1990). Die Einfaktorenlösung legt nahe, dass der VIA als eindimensionales Messinstrument aufgefasst, und dieser Faktor als "Vertrauen" interpretiert werden kann.

Ausblick

Aufgrund der guten internen Konsistenz des Fragebogens, sowie der hohen Trennschärfekoeffizienten und der Einfaktorenlösung erscheint es sinnvoll und erfolgversprechend, den Fragebogen VIA einer psychometrischen Untersuchung und Anpassung an Jugendliche zu unterziehen. Besonders im Bereich der chronischen Erkrankungen, in denen die Arzt-Jugendlichen-Beziehung im Hinblick auf die Compliance und den weiteren Krankheitsverlauf eine wichtige Rolle spielt, kann dieser Fragebogen neuen Erkenntnisgewinn bringen.

Literatur

Anderson, L.A., Dedrick, R.F. (1990): Development of the trust in physician scale: a measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships. Psychological Reports, 67, 1091-1100.

Girke, M. (2007): Patient-Arzt-Beziehung. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 50, 1128-1132.

Glattacker, M., Gülich, M., Farin, E., Jäckel, W.H. (2007): Vertrauen in den Arzt ("VIA") - Psychometrische Testung der deutschen Version der "Trust in Physician Scale". Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin, 17. 141-148.

Krones, T., Richter, G. (2008): Ärztliche Verantwortung: das Arzt-Patient-Verhältnis. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 51. 818-826.

Petermann, F., Stachow, R., Kiera, S., Tiedjen, U. (2008): Arzt-Patient- Kommunikation in der Rehabilitation von Jugendlichen. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin, 18, 1-5 (im Druck).

Können wir das "dicke Ende" verhindern? Ergebnisse einer 4-jährigen Adipositas-Nachsorgestudie

Hoff-Emden, H.

Rehabilitationsklinik für Kinder und Jugendliche, Beelitz-Heilstätten

Hintergrund

Ergebnis der ASRA-Studie (van Egmond-Fröhlich et al., 2005) war, dass ein niederschwelliges Angebot zur strukturierten ambulanten Nachsorge für adipöse Kinder und Jugendliche nicht ausreichend effektiv und attraktiv war. Als Konsequenz wurde schon während dieser Studie als Intervention eine engmaschige ambulante Nachsorge in unserer Klinik installiert, um die Reha-Effekte nachhaltiger zu gestalten.

Fragestellung

In Kooperation mit der Deutschen Rentenversicherung Berlin/Brandenburg sollte die Effizienz eines ambulanten Nachsorgeprogramms für adipöse Kinder und Jugendliche nach stationärer Rehabilitation mit Anbindung an unsere Klinik überprüft werden.

Die Studiendauer betrug vier Jahre.

Methoden

Es wurden 122 Kinder und Jugendliche im Alter von 10 bis 18 Jahren in die Studie aufgenommen, deren Bodymassindex (BMI) bei Aufnahme in die Rehabilitation über der 97. Perzentile (Kromeyer-Hauschild et al., 2001) lag und bei denen nach einer sechswöchigen stationären Rehabilitation eine Gewichtsabnahme von mindestens 6 - 8 kg zu verzeichnen war.

In den ersten sechs Monaten nach Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme fand alle vier Wochen samstags für zwei Stunden ein Nachsorgeprogramm mit den Elementen Ernährungsberatung im Wechsel mit Essverhaltenstraining und Sport statt.

Das Elternprogramm beinhaltete medizinische Beratung zur Motivation und Wissensvermittlung und ergänzend psychologische Beratung zwecks Erfahrungsaustausch und lösungsvermittelnder Gespräche. Ein Jahr nach Reha-Ende fand der 6. Termin inkl. Abschlussbefragung statt.

Ergebnisse

41 Patienten haben das Nachsorgeprogramm beendet.

Die Ergebnisse des BMI-SDS zeigen einen signifikanten Unterschied zwischen Beginn und Ende der Rehabilitationsmaßnahme. Der BMI-SDS veränderte sich während des Nachsorgeprogramms nicht signifikant. Die Auswertung der Fragebögen am Ende der Reha-Maßnahme ergab eine Verbesserung in den Bereichen: Freunde finden, Anerkennung in der Peergroup, Ernährungsumstellung, Ernährungsverhalten sowie Teilnahme an Sportaktivitäten. Es zeigte sich, dass die Zufriedenheit bei den Kindern und Jugendlichen deutlich höher war als bei den Bezugspersonen. Besonderen Anklang fand die emotionale Anbindung an die Klinik und das Wiedertreffen von Freunden als Motivationsschub.

Diskussion

Ein Drittel der Patienten konnte die Nachsorge erfolgreich beenden. Gründe für Abbrüche waren "allgemeine Lustlosigkeit", Scham wegen übermäßiger Gewichtszunahme sowie vorgeschobener Zeitmangel. Auffällig war die sehr große Erwartungshaltung der Eltern an die Gewichtsentwicklung ihrer Kinder, verbunden mit wenig Eigeninitiative. Hier war die Erarbeitung einer realistischen Zielsetzung häufig Gegenstand der Gespräche. Die größte Problematik stellten auf Dauer die regelmäßige Bewegung sowie das Verzichten und Aufschieben von Bedürfnissen dar (Warschburger, Hoff-Emden, 2007).

Fazit

Eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme ist primär notwendig zur nachhaltigen Gewichtsreduktion. Zum Halten des Ausgangsgewichts und zur Vertiefung der erlernten Fähigkeiten ist die emotionale Bindung an die Klinik, in der die Nachsorge durchgeführt wurde, vorteilhaft. Die Abbrüche zeigen, dass die Auswahl des Klientels noch sorgfältiger erfolgen muss. Da ein Gewichtsanstieg nach sechs Monaten und ein Motivationsverlust auftreten, sollte ü-

ber eine sequentielle Adipositas-Therapie mit Wiederholung einer stationären Aufnahme nach vier Monaten diskutiert werden.

Es sollten die Vorzüge einer Reha-Klinik zur intensiven ambulanten Weiterbehandlung in Kombination mit einer ambulanten Vernetzung am Heimatort ermöglicht werden.

Literatur

Kromeyer-Hauschild, K., Wabitsch, M., Kunze, D., Geller, F., Geiß, H.C., Hesse, V., von Hippel, A., Jaeger, U., Johnsen, D., Korte, W., Menner, K., Müller, G., Müller, J.M., Niemann-Pilatus, A., Remer, T., Schaefer, F., Wittchen, H.-U., Zabransky, S., Zellner, K., Ziegler, A., Hebebrand, J. (2001): "Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben". Monatsschrift Kinderheilkunde, 149 (8). 807-818.

van Egmond-Fröhlich, A., Bräuer, W., Abschlussbericht Forschungsverbund Rehabilitationswissenschaften Sachsen-Anhalt / Mecklenburg-Vorpommern (2005): "Studie zur Bestimmung der Effekte eines strukturierten ambulanten Weiterbehandlungsprogrammes nach stationärer medizinischer Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas (ASRA-Studie)".

Warschburger, P., Hoff-Emden, H. (2007): Essverhalten und Erziehungsverhalten von Müttern. Gibt es Unterschiede zwischen Müttern normal-, übergewichtiger und aufmerksamkeitsgestörter Kinder?. DRV-Schriften, Bd 72. 331-332.

Soziale Fertigkeiten und ADHS - Entwicklung und Evaluation eines Trainings sozialer Fertigkeiten für Kinder mit ADHS

Schmitman gen. Pothmann, M. (1), Petermann, F. (2), Petermann, U. (2), Mayer, H. (1), Zakis, D. (1)

(1) Klinik Hochried, Zentrum für Kinder, Jugendliche und Familien,
(2) Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen

Hintergrund

Soziale Defizite gehören zu den häufigsten und sehr besorgniserregenden Begleiterscheinungen von ADHS. In der Literatur wird zunehmend auf den Bedarf hingewiesen, Ursachen dieser Defizite zu identifizieren (Nijmeier et al., 2008) und geeignete Therapiematerialien zu entwickeln, um Trainings sozialer Fertigkeiten in die Therapie von ADHS zu integrieren (Hampel et al., 2008). Basierend auf der Annahme, dass die von Barkley (1997) postulierten Defizite in exekutiven Funktionen die von Crick und Dodge (1994) benannten Schritte sozial kognitiver Informationsverarbeitung systematisch beeinflussen, entstand ein Modell zur Pathogenese sozialer Fertigkeiten. Es wurde auf Grundlage dieses Modells ein Training sozialer Fertigkeiten für Kinder mit ADHS entwickelt. Seit 2007 findet dieses im Rahmen von stationärer Kinderrehabilitation und der Ambulanz der Klinik Hochried Anwendung.

Ziel der Studie war es, erste Effekte des Gruppentherapieprogramms im Hinblick auf soziale Fertigkeiten und weitere psychische Faktoren bei Kindern mit ADHS zu ermitteln.

Methodik

Die Studie wurde in der Ambulanz der Klinik Hochried durchgeführt. In einem experimentellen Vortest/Nachtest-Design mit unbehandelter Wartekontrollgruppe wurde eine Stichprobe von 40 Kindern untersucht (6 Mädchen, 34 Jungen, 7-13 Jahre, M=9,3 J., ICD 10 Diagnosen: F90.0, F90.1, F98.8), in der sich Kontroll- und Interventionsgruppe weder im Hinblick auf die demographischen Merkmale noch auf die Ausgangswerte der abhängigen Variablen signifikant von einander unterschieden. Da ein deutschsprachiges geeignetes Instrument zur Erfassung sozialer Fertigkeiten von Kindern bislang nicht existierte, wurde der Erfassungsbogen sozialer Fertigkeiten (ESF-E) als ein Elternfragebogen entwickelt und angewendet (6 Skalen, jeweils 8 Items, interne Konsistenzen zwischen .79 und .88). Aufmerksamkeitsleistungen wurden durch den Fremdbeurteilungsbogen FBB HKS und begleitende psychische Faktoren durch den SDQ erhoben. Die Therapie umfasste 10 ein-stündige Gruppentherapiesitzungen und wurde in Kleingruppen mit 4 Kindern durchgeführt.

Ergebnisse

Es konnte gezeigt werden, dass es sowohl im Bereich sozialer Fertigkeiten als auch bei Aufmerksamkeitsleistungen und begleitenden psychischen Faktoren nach der Teilnahme am Training zu signifikanten Verbesserungen gekommen ist. Es lassen sich insgesamt mittlere bis hohe Effekte nachweisen (Abb.1).

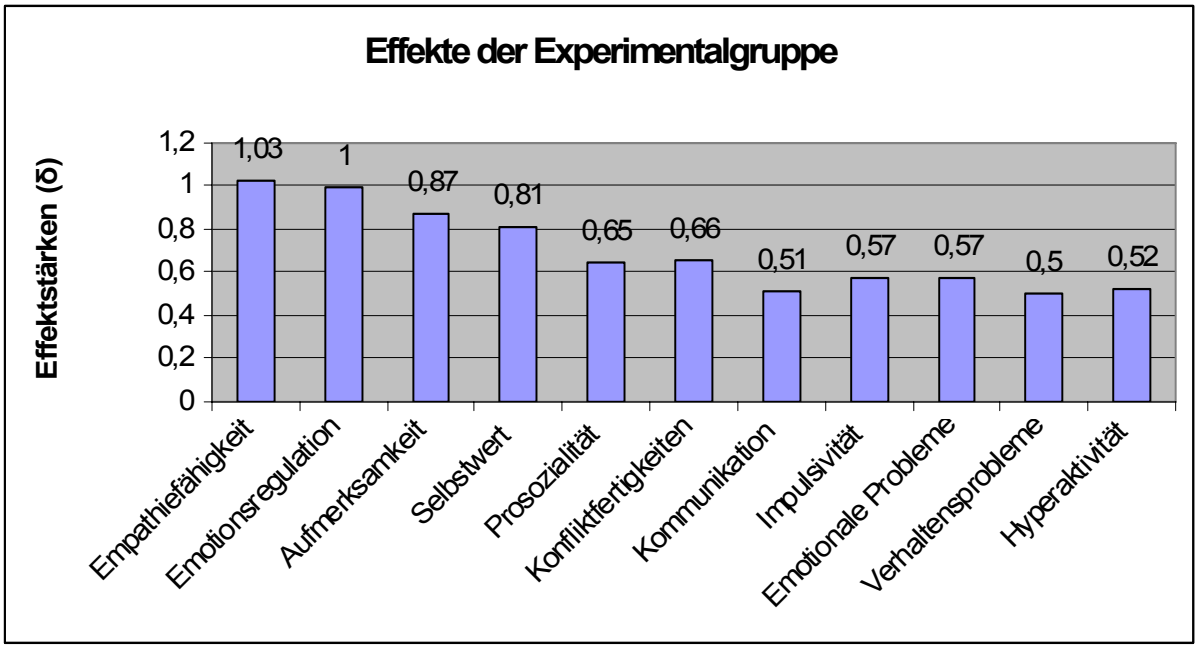


Abb. 1: Effektstärken (δ) (M2-M1/S) in der Experimentalgruppe

Bei der Kontrollgruppe kommt es bei keiner der Variablen zu signifikanten Verbesserungen. Bei 7 von 11 erhobenen Variablen unterscheiden sich Kontroll- und Experimentalgruppe hinsichtlich der Differenzen zwischen den Messzeitpunkten vor und nach dem Training signifikant voneinander.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse sprechen dafür, dass die Durchführung des speziellen Trainings sozialer Fertigkeiten für Kinder mit ADHS eine sinnvolle effektive Ergänzung in der Therapie von

ADHS darstellt. Im Rahmen des zunehmend häufig geforderten multimodalen Behandlungsansatzes (Döpfner et al., 2008) ist es ein wichtiger Baustein.

Um Aussagen über Langzeitwirkungen und Effekte in anderen institutionellen Rahmenbedingungen treffen zu können, wäre eine weitere Überprüfung mit standardisierten Messinstrumenten an einer größeren Stichprobe wünschenswert.

Literatur

Barkley, R.A. (1997): Behavioral inhibition, sustained attention and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. Psychological Bulletin, 121. 65-94.

Crick, N.R., Dodge, K.A. (1994): A Review and reformulation of social information - processing mechanisms in children`s social adjustment. Psychological Bulletin, 115. 74-101.

Döpfner, M., Banaschewski, T., Sonuga-Barke, E. (2008): Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). In: Petermann, F. (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie, 6. vollst. überarb. Aufl.. Göttingen: Hogrefe. 257-273.

Hampel, P., Manhal, S., Roos, T., Desman, C. (2008): Interpersonal coping among boys with ADHD. Journal of Attention Disorders, 11. 427-236.

Nijmeijer, J.S., Minderaa, R.B., Buitelaar, J.K., Mulligan, A., Hartman, C.A., Hoekstra, P.J. (2008): Attention-deficit/hyperactivity disorder and social dysfunctioning. Clinical Psychology Review, 28. 692-708.

Training zur Stressbewältigung und sozialen Kompetenz für Jugendliche und junge Erwachsene in der neurologischen Rehabilitation

Tur, O. (1), Spranger, M. (2), Thomsen, M. (1), Hampel, P. (1,3)

(1) Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen,
(2) Neurologisches Rehabilitationszentrum Friedehorst, Bremen, (3) Stiftungsprofessur "Rehabilitationspsychologie" der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen

Hintergrund

Studien legen nahe, dass der Wiedereingliederungserfolg von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der neurologischen Rehabilitation mit erworbenen Hirnschädigungen noch optimiert werden könnte. Empirische Befunde sprechen dafür, dass Patienten mit erworbenen Hirnschädigungen hoch beansprucht sind und Defizite in der sozialen Kompetenz aufweisen, die oftmals noch über Jahre nach der Schädigung festzustellen sind (Prigatano, 2004). Eine eigene Pilotstudie konnte diese Annahme untermauern, indem die Patienten eine signifikant erhöhte Angst (HADS-D), Ängstlichkeit/Depressivität (SPS-J) sowie einen höheren Selbstwert (SES) und geringere Selbstwertprobleme (SPS-J) im Vergleich zu den Normwerten angaben. Darüber hinaus hat sich herausgestellt, dass solche psychosozialen und motivationalen Faktoren den Rehabilitationserfolg maßgeblich gefährden (Baethge, Hanisch, 2003). Allerdings lag bislang noch kein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppentraining vor, das den adäquaten Umgang mit sozialen und beruflichen Belastungssituatio-

nen, die psychische Gesundheit, die Verbesserung der Selbstwahrnehmung sowie die Stabilisierung des Selbstwerts gezielt fördert.

Ziel der Studie war es, die kurzfristige Wirksamkeit eines neu entwickelten Trainings zur Stressbewältigung und sozialen Kompetenz für Jugendliche und junge Erwachsene in der neurologischen Rehabilitation zu untersuchen.

Methodik

In einem zweifaktoriellen Design wurde der Rehabilitationserfolg auf die psychosozialen Kennwerte vor, unmittelbar nach und 3 Monate nach der Rehabilitation in Abhängigkeit von der experimentellen Bedingung bei 22 Patienten der stationären neurologisch-beruflichen Rehabilitation im Rehabilitationszentrum Friedehorst in Bremen untersucht (7 Frauen, 15 Männer). Die Patienten waren zwischen 16 und 26 Jahren (M=19.41, SD=2.38). Die meisten hatten ein Schädel-Hirn-Trauma oder ein Polytrauma erlitten (n=15), während drei Patienten mit einer Epilepsie und jeweils ein Patient mit Hirnblutung, Encephalitis bzw. Hypoglykämie in die Erhebung mit aufgenommen wurden. Alle Patienten nahmen an Maßnahmen zur beruflichen bzw. schulischen Wiedereingliederung teil und hatten vergleichbare psychosoziale Probleme. Die Kontrollgruppe (KG) erhielt die Standardbehandlung und die Interventionsgruppe (IG) eine kombinierte Standardbehandlung mit einem Training zur Stressbewältigung und sozialen Kompetenz. Das kognitiv-behaviorale Gruppentraining basierte auf dem Anti-Stress-Training (Hampel, Petermann, 2003), dem Training mit Jugendlichen (Petermann, Petermann, 2003) und dem Gruppentraining sozialer Kompetenzen (Hinsch, Pfingsten, 2002). Es umfasste vier 45-minütige Einzel- und vier 90-minütige Gruppensitzungen, die alternierend durchgeführt wurden und sich über vier Wochen erstreckten.

Da sich in vielen Ausgangswerten Gruppenunterschiede ergaben, wurden kovarianzanalytische Auswertungen mit der Ausgangslage als Kovariate vorgenommen.

Ergebnisse

In der Stressverarbeitung waren keinerlei Gruppeneffekte oder Wechselwirkungen "Experimentelle Bedingung x Zeit" über die Post- und 3-Monatserhebung nachweisbar; beide Gruppen verbesserten sich in den problemlösenden Stressverarbeitungsstrategien im Verlauf der Katamnese. Es stellten sich drei Gruppenhaupteffekte dar. Post hoc berechnete abhängige paarweise Vergleiche erzielten folgende Ergebnisse: Im Vergleich zur KG wies die IG eine signifikant niedrigere ADS-Depressivität zur 3-Monatskatamnese auf (p=.008, d=-1.27). Außerdem war die HADS-Angst bei Patienten in der IG tendenziell geringer zur Posterhebung (p=.063, d=-.85) und signifikant geringer in der 3-Monatskatamnese (p=.025, d=-1.04). Schließlich war der SES-Selbstwert bei Patienten in der IG sowohl zur Posterhebung (p=.003, d=0.15) als auch zur 3-Monatskatamnese signifikant höher (p=.012, d=1.26).

Diskussion

Die Ergebnisse sprechen dafür, dass das gezielte Einüben von Stressbewältigungsstrategien und von adäquaten Verhaltensweisen in sozialen Situationen zu einer Verbesserung der psychischen Beeinträchtigungen und des Selbstwertes führen. Zukünftige Studien mit größeren Stichproben müssen diese ersten Befunde jedoch erst replizieren und die langfristigen Rehabilitationseffekte untersuchen.

Diese ersten Befunde unterstützen jedoch, das Training weiterhin einzusetzen. Allerdings wird angenommen, dass die Effizienz des Trainings gesteigert werden könnte, indem die Gruppenzusammenstellung unter Berücksichtigung der neuropsychologischen Domänen von Störungsbildern der Patienten erfolgt. Um den Bedürfnissen der Patienten noch besser gerecht zu werden, sollten künftige Untersuchungen geschlechtspezifische Interventionseffekte untersuchen.

Literatur

Baethge, K., Hanisch, L. (2003): Diagnostik und Behandlung des Schädel-Hirn-Traumas. Trauma und Berufskrankheit, 5. 415-420.

Hampel, P., Petermann, F. (2003): Anti-Stress-Training für Kinder (2. Aufl.). Weinheim: Beltz PVU.

Hinsch, R., Pfingsten, U. (2002): Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK) (4. Aufl.). Weinheim: Beltz PVU.

Petermann, F., Petermann, U. (2003): Training mit Jugendlichen. Förderung von Arbeits- und Sozialverhalten (7., überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Prigatano, G. P. (2004): Neuropsychologische Rehabilitation. Berlin: Springer.

Evaluation von Stepping Stones Triple P - Drei-Jahres-Zwischenergebnisse der Stepping-Stones-SPZ-Multicenterstudie

Schaadt, A.-K. (1), Hasmann, S. (1), Hampel, O. (1), Hasmann, R. (1), Petermann, F. (2), Holl, R. (3)

(1) Sozialpädiatrisches Zentrum der Marienhausklinik Kohlhof, Neunkirchen/Saar,
(2) Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen,
(3) Institut für Epidemiologie, Universität Ulm
für die German Stepping Stones Study Group

Hintergrund

Stepping Stones Triple P (Sanders et al., 2003) ist ein effektives, verhaltenstherapeutisch orientiertes Elterntraining, welches sowohl präventiv als auch als Intervention bei kindlichen Verhaltensauffälligkeiten oder Erziehungsproblemen sowie zur Förderung der kindlichen Entwicklung in Familien mit behinderten Kindern eingesetzt werden kann. Es baut auf dem Positive Parenting Program (Triple P) auf und richtet sich gezielt an Eltern von behinderten oder entwicklungsgestörten Kindern.

Im Rahmen einer Multicenterstudie in Deutschland unter verschiedenen Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) und weiterer Kliniken/Einrichtungen wurde Stepping Stones Triple P als Gruppen-Elterntraining mit 3 bis 7 Familien pro Schulung auf seine Wirksamkeit im deutschen Kulturraum überprüft.

Methodik

Die Evaluationsstudie gliedert sich in drei Studienarme: in eine randomisierte Studie mit Wartekontrollgruppendesign an SPZ bei Kindern mit klinischen Auffälligkeiten (A), in eine offene Qualitätssicherungsstudie an SPZ und weiteren Kliniken/Einrichtungen in der Routi-

neversorgung (B) und in eine randomisierte Studie mit Wartekontrollgruppendesign mit verstärkt präventiver Zielrichtung (C), wobei die SPZ in diesem Falle mit Fördereinrichtungen wie Frühförderung, Sonderkindergärten und -schulen kooperieren.
Die Datenerhebung erfolgt zu vier bzw. fünf (nur Wartekontrollgruppe) Messzeitpunkten: vor Beginn der Wartezeit der Wartekontrollgruppe (T0), vor Trainingsbeginn (T1), unmittelbar nach Trainingsende (T2), sechs Monate nach Trainingsende (T3), zwölf Monate nach Trainingsende (T4) und 24 Monate nach Trainingsende (T5).

Die aktuelle Zwischenauswertung bezieht sich auf gepoolte Daten der Studienarme A und B bei Analyse der Daten zu den Messzeitpunkten T1-T3.

Die vorgestellte Zwischenauswertung stützt sich auf die Evaluation der Fragebögen von 80 Familien mit 80 T1-, 80 T2- und 46 T3-Datensätzen.

Über Fragebögen wurden elterlichen Belastungen (DASS 21), Erziehungsverhalten (EFB-K) und kindliches Verhalten (DBC, SDQ) erfasst.

Ergebnisse

Die Veränderungen der DASS 21-Skalen weisen auf eine wesentliche Reduktion elterlicher Belastungen in Zusammenhang zum Stepping Stones Gruppen-Elterntraining hin (Abb. 1). Besonders hervorzuheben ist die Stabilität der Effekte auch noch sechs Monate nach Therapieende (T3).

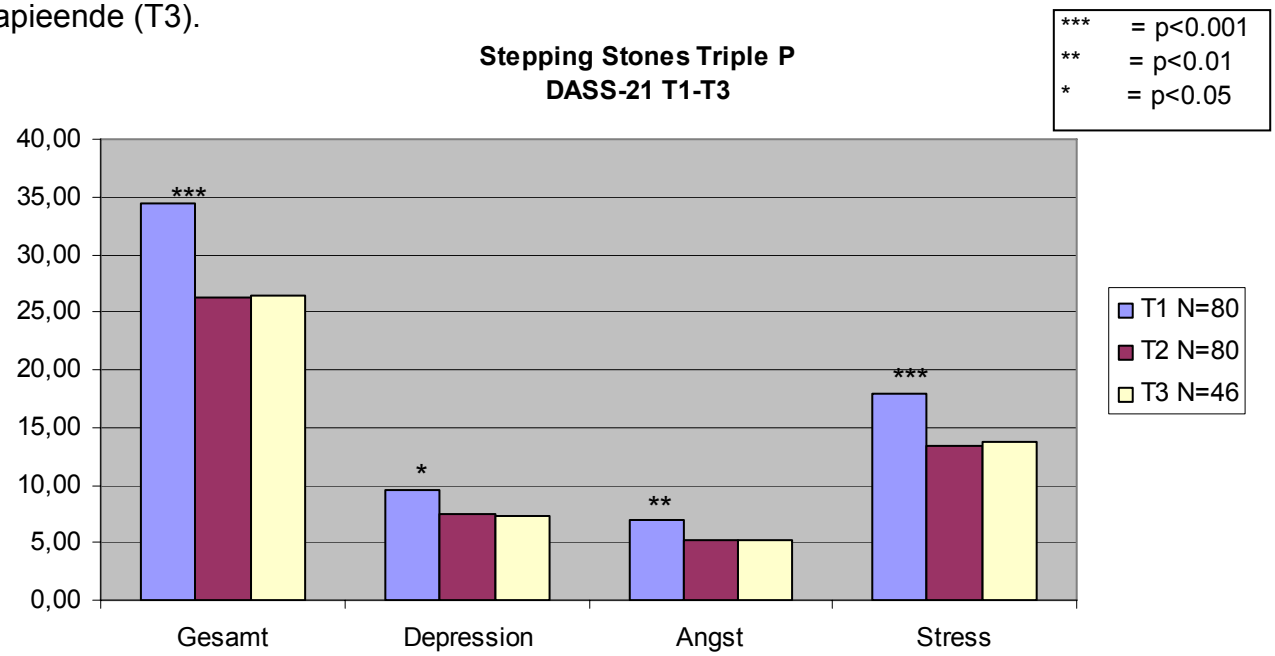


Abb. 1: Mittlere Verläufe für die elterlichen Belastungen (nach DASS21) für N_{T1}=80, N_{T2}=80, N_{T3}=46

Die Skalen des DBC zeigen einen Rückgang kindlicher Verhaltensprobleme, welcher auch sechs Monate nach Therapieende (T3) fortbesteht. Auch weitere Fragebögen (z. B. SDQ) weisen im Prä-/Postvergleich auf eine Verbesserung des kindlichen Verhaltens hin. Die Skalen des EFB-K beschreiben eine deutliche Verbesserung des Erziehungsverhaltens (Abb. 2). Diese positive Veränderung bleibt vor allem mit Blick auf die Subskalen "Nachgiebigkeit" und "Überreagieren" auch sechs Monate nach Trainingsende (T3) stabil.

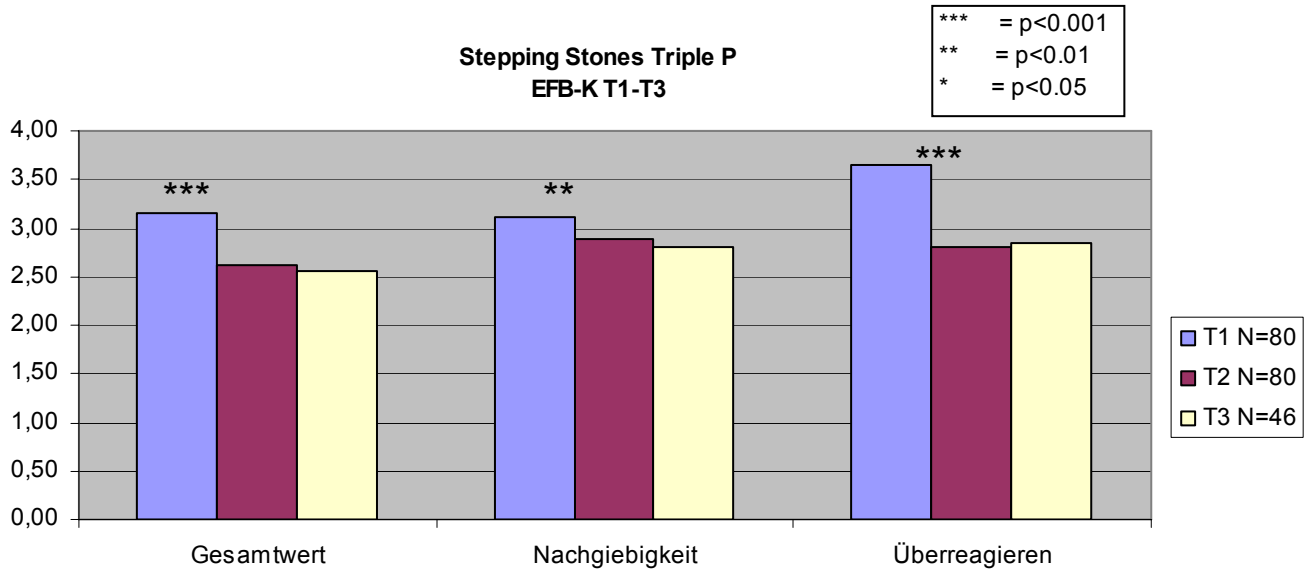


Abb. 2: Mittlere Verläufe des Erziehungsverhaltens (nach EFB-K) für N_{T1}=80, N_{T2}=80, N_{T3}=46

Diskussion und Schlussfolgerungen

Die hier vorliegenden Ergebnisse sind lediglich eine Zwischenauswertung gepoolter Daten der Studienarme A und B, da aus methodischen Gründen keine fortlaufende Evaluation der einzelnen Studienarme erfolgen kann.

Im australischen Kulturraum wurde das Stepping Stones Triple P Elterntraining für Familien mit behinderten Kindern bereits erfolgreich evaluiert (Plant, Sanders, 2007). Besonders die Kernziele Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung, Förderung positiven Erziehungsverhaltens, Förderung der kindlichen Entwicklung, Reduktion elterlicher Belastungen, Steigerung der elterlichen Kompetenz sowie Reduktion und Prävention kindlicher Verhaltensprobleme wurden dort wirksam und nachhaltig erreicht (Plant, Sanders, 2007).

Mit Blick auf die hier vorliegende Zwischenauswertung ist zu erkennen, dass diese Ziele auch tendenziell im deutschen Kulturraum mit dem Stepping Stones Gruppen Elterntraining erreicht werden können. Insbesondere in den Kategorien der emotionalen und sozialen kindlichen Entwicklung, der Verbesserung des elterlichen Erziehungsverhaltens und der Reduktion von elterlichen Belastungen ist deutlich zu sehen, dass positive Behandlungseffekte auch noch sechs Monate nach Behandlungsende (T3) fortbestehen.

Literatur

Plant, K.M., Sanders, M.R. (2007): Reducing problem behavior during care-giving in families of preschool-aged children with developmental disabilities. Research in Developmental Disabilities, 28. 362-385.

Sanders, M.R., Mazzucchelli, T.G., Studman, L.J. (2003): Practioner's manual for standard Stepping Stones Triple P. Brisbane, Australia: Triple P International.

Stationäre Adipositastherapie bei übergewichtigen und adipösen Kindern und Jugendlichen - Interventionsergebnisse und Follow-up nach sechs Monaten

Langhof, H. (1), Halle, M. (2), Radinger, A. (1), Pertl, A. (2), Schlenz, I. (2), Wolfarth, B. (2), Siegrist, M. (2)

(1) Klinik Schönsicht, Berchtesgaden, (2) Lehrstuhl für Präventive und Rehabilitative Sportmedizin, Technische Universität München

Hintergrund und Fragestellung

Die stationäre Adipositastherapie ist eine mögliche Therapiestrategie zur Gewichtsreduktion bei Kindern und Jugendlichen (Goldapp, Mann, 2007; Kurth, Schaffrath, 2007). Der kurz- und mittelfristige Nutzen ist bislang nur unzureichend dokumentiert.

Methoden

Zu Beginn und am Ende einer stationären Adipositastherapie (5,3±0,9 Wochen) sowie nach 6 Monaten (Follow-up) wurde Alter, BMI-SDS (Body-Mass-Index-Standard deviation score), Bauchumfang sowie Bewegungs- und Ernährungsverhalten von 131 übergewichtigen (BMI > 90. Perzentile) und adipösen Kindern (BMI > 97. Perzentile) (14,0±2,2 Jahre, BMI 34,2±6,2 kg/qm) untersucht. Die Therapieintervention beinhaltete eine kalorienreduzierte Mischkost, ein kontrolliertes Sportprogramm sowie die Teilnahme an verhaltenstherapeutischen Gruppen.

Ergebnisse

1. Das Körpergewicht reduzierte sich durch die Therapie um 10,0±5,0 kg und führte zur BMI-SDS-Reduktion von 2,7±0,5 auf 2,2±0,6 bei den Jungen (n=47, p<0,001) und von 2,8±0,5 auf 2,4±0,6 bei den Mädchen (n=84, p<0,001). Eine weitere BMI-SDS Reduktion um 0,2 erreichten die Jungen (n=24) nach 6 Monaten.
2. Der Bauchumfang nahm durch die Therapie um 6,6±5,1 cm (p<0,001) ab und konnte von den Jungen nach 6 Monaten um weitere 5 cm reduziert werden (p<0,001).
3. Die körperliche Aktivität (>60 Minuten/Tag) wurde bei den Jungen von 2 auf 4 Tage/Woche während der Therapie gesteigert und lag nach 6 Monaten über dem Ausgangsniveau (p=0,005). Die Mädchen erreichten während der Therapie einen Anstieg von 3 auf 4 Tage/Woche (p=0,002).
4. Die Jungen nahmen nach 6 Monaten weniger energiedichte Lebensmittel zu sich (p=0,046).

Folgerungen

Eine stationäre Lebensstilintervention kann zur Umstellung des Aktivitäts- und Ernährungsverhaltens und zur längerfristigen Reduktion von Körpergewicht und Bauchumfang führen, was dringend notwendig wäre, um adipositasassoziierte Erkrankungen zu verringern (Morri-

son et al., 2008; Steinberger, Daniels, 2003). Weitere Nachbeobachtung der Kinder ist notwendig, um den Langzeiteffekt zu verifizieren.

Literatur

Goldapp, C., Mann, R. (2007): Versorgung übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland. Ernährungsumschau, 7. 394-401.

Kurth, B., Schaffrath, R.A. (2007): Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 50 (5/6). 736-742.

Morrison, J.A., Friedmann, L.A., Wang, P., Glueck, C.J. (2008): Metabolic sybdrome in childhood predicts adult metabolic syndrome and type 2 diabetes mellitus 25 to 30 years later. J.Pediatr; 152 (2). 201-206.

Steinberger, J., Daniels, S.R., (2003): Obesity, insulin resistance, diabetes, and cardiovascular risk in children: an American Heart Association scientific statement from the Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in the Young Committee (Council on Cardiovascular Diesease in the Young) and the Diabetes Committee (Council on Nutrition, Phsyical Activity, and Metabolism). Circulation, 107 (19). 1448-1453.

Modellprojekt zur Behandlung der Adipositas im Kindes- und Jugendalter der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg und der AOK Baden-Württemberg

Kromeyer-Hauschild, K. (1), Giesinger, C. (2), Hartschuh, U. (3)

(1) Institut für Humangenetik und Anthropologie, Universitätsklinikum Jena,
(2) AOK Baden-Württemberg, (3) Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Hintergrund

Das gegenwärtige Ausmaß der Adipositas stellt eine immense gesundheitspolitische Herausforderung dar. Die Primärindikation Adipositas hat einen steigenden Anteil an Heilverfahren, welche durch die Rentenversicherungsträger bewilligt werden und führt somit zu einer deutlichen Erhöhung der ökonomischen Belastung. Untersuchungen zeigen, dass die stationäre Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen den an sie gestellten Erwartungen gerecht wird, eine Verhaltensänderung und Übergewichtsstagnation bzw. -reduktion zu induzieren (Siegfried et al., 2006), wobei diese Therapieeffekte allerdings ohne effektive Nachsorge teilweise wieder verloren gehen. Auch eine niederschwellige ambulante Intervention unter Einbeziehung niedergelassener Ärzte führt hier zu keiner Verbesserung (van Egmond-Fröhlich et al., 2006). Es wird davon ausgegangen, dass nur ressortübergreifende Strategien dazu beitragen werden, das kurz-, mittel- und langfristige Ernährungs- und Bewegungsverhalten zu verändern, um dadurch einen langfristigen Therapieerfolg und eine Senkung des Risikos adipositasbedingter Erkrankungen zu erzielen (Kliche, Mann, 2008).

Von der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg und der AOK Baden-Württemberg wurde deshalb ein Modellkonzept zur sektorenübergreifenden Zusammenarbeit zwi-

schen stationärer Rehabilitation und ambulanter Therapie bei der Behandlung adipöser Kinder und Jugendlicher entworfen und mit dessen Umsetzung begonnen.

Intervention

Das Konzept sieht die Kombination einer dreiwöchigen stationären Rehabilitation zur Gewichtsreduktion mit einem einjährigen ambulanten Patientenschulungsprogramm vor. Bei diesen Programmen handelt es sich um vom MDS positiv bewertete Patientenschulungsprogramme zur Gewichtsreduktion, die mit multidisziplinären Teams in Wohnortnähe der Kinder und Jugendlichen arbeiten. Abbildung 1 zeigt die Eckpunkte des Verfahrens.

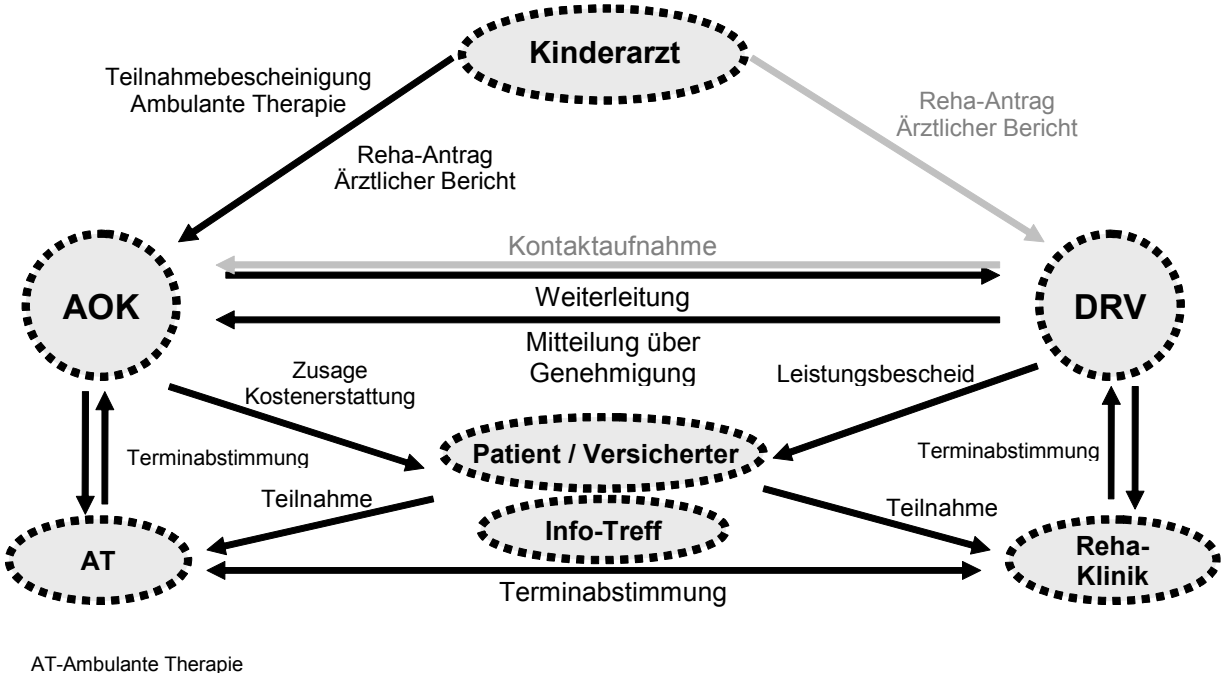


Abb. 1: Eckpunkte des Verfahrens

Zielgruppe

Am Programm können Kinder und Jugendliche im Alter von 6 bis 16 Jahren teilnehmen, wenn einerseits eine entsprechende Indikation (BMI>P99,5; BMI>P97 + zusätzliche Risikofaktoren und Krankheiten; BMI>P90 + behandlungsbedürftige Erkrankung) und andererseits die Bereitschaft zur Teilnahme sowohl an der stationären Rehabilitation als auch am ambulanten Schulungsprogramm vorliegt. Bis zum September 2008 durchliefen 94 Teilnehmer das ambulante Programm, von denen allerdings nur 50 an einer stationären Maßnahme teilnahmen.

Ergebnisse

Nach einer ca. einjährigen Pilotphase, in der eine intensive Beobachtung und ein regelmäßiger Austausch über das Projekt mit allen Beteiligten sowie gemeinsame Treffen stattfanden, wurde das Programm modifiziert sowie eine Erweiterung der Zahl der (ambulanten) Anbieter (2007: 3 Kliniken / 7 ambulante Programmanbieter; 2008: 3 / 9; geplant: 4 / 15) geplant.

Hauptprobleme bei der Realisierung des Projektes waren u. a. die Verknüpfung des ambulanten Programms mit einer stationären Maßnahme (die im Ausgangskonzept vor der ambu-

lanten Maßnahme stattfinden sollte) und die Rekrutierung (Bereitschaft) der Patienten. Folgende Punkte sollen zur Verbesserung des Projektes beitragen:

- Schnittstellenoptimierung (hinsichtlich organisatorischer Aspekte, Ablauf, Therapieinhalte)
- Stärkere Motivation zur Nachsorge
- Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit
- Verbesserung der Zusammenarbeit mit Ärzten (einschl. Informationsfluss).

Maßnahmen zur Realisierung dieser Punkte sind z. B.:

- flexible stationäre Aufnahme (vor, während oder am Ende der ambulanten Phase)
- sowohl Block- als auch Einzelaufnahme der Kinder in der Reha-Klinik
- Schulungen im Rahmen der stationären Therapie im Sinne eines "emotionalen Trainings"
- Erstellung eines Übersichtsblattes, auf welchem sich die beteiligten Einrichtungen mit einem kurzen Leistungsprofil vorstellen
- Straffung vorhandener Merkblätter für Ärzte und Eltern
- Verstärkung der öffentlichkeitswirksamen Kommunikation des Kooperationsprojekts.

Das Projekt wird durch eine wissenschaftliche Evaluation begleitet, die sich sowohl auf die Prozess- als auch Ergebnisqualität bezieht.

Ausblick

Die Durchführbarkeit sowie die Ergebnisse des hier vorgestellten Konzeptes sollen anhand des Modellprojektes überprüft werden. Sich anschließende Kosten-Effizienz-Analysen werden dazu dienen, Entscheidungen bezüglich eines weiteren Ausbaus oder einer Modifikation des Konzeptes zu treffen.

Literatur

Kliche, T., Mann, R. (2008): Die Qualität der Versorgungsangebote für adipöse Kinder und Jugendliche. Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung.Gesundheitsschutz, 51. 646-656.

Siegfried, W., Kromeyer-Hauschild, K., Zabel, G., Siegfried, A., Wabitsch, M., Holl, R.W. (2006): Studie zur stationären Langzeittherapie der extremen juvenilen Adipositas - Jeder Zweite nimmt langfristig ab. MMW Fortschr. Med, 35-36. 39-41.

van Egmond-Fröhlich, A., Bräuer, W., Goldschmidt, H., Hoff-Emden, H., Oepen, J., Zimmermann, E. (2006): Effekte eines strukturierten ambulanten Weiterbehandlungsprogrammes nach stationärer medizinischer Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas - Multizentrische, randomisierte, kontrollierte Studie. Die Rehabilitation, 45. 40-51.

Identifikation von Determinanten der Gewichtsreduktion bei Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht und Adipositas (IDA-Insel)*)

Kaps, A., Schiel, R.

MEDIGREIF-Inselklinik Heringsdorf GmbH, Seeheilbad Heringsdorf

Hintergrund und Fragestellung

Verfügbare Untersuchungen belegen eine hohe Varianz hinsichtlich des Outcomes von Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht und Adipositas, die an evaluierten strukturierten Behandlungs- und Schulungsprogrammen (SBSP) zur Gewichtsreduktion teilgenommen haben. Die meisten Studien belegen eine relativ kurzfristige Gewichtsreduktion mit einem Maximum nach 6 Monaten, danach aber häufig wieder eine Gewichtszunahme. Es wird derzeit ein geeignetes Untersuchungsprogramm entwickelt, mit dessen Hilfe psychologische Komponenten wie intrinsische und extrinsische Motivation, Empowerment, soziokulturelle, sozioökonomische und medizinische Faktoren erfasst werden, die in Interaktion zur Gewichtsveränderung stehen könnten. Das Untersuchungsprogramm wurde interdisziplinär von Ärzten, Psychologen, Ernährungs- und Sporttherapeuten entwickelt und in einer Evaluationsstudie strukturiert und standardisiert angewendet.

Patienten und Methoden

Semistandardisiert wird von einem Arzt die Anamnese erhoben (aktuelle Beschwerden, Eigenanamnese, Sozialanamnese, vegetative Anamnese, spezifische Fragen zur Entwicklung von Übergewicht und Adipositas). Weitere medizinische und Laborparameter werden erfasst (BMI, BMI-SDS, Körpersegmentanalyse zur Bestimmung von Fettmasse und prozentualem Fettanteil, Lipidstatus, Harnsäure, TSH, CRP, Blutglukose nüchtern und nach 75g OGTT, 24-h-Blutdruckmonitoring, Messung der Carotis-Intima-Media-Dicke). Weiterhin wird eine psychologische Exploration durchgeführt und mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens werden mögliche Prädiktoren und Determinanten für die weitere Entwicklung von Übergewicht und Adipositas analysiert. Der Fragebogen umfasst 125 Items aus 13 Teilbereichen (intrinsische und extrinsische Motivation, Selbstwirksamkeit, Erziehungsstil, Essstörungen, Ernährung, Bewegung, Depressivität, Selbstwertgefühl, Lebensqualität, Stressbewältigung, Attributionsstil, Kohärenzsinn, soziale Indikation). Bisher wurden insgesamt 67 Kinder und Jugendliche in die Studie eingeschlossen.

Vorläufige Ergebnisse

Während eines stationären Aufenthaltes von 4-6 Wochen haben die Kinder und Jugendlichen (Alter 14,0±2,6 Jahre, BMI 31,1±5,4 kg/m2, BMI-SDS 2,41±0,53) am SBSP nach den Richtlinien der AGA/KgAS teilgenommen. Die mittlere Gewichtsreduktion betrug 7,25±0,42 kg ($p<0,01$). Der BMI war auf 28,6±5,1 kg/m2 abgesunken ($p<0,01$), der BMI-SDS auf 2,03±0,62 ($p<0,01$). Auf den Skalen zur Erfassung emotionaler Probleme, von Verhaltensproblemen und Hyperaktivität sowie im Wortschatz- und Zahlenfolgentest hatten die Kinder

*) Mit Mitteln des Vereins zur Förderung des Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein e.V. (vffr) und unter Mitarbeit der Institute für Community Medicine sowie Psychologie der Ernst-Moritz-Arndt-Universität, Greifswald und des Fraunhofer-Institutes für Graphische Datenverarbeitung, IGD Rostock, Rostock

und Jugendlichen im Mittel folgende Scores erreicht: 3,5±2,6, 2,3±1,7, 1,8±0,3, 98,7±13,2 und 94,8±16,6. Bei guter mittlerer Intelligenz der Kinder und Jugendlichen ergaben sich weiterhin Korrelationen zwischen dem Ergebnis im Wortschatztest und Verhaltensproblemen mit Gleichaltrigen (r=-0,678, p=0,031), sowie dem Ergebnis im Zahlenfolgentest und dem Wortschatztest (r=0,470, p=0,001). In der multivariaten Analyse ergaben sich keine Assoziationen (in das Modell einbezogene Parameter: Alter, Geschlecht, BMI, BMI-SDS, Gewichtsabnahme, Scores zur Beurteilung von emotionalen Problemen, Verhaltensproblemen, Hyperaktivität, Wortschatz- und Zahlenfolgentest).

Schlussfolgerungen

Kinder und Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas, die zu einer stationären Gewichtsreduktion im Rahmen eines SBSP eingewiesen werden, erreichen bei mittleren Ergebnissen im Wortschatz- und Zahlenfolgentest (mittleres Intelligenzniveau) eine gute initiale Gewichtsreduktion. Die Scores für emotionale und Verhaltensprobleme liegen in dieser Gruppe etwas überdurchschnittlich. Es ergeben sich aber keine Assoziationen zum Ausmaß der Gewichtsreduktion. Das Ausmaß der Gewichtsreduktion und insbesondere die Langzeiteffektivität scheinen daher auf relativ komplexen Verhaltens- und psychologischen Mustern zu beruhen. Interaktionen mit intrinsischer und extrinsischer Motivation, Selbstwirksamkeit, Erziehungsstil, Essstörungen, Ernährung, Bewegung, Depressivität, Selbstwertgefühl, Lebensqualität, Stressbewältigung, Attributionsstil und Kohärenzsinn werden derzeit noch analysiert.

Reliabilität und Validität des RQ-Werts zwecks Beurteilung des Fett/Kohlenhydrat-Metabolismus bei der stationären Rehabilitation adipöser Kinder und Jugendlicher*)

Rothmaier, A. (1), Werner, A. (1), Langhof, H. (2), Ulmer, H.-V. (1)

(1) Institut für Sportwissenschaft, Universität Mainz, (2) Klinik Schönsicht, Berchtesgaden

In sportmedizinischer Literatur wird die Fettoxidation der Muskulatur als eine durch Ausdauertraining steigerbare Größe beschrieben (Jeukendrup et al., 1998; Thomasits, Haber, 2005). Die stationäre Rehabilitation adipöser Kinder und Jugendlicher zielt auch auf das aerobe Ausdauertraining (Langhof, 2004), dokumentiert in einer Steigerung der ergometrischen Maximalleistung (Knauth et al., 2004). Daher wurde vermutet, dass mit Zunahme der Ausdauerleistungsfähigkeit eine gesteigerte Fettoxidation auf gegebenen ergometrischen Leistungsstufen nachweisbar sein könnte.

Üblicherweise gilt eine Erniedrigung des Respiratorischen Quotienten (RQ) als Beurteilungskriterium für eine wünschenswerte Stoffwechselumstellung zugunsten des Fettkatabolismus. Interpretationen des RQ müssen aber auf Reliabilität und Validität des Messwerts aufbauen. Daher wurden beide Gütekriterien exemplarisch mit dem MetaMax 3B-System (Atemzug zu Atemzug-Analyse, Firma Cortex) zuzüglich MetaSoft Optionen überprüft.

*) Mit Unterstützung der Stiftung Mittendorff-Institut Berchtesgaden.

Ergebnisse

Die Retest-Reliabilität war nicht zufriedenstellend, trotz genauer Einhaltung von Handbuch-Vorgaben und Kalibrierung mit Prüfgasen: Ruhe-RQ: r^2 = 0,28, Arbeits-RQ (50 % W_{max}): r^2 = 0,22, n jeweils 18. Im Verlauf einer vierwöchigen Adipositastherapie (n = 22) ergab sich: RQ vor/nach Rehamaßnahme: Ruhe: 0,73/0,72, 60 % W_{max}: 0,78/0,78 und 75 % W_{max}: 0,85/0,85; Körpergewichtsabnahme 6,6 kg.

Diskussion

Bezüglich der Validität hängt aus physiologischer Sicht der RQ nicht nur vom Fett/Kohlenhydrat-Katabolismus ab, sondern auch von der Arbeitsintensität (Ulmer, 2000). Arbeit oberhalb der Dauerleistungsgrenze bewirkt Akkumulation von Milchsäure und damit einen zusätzlichen Atmungsantrieb (Hyperventilation). Weiterhin führt die Milchsäurepufferung zu vermehrter CO2-Abgabe und somit höherem RQ, gleiches gilt für eine psychogen ausgelöste Hyperventilation. Bei üblichen Tabellen für den Prozentanteil des Fettkatabolismus wird von einem 15%-igen Eiweißabbau ausgegangen. Ein bei Gewichtsreduktionstherapien üblicherweise auch auftretender Muskelabbau bewirkt aber erhöhten Eiweißkatabolismus. Aufgrund physiologischer Grundlagen und nicht nachgewiesener RQ-Veränderungen können somit keine irgendwie berechtigten Interpretationen über den Fettstoffwechsel angestellt werden. Offen bleibt die Frage, inwieweit gleichzeitige Reduktionskost und Gewichtsabnahme, verbunden mit einem Abbau von Muskelmasse, die Ergebnisse beeinflussten. Der Rehaerfolg ergibt sich nicht aus dem RQ, sondern aus der Gewichtsabnahme. Hinzu kommt, dass im Falle einer Umstellung zugunsten des Fettstoffwechsels bei vergleichbarer Diät Kohlenhydrate eingespart werden würden, die nicht ausgeschieden, aber auch nicht in relevanten Mengen gespeichert werden können: Sie werden in Fette umgebaut (Extrem: Kohlenhydratmast). Ferner basiert eine gute Validität auf einer guten Reliabilität; letztere erwies sich als problematisch. Vermutlich liegt dies neben vieler Schwachstellen der Messfühler auch daran, dass für jeden Atemzug V'-Werte phasensynchron mit den jeweiligen Gaskonzentrationsänderungen verrechnet und Quotienten gebildet werden müssen.

Literatur

Jeukendrup, A.E., Saris, W.H., Wagenmakers, A.J. (1998): Fat metabolism during exercise; a review, part II: regulation of metabolism and the effect of training. Int J Sports Med, 19. 293-302.

Knauth, B., Wipfinger, S., Langhof, H. (2004): Stationäre Adipositastherapie bei Kindern und Jugendlichen - Einfluss auf das metabolische System und die körperliche Leistungsfähigkeit. Prävention und Rehabilitation, 16. 26-34.

Langhof, H. (2004): Sport mit adipösen Kindern und Jugendlichen. Prävention und Rehabilitation, 16. 22-25.

Tomasits, J., Haber, P. (2005): Leistungsphysiologie - Grundlagen für Trainer, Physiotherapeuten und Masseure. Wien, New York: Springer.

Ulmer, H.-V. (2000): Arbeits- und Sportphysiologie. In: Schmidt, R.F., Thews, G., Lang, F. (Hrsg.): Physiologie des Menschen. Berlin: Springer. 672-696.

Entwicklung und Pilottestung von Bewertungskriterien zur körperlichen Leistungsfähigkeit auf der Basis von Routinedaten für die Rehabilitation bei Adipositas

van Egmond-Fröhlich, A. (1), Lipp, S. (2), Langhof, H. (1)

(1) Klinik Schönsicht, Berchtesgaden, (2) Institut für Sportwissenschaft, Universität Jena

Einleitung

Die stationäre Rehabilitation spielt eine wichtige Rolle bei der Behandlung der Adipositas insbesondere im Jugendalter. Ein wichtiges Ziel und Qualitätskriterium der Sport- und Ernährungstherapie ist die Reduktion der Fettmasse bei Erhaltung der fettfreien Körpermasse und die Verbesserung der körperlichen Ausdauerleistung. Eine unsachgemäße Gewichtsreduktion wird von Muskel- und Leistungsabbau begleitet. Es ist bekannt, dass die Übergewichtsreduktion im Rahmen der Reha vom Fettverteilungsmuster abhängt (Wabitsch et al., 1992). Es fehlt eine individuelle Prädiktion der Fettreduktion auf der Basis von allgemein verfügbaren Werten der Anthropometrie zu Reha-Beginn, die eine individuelle Zielvorgabe und ein stichprobenunabhängiges Benchmarking der Therapieeffekte erlaubt. Für die Routinetestung der Ausdauerleistung wird auf den 6 Minutenlauf zurückgegriffen. Das Ziel der Sporttherapie während der Reha sollte neben der Steigerung des Leistungsgewichts (Laufstrecke) auch eine Steigerung der absoluten Ausdauerleistung sein. Ziel dieser Pilotstudie war die Entwicklung einer Prädiktionsformel für die Reduktion der Fettmasse und die Entwicklung einer praktikablen Lösung zur Abschätzung der absoluten Laufleistung.

Methodik

Probanden waren Jugendliche im Alter von 14-18 Jahren, die konsekutiv wegen primärer Adipositas zur stationären Rehabilitation in der Klinik Schönsicht, Berchtesgaden, aufgenommen wurden. Größe, Gewicht, Taillenumfang, Hüftumfang, Körperzusammensetzung mittels body impedance analysis (BIA; TANITA Körpermasse-Monitor BC-420MA) und 6-Minuten-Laufstrecke wurden zu Reha-Beginn und -Ende bestimmt, Körpermassenindex (BMI) und BMI-SDS (AGA Leitlinie) errechnet.

Der Vergleich für den Verlauf erfolgte mittels gepaartem t-Test. Als Maß für die absolute Laufleistung wurde die durchschnittliche Laufgeschwindigkeit mit dem aktuellen Körpergewicht multipliziert, da der Aktivitätsenergieverbrauch weitgehend linear von diesen beiden Variablen abhängt (Maffeis et al., 1993). Wöchentliche Fettreduktion wurde erfasst als Veränderung der Fettmasse im Verlauf / Reha-Dauer. Die Prädiktion der Fettreduktion/Woche wurde in schrittweiser multipler, linearer Regression (sMLR) aus Alter und Geschlecht, initialer Fettmasse, Tailenumfang, Hüftumfang, BMI bestimmt.

Ergebnisse

Die Rehabilitation bei den 20 Probanden, 70 % weiblich, Alter 15,7 ± 1,0 Jahre, BMI 38,7 ± 6,9 kg/m2, BMI-SDS 3,1 ± 0,6 verminderte die Fettmasse um 21,5 % von 49,7 ± 18,3 auf

39,0 ± 14,2 kg (p<0,001) und die fettfreie Körpermasse n. s. Die Laufstrecke verbesserte sich von 652 ± 166 m auf 777 ± 138 m (p<0,001) und die absolute Leistung von 197,4 ± 53,9 auf 207,5 ± 41,5 kg*m/s (p<0,05).

Die Veränderungsrate der Fettmasse war in sMLR prädiziert durch Taillen- und Hüftumfang (korrigierte Varianzaufklärung 66 %): Fettreduktion [kg/Wo.]= 3,34 (± 0,858) -0,100 (± 0,022)* Taillenumfang [cm] + 0,048 (± 0,018)* Hüftumfang [cm].

Diskussion

Im Rahmen einer auf körperliche Aktivierung orientierten stationären Rehabilitation wird die Fettmasse deutlich reduziert und dennoch die innovativ abgeschätzte absolute Ausdauerleistung signifikant gesteigert. Die Rate des Fettabbaus wird durch Taillen- und Hüftumfang, entsprechend der höheren Mobilisierbarkeit von abdominellem Fett, prädiziert.

Ausblick

Die Qualitätskriterien müssen in einer größeren Stichprobe reproduziert und auf jüngere Altersgruppen ausgeweitet werden.

Literatur

Maffeis, C., Schutz, Y., Schena, F., Zaffanello, M., Pinelli, L. (1993): Energy expenditure during walking and running in obese and nonobese prepubertal children. J Pediatr; 123 (2). 193-9.

Wabitsch, M., Hauner, H., Bockmann, A., Parthon, W., Mayer, H., Teller, W. (1992): The relationship between body fat distribution and weight loss in obese adolescent girls. Int J Obes Relat Metab Disord, 16 (11). 905-11.

Aktivität, Ruhe und Ernährung bei Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht und Adipositas werden telemedizinisch erfasst*)

Kaps, A. (1), Bieber, G. (2), Schiel, R. (1)

(1) MEDIGREIF-Inselklinik Heringsdorf GmbH, Seeheilbad Heringsdorf,
(2) Fraunhofer Institut, IGD Rostock, Rostock

Hintergrund und Fragestellung

Ein Faktor, der in erheblichem Maße für den Erfolg der Therapie der Gewichtsreduktion und -Stabilisation bei Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht und Adipositas verantwortlich sein könnte, ist die Wahrnehmung von Bewegung und Ernährung. In mehreren Vorstudien wurde beobachtet, dass eine große Zahl von Betroffenen eine unrealistische Einschätzung ihrer eigenen Aktivitäten und Nahrungsaufnahme hat. Zumeist werden körperliche Bewegung als zu lange und ihre Intensität als zu hoch bewertet. Ähnliches trifft für das Essen zu: Hier werden Nahrungsmittelmengen häufig systematisch unterschätzt.

*) Mit Mitteln des Vereins zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein e.V. (vffr)

Diese systematischen Fehleinschätzungen könnten ein wesentlicher Faktor sein für geringen initialen und/oder langfristigen Therapieerfolg von Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht und Adipositas nach Teilnahme an strukturierten Behandlungs- und Schulungsprogrammen (SBSP) zur Gewichtsreduktion.

Es ist deshalb das Ziel der Untersuchung eine Diskrepanz zwischen subjektiver und objektiver Erfassung von Bewegungs- und Essverhaltens zu identifizieren. Im zweiten Schritt soll innerhalb strukturierter Behandlungs- und Schulungsprogramme eine realistische Selbsteinschätzung entwickelt und trainiert werden. Auch hier ist die nachfolgende Evaluation der Intervention geplant.

Patienten/Methoden

Das Bewegungs- und Essverhalten von Kindern und Jugendlichen wird mittels Sensoren, die in ein Mobiltelefon (DiaTrace System, Fraunhofer-Institut, Rostock) integriert sind, objektiv erfasst. Die Daten werden mittels eines zentralen Servers synchronisiert und mit standardisierten Algorithmen ausgewertet.

In eine Pilotphase wurden seit 01.04.2008 37 Kinder und Jugendliche (46 % Mädchen, Alter 14,6±2,7 Jahre, Größe 1,69±0,13 m, Gewicht 94,9±21,7 kg, BMI 32,8±4,7 kg/m^2, BMI-SDS 2,59±0,4) eingeschlossen.

Ergebnisse

Insgesamt waren die Daten von 30 Patienten auswertbar. Der Beobachtungszeitraum umfasste 111 Tage. Die objektiv erfasste körperliche Aktivität betrug 267,0±119,2 min/d (15,4±7,4 Aktivitätseinheiten/d). Der Zeitaufwand für Gehen lag im Median bei 63,7 (Range, 1,5-173,3) min/d, für Laufen bei 11,0 (Range, 0-42,3) min/d, für Fahrradfahren bei 23,8 (Range, 0,5-63,3) min/d und für Autofahren bei 21,3 (Range, 0-69,7) min/d. Im Gegensatz dazu lag die subjektiv von den Kindern und Jugendlichen wahrgenommene Bewegungsquantität deutlich höher: Sie betrug beim Gehen im Median 317,8 min/d (p=0,001 vs objektive Wahrnehmung), beim Laufen 104,3 min/d (p=0,01) und war lediglich beim Fahrradfahren der objektiven Wahrnehmung vergleichbar (Median 23,6 min/d). Ähnliche Fehleinschätzungen zeigten sich auch beim Essen. Die multivariate Analyse ergab Assoziationen zwischen der Gewichtsreduktion (R-square=0,590) und der intrinsischen Motivation der Kinder und Jugendlichen zur Teilnahme am SBSP (ß=0,732, p<0,001), zu intrafamiliären Konflikten (ß=0,461, p=0,002), der Dauer der objektiv bestimmten körperlichen Aktivität (ß=-0,438, p=0,002) und der Körperfettmasse zu Beginn des SBSP (ß=-0,393, p=0,005). Alle anderen Parameter des Modells (Geschlecht, Alter, Sozialstatus, Energieverbrauch, Aktivitätseinheiten) zeigten keine Assoziationen.

Schlussfolgerung

Mit Hilfe moderner Telekommunikationstechnologie ist eine objektive Erfassung der Art, Intensität und Quantität körperlicher Bewegung, aber auch des Ernährungsverhaltens möglich. Fehler der subjektiven Wahrnehmung werden identifiziert und könnten ein wesentlicher Faktor für einen häufig fehlenden oder mangelhaften Therapieerfolg sein. In die bisher etablierten und evaluierten SBSP sollten zusätzliche Strategien zum Training einer realistischen Selbstwahrnehmung integriert werden.

Vergleich der feinmotorischen Entwicklung herzkranker Kinder mit der gesunder Gleichaltriger

Schmitz, S. (1), Dordel, S. (2), Schickendantz, S. (3), Sreeram, N. (3), Brockmeier, K. (3), Bjarnason-Wehrens, B. (1)

(1) Institut für Kreislaufforschung und Sportmedizin, Deutsche Sporthochschule Köln,
(2) Institut für Schulsport und Schulentwicklung, Deutsche Sporthochschule Köln,
(3) Klinik und Poliklinik für Kinderkardiologie, Universität Köln

Hintergrund

Obwohl die Feinmotorik grundlegend für viele Aktivitäten des täglichen Lebens ist, haben sich bisher nur sehr wenige Studien mit der feinmotorischen Leistungsfähigkeit von Kindern mit angeborenen Herzfehlern beschäftigt.

Ziel der vorliegenden Studie war die Evaluation der feinmotorischen Entwicklung von Kindern mit angeborenen Herzfehlern im Vergleich zu gesunden Gleichaltrigen.

Methode

Eine Stichprobe von 77 Kindern (41 Jungen, 36 Mädchen, mittleres Alter 8.1±1.2 Jahre) mit einer großen Bandbreite angeborener Herzfehler wurde mit einer repräsentativen Kontrollgruppe aus 147 gesunden Kindern (77 Jungen, 70 Mädchen, mittleres Alter 8.2±1.1 Jahre) verglichen.

Alle Kinder wurden anhand der Motorischen Leistungsserie (MLS, Version 24.00), einer auf faktoren-analytischen Untersuchungen bezüglich feinmotorischer Fähigkeiten basierenden Testbatterie, untersucht. In dieser Studie wurde eine modifizierte Kurzform nach Vassella (5 Subtests, Durchführung lediglich mit der Vorzugshand) verwendet.

Fünf Feinmotorikfaktoren wurden anhand der Ergebnisse aus statischen und dynamischen Aufgaben zu Finger-, Hand- und Armbewegung analysiert: Aiming (Zielgerichtetheit der Bewegung), Handunruhe/Tremor, Präzision von Arm-Hand-Bewegungen, Geschwindigkeit von Arm-Hand-Bewegungen und Handgelenk-Finger-Geschwindigkeit.

Zur statischen Analyse wurden ein- bzw. mehrfaktorielle Varianzanalysen benutzt.

Ergebnisse

Kinder mit angeborenen Herzfehlern erreichten im Allgemeinen schlechtere Ergebnisse bezüglich der gemessenen Feinmotorikfaktoren. Die Werte für Handunruhe/Tremor (p=0,003) und Präzision von Arm-Hand-Bewegungen (p=0,020) waren signifikant schlechter im Vergleich zur Kontrollgruppe.

Beim Vergleich der Rohwerte der einzelnen Variablen erreichen die Kinder der Kontrollgruppe im Mittel mit Ausnahme der Gesamtdauer beim "Liniennachfahren" bessere Ergebnisse. Signifikante Unterschiede zeigten sich in Fehlerzahl (p=0.013) und Fehlerdauer (p=0.001) des Subtests "Steadiness" sowie in der Fehlerdauer beim "Liniennachfahren" (p=0.001).

Herzkranke Kinder wurden des Weiteren nach Schweregradkategorien der Restbefunde eingeteilt.

In Abhängigkeit von Vorliegen und Schweregrad der Restbefunde wurden die Kinder in zwei Gruppen unterteilt (A: keine oder leichte Restbefunde, 45 Kinder und B: bedeutungsvolle und schwere Restbefunde, 26 Kinder).

Kinder der Gruppen A und B erzielten generell schlechtere Ergebnisse bezüglich der Feinmotorikfaktoren als die Kinder der Kontrollgruppe, wobei lediglich der Faktor Handunruhe/Tremor bei Kindern der Gruppe B signifikant schlechter im Vergleich zur Kontrollgruppe ist (p=0,05).

Bei Betrachtung der einzelnen Rohwerte erreichen die gesunden Kinder in der Fehlerdauer des Subtests "Steadiness" ein tendenziell besseres Ergebnis als Kinder der Gruppe A (p=0.076) sowie ein hoch signifikant besseres Ergebnis im Vergleich zu Kindern der Gruppe B (p=0.000). Kinder der Gruppe A erzielten signifikant höhere Werte als Kinder der Gruppe B (p=0.018).

Im Subtest "Liniennachfahren" sind die Ergebnisse der gesunden Kinder in der Variablen Fehlerdauer signifikant besser als die Kinder der Gruppe A (p=0.013) und Gruppe B (p=0.004). Innerhalb der Gruppen herzkranker Kinder gab es keine signifikanten Unterschiede.

Fazit

Diese Ergebnisse lassen auf Defizite in der feinmotorischen Entwicklung herzkranker Kinder, insbesondere im Zusammenhang mit bedeutungsvollen Restbefunden, schließen.

Hypoglykämiewahrnehmung bei Kindern und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes mellitus

Schiel, R., Kaps, A., Kramer, G., Chudaske, C., König, K.
MEDIGREIF-Inselklinik Heringsdorf GmbH, Seeheilbad Heringsdorf

Hintergrund

Kinder und Jugendliche mit Typ-1-Diabetes mellitus sowie deren Bezugspersonen (zumeist Eltern) nehmen unmittelbar nach Diagnosestellung an altersspezifischen strukturierten Behandlungs- und Schulungsprogrammen (SBSP) teil. Die Effektivität der SBSP's wurde evaluiert und in kontrollierten Studien nachgewiesen. Ziel ist ein maximales Diabetes-Selbst-Management durch die Kinder und Jugendlichen und im Zusammenwirken mit ihren Beszugspersonen. Empirische Daten belegen aber immer wieder, dass auch nach Teilnahme an SBSP's die Hypoglykämiewahrnehmung von Kindern und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes mellitus, aber auch ihren Eltern, sehr unterschiedlich ausgeprägt ist. Ziel der Untersuchung war deshalb die systematische Erfassung von Symptomen und Werten des Auftretens bei den Betroffenen, den Bezugspersonen (Eltern) sowie ihrer Reaktionsweisen.

Patienten/Methoden

Es wurden sukzessive 80 Kinder und Jugendliche mit Typ-1-Diabetes mellitus und ihre Bezugspersonen, die 05-09/2008 in unsere Klinik eingewiesen wurden (Kinder und Jugendliche: Alter 13,1±3,4, Diabetesdauer 5,1±3,9 Jahre, HbA1c [DCA2000®, Bayer Diagnostics,

Normbereich 4,5-5,7 %] 9,1±2,1 %), untersucht. Es wurden mit standardisierten Fragebögen die Werte des Auftretens von Hypoglykämien, der Symptome, des psychischen Befindens und der Reaktionsweisen erfasst.

Ergebnisse

Im Mittel spüren Kinder und Jugendliche ihre Hypoglykämien bei 3,63±0,83 mmol/l. 39 % (31/80) nehmen Symptome erst bei Werten von 3 mmol/l oder darunter wahr. In 42 % der Fälle treten Unterzuckerungen zu unterschiedlichen Zeiten auf. 18 % der Hypoglykämien werden mittags, je 14 % morgens und abends und 12% nachts registriert. Die häufigsten Symptome, die von Betroffenen wahrgenommen werden, sind Zittern (88 %), Hungergefühl (60 %), Unkonzentriertheit (52 %), kalter Schweiß (49 %), Müdigkeit (46 %) und Unruhe (35 %), Aggressivität (33 %). Bezugspersonen nehmen dagegen andere Symptome wahr: 28 % geben als erste Zeichen einer Hypoglykämie bei ihren Kindern Blässe an, 21 % kognitive Beeinträchtigungen, 14 % Aggressivität, 8 % Unruhe und nur 6 % Zittern, 3 % Schwitzen und 3 % Sprachstörungen. Als häufigste Ursache von Hypoglyämien wurde körperliche Bewegung ohne adäquate Insulindosisanpassung angegeben. 14 % der Kinder und Jugendlichen geben eine "ziemliche", "starke" oder "sehr starke" Angst vor Unterzuckerungen an. Eine Korrelationsanalyse ergibt aber keinen singnifikanten Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Angst vor einer Hypoglykämie und dem HbA1c-Wert (r=0,125, p=0,343).

Schlußfolgerung

Ein hoher Prozentsatz von Kindern und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes nimmt Hypoglykämien erst bei relativ niedrigen Werten wahr. Bezugspersonen (Eltern) registrieren nicht selten andere Symptome als die Betroffenen. Viele Kinder und Jugendliche haben außerdem Ängste vor Hypoglykämien. Diese Ängste zeigen aber keinen Assoziationen zur Qualität der Stoffwechseleinstellung. Hypoglykämien, ihre Erkennung und das Training der Vermeidung sollten stärkerer Bestandteil der strukturierten Schulung sein. Diskrepanzen in der Wahrnehmung zwischen Betroffenen und ihren Bezugspersonen müssen identifiziert und innerhalb der SBSP's thematisiert werden. Richtige Reaktionsweisen zur Prävention und korrekten Therapie müssen von Kindern und Jugendlichen und ihren Bezugspersonen trainiert werden.

Medienmissbrauch bei Jugendlichen - Methodik des "Live Life Live" Screening- und Behandlungskonzepts und erste Ergebnisse im Rahmen der stationären Rehabilitation

Heß, J. (1), van Egmond-Fröhlich, A. (2)

(1) Kinder-Reha-Klinik "Am Nicolausholz", Bad Kösen, (2) Klinik Schönsicht, Berchtesgaden

Hintergrund

Neben dem fortgesetzt hohen Fernsehkonsum führt die zunehmende Nutzung von Computerspielen und Internet zu einem erschreckend hohen Medienkonsum bei älteren Kindern und Jugendlichen (Medienpädagogischer Forschungsverbund, 1998-2006). Zahlreiche Studien belegen, dass ein übermäßiger und oftmals chronischer Konsum von Medien (Fernse-

her, Computer/Internet, Spielekonsolen, Handy), definiert als Medienmissbrauch, zahlreiche negative Konsequenzen sowohl im physischen Bereich [Übergewicht (Hancox et al., 2004), Bewegungsmangel, Rücken-, Nacken- und Kopfschmerzen, Schlafstörung (Grüsser et al., 2005)], als auch im psychosozialen Bereich in Form einer Verminderung von realen sozialen Kontakten (Myrtek, 2003) und einer Beeinträchtigung der Schulleistung (Christakis et al., 2004) zur Folge hat. Auf Grund der beschriebenen Zusammenhänge ist eine exzessive Nutzung von Medien am häufigsten bei älteren Kindern und Jugendlichen zu beobachten, die unter Adipositas leiden (Ekelund et al., 2006; Hu et al., 2003). Exzessive Nutzung von Medien ist aber auch bei orthopädischen Beschwerden (Schulter-Nackenschmerzen), Kopfschmerzen oder psychischen Störungen, wie soziale Ängstlichkeit (Yang, 2001) oder Aufmerksamkeitsdefizit-Sydrom (Christakis et al., 2004) nicht selten.

Aus dieser epidemiologischen und kausalen Relevanz heraus wurde in der Kinder-Reha-Klinik "Am Nicolausholz" in Bad Kösen ein Instrument zum Screening von Medienmissbrauch und ein modulares Therapiekonzept, "Live Life Live", zur Behandlung dessen entwickelt.

Methodik

In der ärztlichen Anamnese werden durch Fragen nach dem Medienkonsum Risikopatienten identifiziert, die mittels eines Fragebogens bzgl. Medienkonsum und sozialer Ängstlichkeit gescreent werden. Der auf der Basis etablierter medienspezifischer Fragebögen entwickelte "Fragebogen zur Erfassung von Medienmissbrauch" erfasst mit 29 Items Kriterien eines pathologischen Medienkonsums: (1) Übermäßiger Konsum (2) Kontrollverlust (3) Einengung im Verhaltensraum (4) Negative Konsequenzen im (a) sozialen Bereich (b) schulischen Bereich und (c) physischen Bereich. Anhand ihrer Antworten werden die Patienten bei Vorliegen eines pathologischen Medienkonsums dem Medienkompetenz-Modul zugewiesen. Liegt außerdem eine soziale Angst (Erfassung mittels SASC-R-D) bei dem Patienten vor, wird dieser unterstützend dem Sozialkompetenz-Modul zugewiesen. Das Medienkompetenztraining findet in fünf und das Sozialkompetenztraining in vier Sitzungen á 90 Minuten mit jeweils zwei Trainern aus dem psychosozialen Bereich, Psychologen oder Sozialpädagogen, statt. Das Medienkompetenz-Modul hat einen verantwortungsvollen Umgang mit dem Medium zum Ziel. Hierzu werden neben aktivierenden Methoden in und zwischen den Sitzungen wie Umfragen, Selbstbeobachtungsaufgaben und Verhaltensexperimente das eigene Medienverhalten reflektiert, Vor- und Nachteile erörtert, alternative Strategien zur Freizeitgestaltung entwickelt und eine Veränderungsmotivation aufgebaut. Zur Unterstützung des Transfers in den eigenen Alltag wird für die Zeit nach der Rehabilitation ein einfaches Selbstbeobachtungstagebuch und Verstärkersystem eingeführt. Das Sozialkompetenz-Modul vermittelt zudem über Rollenspiele, Selbstbeobachtungsaufgaben und Verhaltensexperimente Selbstwahrnehmung, Standfestigkeit und kritisches Denken, Problemlösen sowie Umgang mit Stress und negativen Emotionen.

Ergebnisse

Im Zeitraum von Mai 2007 bis November 2008 bearbeiteten 380 Patienten ($n_{weibl.}$=221; 58,2 %; $n_{männl.}$=159; 41,8 %) im Alter von 10 bis 20 Jahren (M=14.54; SD=1.75) den "Fragebogen zur Erfassung von Medienmissbrauch". Bei 93 Patienten (24,5 %) wurde ein pathologischer Medienkonsum diagnostiziert und behandelt. Fünfzig dieser Patienten (53,8 %) wur-

den auf Grund einer auffälligen sozialen Ängstlichkeit zusätzlich dem Sozialkompetenz-Modul zugewiesen. In Evaluation des Trainings schätzte ein großer Anteil der befragten Teilnehmer (n=68) ein, dass sie das Training einerseits dazu angeregt habe, ihren eigenen Konsum zu überdenken und sie andererseits daher vorhaben, ihren Konsum in Zukunft zu verändern. Dies bestätigt auch die Katamnese nach 6-12 Monaten, bei der die Patienten (n=19) in Bezug auf die Nutzungsdauer und allen Kriterien des Medienmissbrauchs signifikant verringerte Werte aufwiesen.

Diskussion

Die Prävalenz von Medienmissbrauch ist bei jugendlichen Reha-Patienten erschreckend hoch. Das Screening- und Behandlungskonzept "Live Life Live" hat sich als praktikabel und in einer ersten nichtkontrollierten Untersuchung als effektiv erwiesen.

Literatur

Christakis, D.A., Zimmerman, F.J., DiGiuseppe, D.L., McCarty, C.A. (2004): Early Television Exposure and Subsequent Attentional Problems in Children. Pediatrics, 113 (4). 708-713.

Ekelund, U., Brage, S., Froberg, K., Harroz, M., Anderssen, S.A., Sardinha, L.B., Riddoch, C., Andersen, L.B. (2006): TV Viewing and Physical Activity Are Independently Associated with Metabolic Risk in Children. The European Youth Heart Study. Plos Medicine, 3 (12). 2449-2457.

Grüsser, S.M., Plöntzke, B., Albrecht, U. (2005): Pathologisches Glücksspiel - eine empirische Untersuchung des Verlangens nach einem nichtstoffgebundenen Suchtmittel. Nervenarzt, 76. 592-596.

Hancox, R.J., Milne, B.J., Poulton, R. (2004): Association between Child Adolescent Television Viewing and Adult Health: a Longitudinal Birth Cohort Study. The Lancet, 364 (9430). 257-62.

Hu, F.B., Li, T.Y., Colditz, G.N., Willett, W.C., Manson, J.E. (2003): Television Watching and Other Sedentary Behaviors in Relation to Risk of Obesity and Type 2 Diabetes Mellitus in Women. Journal of the American Medical Association, 289 (14). 1785-1791.

Medienpädagogischer Forschungsverbund (1998-2006): JIM 1998-2006: Jugend, Information und (Multi-)Media. [Online]. Available: http://www.mpfs.de/index.php?id=11 [20.07.2007].

Myrtek, M. (2003): Fernsehkonsum bei Schülern: Ambulante psychophysiologische Untersuchungen im Alltag. Nervenheilkunde, 22. 454-458.

Yang, C.-K. (2001): Sociopsychiatric Characteristics of Adolescents who use Computer to Excess. Acta Psychiatrica Scandinavica, 104. 217-222.

Welcher Einfluss auf das Ausdauerleistungsdefizit bei schwer Brandverletzten ist in der stationären Rehabilitation möglich?

Ziegenthaler, H., Erler, K., Gabler, P., Brückner, L.
Moritz-Klinik Bad Klosterlausnitz

Fragestellung

Im Gegensatz zur Beeinflussung der postmorbiden Lebensqualität durch Narbenbildung und psychosoziale Auswirkungen ist für Brandverletzte in der Literatur deren reduzierte körperliche Belastungsfähigkeit kaum belegt.

Ziel der Studie war es, dieses Defizit aufzuzeigen und zu prüfen, ob ein Ausdauertraining bereits in einer ersten Rehabilitationsmaßnahme mit Erfolg durchführbar ist. Geeignete Trainingsmittel und -methoden sowie Kriterien für deren Einsatz im klinischen Alltag waren zu definieren.

Methodik

Rekrutiert wurden 32 Brandverletzte während einer stationäre Rehabilitationsmaßnahme (17 bis 267 Tagen nach Unfallereignis). Versuchsgruppe (n=20) und Kontrollgruppe (n=12) unterschieden sich in Geschlechtsverteilung, Alter, BMI, betroffener Körperoberfläche, Reha-Dauer und Intervall nach dem Unfall nicht signifikant.

Einverständnis, belastbare Haut- und Narbenverhältnisse sowie Belastbarkeit über 2 Minuten mit mindestens 25 Watt waren Voraussetzungen für Aufnahme in der Versuchsgruppe.

Erfasst wurden kardiopulmonale Funktionswerte (Spirometrie, Belastungs-EKG am Anfang und am Ende), die gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF 36), der Anstrengungsgrad im Ausdauertraining (Borg-Skala) und der dabei empfundene Schmerz (VAS).

Als Trainingsmittel standen Motomed, Fahrradergometer, Laufband, Nordic Walking und Aquajogging je nach primären Belastbarkeit als Dauer- oder Intervallmethode zur Auswahl.

Die statistische Aufarbeitung der Daten erfolgt im SPSS 13.0 für Windows mit parameterfreien Testverfahren (Wilcoxon- und Mann-Withney-U-Test).

Ergebnisse

In der frühen Rehabilitationsphase tolerieren Brandverletzte körperliche Belastung durch begrenzte kardiopulmonale Belastbarkeit oder muskuläre Ermüdung nicht ausreichend lange.

Nur 15 % der Versuchsgruppe bzw. 10 % der Kontrollgruppe erreichen die Sollwertangaben für gesunde Personen beim Belastungs-EKG.

Am Ende der Studie ergab sich in der Versuchsgruppe nach durchschnittlich 14,3 ± 8,4 Trainingseinheiten eine Leistungssteigerung um 27,8 ± 11,8 %. Somit erreichten 35 % der Versuchsgruppe Normwerte gleichaltriger Gesunder. Trotz Signifikanz in der Steigerung der Wattzahl bezogen auf das Körpergewicht in beiden Gruppen, war diese nur bei 75 % der

Kontrollgruppe feststellbar. Unter kontinuierlicher individueller Anpassung der Leistungsparameter waren Laufband- und Fahrradergometertraining in der Dauermethode besonders geeignet. Schmerz oder beeinträchtigte Lungenfunktion zeigten bezüglich des Ausdauertrainings eine nur geringe Wertigkeit.

Schlussfolgerungen

Unter Berücksichtigung der individuellen Narbenverhältnisse und Anpassung der Leistungsparameter ist ein standardisiertes Training bei Brandverletzten in der frühen Rehabilitationsphase möglich und muss integraler Bestandteil des Therapieprogramms sein. Neben strukturellen Voraussetzungen bedarf es der Unterstützung auf der motivationaler Ebene. Eine im Ganzen nur zögerliche Erholung der Ausdauerleistung erfordert in der weiteren ambulanten Versorgung spezielle Trainingsangebote, um Ausdauerdefizite zu verringern.

Integrative Behandlung von Müttern und Kindern in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und Kinder

Arnhold-Kerri, S., Otto, F.

Forschungsverbund Prävention und Rehabilitation für Mütter und Kinder,
Medizinische Hochschule Hannover

Einleitung

Nicht erst die manifeste psychische Erkrankung eines Elternteils stellt einen Risikofaktor für die Entwicklung des Kindes dar (Downey et al., 1990), sondern auch vorklinische Symptome wie erhöhte Stressbelastungen und mangelndes Kompetenzgefühl von Eltern (Köppe, 2001) beeinträchtigen die Gesundheit der Kinder. In Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und Kinder werden u.a. präventive und rehabilitative Angebote für erschöpfte und psychisch belastete Mütter und ihre Kinder durchgeführt. Dabei wird in der Behandlung insbesondere die Mutter-Kind-Dyade betrachtet. Vorliegender Beitrag zeigt auf, inwiefern zum einen die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern durch Überlastungen ihrer Mütter beeinflusst wird und zum anderen Wechselwirkungen zwischen diesbezüglichen Therapieeffekten von Müttern und Kindern bestehen.

Methodik

Es wurden im prospektiven Design mit zwei Messzeitpunkten Daten bei N = 716 Kindern in Mutter-Kind-Einrichtungen im Zeitraum von 2000 bis 2005 erhoben. Neben dem Kid-KINDL, der die Lebensqualität der Kinder als Selbsteinschätzung erfasst, wurden bei den Müttern die psychische Symptombelastung (SCL-k-9), die Stressverarbeitungsstrategien (SVF) und das Kompetenzgefühl bezüglich der Erziehungstätigkeit (FKE-K) erhoben. Durch die Erfassung sowohl kindlicher als auch mütterlicher Angaben werden Verzerrungseffekte durch die negative Wahrnehmung der psychisch belasteten Mütter vermieden (Burt et al., 2005). Der Zusammenhang der kindlichen Lebensqualität mit Belastungen ihrer Mütter wurde korrelations- und regressionsanalytisch untersucht. Zur Analyse wechselseitiger Therapieeffekte wurden sowohl einfache Differenzmaße als auch residualisierte Veränderungsmaße überprüft.

Ergebnisse

Der gefundene korrelative Zusammenhang zwischen Belastungen der Mütter und kindlicher Lebensqualität ist insgesamt gering, entspricht aber den in der Literatur berichteten Zusammenhängen bei Betrachtung von unabhängigen Antworten von Müttern und Kindern. Die Ergebnisse zeigen, dass über den bekannten Zusammenhang mütterlicher Depression und kindlicher Verhaltensauffälligkeiten auch die kindliche gesundheitsbezogene Lebensqualität mit Belastungen der Mütter in Zusammenhang steht.

Die Therapieeffekte bei zeitgleicher Behandlung von Müttern und Kindern zeigen ebenfalls geringe aber signifikante Wechselwirkungen. Bei Jungen ist es vor allem eine Verbesserung der psychischen Symptomatik der Mütter, bei Mädchen der negativen Stressverarbeitung ihrer Mütter, die mit hohen Veränderungen der Lebensqualität verbunden sind. Die Veränderung der mütterlichen Erziehungskompetenz zeigt hingegen keinen Zusammenhang mit der kurzfristigen Veränderung der Lebensqualität der Kinder.

Diskussion

Die Prävention und Rehabilitation überlasteter Mütter mit zeitgleicher Behandlung der Kinder sowie Förderung der Mutter-Kind-Interaktion erweist sich als ein zielgruppenspezifischer Ansatz der helfen kann, den negativen Kreislauf mütterlicher und kindlicher Überlastungen zu durchbrechen. Dass auch bei Analyse zweier unterschiedlicher Informationsquellen (Mütter und Kinder) signifikante Regressionen der Therapieeffekte der Mütter auf Therapieeffekte der Kinder vorliegen, zeigt die Stabilität der Zusammenhänge, wenngleich bei niedriger Varianzaufklärung.

Literatur

Burt, K.B., Van Dulmen, M.H.M., Carlivati, J., Egeland, B., Sroufe, L.A., Forman, D.R., Appleyard, K., Carlson, E.A. (2005): Mediating links between maternal depression and offspring psychopathology: the importance of independent data. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46. 490-499.

Downey, G., Coyne, J.C. (1990): Children of Depressed Parents: An Integrative Review, Psychological Bulletin, 108. 50-76.

Köppe, E.C. (2001): Glückliche Eltern - liebe Kinder? Auswirkungen von Partnerschaft und psychischer Symptomatik der Eltern auf das Verhalten ihrer Kinder. Dissertation. Technische Universität Braunschweig.

Autorenindex

Ahnert, J. 141, 142
Albertini, V. 447
Albus, C. 361
Alles, T. 233, 327
Allgayer, H. 399
Andreas, S. 432
Arling, V. 209
Arnhold-Kerri, S. 403, 491
Backhaus, S. 117
Bahr, K. 165, 167
Bak, P. 165, 167, 168, 171, 173
Barghaan, D. 139
Bartel, S. 306
Barth, J. 254, 272, 391
Baumann, K. 420
Baumeister, H. 252, 254, 272
Bäumler, G. 461
Becher, L.F. 423
Beck, L. 192, 314
Becker, E. 439
Becker, P. 258
Beckers, R. 367
Begerow, B. 214
Behrens, J. 31, 69
Beierlein, V. 389
Bencetic, D. 459
Bengel, J. 124, 130, 254, 264, 272
Bergelt, C. 103, 389, 405, 415
Bergemann, N. 444
Berger, D. 389
Berking, M. 39, 91
Bernardy, K. 137
Bestehorn, K. 368
Bethge, M. 80, 108, 188, 200
Bethge, S. 71
Bickmann, M. 370
Bieber, G. 84, 483
Biester, I. 385, 393
Bischoff, C. 459
Bjarnason-Wehrens, B. 361, 485
Blatt, K. 153
Blau, J.-R. 292
Blume, C. 121, 294, 438
Böcker, M. 124, 126, 128
Böhning, N. 82
Böhning, W. 82
Bönisch, A. 43, 56
Bönisch, R. 372
Bootsveld, W. 391
Böttcher, J. 294, 438
Botterbusch, I. 64
Boywitt, D. 153
Brachmann, K. 244
Braun, B. 287
Brause, M. 181
Bremer, F.J. 372
Brockmeier, K. 485
Brückner, L. 490
Brückner, S. 231
Brütt, A.L. 432
Buchholz, A. 61
Bücker, S. 399
Bürger, W. 193
Buschmann-Steinhage, R. 25, 176
Chudaske, C. 486
Cicholas, B. 41
Claros-Salinas, D. 342
Claßen, G. 231
Crispin, A. 399
Cziske, R. 75
Deck, R. 37, 44, 60, 185, 308
Dettmers, C. 345, 353
Dibbelt, S. 47, 49, 52, 58
Dierks, M.L. 158
Dietsche, S. 451, 455
Dippel, A. 39
Dirmaier, J. 139
Döbler, A. 374
Döllscher, P. 387
Dordel, S. 485
Dorn, M. 43, 56
Dreher, C. 459
Drüke, T. 327
Dudeck, A. 47, 49, 58
Eberle, N. 124, 126
Ebert, D. 39, 91
Egle, U.T. 244
Ehlebracht-König, I. 43, 56, 117
Ehrensperger, C. 384
Ehrhardt, H. 63, 73, 78
Enderle, G. 236
Erbstößer, S. 222
Erler, K. 490
Ernst, G. 395
Exner, A.-K. 385, 393
Faller, H. 160, 277, 318
Farin, E. 67, 95, 132, 146, 407, 412
Faßmann, H. 220
Faulstich, I 192
Feige, A. 117
Fischer, H. 400
Fischer, J. 426
Flach, T. 214, 327
Folttmann, C. 378
Forkmann, T. 124, 128
Forster, J. 410
Frey, C. 124, 130
Friedrich, G. 391
Frisch, S. 367
Fritschka, E. 202
Froböse, I. 300, 336
Froese, E. 173
Fröhlich, S.M. 320
Frühauf, S. 389
Fuerst, A.-M. 280
Funke, U.N. 111
Fusshöller, C. 379
Gabler, P. 490
Gallenmüller, K. 407
Gärtner, U. 385, 391, 393
Gauggel, S. 124, 126, 128
Gehrke, J. 238, 250
Geib, U. 117
Geiselmann, B. 452
Gerdes, N. 111
Gerlich, C. 64, 151, 275
Giesinger, C. 476
Giesler, J.M. 268
Glattacker, M. 47, 49, 58, 114, 135, 262, 264
Glatz, A. 240
Glatz, J. 273
Gogol, C. 361
Göke, B. 399
Golkaramnay, V. 41
Gottwald, N. 426
Gräf, T. 304, 322
Gramm, L. 67, 412

Grande, G. 54, 269
Gräser, A. 85
Gräßel, E. 347
Greitemann, B. 34, 47, 49, 52, 162, 320
Greitemann, G. 342, 352
Griesbach, A. 218, 224
Grosch, E. 117, 259, 435
Groskreutz, H. 216
Groß, S. 397
Grüneberg, C. 144, 244
Gülich, M. 135, 334
Günther, L. 256
Gustke, M. 49
Gutenbrunner, C. 117, 259
Gysan, D. 361
Haaf, H.-G. 156
Haase, I. 158
Hagen-Aukamp, C. 389
Halle, M. 475
Hampel, O. 472
Hampel, P. 304, 322, 470
Hamzei, F. 345, 353
Hanisch, M. 424
Härtel, U. 360
Härter, M. 61, 252, 254, 272
Hartmann, U. 325
Hartschuh, U. 476
Hasmann, R. 472
Hasmann, S. 472
Hassa, T. 345, 353
Heide, M. 275
Heide, M., 151
Heipertz, W. 240
Helbing, G. 135
Heming, C. 361
Herbold, D. 188
Hergert, A. 103, 415
Herkner, H.-J. 198
Heß, J. 487
Hesse, C. 439
Hesse, M. 126
Hewig, M. 258
Heyduck, K. 114, 262
Hipler, C. 340
Höder, J. 60, 308
Hoeps, K. 144
Hoeß, U. 347
Hoff-Emden, H. 466
Hoffmann-Koch, A. 367
Hofreuter-Gätgens, K. 103, 312, 415
Holderied, A. 33, 202
Holl, R. 472
Höltershinken, C. 338
Holtz, M.C. 266
Holzapfel, M. 417
Horbach, G. 195
Hübner, P. 395
Huland, D. 447
Hüppe, A. 37, 100
Hutter, N. 252
Hüttlinger, S. 220
Irle, H. 179
Jäckel, W.H. 47, 49, 111, 135, 146, 264, 334, 412
Jacobi, C. 117, 188
Jacobi, E. 75, 236, 298, 310, 316
Jacobs, U. 344
Jaeschke, R. 410
Jahed, J. 254, 272
Jannowitz, C. 368
Jolivet, B. 400
Kafsack, F. 362
Kähnert, H. 385, 393
Kaltheier, O. 240
Kaluscha, R. 75, 298, 310, 316
Kalusche, E.-M. 385, 393
Kalwa, M. 162, 179
Kaps, A. 84, 479, 483, 486
Karbe, H. 344
Karmann, G. 447
Karoff, M. 358
Karpinski, N. 117
Karstens, S. 300
Kausch, T. 336
Kawski, S. 94
Keck, M. 357, 381
Kerschgens, C. 389
Kerschl, V. 447
Kiera, S. 465
Kiwus, U. 273
Klein, G. 360
Kleinhans, W. 171
Kleon, S. 218, 224
Klie, T. 283
Knufinke, R. 171
Kobelt, A. 117, 206, 259, 435
Koch, A. 447
Koch, U. 94, 103, 139, 312, 389, 391, 405, 415, 432
Kohlmann, T. 165, 167
Kohte, W. 227
Koletzko, W. 461
Koller, B. 385, 393
Köllner, V. 137, 244, 457
König, H.-H. 256
König, K. 486
Konrad, S. 33
Körber, J. 397
Körfer, R. 367
Körner, M. 63, 73, 78
Körtke, H. 367
Kosanke, D. 224
Kosiol, D. 67
Kottmann, J. 202
Kramer, G. 486
Krampen, G. 258
Kretzschmann, C. 269
Kriesch, M. 95
Kriz, D. 28, 148
Krohn-Grimberghe, B. 266, 304, 322
Kromeyer-Hauschild, K. 476
Krönig, B. 381
Kropf, U. 168
Kruber, I. 444
Küch, D. 190
Küffner, R. 160
Kujumdshieva, B. 82
Kulick, B. 198, 228, 248
Kunze, H. 111
Kusak, G. 387
Küst, J. 344
Ladstätter, A. 365, 376
Langhof, H. 475, 480, 482
Lassahn, C. 330
Latsch, J. 361
Lauterbach, A. 144
Lawall, C. 183
Lehmann, C. 389
Leibbrand, B. 385, 391, 393

Leitner, A. 236, 298, 310, 316
Lewerenz, M. 183
Lieberei, B. 420
Liepert, J. 353
Lieverscheidt, B. 435
Limbacher, K. 459
Linden, M. 183, 273, 420, 424, 428
Lindenmeyer, J. 439
Lipp, S. 482
Lode, M. 286
Löffler, S. 141, 142, 202
Lohsträter, A. 168, 173
Löschmann, C. 451, 455
Lüdtke, J. 218
Lukasczik, M. 151, 275
Machens, R. 117
Mai, H. 250
Mantel, F. 322
Marfels, B. 230
Markmann, E. 362
Marr, A. 379
Masuch, P. 284
Mau, W. 192, 296, 314, 387
Mayer, H. 468
Mayer-Berger, W. 379
Medenwaldt, J. 447
Meffert, C. 114, 262, 412
Mehnert, A. 391
Meise, U. 389
Meisel, H.J. 256
Meiser, E.-M. 457
Meixensberger, J. 256
Melchior, H. 103, 415
Meng, K. 277, 318, 378
Mestel, R. 418
Meyer, T. 60
Mielisch, S. 183
Missel, P. 441, 444
Mittag, O. 97, 334, 374, 417
Moebus, S. 379
Mohnberg, I. 89, 222
Mohr, B. 322
Möller, J. 308
Möllmann, C. 294, 438, 449
Montiel, G. 361
Moock, J. 165, 167
Morfeld, M. 103, 190, 312, 415
Mösko, M. 94
Mozdzanowski, M. 233
Mühlbacher, A.C. 71
Müller, A. 296
Müller, E. 124, 130, 334
Müller, J. 141, 142, 160
Müller, W.-D. 168, 171, 173
Müller-Fahrnow, W.† 108, 200
Murken, S. 397
Muschalla, B. 183, 273, 428
Musekamp, G . 151, 275
Mussgay, L. 370
Muthny, F.A. 372
Nagel, J.M. 399
Nebe, K. 281
Neuderth, S. 64, 151, 275
Neumann, W. 231
Niehaus, M. 230
Niehues, C. 302, 385, 393
Niemeyer, C. 34
Niemeyer, R. 320
Norra, C. 128
Nounla, J. 117
Nowossadeck, E. 365, 376
Nübling, R. 28, 148, 381
Nutt, N. 240
Nutzinger, D. 432
Ohnesorge, W. 372
Opitz, U. 264
Ostholt-Corsten, M. 405
Otto, F. 403, 491
Otto, J. 389
Parhofer, K. 399
Pertl, A. 475
Petermann, F. 117, 259, 266, 465, 468, 472
Petermann, U. 468
Peters, A. 292
Petry, J. 442
Pfau-Effinger, B. 103
Pfeiffer, G. 111
Philipp, J. 195
Pieper, C. 379
Pohl, M. 340
Pohontsch, N. 60
Pönicke, J. 43
Predel, H.J. 361
Prenzel, O. 85
Presl, A. 340
Prinz, E. 130
Prinz, R. 87
Quarz, M. 258
Quinten, C. 444
Rabung, S. 94
Radinger, A. 475
Radoschewski, F.M. 89, 108, 200, 222
Raschke, F. 426
Raspe, H. 37, 100, 185
Razum, O. 181
Reibis, R. 368
Reichel, C. 401
Remmert, C. 463
Rennert, D. 204, 211
Reusch, A. 160
Reuss-Borst, M. 325
Reuter, K. 268
Reutin, B. 181
Rhee, M. 389
Richter, J. 153
Richter, S. 100
Ricken, U. 117
Riedel-Heller, S.G. 256
Rieger, J. 148
Rinck, M. 439
Ritter, J. 289
Ritter, P. 381
Romppel, M. 54
Roßband, H. 190, 318
Rothmaier, A. 480
Rusch, S. 111
Rüddel, H. 370
Rymer, M. 447
Schaadt, A.-K. 472
Schade, N. 302
Schaepe, C. 31, 69
Schaidhammer-Placke, M. 34, 47, 49, 52, 58
Schaller, A. 336
Schellmann, C. 209
Schickendantz, S. 485

Schiel, R. 84, 479, 483, 486
Schlenker-Schulte, C. 87
Schlenz, I. 475
Schlotz, W. 258
Schmädeke, S. 459
Schmeling-Kludas, C. 432
Schmid-Ott, G. 117
Schmidt, A. 350
Schmidt, C. 214
Schmidt, J. 28, 148, 198, 381
Schmidt, R. 347
Schmitman gen. Pothmann, M. 468
Schmitz, S. 485
Schneider, C. 361
Schneider, J. 113, 430, 434
Schonauer, K. 417
Schönrock-Nabulsi, P. 60
Schott, T. 181
Schramm, S. 37
Schubert, M. 31, 69
Schubmann, R. 378
Schuler, M. 142
Schuler, U. 117
Schultz, C. 23
Schultz, K. 407
Schulz, H. 94, 103, 139, 415, 432
Schulz, K. 117
Schulz, P. 258
Schupp, W. 347
Schütt, M. 362
Schwaab, B. 362
Schwarz, R.† 256, 384
Schwarzer, C. 256
Schweidtmann, W. 372
Seekatz, B. 277, 318, 378
Seidel, G. 158
Sequeira, A. 258
Sewöster, D. 156
Siebert, A. 283
Siegrist, M. 475
Sieland, B. 39, 91
Simon, D. 61
Slesina, W. 204, 211
Smolenski, U.C. 168, 171, 173
Smucker, M. 457
Smuga, M. 451, 455
Sokoll-Potratz, K. 206
Sostmann, A. 209
Spallek, J. 181
Spijkers, W. 209, 218, 224
Spindler, T. 410
Spranger, M. 85, 470
Spyra, K. 294, 438, 449
Sreeram, N. 485
Staab, E. 220
Stachow, R. 465
Stahlheber, R. 381
Stapel, M. 198, 228, 248
Stark, R. 399
Starrost, K. 352
Steffanowski, A. 28, 148
Steger, A.-K. 63, 73, 78
Streibelt, M. 106, 121, 306, 330, 332
Streit, J. 401
Ströbl, V. 160
Stumpf, R. 117
Szczepanski, R. 410
Takken, T. 144
Tarnowski, T. 39, 91
Theissing, J. 44
Thomsen, M. 470
Thren, K. 330, 332
Thümmler, K. 350
Tiedjen, U. 465
Tlach, L. 304, 322
Toussaint, R. 256
Trowitzsch, L. 188
Tur, O. 470
Tüscher, O. 345, 353
Uhlmann, A. 334
Ulmer, H.-V. 480
v. Bremen, W. 117
van Egmond-Fröhlich, A. 482, 487
Vogel, B. 254, 272
Vogel, H. 33, 141, 142, 151, 202, 275, 318
Vogelgesang, M. 444
Vogler, J. 41
Vogt, J. 423
Völler, H. 368
von Eiff, W. 302
von Horlacher, J. 368
von Ploetz, K. 451
von Wahlert, J. 418
Wagner, O. 367
Wagner, T. 447
Walk, H.-H. 241
Walle, E. 111, 158
Watzke, B. 103, 415
Weber, A. 87, 233, 240
Wegscheider, K. 368
Wehking, E. 241
Weiller, C. 345, 353
Weinhold, W. 120
Weis, J. 268
Welti, F. 216, 287
Wenkeler, V. 345, 353
Wentrock, S. 325
Werner, A. 480
Widera, T. 146, 153
Wieacker, J.C. 256
Wiegele, C. 135
Wienholz, S. 384
Winkler, D. 256
Wirtz, M. 124, 126, 128, 130
Wirtz, P.H. 370
Wittmann, W.W. 28
Wolf, H.-D. 202
Wolfarth, B. 475
Worringen, U. 318
Wrenger, M. 82
Wunsch, S. 401
Wyler, H. 91
Yilmaz, Y. 181
Zakis, D. 468
Zelfel, R.C. 233
Zergiebel, W. 209
Ziegenthaler, H. 490
Zieger, M. 256
Zimmermann, M. 31, 69
Zobel, M. 444
Zollmann, P. 176
Zwick, N. 362
Zwingmann, C. 153

Verzeichnis der Erstautoren

Ahnert, Jutta, Dr., Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg, 97070 Würzburg

Alles, Torsten, Dr., Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln, 50999 Köln

Allgayer, Hubert, Prof., Reha-Klinik Ob der Tauber der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg, 97980 Bad Mergentheim

Arling, Viktoria, Dr., Institut für Psychologie, Berufliche Rehabilitation, RWTH-Aachen, 52066 Aachen

Arnhold-Kerri, Sonja, Forschungsverbund Prävention und Rehabilitation für Mütter und Kinder, Medizinische Hochschule Hannover, 30625 Hannover

Bahr, Kristin, Abteilung Methoden, Institut für Community Medicine, 17475 Greifswald

Bak, Pawel, Dr., Medizinische Fakultät, Institut für Physiotherapie, Universitätsklinikum Jena, 07740 Jena

Barghaan, Dina, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 20246 Hamburg

Bartel, Susanne, Lehrstuhl für Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation, Charité - Universitätsmedizin Berlin, 10017 Berlin

Baumeister, Harald, Dr., Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie, Institut für Psychologie, Universität Freiburg, 79085 Freiburg

Becher, Lukas F., Mittelrhein-Klinik, 56154 Boppard

Beck, Larissa, Institut für Rehabilitationsmedizin, Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 06097 Halle/Saale

Bergelt, Corinna, Dr., Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 20246 Hamburg

Bethge, Matthias, Lehrstuhl für Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation, Charité - Universitätsmedizin Berlin, 10098 Berlin

Bethge, Susanne, Institut Gesundheitsökonomie und Medizinmanagement (IGM), Hochschule Neubrandenburg, 17033 Neubrandenburg

Bischoff, Claus, Prof., Psychosomatische Fachklinik Bad Dürkheim, 67098 Bad Dürkheim

Blume, Carsten, Lehrstuhl für Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation, Charitè - Universitätsmedizin Berlin, 10117 Berlin

Böcker, Maren, Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Aachen, RWTH-Aachen, 52074 Aachen

Böhning, Nikolaus, iDoc - Institut für medizinische Fachinformation, Patientenaufklärung und Diagnostik GmbH & CoKG, 14467 Potsdam

Bönisch, Angelika, Reha-Zentrum Bad Eilsen der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, 31707 Bad Eilsen

Bönisch, Rainer, Abteilung für Medizinische Psychologie, Klinik Eichholz, 59556 Lippstadt/ Bad Waldliesborn

Brachmann, Katja, Mediclin Bliestal Kliniken, 66440 Blieskastel

Brütt, Anna Levke, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf 20246 Hamburg

Buchholz, Angela, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg, 79104 Freiburg

Bürger, Wolfgang, Dr., fbg - Forschung und Beratung im Gesundheitswesen, 76133 Karlsruhe

Buschmann-Steinhage, Rolf, Dr., Bereich Reha-Wissenschaften, Deutsche Rentenversicherung Bund, 10704 Berlin

Claros-Salinas, Dolores, Dr., Kliniken Schmieder Konstanz, 78464 Konstanz

Deck, Ruth, Dr., Institut für Sozialmedizin der Universität Lübeck, 23552 Lübeck

Dibbelt, Susanne, Dr., Institut für Rehabilitationsforschung an der Klinik Münsterland der Deutschen Rentenversicherung Westfalen, 49214 Bad Rothenfelde

Döbler, Andrea, Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg, 79106 Freiburg

Dudeck, Antje, Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg, 79106 Freiburg

Ebert, David, Institut für Psychologie, Universität Lüneburg, 21335 Lüneburg

Ehrhardt, Heike, Medizinische Fakultät, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, 79104 Freiburg

Ernst, Gundula, Dr., Medizinische Psychologie, Medizinische Hochschule Hannover, 30625 Hannover

Exner, Anne-Kathrin, Institut für Rehabilitationsforschung Norderney, Abteilung Bad Salzuflen, 32105 Bad Salzuflen

Farin, Erik, PD Dr., Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg, 79106 Freiburg

Faßmann, Hendrik, Dr., Institut für empirische Soziologie an der Universität Erlangen-Nürnberg, 90402 Nürnberg

Flach, Thorsten, Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln, 50999 Köln

Forkmann, Thomas, Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Medical Faculty, RWTH-Aachen University, 52074 Aachen

Fröhlich, Stephanie, Institut für Rehabilitationsforschung an der Klinik Münsterland der Deutschen Rentenversicherung Westfalen, 49214 Bad Rothenfelde

Fuerst, Anna-Miria, Bucerius Law School Hamburg, 21129 Hamburg

Fusshöller, Claudia, Klinik Roderbirken der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, 42799 Leichlingen

Gehrke, Jörg, Bereich Sozialmedizin, Deutsche Rentenversicherung Bund, 10704 Berlin

Geiselmann, Bernhard, Dr., Reha-Zentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund, 14513 Teltow

Gerdes, Nikolaus, Dr., Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung, 79713 Bad Säckingen

Gerlich, Christian, Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften, Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg, 97070 Würzburg

Giesler, Jürgen M., Dr., Klinik für Tumorbiologie, 79106 Freiburg

Glattacker, Manuela, Dr., Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg, 79106 Freiburg

Glatz, Andreas, Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln, 50999 Köln

Golkaramnay, Valiollah, Klinik Alpenblick, Waldburg-Zeil Kliniken, 88316 Isny im Allgäu

Greitemann, Georg, Kliniken Schmieder Konstanz, 78464 Konstanz

Groskreutz, Henning, 24105 Kiel

Groß, Sabine, Arbeitsgruppe des Forschungszentrums für Psychobiologie und Psychosomatik der Universität Trier, 55543 Bad Kreuznach

Gülich, Michael, Dr., Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg, 79106 Freiburg

Hampel, Petra, Prof., Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation der Universität Bremen, 28359 Bremen

Hanisch, Moritz, Rehabilitationszentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund, 13513 Teltow

Härtel, Ursula, Prof., Humanwissenschaftliches Zentrum der Ludwig-Maximilian-Universität, 80336 München

Hartmann, Ute, Dr., Reha-Klinik "Am Kurpark" der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg, 97688 Bad Kissingen

Heming, Christian, Institut für Kreislaufforschung und Sportmedizin, Deutsche Sporthochschule Köln, 50933 Köln

Heß, Juliane, Kinder-Reha-Klinik "Am Nicolausholz", 06628 Bad Kösen

Hewig, Martina, Dr., Abteilung für interdisziplinäre Schmerztherapie, Zentralklinik Bad Berka, 99437 Bad Berka

Heyduck, Katja, Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg, 79106 Freiburg

Höder, Jürgen, Dr., Rheumaklinik, 24572 Bad Bramstedt

Hoeps, Kathrin, reha rheinland, Rheinisches Rheumazentrum St. Elisabeth-Hospital, Meerbusch, 47906 Kempen

Hoeß, Uta, Dr., Krankenhaus Rummelsberg, Akademisches Lehrkrankenhaus der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen, 90588 Schwarzenbruck

Hoff-Emden, Heike, Dr., Rehabilitationsklinik für Kinder und Jugendliche, 14547 Beelitz-Heilstätten

Hofreuter-Gätgens, Kerstin, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 20246 Hamburg

Höltershinken, Catherin, Dr., Dörenberg Klinik, 49186 Bad Iburg

Holtz, Maike Christiane, Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation der Universität Bremen, 28359 Bremen

Holzapfel, Matthias, Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg, 79106 Freiburg

Horbach, Gudrun, Salzetalklinik der Deutschen Rentenversicherung Westfalen, 32105 Bad Salzuflen

Jahed, Jeanette, Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie, Institut für Psychologie der Universität Freiburg, 79085 Freiburg

Jolivet, Bénédicte, Dr., Klinik Rosenberg der Deutschen Rentenversicherung Westfalen, 33014 Bad Driburg

Kähnert, Heike, Dr., IfR Norderney, Abteilung Bad Salzuflen, Salzetalklinik, 32105 Bad Salzuflen

Kaluscha, Rainer, Dr., Forschungsinstitut für Rehabilitationsmedizin an der Universität Ulm, Sitz: Rheumaklinik Bad Wurzach, 88410 Bad Wurzach

Kalwa, Marion, Dr., Bereich Sozialmedizin, Deutsche Rentenversicherung Bund, 10704 Berlin

Kaps, Alexander, MEDIGREIF-Inselklinik Heringsdorf GmbH, 17424 Seeheilbad Heringsdorf

Karoff, Marthin, Prof., Klinik Königsfeld der Deutschen Rentenversicherung Westfalen, 58256 Ennepetal

Karstens, Sven, Deutsche Sporthochschule Köln, 50933 Köln

Keck, Michael, Dr., Drei-Burgen-Klinik der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz, 55583 Bad Münster am Stein-Ebernburg

Kleon, Sandra, Institut für Psychologie Berufliche Rehabilitation, RWTH Aachen, 52066 Aachen

Klie, Thomas, Prof., Arbeitsschwerpunkt Gerontologie & Pflege an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg, 79114 Freiburg

Kobelt, Axel, Dr., Ärztlicher Dienst, Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, 30880 Laatzen

Koch, Andreas, "Buss" - Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe, 34131 Kassel

Kohte, Wolfhard, Prof., Juristische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 06108 Halle/Saale

Koletzko, Wilfried, Deutsche Angestellten Krankenkasse, 20097 Hamburg

Köllner, Volker, Prof., Bliestal-Kliniken, 66440 Blieskastel

Körner, Mirjam, Dr., Abt. für Medizinische Soziologie, Medizinische Fakultät, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, 79085 Freiburg

Körtke, Heinrich, PD Dr., Institut für angewandte Telemedizin (IFAT) am Herz- und Diabeteszentrum NRW, 32545 Bad Oeynhausen

Kosiol, Desiree, Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg, 79106 Freiburg

Kretzschmann, Christian, HTWK Leipzig, 04277 Leipzig

Kriesch, Milena, Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg, 79106 Freiburg

Kromeyer-Hauschild, Katrin, PD Dr., Institut für Humangenetik und Anthropologie, Universitätsklinikum Jena, 07740 Jena

Küch, Dieter, Dr., Werra-Reha-Klinik der Deutschen Rentenversicherung Bund, 37242 Bad Sooden-Allendorf

Kulick, Barbara, Dr., Dezernat 3.3, Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz, 67346 Speyer

Kusak, Guido, Dr., Institut für Rehabilitationsmedizin, Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 06097 Halle/Saale

Küst, Jutta, Dr., Kliniken Schmieder Gailingen, 78260 Gailingen

Ladstätter, Anne, Lehrstuhl für Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation, Charité - Universitätsmedizin Berlin, 10117 Berlin

Langhof, Helmut, Dr., Klinik Schönsicht Berchtesgaden, 83471 Berchtesgaden

Leitner, Annette, Dr., Sektion für Sport- und Rehabilitationsmedizin, Forschungsinstitut für Rehabilitationsmedizin an der Universität Ulm, 89075 Ulm

Linden, Michael, Prof., Rehabilitationszentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund, 14513 Teltow

Lindenmeyer, Johannes, Dr., Salus Klinik Lindow, 16835 Lindow

Lode, Maren, Juristischer Bereich, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 06108 Halle/Saale

Löffler, Stefan, Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften, Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg, 97070 Würzburg

Lukasczik, Matthias, Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften, Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg, 97070 Würzburg

Marfels, Britta, Lehrstuhl für Arbeit und Berufliche Rehabilitation, Universität Köln, 50931 Köln

Masuch, Peter, Präsident des Bundessozialgerichts, 34119 Kassel

Mau, Wilfried, Prof., Institut für Rehabilitationsmedizin, Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 06112 Halle/Saale

Meffert, Cornelia, Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg, 79106 Freiburg

Mehnert, Anja, Dr., Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 20246 Hamburg

Meiser, Eva-Maria, Fachklinik für psychotherapeutische Medizin Bliestalkliniken, 66440 Blieskastel

Melchior, Hanne, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, 20246 Hamburg

Meng, Karin, Dr., Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften, Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg, 97070 Würzburg

Mestel, Robert, Dr., HELIOS Klinik Bad Grönenbach, 87730 Bad Grönenbach

Missel, Peter, Kliniken Daun - Am Rosenberg, AHG Allgemeine Hospitalgesellschaft AG, 54550 Daun

Mittag, Oskar, PD Dr., Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg, 79106 Freiburg

Mohnberg, Inka, Lehrstuhl für Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation, Charité - Universitätsmedizin Berlin, 10117 Berlin

Möllmann, Cathleen, Dr., Lehrstuhl für Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation, Charité - Universitätsmedizin Berlin, 10098 Berlin

Moock, Jörn, Institut für Community Medicine, Universität Greifswald, 17475 Greifswald

Müller, Evelyn, Abteilung Forschungsmethoden, Institut für Psychologie, Pädagogische Hochschule Freiburg, 79117 Freiburg

Müller, Wolf-Dieter, Dr., Abteilung für Orthopädie, m&i Fachklinik Bad Liebenstein, 36448 Bad Liebenstein

Muschalla, Beate, Dr., Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation, Rehabilitationszentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund, 14513 Teltow

Mussgay, Lutz, Dr., Psychosomatische Fachklinik St. Franziska-Stift, 55543 Bad Kreuznach

Nebe, Katja, Dr., Juristischer Bereich der Juristischen und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Martin-Luther-Universität, 06108 Halle/Saale

Neuderth, Silke, Dr., Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften, Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg, 97070 Würzburg

Neumann, Willi, Dr., Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management, Hochschule Neubrandenburg, 17033 Neubrandenburg

Niemeyer, Claudia, Institut für Rehabilitationsforschung Norderney e.V., Abteilung Bad Rothenfelde, 49214 Bad Rothenfelde

Nowossadeck, Enno, Lehrstuhl für Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation, Charité - Universitätsmedizin Berlin, 10098 Berlin, 10117 Berlin

Nübling, Rüdiger, Dr., Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen (GfQG), 76139 Karlsruhe

Opitz, Ursula, Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg, 79106 Freiburg

Ostholt-Corsten, Margarete, Bereich Sozialmedizin, Deutsche Rentenversicherung Bund, 10704 Berlin

Otto, Friederike, Abteilung Medizinische Soziologie, Medizinische Hochschule Hannover, 30625 Hannover

Peters, Achim, Dr., Abteilung Orthopädie, Schwarzwaldklinik, 79189 Bad Krozingen

Petry, Jörg, Dr., AHG AG, 33615 Bielefeld

Pohl, Marcus, Dr., Abteilung Frührehabilitation, Klinik Bavaria in Kreischa, 01731 Kreischa

Pohontsch, Nadine, Institut für Sozialmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, 23552 Lübeck

Pönicke, Julia, Rehazentrum Bad Eilsen der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, 31707 Bad Eilsen

Rabung, Sven, Dr., Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf, 20246 Hamburg

Radoschewski, Friedrich Michael, Prof., Lehrstuhl für Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation, Charité - Universitätsmedizin Berlin, 10117 Berlin

Raschke, Friedhart, PD Dr., Institut für Rehabilitationsforschung, 26548 Norderney

Raspe, Heiner, Prof., Institut für Sozialmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (Campus Lübeck), 23552 Lübeck

Reichel, Christoph, PD Dr., Reha-Zentrum Bad Brückenau, Hartwald-Rehabilitationsklinik der Deutschen Rentenversicherung Bund, 97769 Bad Brückenau

Remmert, Christian, ADV gGmbH F42, 12053 Berlin

Rennert, Dirk, Institut für Medizinische Epidemiologie, Biometrie und Informatik, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 06097 Halle/Saale

Ritter, Jürgen, Dezernat 8011, Deutsche Rentenversicherung Bund, 10704 Berlin

Romppel, Matthias, Fachbereich Sozialwesen, Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur Leipzig (FH), 04251 Leipzig

Rothmaier, Axel, Institut für Sportwissenschaft, Universität Mainz, 55099 Mainz

Schaadt, Anna-Katharina, Sozialpädiatrisches Zentrum der Marienhausklinik Kohlhof, 66539 Neunkirchen

Schade, Nora, Institut für Krankenhausmanagement, Westfälische Wilhelms-Universität Münster, 48149 Münster

Schaepe, Christiane, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle. 06097 Halle/Saale

Schaidhammer-Placke, Monika, Institut für Rehabilitationsforschung an der Klinik Münsterland der Deutschen Rentenversicherung Westfalen, 49214 Bad Rothenfelde

Schaller, Andrea, Kliniken Bad Neuenahr GmbH & Co. KG, 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler

Schiel, Ralf, PD Dr., MEDIGREIF-Inselklinik Heringsdorf GmbH, 17424 Seeheilbad Heringsdorf

Schmidt, Jürgen, Dr., Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen, 76139 Karlsruhe

Schmitman gen. Pothmann, Marion, Klinik Hochried, 82418 Murnau

Schmitz, Sandra, Institut für Kreislaufforschung und Sportmedizin Deutsche Sporthochschule Köln, 50933 Köln

Schneider, Jessica, Dr., MediClin Reha-Zentrum am Hahnberg, 34537 Bad Wildungen

Schott, Thomas, Dr., Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, 33501 Bielefeld

Schramm, Susanne, Institut für Sozialmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (Campus Lübeck), 23552 Lübeck

Schubmann, Rainer, Dr., Klinik Möhnesee, Dr. Becker Klinikgesellschaft mbH & Co. KG, 59519 Möhnesee

Schultz, Carsten, Prof., Technische Universität Berlin, 10623 Berlin

Schultz, Konrad, Dr., Zentrum für Rehabilitation Pneumologie und Orthopädie, Klinik Bad Reichenhall, 83435 Bad Reichenhall

Schwaab, Bernhard, Prof., Klinik Höhenried der Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd, 82347 Bernried

Seidel, Gabriele, Dr., Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover, 30625 Hannover

Sewöster, Daniela, Bereich Reha-Wissenschaften, Deutsche Rentenversicherung Bund, 10704 Berlin

Slesina, Wolfgang, Prof., Sektion Medizinische Soziologie, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 06097 Halle/Saale

Smuga, Monika, eqs.-Institut Hamburg, 22453 Hamburg

Sokoll-Potratz, Katrin, Reha-Aktiv Bersenbrück GmbH, 49593 Bersenbrück

Spijkers, Will, Prof., Institut für Psychologie Berufliche Rehabilitation, RWTH-Aachen, 52066 Aachen

Spindler, Thomas, Dr., Fachkliniken Wangen, Waldburg-Zeil Kliniken, 88239 Wangen

Spranger, Matthias, Dr., Neurologisches Rehabilitationszentrum Friedehorst, 28717 Bremen

Spyra, Karla, Dr., Lehrstuhl für Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation, Charité - Universitätsmedizin Berlin, 10117 Berlin

Stachow, Rainer, Dr., Fachklinik Sylt für Kinder und Jugendliche, 25980 Westerland

Stapel, Matthias, Dr., Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz, 67346 Speyer

Steffanowski, Andrés, Dr., Lehrstuhl Psychologie II, Universität Mannheim, 68131 Mannheim

Steger, Anne-Kathrin, Medizinische Fakultät, Albert-Ludwigs-Universität, 79106 Freiburg

Streibelt, Marco, Dr., Lehrstuhl für Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation, Charité - Universitätsmedizin Berlin, 10098 Berlin

Ströbl, Veronika, Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften, Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg, 97070 Würzburg

Tarnowski, Torsten, Universität Lüneburg, 21335 Lüneburg

Theissing, Jürgen, Dr., liveonline coaching, 34454 Bad Arolsen

Thren, Karsten, Dr., Klinik Niedersachsen, 31542 Bad Nenndorf

Thümmler, Kerstin, 01219 Dresden

Tlach, Lisa, Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen, 28359 Bremen

Tur, Olga, Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen, 28359 Bremen

van Egmond-Fröhlich, Andreas, Dr., Klinik Schönsicht Berchtesgaden, 83471 Berchtesgaden

Vogel, Barbara, Abteilung für Rehabilitationspsychologie, Institut für Psychologie Universität Freiburg, 79085 Freiburg

Vogel, Heiner, Dr., Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften, Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg, 97070 Würzburg

Völler, Heinz, Prof., Klinik am See, 15562 Rüdersdorf

von Ploetz, Klaus, Dr., Medinet AG Reha-Fachklinik "Alte Ölmühle", 39114 Magdeburg

Walk, Hans-Heinrich, Dr., Klinik am Rosengarten, 32545 Bad Oeynhausen

Weber, Andreas, Dr., Forschungsstelle zur Rehabilitation von Menschen mit kommunikativer Behinderung an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 06110 Halle/Saale

Weinhold, Wolfgang, Dr., Lubinus-Aktiv Kiel, 24106 Kiel

Welti, Felix, Prof., Lehrstuhl für Sozialrecht und Verwaltungsrecht, Hochschule Neubrandenburg, Fachbereich Gesundheit und Pflege, 17033 Neubrandenburg

Wenkeler, Violetta, Kliniken Schmieder Konstanz, 78464 Konstanz

Wienholz, Sabine, Selbständige Abteilung Sozialmedizin, Universität Leipzig, 04107 Leipzig

Wirtz, Markus, Prof., Institut für Psychologie, Pädagogische Hochschule Freiburg, 79117 Freiburg

Wolf, Hans-Dieter, Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften, Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg, 97070 Würzburg

Zelfel, Rudolf C., Dr., Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln, 50999 Köln

Ziegenthaler, Hans, Dr., Neurologische und orthopädische Rehabilitationsklinik Zentrum für Brandverletztenrehabilitation, Moritz-Klinik, 07639 Bad Klosterlausnitz

Zieger, Margrit, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Universität Leipzig, 04103 Leipzig

Zimmermann, Markus, Dr., Zentrum Altern und Gesellschaft, Hochschule Vechta, 49377 Vechta

Zobel, Martin, Dr., Psychologische Praxis, 56068 Koblenz

Zwingmann, Christian, PD Dr., Geschäftsbereich Gesundheit, Soziales & Familie, Prognos AG, 40213 Düsseldorf