

## **29. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium**

**Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung  
Prävention und Rehabilitation – der Betrieb als Partner  
vom 2. bis 4. März 2020 in Hannover**

März 2020



Herausgeber:  
Deutsche  
Rentenversicherung  
Bund

## **Vorankündigung:**

Das

### **30. Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung**

findet voraussichtlich vom

**8. bis 10. März 2021**

im **Congress Centrum Bremen** in

**Bremen**

statt.

Veranstalter:

**Deutsche Rentenversicherung Bund**

**Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen**

in Zusammenarbeit mit

**Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)**

#### **Ansprechpartner**

Deutsche Rentenversicherung Bund  
Bereich Reha-Wissenschaften  
10704 Berlin

#### **Tagungsort**

Congress Centrum Bremen  
Findorffstraße 101  
28215 Bremen

Telefon: 030 865-39350

Telefax: 030 865-28879

E-Mail: [reha-kolloquium@web.de](mailto:reha-kolloquium@web.de)

Internet: [www.reha-kolloquium.de](http://www.reha-kolloquium.de)

# 29. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung

Deutsche Rentenversicherung Bund  
Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

in Zusammenarbeit mit

Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)

## Wissenschaftliche Leitung

Dr. H.G. **Haaf**, Dr. M. **Streibelt**, Dr. S. **Weinbrenner**

Deutsche Rentenversicherung Bund

Prof. Dr. W. **Mau**

Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)

## Programmkomitee

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

## Kongresskomitee

Tim **Spiegel** (Organisation)

Katrin **Parthier** (Wissenschaft)

Deutsche Rentenversicherung Bund

Raimund **Jassat**, Carolin **Eldmüst**, Nina **Napoli** (Organisation)

Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

# Tagungsband

---

Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Kommunikation. Verantwortlich für den Gesamthalt: Hauptschriftleitung: Dr. Stephan Fasshauer; Schriftleitung: Dr. Dirk von der Heide, Telefon: 030 86589178, Telefax: 030 86527379.

Die Zeitschrift DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG erscheint 4-mal jährlich und ist über die Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Kommunikation, – Vertrieb –, Postanschrift: 10704 Berlin, E-Mail: Abo-Service@drv-bund.de, Telefon: 030 86524536, für 25,00 Euro (Ausland 33,00 Euro) inklusive Versandkosten, jährlich zu beziehen, das Einzelheft 6,50 Euro (Ausland 8,25 Euro) inklusive Versandkosten. Das Abonnement kann jährlich bis zum 30. September für das folgende Jahr gekündigt werden.

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

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

ISBN 978-3-947949-11-3

## **Vorwort**

Sehr geehrte Damen und Herren,  
liebe Kolleginnen und Kollegen,

zum 29. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium in Hannover begrüßen wir Sie herzlich.

Das Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium ist als Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung das wichtigste Forum für praxisrelevante Ergebnisse zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation. Jährlich nehmen über 1.600 Expertinnen und Experten aus Forschung und Praxis, Medizin, Psychologie und Therapie, Gesundheitsmanagement, Verwaltung und Politik teil. Das 29. Reha-Kolloquium 2020 wird veranstaltet durch die Deutsche Rentenversicherung Bund, die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover und die Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW).

Durch die Auswirkungen des demografischen und digitalen Wandels befindet sich unsere Arbeitswelt im Umbruch: Die Belegschaften altern, die Arbeitsanforderungen werden komplexer, Arbeitsformen flexibler. Wie, wo und wie viel wir künftig arbeiten, könnte sich dadurch grundlegend ändern. In der Folge eröffnen sich Handlungsfelder, um Chancen dieser Entwicklungen zu nutzen und Risiken für die Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitnehmenden zu minimieren. Leistungsträger stehen dabei vor der Herausforderung, Präventions- und Rehabilitationskonzepte an die Veränderungen von „Arbeit 4.0“ anzupassen und betriebsnah weiterzuentwickeln. Für Betriebe gewinnt eine präventive und gesunderhaltende Arbeitsgestaltung zunehmend an Bedeutung. Speziell für kleine und mittlere Unternehmen und ihre Beschäftigten bedarf es innovativer Lösungsansätze sowie neuer Strategien zum Transfer von wissenschaftlich belegten Erfolgskonzepten in die Praxis. Allerdings ist bislang wenig darüber bekannt, wie man betriebliche Arbeitsbedingungen gesundheitswirksam verändern kann. Hier ist insbesondere die Forschung gefragt.

Letztlich wird es darauf ankommen, Gestaltungspotenziale für Prävention und Rehabilitation partnerschaftlich mit den Betrieben wahrzunehmen. Beim diesjährigen Kongress möchten wir daher gemeinsam mit Ihnen die Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit in der Arbeitswelt der Zukunft aus verschiedenen Perspektiven beleuchten und an der Schnittstelle zwischen „Stay-at-work“ und „Return-to-work“ enger zusammenrücken.

Der Tagungsband kann unter [www.reha-kolloquium.de](http://www.reha-kolloquium.de) heruntergeladen werden.

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

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

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

## Inhaltsverzeichnis

<b>Plenarvortrag</b> .....	<b>18</b>
Return-to-Work: Viele Ideen, aber was hilft? <i>Matthias Bethge</i> .....	18
<b>DGRW-Update</b> .....	<b>19</b>
Reha-Nachsorge <i>Ruth Deck</i> .....	19
Suchtrehabilitation <i>Wibke Voigt</i> .....	22
<b>Beiträge in Vortragsessions (alphabetisch nach Session- und Beitragstitel)</b>	
<b>Assessmentinstrumente I (Neurologische Rehabilitation)</b> .....	<b>23</b>
Assessment of motor fatigability while walking based on MTC and Distance Walk Index in MS <i>Kim-Charline Broscheid; Patrizia Bilgin-Egner; Christian Dettmers; Michael Jöbges; Lutz Schega</i> .....	23
Der 6 Minuten Gehstest in der neurologischen Rehabilitation: Reliabilität, Validität und Verlaufsmessung <i>Juliane Lamprecht; Michael Sailer</i> .....	24
Psychische Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei Patienten mit neurologischen Erkrankungen <i>Anne Henning; Diana Carolina Neue; Beate Muschalla</i> .....	26
Qualitätssicherung in der Neurorehabilitation bei Kindern mit Zerebralpareesen anhand der individuellen Effektgröße <i>Ibrahim Duran; Christina Stark; Eckhard Schönau</i> .....	29
Visuelle Beurteilung motorischer Fatigability bei Multiple Sklerose zur standardisierten Erfassung im klinischen Alltag <i>Odin Hoogerbeets; Kim-Charline Broscheid; Simon Sailer; Manfred Vieten; Christian Dettmers</i> .....	32
<b>Assessmentinstrumente II</b> .....	<b>35</b>
Die Internationale Klassifikation der Organisation von Rehabilitationseinrichtungen (ICSO-R 2.0) - Hintergrund und Anwendungsmöglichkeiten <i>Christoph Gutenbrunner; Boya Nugraha; Charlotte Kiekens; Francesca Gimigliano; Thorsten Meyer</i> .....	35
Einfluss der Kinesiophobie von Testleitern auf die Ergebnisse der FCE <i>David Bühne; Torsten Alles; Christian Hetzel; Marco Streibelt; Ingo Froböse</i> .....	36
Herausforderungen in der kulturellen und linguistischen Adaption des Work Disability Functional Assessment Battery (WD-FAB) in die deutsche Sprache <i>Maresa Buchholz; You-Shan Feng; Thomas Kohlmann</i> .....	39
Überarbeitung der Adjustierung in der Rehabilitandenbefragung der DRV <i>Agnes Gregorkiewicz; Mona Sägebarth</i> .....	41
Zur genaueren Bestimmung von psychischer Komorbidität durch die SCL-90®-S <i>Gabriele Helga Franke</i> .....	44
<b>Bedarfsorientierte Rehabilitation vor und bei Pflegebedürftigkeit</b> .....	<b>47</b>
Inanspruchnahme von Rehabilitation vor Pflege - eine alters- und geschlechtsstandardisierte Betrachtung der Entwicklung <i>Christina Kaltenbach; Julia Dannenmaier; Theresa Kölle; Rainer Kaluscha; Gert Krischak</i> .....	47
Kultursensibles Arbeiten in der Rehabilitation - Entwicklung und Evaluation eines Trainingskonzeptes <i>Katharina Quaschnig; Sonja Becker; Leonie Luzay; Mirjam Körner</i> .....	49
Mobile geriatrische Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen <i>Johann Behrens</i> .....	52
Versichertenseitige Einflussfaktoren auf die Zustimmung zu einer Rehabilitationsempfehlung sowie den (Nicht-)Antritt einer bewilligten Rehabilitationsleistung - Ergebnisse qualitativer Experteninterviews mit Prozessakteuren <i>André Golla; Cynthia Richter; Wilfried Mau; Susanne Saal</i> .....	54

<b>Berufliche Orientierung .....</b>	<b>57</b>
Assessment beruflicher Problemlagen in der Psychosomatik zur Identifizierung von MBOR Zielgruppen <i>Ines Frege; Katrin Grümer; Heinz C. Vollmer; Julia Domma.....</i>	57
Berufsbezogene Problemlagen von Betroffenen mit chronisch entzündlicher Darmerkrankung - Ergebnisse einer Mixed-Methods-Studie <i>Jana Langbrandtner; Gero Steimann; Christoph Reichel; Angelika Hüppe .....</i>	58
Individualisierte MBOR in der Neurologie ist in Bezug auf den Return To Work wirksam <i>Tobias Leniger; Andrea Ghadimi .....</i>	61
Wahrnehmung und Effekte der berufsbezogenen Ausrichtung in einer Rehabilitationsmaßnahme aus Rehabilitandensicht: erste Ergebnisse aus der REQUAMO II-Studie <i>Udo Kaiser; Rüdiger Nübling; Rainer Kaluscha; Jürgen Schmidt; Edwin Toepler .....</i>	62
Wie bewerten Rehabilitanden das erwerbsbezogene Behandlungsangebot in der Medizinischen Rehabilitation - Ergebnisse einer repräsentativen Versichertenbefragung im DRV-Bund Projekt MBOR-R <i>Wolfgang Bürger; Rüdiger Nübling; Marco Streibelt.....</i>	65
<b>Bewegungstherapie .....</b>	<b>68</b>
Auswirkungen auf die Gangsicherheit von Rehapatienten mit Hüft-TEP: Ausdauertraining auf dem Laufbandergometer vs. Fahrradergometer <i>Wolfgang Klingebiel; Matthias Pekrun .....</i>	68
Bewegungsbezogene Maßnahmen zur Sicherung der Arbeitsfähigkeit in der beruflichen Bildung: Von der Quantitäts- zur Kompetenzorientierung <i>Johannes Carl; Eva Grüne; Johanna Popp; Klaus Pfeifer.....</i>	70
Bewegungsförderung in der Bewegungstherapie: Handlungsempfehlungen für die Qualitätsentwicklung innerhalb der medizinischen Rehabilitation <i>Wolfgang Geidl; Judith Wais; Gordon Sudeck; Klaus Pfeifer .....</i>	72
Interdisziplinäre Adipositas therapie für Erwachsene - Abschlussergebnisse zur einjährigen Gruppenintervention (Zeitraum: 2004-2017) <i>Wiebke Göhner; Jenny Hörmann; Andreas Berg; Reinhard Fuchs; Aloys Berg .....</i>	75
Mediatoren einer psychologischen Intervention zur Steigerung der körperlichen Aktivität <i>Sarah Paganini; Christina Ramsenthaler; Ramona Wurst; Stephan Kinkel; Reinhard Fuchs.....</i>	77
<b>Epidemiologie, Reha-Bedarf, Reha-Zugang .....</b>	<b>79</b>
Erfahrungen und Einstellungen bezüglich der medizinischen Rehabilitation als Prädiktoren des subjektiven Rehabilitationsbedürfnisses bei Personen mit Rückenschmerzen <i>Nadine Schmitt; David Fauser; André Golla; Matthias Bethge; Wilfried Mau.....</i>	79
Gründe für den Antragsrückgang bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation - Ergebnisse der Prognos-Studie <i>Pia Zollmann; Marco Streibelt.....</i>	81
Subjektive Erwerbsprognose und Reha-Antragsintention bei Erwerbstätigen mit Rückenschmerzen <i>David Fauser; Nadine Schmitt; André Golla; Wilfried Mau; Matthias Bethge.....</i>	84
Wahrgenommene Umweltbarrieren von Menschen mit Querschnittlähmung in Deutschland <i>Andrea Bökel; Christoph Gutenbrunner; Christian Sturm.....</i>	87
Zugang zu onkologischen Rehabilitationsmaßnahmen: Clusteranalysen zu Zugangswegen, Informationsangeboten, Kenntnissen und Erwartungen <i>Katharina Dietzel; Marina Jost; Silke Jankowiak; Julia Dannenmaier; Gert Krischak .....</i>	89
<b>Evidenzbasierung in der pneumologischen Rehabilitation.....</b>	<b>92</b>
Deutlich reduzierte Exazerbationsraten 3 Monate und 1 Jahr nach pneumologischer Rehabilitation bei Rehabilitanden mit nicht kontrolliertem Asthma - Sekundärergebnisse der EPRA-RCT <i>Konrad Schultz; Larissa Schwarzkopf; Boglarka Szentcs; Dennis Nowak; Michael Schuler.....</i>	92
Effekt einer schrittzählerbasierten Verhaltensintervention auf das Bewegungsverhalten von Personen mit COPD 6 Wochen und 6 Monate nach einer pneumologischen Rehabilitation. Ergebnisse der randomisiert-kontrollierten STAR-Studie <i>Wolfgang Geidl; Johannes Carl; Michael Schuler; Nicola Leibert; Michael Wittmann; Konrad Schultz; Klaus Pfeifer.....</i>	95
Ist Neuromuskuläre Elektrostimulation (NMES) bei COPD effektiv als zusätzliche Therapiemaßnahme in der Rehabilitation? <i>Wolfgang Klingebiel; Jan Kaufmann.....</i>	97

Ist Tabakentwöhnung (TEW) im Rahmen der pneumologischen Rehabilitation (PR) von Asthmatikern wirksam? <i>Michael Schuler; Larissa Schwarzkopf; Boglarka Szentes; Dennis Nowak; Konrad Schultz</i> .....	99
<b>Forschungsergebnisse zu Ergebnisqualität und Patient Reported Outcome Measures</b> .....	<b>102</b>
Implementation von „Patient reported outcomes“ zur Ergebnismessung in der ambulanten orthopädischen Rehabilitation <i>Marcus Müller; Joscha Brunßen</i> .....	102
Patient reported outcome in der orthopädischen Rehabilitation: Pilotprojekt zur vergleichenden Messung von Ergebnisqualität mit dem 4QD-Indikatorensatz Orthopädie <i>Ralf Bürgy; Ralf Wiederer</i> .....	103
Patientenberichtete „Outcomes“ bestimmen die berufliche Prognose und die Lebensqualität nach kardiologischer Reha: Finale Ergebnisse des multizentrischen Registers OutCaRe <i>Annett Salzwedel; Iryna Koran; Eike Langheim; Axel Schlitt; Jörg Nothroff; Karl Wegscheider; Heinz Völler</i> .....	107
Rehabilitation bei chronischem Juckreiz (Pruritus) - Evaluation der Effektivität und Patient-reported Outcomes <i>Sophia von Martial; Anke Plate; Vanessa Bill; Matthias Augustin; Sonja Ständer; Athanasios Tsianakas</i> ..	109
Validität der smartphone-basierten Erfassung der Mobilität zur Messung des Reha-Erfolges <i>Arash Azhand; Igor Sattler; Sophie Rabe; Anika Steinert</i> .....	110
<b>Gesundheit im betrieblichen Kontext I</b> .....	<b>112</b>
Eine extern angebotene psychosomatische Sprechstunde als betriebliche Maßnahme für Prävention oder Rehabilitation psychischer Erkrankungen <i>Cornelia Weiß; Scott Stock Gissendanner; Uwe Krähnke; Benjamin Herten; Wiebke Wrage</i> .....	112
Konzeption und Aufbau einer überbetrieblichen Bewegungsnachbarschaft zur Bewegungsförderung für Beschäftigte in Klein- und Kleinstunternehmen <i>Carina Hoffmann; Gerrit Stassen; Birgit Schauerte; Andrea Schaller</i> .....	114
Projekt PARC-AVE: Partizipation als Schlüssel für eine nachhaltige und effektive Bewegungsförderung in der KFZ-Ausbildung? <i>Eva Grüne; Johanna Popp; Johannes Carl; Klaus Pfeifer</i> .....	116
Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb - Perspektiven auf Versorgung von Arbeitnehmenden an der Schnittstelle von Betrieb und Regelversorgung <i>Franziska Kessemeier; Andreas Antes; Reinhold Kilian; Monika Rieger; Harald Gündel; Michael Hölzer; Eva Rothermund</i> .....	118
<b>Gesundheit im betrieblichen Kontext II</b> .....	<b>120</b>
Analyse der Erholungserfahrung und der Arbeitsfähigkeit - Eine quantitative Querschnittsstudie in einem Großunternehmen <i>Bianca Biallas; Magnus Piontkowski; Uwe Steingraber; Lena Franz; Ingo Froböse; Christiane Wilke</i> .....	120
Betriebliches Arbeitstraining <i>Hans-Christoph Eichert</i> .....	122
Fit for Work and Life - Integrierte Prävention und Rehabilitation für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eines Universitätsklinikums: Ergebnisse der Begleitevaluation <i>Christoph Gutenbrunner; Christoph Korallus; Kai Kahl; Uwe Tegtbur; Christoph Egen; Heike Fuhr; Juliane Briest</i> .....	124
Präventive Gesundheitsstrategien - Aus BEM lernen. Zu den (Aus-)wirkungen der Unternehmenskulturen auf die Gesundheit von Mitarbeitenden <i>Bianca Lange; Heike Ohlbrecht</i> .....	126
Stay at work - Subjektiver Erfolg von betrieblichen Maßnahmen für ältere Beschäftigte mit gesundheitlichen Einschränkungen <i>Marieke Dettmann; Hans Martin Hasselhorn</i> .....	127
<b>Innovative Zugangswege zu Prävention und Rehabilitation</b> .....	<b>130</b>
Administrative Daten zur Abschätzung des Erwerbsminderungsrisikos: Der Risikoindex Erwerbsminderungsrente <i>Katja Spanier; Marco Streibelt; Matthias Bethge</i> .....	130

Berufsbezogener Gesundheitscheck der Rentenversicherung - (K)ein Thema für Pflegekräfte? <i>Marina Jost; Silke Jankowiak; Rainer Kaluscha; Gert Krischak</i> .....	132
Führt das Angebot eines webbasierten Tests auf Rehabedarf zu einer praktisch bedeutsamen Erhöhung der Reha-Antragsrate? <i>Malgorzata Schlöffel; Oskar Mittag; Hanna Kampling; Hartmut Pollmann; Erik Farin-Glattacker</i> .....	135
Validierung eines Screenings zur Erfassung von Präventions- und Rehabilitationsbedarf bei Über-45-Jährigen <i>Sebastian Bernert; Martin Brüniger; Johannes Falk; Marco Streibelt; Karla Spyra</i> .....	138
<b>Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben I</b> .....	<b>141</b>
Fachkräfte und Unternehmen zusammenbringen - Kooperation zwischen Leistungserbringern und Unternehmen im Kontext der beruflichen Rehabilitation <i>Nancy Reims; Kerstin Jahn</i> .....	141
Förderliche und hemmende Faktoren für die berufliche Teilhabe blinder und sehbehinderter Menschen: Ergebnisse aus dem ORELTA-Projekt (Von der Ophthalmologischen Rehabilitation zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) <i>Ernst von Kardorff; Sandra Kappus; Jana Gisbert Miralles</i> .....	143
Unterscheiden sich arbeitslose und in Arbeit befindliche Versicherte in Bezug auf ihre LTA-Leistungen und Reintegration? <i>Jens Knispel; Viktoria Arling</i> .....	146
Verläufe von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach Bewilligung bei der Deutschen Rentenversicherung Bund <i>Annika Sternberg; Matthias Bethge</i> .....	148
Wege in die berufliche Rehabilitation - retrospektive Interviews mit Teilnehmern beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen <i>Viktoria Arling; Ann-Kathrin Grotenburg; Paula Küppers; Jens Knispel</i> .....	150
<b>Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben II</b> .....	<b>153</b>
Betriebsorientierte ambulante berufliche Rehabilitation psychisch kranker Menschen - Ein Update <i>Hans-Christoph Eichert</i> .....	153
Das Teilhabemanagement der DRV nach med. Reha: was passiert wie schnell und mit welcher Zufriedenheit? <i>Thomas Drüke; Christian Wiese</i> .....	155
Die Relevanz des erwerbsbiografischen Bewältigungsprozesses für den Umschulungskontext <i>Jens Knispel; Viktoria Arling</i> .....	157
Medienkompetenzaufbau in Einrichtungen beruflicher Rehabilitation - Vom Betreuenden zum Teilnehmenden <i>Sabrina Lorenz; Ann Marie Wester; Eva Rothaug</i> .....	159
RehaFuturReal®: Welche Selbsteinschätzungsmaße spielen eine Rolle für den Arbeitsstatus nach dem LTA-Prozess? <i>Jens Knispel; Viktoria Arling</i> .....	162
<b>Neurologische Rehabilitation</b> .....	<b>165</b>
Einfluss kognitiver Dysfunktionen auf die Motorik und Mobilität im Verlauf der neurologischen Rehabilitation nach Schlaganfall <i>Juliane Lamprecht; Monika Froß; Michael Sailer</i> .....	165
Fatigue bei Multipler Sklerose (MS) als dissoziativer Bewältigungsmechanismus? Eine Studie an 571 Patienten mit MS <i>Gesa Pust; Roger Schmidt; Roland Weierstall-Pust; Christoph Heesen; Jennifer Randerath; Christian Dettmers; Stefan Gold</i> .....	167
Psychische Komorbidität und funktionelle Symptombildung bei Multipler Sklerose <i>Kateryna Piliavska; Dominik Maier-Ring; Michael Dantlgraber; Roger Schmidt; Christian Dettmers</i> .....	169
Wirksamkeit neuropädiatrischer Rehabilitation - eine retrospektive Analyse von Daten aus der St. Mauritius Therapieklinik in Meerbusch <i>Hannah Stadler; Kristina Müller; Gerhard Kurlermann; Michael Lendt</i> .....	171
Zufriedenheit mit der neurologischen Rehabilitation. Was berichten Rehabilitanden in den sozialen Medien? <i>Susann Kiss; Felix Hopf; Christiane Patzelt; Martin Emmert; Uwe Sander</i> .....	173

<b>Onkologische Rehabilitation</b> .....	<b>176</b>
Barrieren bei der Beantragung von onkologischen Rehabilitationsleistungen – quantitative Ergebnisse einer Expertenbefragung <i>Carolin Dresch; Joachim Weis; Hans Helge Bartsch; Phillip Maiwald; Jan Valentini; Vitali Heidt; Ulrich Kurlermann</i> .....	176
Nicht-geäußerte psychosoziale Bedürfnisse von Krebspatienten im Aufnahmegespräch der Rehabilitation: Prävalenz, Zusammenhänge und Prädiktoren <i>Verena Heß; Karin Meng; Thomas Schulte; Silke Neuderth; Hermann Faller; Michael Schuler</i> .....	178
Regressionsanalyse zur Zufriedenheit onkologischer Rehabilitanden in den sozialen Medien <i>Uwe Sander; Irina Biedermann; Anna-Lena Hofmann; Felix Hopf; Susann Kiss; Christiane Patzelt; Anja Schindler</i> .....	181
Retrospektive Befragung zur subjektiven Langzeitkontinenz 4 Jahre nach Prostatovesikulektomie - ein Vergleich der verschiedenen OP-Methoden <i>Anika Biel; Jürgen Freund</i> .....	183
Vorkommen von MRSA in der onkologischen Rehabilitation - Auswertung eines systematischen Aufnahmescreenings an 200 Patientinnen und Patienten <i>Holger G. Hass; Johannes Hallauer; Petra Garbe; Claudio Kupfahl</i> .....	185
<b>Orthopädische/Rheumatologische Rehabilitation</b> .....	<b>187</b>
Effektivität der Rehabilitation nach Primärimplantation einer Hüft-Totalendoprothese. Ein Vergleich der gängigen medizinischen Rehabilitation in Deutschland gegenüber der üblichen postoperativen Versorgung in den Niederlanden <i>Annet Wijnen; Gesine H. Seeber; Günter Dietz; Aike Hessel; Djordje Lazovic; Sjoerd K. Bulstra; Martin Stevens</i> .....	187
Prädiktoren der selbsteingeschätzten Arbeitsfähigkeit und der Rückkehr zum Arbeitsplatz bei Patienten mit Unfallverletzungen der Wirbelsäule <i>Bianca Biedenweg; Maresa Buchholz; Ute Polak; Thomas Kohlmann</i> .....	189
Teilhabeeffekte der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation bei Rehabilitanden mit Muskel-Skelett-Erkrankungen: eine Propensity Score Analyse <i>David Fauser; Martin Vogel; Matthias Bethge</i> .....	191
Welchen Behandlungserfolg zeigt die verhaltensmedizinisch orthopädische Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen 24 Monate nach Rehabilitationsende? <i>Anne Köpnick; Petra Hampel</i> .....	193
Wirksamkeit der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation bei Muskel-Skelett-Erkrankungen zehn Monate nach der Rehabilitation <i>Miriam Markus; Matthias Bethge</i> .....	196
<b>Qualitätssicherung</b> .....	<b>199</b>
Das Peer Review der medizinischen Rehabilitation - Ergebnisse des Pilotverfahrens Orthopädie <i>Stefanie Martin; Niels Baumann; Luise Kayser</i> .....	199
Der Strukturierte Qualitätsdialog in der medizinischen Reha - Wie gehen Fachabteilungen mit auffälligen QS-Ergebnissen um? <i>Markus Thiede; Simone Flaig; Lea Kuntz; Aleksandra Jaworek; Eva Maria Bitzer; Anke Mitschele</i> .....	201
Implementierung des Strukturierten Qualitätsdialogs (SQD) aus Sicht der Rentenversicherungsträger - eine qualitative Studie <i>Simone Flaig; Lea Kuntz; Mareike Lederle; Anke Mitschele; Markus Thiede; Margarete Ostholt-Corsten; Eva Maria Bitzer</i> .....	204
Rehabilitanden- und Angehörigenzufriedenheit auf Klinikbewertungen.de. Eine quantitative Analyse von Onlinebewertungen zur medizinischen Rehabilitation <i>Christiane Patzelt; Susann Kiss; Felix Hopf; Martin Emmert; Uwe Sander</i> .....	207
Zusammenhänge unterschiedlicher Qualitätsparameter (Kennzahlen) aus der externen Qualitätssicherung der DRV <i>Jürgen Schmidt; Udo Kaiser; Rüdiger Nübling; Rainer Kaluscha; Edwin Toepler</i> .....	209
<b>Rechtswissenschaften I</b> .....	<b>212</b>
Das Betriebliche Eingliederungsmanagement als Motor der Rehabilitation <i>Wolfgang Kohte</i> .....	212

Das Budget für Ausbildung - Unterstützung für Menschen mit Behinderung und Betriebe <i>Cindy Gast-Schimank</i> .....	214
Der behinderungsgerechte Einsatz von Assistenztechnologien im Betrieb - am Beispiel von Exoskeletten <i>Dörte Busch</i> .....	216
Die verbesserte Nutzung der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter im betrieblichen Kontext <i>Claudia Beetz</i> .....	217
Inkludierte Gefährdungsbeurteilung – Handlungshilfe zur erweiterten Beurteilung von Arbeitsbedingungen bei Menschen mit Behinderung <i>Christoph Beyer</i> .....	219
<b>Rechtswissenschaften II</b> .....	<b>221</b>
Arbeitgeber oder Rehabilitationsträger bzw. Integrationsamt: Wer hat für die Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit Behinderungen zu zahlen? <i>René Dittmann</i> .....	221
Das deutsche Rehabilitationsrecht und die UN-BRK im Staatenberichtsverfahren <i>Felix Welti</i> .....	223
Datenschutz in der Rehabilitation - ausgewählte trägerübergreifende Aspekte <i>Marcus Schian; Mathias Sutorius</i> .....	225
Quantitative und qualitative Analyse von Präventions- und Rehabilitationsaspekten in Inklusionsvereinbarungen <i>Constantin Eberhardt</i> .....	227
Wissenschaftliche Qualifikation trotz chronischer Erkrankung - befristungsrechtliche Rahmenbedingungen nach WissZeitVG <i>Katja Nebe</i> .....	229
<b>Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen</b> .....	<b>232</b>
Ambulante Rehabilitation bei Sucht - Risikofaktoren und Erfolge <i>Hans-Jürgen Tecklenburg</i> .....	232
Antritts- und Haltequote in der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitsstörungen: Eine multizentrische Untersuchung <i>Wilma Funke; Rudolf Bachmeier; Ursula Köstler; Volker Weissinger</i> .....	233
Berufliche Integration und Behandlungserfolg in der stationären Suchtrehabilitation <i>Rudolf Bachmeier; Volker Weissinger</i> .....	236
Diskriminative Analyse der Symptomatologie des Schädlichen Substanzgebrauchs <i>Monika Vogelgesang</i> .....	239
Effektivität der stationären Alkoholentwöhnung - Umgang mit fehlenden Antworten: Multiple Imputation, Fallweiser Ausschluss oder Berechnungsformeln nach DGSS? <i>Sebastian Bernert; Tim Krüger; Karla Spyra</i> .....	241
<b>Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen</b> .....	<b>243</b>
Familienbezogene Prädiktoren der Lebensqualität von krebskranken Kindern und ihren Eltern in der familienorientierten Rehabilitation <i>Laura Inhestern; Mona Peikert; Konstantin A. Krauth; Corinna Bergelt</i> .....	243
Formative Evaluation der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit seltenen, schweren Hauterkrankungen („ResHa 2“) <i>Rainer Stachow; Anne Köpnick; Petra Hampel</i> .....	245
Kontextfaktoren der rebezogenen Behandlungsannahmen - die subjektive Sicht Jugendlicher <i>Cindy Höhn; Gloria Metzner; Edith Waldeck; Manuela Glattacker</i> .....	247
Psychische Auffälligkeiten von Jugendlichen mit Adipositas in der stationären Rehabilitation <i>Petra Hampel; Rainer Stachow</i> .....	249
Wie sind die Bedarfe bezüglich der ambulanten Kinder- und Jugendlichenrehabilitation? - eine qualitative Befragung aller Beteiligten <i>Sandra Fahrenkrog; Nina Ammelburg; Alina Schmelcher; Kristin Herrmann; Karla Spyra</i> .....	251

<b>Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen und chronischen Schmerzen - in Kooperation mit der DGPPR.....</b>	<b>253</b>
Charakteristische Nutzungsformen psychosomatischer Rehabilitation und ihre Wirkung auf den subjektiven Behandlungserfolg <i>Ernst von Kardorff; Alexander Meschnig; Sebastian Klaus</i> .....	253
Erfolg und Nutzen einer psychosomatischen Rehabilitation - Vergleich von Rehabilitanden mit und ohne Rentenüberlegung <i>Jessica Henn; Franziska Kessemeier; Rüdiger Nübling; Jürgen Schmidt; Axel Kobelt-Pönicke; Markus Bassler</i> .....	255
Kosten-Wirksamkeits-Analyse ambulanter psychiatrischer Rehabilitation in Österreich <i>Alexandra Schosser; Birgit Senft; Marion Rauner</i> .....	258
Langzeiteffekte einer KVT- und HT-basierten Schlaftherapie in der psychosomatischen Rehabilitation <i>Jasmin Faber; Indra Steinbrecher-Hocke; Peter Bommersbach; Angelika Schlarb</i> .....	260
Medikamenten-Adhärenz bei Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen <i>Gabriele Helga Franke; Dieter Küch; Melanie Jagla</i> .....	261
<b>Rehabilitationspsychologie - in Kooperation mit der DGPPR.....</b>	<b>264</b>
Gibt es den typischen Crystal-Abhängigen und welchen Einfluss haben Persönlichkeitsmerkmale? <i>Maik Schacht-Jablonowsky; Marlies Riebschläger; Willem Hamdorf; Lisa Proebstl; Felicia Kamp; Gabi Koller; Michael Soyka</i> .....	264
Kontextfaktoren des subjektiven Krankheitskonzepts in der psychosomatischen Rehabilitation – eine Querschnittsanalyse <i>Rieka von der Warth; Anne Nau; Matthias Rudolph; Jürgen Bengel; Manuela Glattacker</i> .....	266
Netzwerkmodelle psychischer Störungen am Beispiel posttraumatischer und depressiver Symptome bei Herzpatienten <i>Stefan Lueger; Tanja Lueger; Michael Schuler; Peter Deeg</i> .....	269
Rehabilitationspsychologische Diagnostik - State of the Art <i>Gabriele Helga Franke; Karl Boje; Melanie Jagla</i> .....	272
Tabakentwöhnung im Rahmen der stationären psychiatrischen Rehabilitation <i>Waltraud Bitterlich; Silke Nastran</i> .....	275
<b>Reha-Nachsorge.....</b>	<b>277</b>
Evaluation einer Intervention zur Steigerung des Nachsorge-Nutzungsverhaltens von Rehabilitanden mit psychischen und Verhaltensstörungen <i>Thomas Fankhänel; Franziska-Antonia Samos; Thomas Frese</i> .....	277
Hausarztzentrierte Reha-Nachsorge bei chronischem Rückenschmerz - Ergebnisse aus Interviews mit Hausärztinnen und Hausärzten <i>Lisa Weier; Ruth Deck</i> .....	280
MBOR-Plus: Nutzbarkeit, Akzeptanz und Passgenauigkeit eines telefonischen Fallmanagements bei Patienten mit Stoffwechselerkrankungen <i>Viktoria Arling; Hartmut Pollmann; Veneta Slavchova</i> .....	282
Wer ist aus Klinik-sicht Kandidat*in für das Fallmanagement nach psychosomatischer Rehabilitation? <i>Hannes Banaschak; Stella Lemke; Matthias Bethge</i> .....	284
Wie gestaltet sich aus Sicht niedergelassener Ärzte die Zusammenarbeit mit der onkologischen Rehabilitation? <i>Heike Kähnert; Harald Fischer; Eva-Maria Kalusche-Bontemps; Birgit Leibbrand</i> .....	287
<b>Return to Work .....</b>	<b>290</b>
Anforderungen von Arbeitgebern an die Arbeitsmarktintegration von (teilweise) erwerbsgeminderten Arbeitnehmer*innen <i>Jannis Hergesell; Nina Baur</i> .....	290
Mut zur Offenbarung bei psychisch erkrankten Bewerbern - wann sollte ein Bewerber seine Erkrankung kommunizieren? <i>Veneta Slavchova; Viktoria Arling</i> .....	292
Verläufe von Patienten mit hoher sozialmedizinischer Belastung - Ergebnisse der Hersfelder Katamnesestudie <i>Meinolf Peters; Joachim Lindner; Angelika Budde; Christina Jüsche; Holger Schulz</i> .....	295

Wege psychisch beeinträchtigter Menschen in die EM-Rente - Verläufe, Hintergründe, Präventionspotentiale und Rückkehrperspektiven in Arbeit <i>Ernst von Kardorff; Sebastian Klaus; Alexander Meschnig</i> .....	297
Welche Einflussfaktoren prägen die berufliche Teilhabe psychisch beeinträchtigter Frauen und Männer mittleren Alters? <i>Tomke S. Gerdes</i> .....	299
<b>Reviews und Meta-Analysen</b> .....	<b>302</b>
Bewegungsförderungsmaßnahmen in der beruflichen Bildung: Ein systematisches Review <i>Eva Grüne; Johanna Popp; Johannes Carl; Klaus Pfeifer</i> .....	302
Evidenzbasierung in der sozialmedizinischen Begutachtung bei Erwerbsminderungsrenten - Eine indikationsspezifische systematische Literaturrecherche <i>André Strahl; Matthias Morfeld; Heiner Vogel; Petra Hampel</i> .....	304
Instrumente zur Umsetzung diversitätssensibler Versorgung. Ein Scoping Review zur Entwicklung eines Katalogs für Rehabilitationseinrichtungen und Rehabilitationsträger <i>Tuğba Aksakal; Yüce Yılmaz-Aslan; Maria Dyck; Fabian Erdsiek; Dennis Padberg; Oliver Razum; Patrick Brzoska</i> .....	306
Systematisches Review und Metaanalysen: Effekte der Rehabilitation bei Krebspatienten auf Lebensqualität, Fatigue, Angst und Depression <i>Katharina Dietzel; Julia Dannenmaier; Marina Jost; Silke Jankowiak; Gert Krischak</i> .....	308
Verlaufseffekte in der medizinischen Rehabilitation - Meta-Analyse (VEMA): Erste Ergebnisse der Literaturrecherche <i>Michael Schuler; Katharina Gabriel; Kathrin Muraue; Anna Grau; Stephanie Stangl; Peter Heuschmann; Hermann Faller</i> .....	310
<b>Sozialmedizinische Begutachtung</b> .....	<b>313</b>
Alles „Psych“ in Erwerbsminderungsgutachten? Eine Übersicht zu Störungsbildern aus dem Peer Review-Verfahren der DRV <i>Jörg Gehrke</i> .....	313
ArbeitsMarktbezogenes Assessment: Neues kriteriumsorientiertes Testsystem zur Quantifizierung des Leistungsvermögens bei Begutachtung auf körperlich leichte Erwerbstätigkeit <i>Judith Gartmann; Norbert Geissler; Christoph Gutenbrunner; Elena Andreeva</i> .....	314
Evaluation der Website www.leistungsbeurteilung-reha.de - erste Ergebnisse <i>Kirsten Bollmann; Bettina Hesse; Michael Körner; Monika Schaidhammer-Placke; Susanne Dibbelt; Bernhard Greitemann</i> .....	316
ICF-orientierte Begutachtungskriterien von Patienten mit Osteoporose im SGB V, VI und IX <i>Martin Gehlen; Michael Pfeifer; Michael Schwarz-Eywill; Ana Doina Lazarescu; Karen Klose; Christian Hinz</i> .....	318
Sozialmedizinische Begutachtung: Wird die Qualität von Erwerbsminderungsgutachten in einem Peer Review-Verfahren übereinstimmend bewertet? <i>Jörg Gehrke; Annette Müller-Garnn</i> .....	323
<b>Zusammenarbeit im Reha-Team</b> .....	<b>325</b>
Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse von rehabilitationsbezogenen Lehrinhalten von Physio-, Ergo-, Psychotherapeut*innen, Pflegefachkräften und Sozialarbeiter*innen der medizinischen Rehabilitation in Mitteldeutschland <i>Laura Retznik; Wilfried Mau</i> .....	325
Das "Rehabordeard": Interdisziplinäre, digitale unterstützte Steuerung der Schlaganfallrehabilitation <i>Mario Siebler; Dominik Raab</i> .....	327
Formative Evaluation von Seminarbausteinen zur gesunden Ernährung und eines begleitenden Fortbildungsangebotes <i>Malte Klemmt; Roland Küffner; Christian Toellner; Andrea Reusch; Karin Meng</i> .....	330
Soziale Arbeit in der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation: Prädiktoren der Inanspruchnahme und Erfolg <i>Tobias Knoop; Thorsten Meyer</i> .....	332
Wirksamkeit einer Co-Therapeutischen Weiterbildung von Pflegekräften in der Psychosomatik <i>Manfred Rundel; Eike Fittig; Sonja Becker; Mirjam Körner</i> .....	337

## Beiträge zu innovativen Konzepten und Modellen (alphabetisch nach Beitragstitel)

<b>Innovationswerkstatt</b> .....	<b>339</b>
Der naviGürtel - ein neues Hilfsmittel für Menschen mit einem Balint Syndrom <i>Maria Speh; Jessika Schwandt; Silke Kärcher; Jennifer Randerath; Michael Jöbges</i> .....	339
Die RheVITAL-App: Empowerment von Rheumakranken zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit und sozialen Teilhabe <i>Anja Stoye; Ekkehard Genth; Monika Mallau; Wolfgang Vorbrüggen; Achim Fricker; Wilfried Mau</i> .....	340
Modellprojekt für integrative, betriebliche Gesundheitsförderung an Standorten der Passauer Wolf Rehakliniken im Format „Abenteuer R.O.T.“ <i>Stephan Biesenbach</i> .....	342
Partizipative Reha-Ziele Online (PREZO) - Konzept & Umsetzung <i>Susanne Dibbelt; Edith Wulfert; Bernhard Greitemann</i> .....	345
Rehabilitative Kurzzeitpflege (REKUP) im stationären Umfeld - Ein Versorgungskonzept für Versicherte mit und ohne vorbestehende Pflegebedürftigkeit <i>Cara Halder-Hinz; Sandra Diekmann; Theresa Hüer; Julia Frankenhauser-Mannuß; Jürgen M. Bauer; Jürgen Wasem; Gert Krischak</i> .....	347

## Beiträge in Postersessions (alphabetisch nach Session- und Beitragstitel)

<b>Poster: Assessmentinstrumente I</b> .....	<b>350</b>
Das Gute im Schlechten? Psychometrische Evaluation der Benefit Finding Scale an Jugendlichen mit chronisch körperlichen Erkrankungen <i>Roman von Rezori; Petra Warschburger</i> .....	350
Effektstärken versus klinische Signifikanz - Katamnese-Ergebnisse im BDI-II bei Anwendung unterschiedlicher Berechnungsmethoden nach ambulanter medizinisch-psychiatrischer Evaluation <i>Birgit Senft; Daniela Fischer-Hansal; Alexandra Schosser</i> .....	351
Konstruktvalidität des deutschen Control of Allergic Rhinitis and Asthma Test (CARAT10) - Sekundärauswertung der EPRA-RCT <i>Markus Hayden; Dennis Nowak; Michael Schuler; Larissa Schwarzkopf; Boglárka Szentes; Corina de Jong; Konrad Schultz</i> .....	354
Qualitätssicherung der Psychotherapie in der psychosomatischen Rehabilitation <i>Michael Linden; Jenny Hufenreuther; Josephine Otto</i> .....	355
Validierung des BEVA in der psychosomatischen Rehabilitation <i>Alexandra Kaminski; Axel Kobelt-Pönicke</i> .....	356
<b>Poster: Assessmentinstrumente II</b> .....	<b>358</b>
Einführung eines standardisierten Belastungstages zur Erfassung konzentrativer Belastbarkeit in der neurologischen Rehabilitation <i>Oliver Neumann</i> .....	358
Einsatz von HADS-D vs. PHQ-D bzw. GAD-7 in der kardiovaskulären Phase 2 Rehabilitation - eine Vergleichsstudie <i>Christiane Marko; Helena Bösze; Caroline Hauer; Ingrid Kaindl; Daniela Leithner; Werner Kullich; Martin Skoumal</i> .....	359
Identifikation von Patienten mit Bedarf für Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) anhand computergestützter Entscheidungsalgorithmen - Validierung eines berufsbezogenen diagnostischen Screenings <i>Robert Mestel; Andrés Steffanowski</i> .....	361
Selbsteinschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit mittels M-SFS während und 3 Monate nach stationärer traumatologischer Rehabilitation <i>Martin Schindl; Sylvia Wassipaul; Harald Zipko; Daniel Riese</i> .....	364
<b>Poster: Bedarfsgerechte Ansätze und Konzepte</b> .....	<b>366</b>
Arbeiterfahrungen und Pensionspläne von Wanderarbeitnehmern ab 55 aus Ex-Jugoslawien in Deutschland: Beziehung zu Akkulturationsstrategien <i>Zaklina Aguilar; Jakob Fruchtman</i> .....	366

Bedarf und Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen bei älteren Arbeitnehmern mit und ohne Migrationshintergrund - Ergebnisse der lidA-Studie <i>Chloé Charlotte Schröder; Jürgen Breckenkamp; Jean-Baptist du Prel</i> .....	368
Geht nicht, gibt's nicht!?! - Familienmaßnahmen als neues Konzept im Setting von Mutter-Kind-/Vater-Kind-Vorsorgeeinrichtungen <i>Claudia Kirsch; Jette Jax; Friederike Otto</i> .....	372
Lassen sich internationale Behandlungsmodelle für die Ausgestaltung der ambulanten Kinderreha nutzen? - eine systematische Literaturanalyse <i>Nina Ammelburg; Sandra Fahrenkrog; Kristin Herrmann; Karla Spyra</i> .....	375
Strategien diversitätssensibler Gesundheitsversorgung in der medizinischen Rehabilitation - Ergebnisse einer postalischen Befragung von Rehabilitationseinrichtungen <i>Fabian Erdsiek; Tugba Aksakal; Yüce Yilmaz-Aslan; Dennis Padberg; Maria Dyck; Oliver Razum; Patrick Brzoska</i> .....	377
<b>Poster: Methodik</b> .....	<b>380</b>
Entwicklung eines Qualitätsscores als Alternative zur globalen Qualitätseinschätzung von Durchgangsarztberichten im Peer-Review-Verfahren der DGUV <i>Daniel Szcotkowski; Lisa Marie Telschow; Ute Polak; Marion Wittwer; Thomas Kohlmann</i> .....	380
(Non-)Responder-Analyse zur Requamo-II-Studie: Sind die Antworten repräsentativ? <i>Rainer Kaluscha; Belinda Hoffmann; Gert Krischak; Rüdiger Nübling; Udo Kaiser; Edwin Toepler</i> .....	383
Die Methode der sozialen Netzwerkanalyse beim Aufbau einer überbetrieblichen Bewegungsnachbarschaft <i>Gabriele Fohr; Bert Droste-Franke; Carina Hoffmann; Gerrit Stassen; Andrea Schaller</i> .....	386
Outcome medizinischer Rehabilitation ein Jahr nach Behandlungsende auf der Basis einer umfangreichen Rehabilitandenbefragung - Gesamtergebnisse und Klinikvergleiche <i>Rüdiger Nübling; Udo Kaiser; Rainer Kaluscha; Jürgen Schmidt; Edwin Toepler</i> .....	388
<b>Poster: Prävention und Gesundheitsförderung</b> .....	<b>391</b>
Digital Leadership und Einflüsse auf das psychische Wohlbefinden <i>Sabrina Zeike; Lara Lindert; Holger Pfaff</i> .....	391
Jymmin - Musikfeedback in Prävention und Rehabilitation <i>Thomas Fritz</i> .....	392
Rehabilitation bei Adipositas: Einfluss sozioökonomischer Faktoren auf die subjektive Krankheitsperspektive <i>Margit Anzelini; Thomas Ellrott; Andrea Reusch; Monika Reuss-Borst</i> .....	393
Verbesserung der Schlafqualität bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Polizei - Untersuchung der Auswirkungen von zwei unterschiedlichen Interventionsansätzen <i>Anja Mahlke; Anja Tausch</i> .....	396
Wahrnehmung und Marketingmanagement von Wertangeboten von Dienstleistungen am Beispiel der Präventionsdienstleistungen der DRV BW <i>Cara Halder-Hinz; Michael Raith; Regina Mannl</i> .....	397
<b>Poster: Psychosomatische Rehabilitation: Chronische Schmerzen/Abhängigkeitserkrankungen</b> .....	<b>400</b>
Debora II: Langfristige Wirksamkeitsnachweise eines Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionstrainings bei chronischem Rückenschmerz unter Berücksichtigung des Chronifizierungsstadiums <i>Anne Köpnick; Dieter Deuerling; Petra Hampel</i> .....	400
Ein qualitativer Vergleich erfolgreicher und nicht erfolgreicher Entwöhnungsbehandlung anhand von Entlassungsberichten alkoholabhängiger Rehabilitanden <i>Anna Maximova; Moritz Radamm; Axel Kobelt-Pönicke</i> .....	402
Evaluation eines Gruppenprogramms für PatientInnen mit chronischer Schmerzstörung an der Rehaklinik für seelische Gesundheit Klagenfurt <i>Markus Schwab; Michaela Krassnig; Andrea Jansche; Georg Spiel</i> .....	404
Psychisch Gesund? - Patienten ohne F-Diagnose in der psychosomatischen Rehabilitation <i>Beate Muschalla; Anne Meier-Credner; Betül Asrak</i> .....	406
Psychosomatische Rehabilitation bei somatoformen Schmerzstörungen: Zur Rolle von Depressivität und Angst <i>Eike Fittig; Matthias Diekmann; Markus Bassler</i> .....	409

<b>Poster: Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen I.....</b>	<b>411</b>
Anpassungsstörungen nach der ADN8-Skala und Verbitterungseemotionen bei Patienten in psychosomatischer Rehabilitation <i>Barbara Lieberei; Ariane Andrea Mossakowski; Mathias Bippert; Michael Linden .....</i>	411
Big Data und Artificial Intelligence in Klinik und Rehabilitation <i>Lilia Papst; Volker Köllner; Ulrich Adam-Keßler .....</i>	412
Bindungsstil, MBOR-Bedarf und Therapieplanung: Wie geht man mit „sicheren“, „abweisenden“, „anklammernden“ und „ängstlich-vermeidenden“ Patienten um? <i>Andrés Steffanowski; Robert Mestel.....</i>	414
Die ICD-11 Anpassungsstörung in der beruflichen psychosomatischen Rehabilitation: Auslösende Ereignisse, Symptomkonstellationen und Ergebnisse zu Behandlungserfolgen <i>Alexa Kupferschmitt; Volker Köllner.....</i>	417
Screening von depressiven Erkrankungen in der psychokardiologischen Rehabilitation <i>Sebastian Bock; Eike Langheim; Volker Köllner.....</i>	419
<b>Poster: Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen II.....</b>	<b>422</b>
Die Rolle von Aktivierung und Vermeidung bei der Genesung von Patienten mit depressiven Störungen in der Rehabilitation <i>Ursula Melicherova; Tobias Schott; Volker Köllner; Jürgen Hoyer.....</i>	422
Einstellung ärztlicher und psychologischer PsychotherapeutInnen zum Thema EM-Rente - Ergebnisse einer nicht repräsentativen Piloterhebung <i>Charlotte Gombert; Bettina Hesse; Angelika Nebe; Ulrich Eggens; Birgit Wagner; Volker Köllner .....</i>	424
Rehabilitationserfolg bei stationärer psychiatrischer Rehabilitation in Österreich gemessen an Krankenschreibungszeiten und stationären Aufenthalten <i>Sigurd Hochfellner; Stefanie Lamprecht; Michaela Krenn; Birgit Senft.....</i>	426
Salutogenetische Faktoren therapeutisch begleiteten Waldbadens - Eine Kooperationsstudie der Dr. Becker Klinik Möhnesee mit dem Landesbetrieb Wald und Holz Nordrhein-Westfalen <i>Christiane Ihlow; Julia Haubrich; Joern Luley; Simone Lammingner .....</i>	428
Stay active with mental illness (SAMI) - Ein Studiendesign zur körperlichen Aktivität in der psychiatrischen Rehabilitation <i>Wolfgang Schebesch-Ruf; Lukas Juvan; Susanna Anhaus; Matteo Sattler; Mireille van Poppel; Michaela Hiebler-Ragger .....</i>	431
<b>Poster: Rehabilitationspsychologie.....</b>	<b>434</b>
„Ja, aber ...“ - Evaluation einer umfassenden Inhouse-Fortbildung des Rehazentrums Bad Eilsen zu motivierenden Gesprächen <i>Andrea Reusch; Perdita Berg; Monika Dorn; Elke Unland; Uwe Polnau.....</i>	434
Das subjektive Krankheitskonzept von Rehabilitanden mit Metabolischem Syndrom <i>Manuela Glattacker; Ute Dederichs-Masius; Jürgen M. Giesler.....</i>	436
Erfassung der psychischen Belastung bei Menschen mit Intelligenzminderung - Eine Praktikabilitätsstudie <i>Melanie Jagla; Gabriele Helga Franke .....</i>	438
Erwerbsbiografische Erfahrungen von beruflichen Rehabilitanden als Zugang zu persönlichkeitsbezogenen Selbstbewertungen <i>Jens Knispel; Viktoria Arling .....</i>	440
What matters: money, values, perceived negative life events? - Explanative factors in embitterment <i>Beate Muschalla; Johann von Kenne .....</i>	443
<b>Poster: Reha-Kardiologie.....</b>	<b>446</b>
Feasibility and safety of functional and nutritional assessments for advanced age patients in cardiac rehabilitation <i>Miralem Hadzic; Sarah Eichler; Heinz Völler; Annett Salzwedel.....</i>	446
Handlungsanforderungen an die Pflege in der Frühphase der Rehabilitation nach einem Herzinfarkt - eine sequenzanalytische Untersuchung <i>Isolde Lorenz; Johann Behrens .....</i>	448
Kardiologische Rehabilitation bei Patienten mit einer Defibrillationsweste <i>Roger Marx; Dirk Bassenge.....</i>	450

Rehabilitation von PatientInnen mit symptomatischer peripherer arterieller Verschlusskrankheit - Ergebnisse einer prospektiven Beobachtungsstudie <i>Christiane Marko; Elisabeth Kandioler; Waltraud Dörrscheidt; Caroline Hauer; Johann Mikl; Martin Skoumal; Robert Kurz</i> .....	451
Verändert sich Typ-D-Persönlichkeit durch psychokardiologische Rehabilitation? Ergebnisse einer Pilotstudie <i>Christoph Schmitz; Wilma Rademacher; Peter Langner; Eike Langheim; Volker Köllner</i> .....	453
<b>Poster: Reha-Kardiologie, Angiologie und Lymphologie</b> .....	<b>455</b>
Beobachtungsstudie: Einfluss einer 3-wöchigen stationären Rehabilitation auf das AGE/sRAGE System in Patienten mit Herz-/Kreislaufkrankung <i>Barbara Stritzinger; Bettina Thauerer; Thomas Berger; Martin Skoumal; Werner Kullich</i> .....	455
Die Veränderung somatischer, verhaltensbezogener und psychosozialer Zielgrößen im Verlauf der Rehabilitation bei Metabolischem Syndrom: Eine Evaluation des META-Programms <i>Jürgen M. Giesler; Ute Dederichs-Masius; Manuela Glattacker</i> .....	457
Effektivität der kardiologischen Rehabilitation bei 1.100 Patienten mit Koronarer Herzerkrankung (Daten aus dem LLT-R-Register) <i>Bernhard Schwaab; Heinz Völler; Kristina Eckrich; Viktoria Heinze; Christa Bongarth; Manju Guha; Axel Schlitt</i> .....	459
Eingangsbelastungen und Reha-Effekte bei 176 PatientInnen mit Lymphödem <i>Daniel Schlittenhardt; Heinrich Hakuba; Nikolaus Gerdes</i> .....	461
Patienten mit Herzinsuffizienz in und nach einer kardiologischen Rehabilitationsmaßnahme, eine prospektive Single-Center-Untersuchung <i>Juliane Schürmann; Steffi Bethge; Viktoria Heinze; Axel Schlitt</i> .....	463
<b>Poster: Reha-Nachsorge und Patientenorientierung</b> .....	<b>466</b>
Das "SRH Nordschwarzwald IRENA Konzept" Stärkung der Selbstwirksamkeit im Bereich der beruflichen Aktivität und des Trainingsverhaltens <i>Pascal Benz; Christopher Röck</i> .....	466
Rosenberg Reha-Nachsorge (RoReNa2): Evaluation einer internetbasierten Reha-Nachbetreuungs-Plattform für adipöse PatientInnen <i>Anne Schäfer; Bénédicte Jolivet; Harald Fischer</i> .....	470
Standardisierte Patientenschulungen in Rehakliniken der Deutschen Rentenversicherung Bund. Eine Befragung zur Umsetzung im Klinikalltag <i>Anna-Lena Hofmann; Christiane Patzelt; Iris Brandes</i> .....	471
Teilen, Liken, Chatten. Rehabilitandenzufriedenheit auf Facebook <i>Felix Hopf; Christiane Patzelt; Susan Kiss; Uwe Sander</i> .....	474
Welche Gründe lassen Patienten eine face-to-face oder Tele-Nachsorge antreten? <i>Sebastian Knapp; Theresa Kölle; Rainer Kaluscha; Gert Krischak</i> .....	476
<b>Poster: Reha-Neurologie</b> .....	<b>480</b>
„Soultank“, ein Therapieansatz in der MBOR nach akutem Schlaganfall? <i>Mario Siebler; Stephan Theiss; Sigrid R.-M. Krause</i> .....	480
Analyse der Wirksamkeit und Krankheitskosten medizinisch-beruflich orientierter Leistungen in der neurologischen Rehabilitation (REBORN) - Studienprotokoll <i>Juliane Lamprecht; Juliane Frenzel; Michael Sailer</i> .....	482
Einfluss von Selbstkontrolle auf wahrgenommene Fatigue <i>Wanja Wolff; Julia Schüler; Christian Dettmers</i> .....	485
Instrumenten-übergreifender Vergleich der Ergebnisqualität. Entwicklung und Validierung eines Überführungsalgorithmus aus FIM und EBI <i>Martin Brünger; Anna Schlumbohm; Stefanie Köhn; Luise Menzi; Karla Spyra</i> .....	487
Prädiktoren für die Vorhersage von Gangparameter bei Schlaganfallpatienten <i>Christina Kaltenbach; Julia Dannenmaier; Markus Maier; Sebastian Knapp; Gert Krischak</i> .....	489
<b>Poster: Reha-Onkologie</b> .....	<b>491</b>
Fatigue – Inzidenz und Bedeutung in der onkologischen Rehabilitation <i>Jürgen Stepien; Holger G. Hass; Tamara Weichselbaumer; Claudia Körper; Christiane Ruoff; Johannes Lerch</i> .....	491

Health literacy bei onkologischen Rehabilitanden: Relevanz für den subjektiven Rehabilitationsverlauf <i>Karin Meng; Verena Heß; Michael Schuler; Hermann Faller</i> .....	493
Psychische Belastung (Distress) bei Patientinnen mit Ovarialkarzinom in der onkologischen Rehabilitation. <i>Holger G. Hass; Christof Bender; Marianne Seywald; Volker Kunzmann; Achim Wöckel</i> .....	496
Unterscheiden sich besondere berufliche Problemlagen (BBPL) und sozialmedizinische Aspekte verschiedener Tumorentitäten und hat dies Auswirkungen auf die Abstufung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR-A oder intensiviert MBOR-B) onkologischer Rehabilitanden? <i>Dieter Mustroph; Dirk Albrecht; Bernhard Kaden</i> .....	498
Welches Verfahren zur Erfassung der Körperzusammensetzung ist am besten Reha (Routine)-tauglich? <i>Monika Reuss-Borst; F. Joos; Ulrike Kämmerer</i> .....	502
<b>Poster: Reha-Orthopädie/-Rheumatologie</b> .....	<b>505</b>
Analyse der Wirbelsäulenbewegung nach endoprothetischem Gelenkersatz während der orthopädischen Rehabilitation <i>Thomas Jöllenbeck; Juliane Pietschmann</i> .....	505
Kurz- und langfristige Wirksamkeit der psychosomatischen, orthopädischen und rheumatologischen Rehabilitation bei Patienten mit FMS <i>Susanne Dibbelt; Edith Wulfert; Bernhard Greitemann</i> .....	508
MBOR Stufe B in der orthopädischen AHB - eine zwingende Notwendigkeit? <i>Thomas Drüke; Robert Zander</i> .....	510
Reliabilitätsanalyse zur Beinumfangsmessung zwischen einem Standard und einem elektronischen Maßband <i>Sebastian Knapp; Belinda Hoffmann</i> .....	513
Therapiedosis in der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation in der Orthopädie: eine Analyse erbrachter therapeutischer Leistungen <i>Miriam Markus; Matthias Bethge</i> .....	515
<b>Poster: Wissenschaft und Praxis - Implementierung und Transfer</b> .....	<b>518</b>
Rehabilitation in den Mitgliedsgesellschaften der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften <i>Matthias Bethge; Markus Bassler; Christoph Gutenbrunner</i> .....	518
Rehabilitationswissenschaftliche Strukturen in Deutschland - Status Quo: institutionelle Komponenten und Studiengänge <i>Anke Menzel-Begemann; Susanne Adolphs</i> .....	520
Transfer in der Rehaforschung - „und wie mache ich das jetzt“? Systematisierung von Transferaufgaben im Projektverlauf <i>Anne-Kathrin Exner; Andrea Schaller; Lisa Stahl; Margret Xyländer</i> .....	522
Welche Fragen an die Forschung haben Sie? Ergebnisse einer Umfrage der DGRW-Arbeitsgruppe Rehabilitation und Arbeit <i>Matthias Bethge; Susanne Bartel; Sebastian Klaus; Heike Ohlbrecht; Betje Schwarz; Marco Streibelt</i> .....	524
<b>Autorenindex</b> .....	<b>527</b>

### **Return-to-Work: Viele Ideen, aber was hilft?**

*Matthias Bethge*

Universität zu Lübeck

Krankenlast und Teilhabebeeinträchtigungen verteilen sich sehr ungleich: Während die Hälfte der Arbeitnehmer nie arbeitsunfähig ist, haben rund 30 % wiederholte Arbeitsunfähigkeitsepisoden. 5 % der Arbeitnehmer sind für die Hälfte und 10 % für rund zwei Drittel der Arbeitsunfähigkeitstage verantwortlich. Langzeiterkrankungen mit einer Dauer von mehr als sechs Wochen verursachen rund 40 % aller Arbeitsunfähigkeitstage. Um die Teilhabechancen von Personen mit chronischen und schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu stärken und zu verbessern, braucht es eines effektiven Teilhabemanagements, das Krankheitsfolgen reduziert und Wege findet, um Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei der Wiederaufnahme ihrer Arbeit zu unterstützen.

Die verschiedenen am Wiedereingliederungsprozess und an der Sicherung beruflicher Teilhabe beteiligten Akteure nutzen sehr unterschiedliche Strategien. Klare Nachweise für den Nutzen fehlen häufig, aber wer sich bemüht, kann wohl kaum Schaden anrichten, oder doch? Wen erreichen wir mit Präventionsprogrammen und was bringen diese Programme? Ist Fallmanagement der Stein der Weisen oder doch nur ein Aufmerksamkeitsplacebo? Müssen wir immer möglichst schnell reagieren? Ist Rehabilitation in Deutschland nicht vor allem Auszeit- statt Rückkehrstrategie oder hat rehabilitative Versorgung heute doch mehr zu bieten? Müssen Sozialversicherungsträger auf Rehabilitationsanträge warten, selbst wenn Arbeitsunfähigkeit und Risikofaktoren kumulieren, oder sind auch andere Wege denkbar?

Aussagen zum Nutzen und Schaden von Wiedereingliederungsstrategien sind vielfach mit großer Unsicherheit behaftet. Zunehmend stehen jedoch auch randomisierte kontrollierte Studien zur Wirkung von Wiedereingliederungsstrategien zur Verfügung. Die Antworten, die diese Studien liefern, sind mitunter überraschend.

### Reha-Nachsorge

*Ruth Deck*

Universität zu Lübeck

Reha-Nachsorge ist zweifellos ein zentrales Thema der medizinischen Rehabilitation und der Rehabilitationsforschung. Erste Ansätze von Nachsorge finden sich bereits in den 80er Jahren, einen deutlichen Aufschwung erfuhren Nachsorgeprogramme und -konzepte allerdings zwischen 1998 und 2004, in Folge der bundesweiten Reha-Forschungsverbände. Der hier entstandene Fokus auf die Reha-Nachsorge lässt sich zum einen darauf zurückführen, dass aufgrund verschiedener Studien deutlich wurde, dass die beachtlichen Reha-Effekte am Ende einer Rehabilitationsmaßnahme nach sechs bis 12 Monaten kaum oder gar nicht mehr nachzuweisen waren (Hüppe & Raspe, 2003). Auf der anderen Seite wiesen frühe Bestandsaufnahmen zur Reha-Nachsorge darauf hin, dass Nachsorge nicht in zufriedenstellendem Ausmaß empfohlen wurde und auch die Inanspruchnahme von Rehabilitanden weit unter den Erwartungen blieb (z.B. Köpke, 2004).

Bei der gegenwärtigen Reha-Nachsorge lassen sich verschiedene Entwicklungslinien und Meilensteine nachzeichnen. Sie betreffen sowohl die etablierten Programme der Reha-Kostenträger als auch die Konzepte aus der wissenschaftlichen Forschung. Bis zum Jahr 2016 wurde von den Kostenträgern eine Vielzahl an Nachsorgeprogrammen vorgehalten. Sie unterschieden sich vor allem hinsichtlich Komplexität und Angebotsort. Seit Januar 2016 folgen die Nachsorgeprogramme einer einheitlichen Vorgehensweise sowohl bei den Angeboten als auch bei den Verordnungen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2018). Für die Nachsorgeprogramme der Kostenträger liegen bislang keine Wirksamkeitsprüfungen vor (Meyer, 2019). Gleichwohl können die Einzelelemente der Programme, z.B. körperliche Aktivität, als evidenzbasiert gelten. Darüber hinaus belegen Studien positive Ergebnisse zu Struktur- und Prozessqualität (z.B. Lamprecht et al., 2011).

Zeitgleich mit der Entwicklung und Umsetzung des neuen Rahmenkonzepts zur Nachsorge wurde eine Nachsorge-Datenbank für Rentenversicherungsträger, Reha-Einrichtungen und Versicherte entwickelt und aufgebaut (Langbrandtner & Deck, 2018), sie wird seit Anfang 2019 von der DRV Bund vorgehalten. Es werden alle Nachsorgeangebote angezeigt, soweit sie von den Trägern der DRV zugelassen sind. Reha-Einrichtungen müssen ihr Nachsorgeangebote selbst melden. Alternative Papierverzeichnisse zu Nachsorgeeinrichtungen existieren seit 2019 neben der Datenbank nicht mehr.

Im Bereich der Reha-Forschung heute können wir auf eine Vielzahl unterschiedlicher Entwicklungen blicken. Für fast jede Reha-Indikation wurden innovative Nachsorgeprogramme entwickelt und erprobt. Es lassen sich verschiedene Prototypen ableiten: Sie reichen von vergleichsweise einfachen Interventionen wie Telefonanrufe, über schriftlich zu führende Tagebücher, bis hin zu komplexen digitalen Angeboten. Praktikabilität und Evidenz variieren.

Telefonische Nachsorge ist ein vergleichsweise einfach zu implementierender Ansatz, um Rehabilitationseffekte zu verstetigen. Über Telefonate können der aktuelle Status der Rehabilitanden erfasst, die Motivation gefördert und Empfehlungen für weitere Aktivitäten gegeben werden. Studien, die bei verschiedenen Indikationen durchgeführt wurden (Hass et al., 2016; Redaelli et al., 2016; Fröhlich et al., 2017; Vogel et al., 2017) ergaben unterschiedliche Befunde zur Wirksamkeit: Effekte lassen sich nur für Subgruppen nachweisen, nur für einzelne Zielkriterien, für andere hingegen nicht oder es zeigten sich keine Effekte bei den primären Outcomes.

Begleitete Nachsorge, die auf Eigeninitiative der Rehabilitanden und die längerfristige Verantwortung der Reha-Einrichtungen fokussiert (Deck et al., 2009), nutzt die Selbstdokumentation und die Selbstreflexion der Teilnehmer, um Reha-Ziele zu definieren und diese zu erreichen. Eingebunden in eine Reha-Philosophie, die den stationären Aufenthalt als den Beginn des Rehabilitationsprozesses im Sinn einer Schulungs- und Trainingsphase betrachtet und die Zeit nach dem Aufenthalt als die eigentliche Phase der Rehabilitation, werden die Rehabilitanden zu eigenen Experten ihrer Nachsorge. Bisherige Studien bei unterschiedlichen Indikationen zeigen gute Langzeiteffekte mittlerer Größenordnung (Deck et al., 2012; Deck & Hüppe, 2014; Deck et al., 2019).

Ein starker Zuwachs ist gegenwärtig bei Nachsorgeprogrammen unter Nutzung neuer Medien zu verzeichnen (Mattukat & Mau, 2014). In einigen Programmen nutzen Patienten Chaträume und Foren oder audiosynchrone Gruppenräume (liveonline), um sich in Echtzeit textbasiert oder audiovisuell mit ihrem Therapeuten oder auch anderen Patienten auszutauschen. In anderen Programmen nutzen Rehabilitanden SMS, E-Mail und spezifische Apps, um den Kontakt mit der Reha-Einrichtung zu halten, die ihre Rehabilitanden nach dem Reha-Aufenthalt unterstützen und motivieren. Zunehmend gewinnen webbasierte Trainings an Bedeutung. Die Wirksamkeit der digitalen Nachsorgeprogramme ist unterschiedlich und variiert mit der Indikation und dem primären Outcome (Ebert et al., 2013, Becker et al., 2015; Poppelreuter et al., 2018).

Ein weiterer vielversprechender, bislang ungenutzter Ansatz ist die Einbindung von Hausärzten in die Nachsorge. Sie stehen den Patienten nach der Rehabilitation am nächsten und können sie dabei unterstützen, das in der Rehabilitation Angestoßene fortzuführen. Ein hausarztzentrierter Ansatz wird aktuell in einem Forschungsprojekt erprobt (Deck, 2016), erste Befunde sind vielversprechend.

Aus heutiger Sicht weisen die meisten Nachsorgekonzepte vielversprechende Ansätze auf, die durchaus Potential für Weiterentwicklungen beinhalten. Für die meisten der im Rahmen von Studien erfolgreich entwickelten Nachsorgekonzepte steht allerdings ein systematischer und nachhaltiger Transfer in die Routineversorgung noch aus. Diese Implementationslücke gilt es zu schließen.

## **Literatur**

Becker, J., Beutel, M.E., Gerzymisch, K., Holme, M., Kiwus, U., Knickenberg, R.J., Spörl-Dönch, S., Zwerenz, R. (2015): Wirksamkeit der psychotherapeutischen Online-Nachsorge „GSA-Online“ für beruflich belastete Patienten verschiedener Indikationen der Rehabilitation. DRV Schriften 2015; 107: 161-162

- Deck, R., Hüppe, A., Arlt, A.C. (2009): Optimierung der Rehabilitationsnachsorge durch eine längerfristige Begleitung der Rehabilitanden - Ergebnisse einer Pilotstudie. *Rehabilitation* 2009; 48: 39 – 46
- Deck, R., Schramm, S., Hüppe, A. (2012): Begleitete Eigeninitiative nach der Reha („neues Credo“) – ein Erfolgsmodell? *Rehabilitation* 2012; 51: 316–325
- Deck, R., Hüppe, A. (2014): Begleitete Nachsorge in der Psychosomatik – Transfer des neuen Credo. *Rehabilitation* 2014; 53: 305–312
- Deck, R., Beitz, S., Baumbach, C., Brunner, S., Hoberg, E., Knoglinger, E. (2019): Nachsorge ‚Neues Credo‘ in der kardiologischen Anschlussrehabilitation. *Rehabilitation* 2019: DOI <https://doi.org/10.1055/a-0899-1444>
- Deck, R. (2019): HaReNa – Hausarztzentrierte Reha-Nachsorge bei Rückenschmerzen (RS). Forschungsprojekt beim G-BA: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/harena-hausarztzentrierte-reha-nachsorge-bei-rueckenschmerzen-rs.53> (Stand: 01.10.2019)
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2019): Rahmenkonzept zur Reha-Nachsorge der Deutschen Rentenversicherung: <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Nachsorge/nachsorge.html?https=1> (Stand: 01.10.2019)
- Ebert, D., Hannig, H., Tarnowski, T., Sieland, B., Götzky, B., Berking, M. (2013): Webbasierte Rehabilitationsnachsorge nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation. *Rehabilitation* 2013; 52: 164–172
- Fröhlich, S., Niemeyer, R., Greitemann, B. (2017): TeNoR2: Effekte der telefonischen Nachsorge durch den Sozialdienst einer Reha-Klinik für MBOR-Rehabilitanden sechs Monate nach Ende der Reha-Maßnahme. *DRV Schriften* 2017, 111: 144-146
- Hass, H.G., Muthny, F., Stepien, J., Lerch, J., Berger, D., Tripp, J. (2016): Wirkungen der telefonischen Nachsorge in der onkologischen Rehabilitation bei Brustkrebs. *DRV Schriften* 2016, 109: 134-136
- Hüppe, A., Raspe, H. (2003): Die Wirksamkeit stationärer medizinischer Rehabilitation in Deutschland bei chronischen Rückenschmerzen: eine systematische Literaturübersicht 1980 – 2001. *Rehabilitation* 2003; 42: 143-154
- Köpke, K.-H. (2005): Aufwerten, ausbauen und systematisieren - Eine Analyse von Situation, Reformbedarf und innovativen Projekten zur Nachsorge in der Rehabilitation der Rentenversicherung. *Rehabilitation* 2005; 44: 344-352
- Lamprecht, J., Behrens, J., Mau, W., Schubert, M. (2011): Das Intensivierte Rehabilitationsnachsorgeprogramm (IRENA) der Deutschen Rentenversicherung Bund – Berufsbegleitende Inanspruchnahme und Veränderungen berufsbezogener Parameter. *Rehabilitation* 2011; 50: 186-194
- Langbrandtner, J., Deck, R. (2018): [www.nachderreha.de](http://www.nachderreha.de) – Eine bundesweite internetgestützte Nachsorge-Datenbank. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 2018; 102: 154-162
- Mattukat, K., Mau, W. (2014): Möglichkeiten und Limitierungen neuer Medien in der Reha-Nachsorge. In: R. Deck R, Glaser-Möller N (Hrsg.), *Reha- Nachsorge – Aktuelle Entwicklungen*. Jacobs, Lage 2014: 99-112

- Meyer T. (2019): Wissenschaftliche Analyse von Nachsorgeprogrammen: Was hat sich bewährt, welche neuen Ansätze gibt es? Vortrag auf der Tagung refonet update 2019, Bad Neuenahr
- Poppelreuter, M., Jakob, T., Baumeister, H., Mittag, O., Geigges, W. (2018): Evaluation eines internetbasierten post-stationären Nachsorgeprogramms für depressiv erkrankte Männer: Ergebnisse der Viadukt-Studie. DRV Schriften 2018; 113: 303-305
- Redaelli, M., Simic, D., Leu, F., Burtscher, R., Mahmoodzad, J., Kohlmeyer, M., Seifert, B., Schwitalla, B., Mayer-Berger, W. (2016): Erreichung der Nachhaltigkeit der kardiovaskulären Sekundärprävention durch telefonische Betreuung? Auswertung der Telefondaten aus der SeKoNa-Studie. DRV Schriften 2016; 109: 133-134
- Vogel, M., Walther, A.L., Deck, R. (2017): Telefonische sozialdienstliche Nachsorge zur Verbesserung der beruflichen Reintegration nach stationärer medizinischer Rehabilitation. Rehabilitation 2017; 56: 379–388

## **Suchtrehabilitation**

*Wibke Voigt*

Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.

In den letzten Jahren haben zahlreiche Studien den klaren epidemiologischen Zusammenhang zwischen Traumatisierung, Traumafolgestörungen und Sucht belegt. Traumatisierte Suchtpatienten weisen ein jüngeres Alter bei Beginn der Abhängigkeit auf, sind mit einer hohen Raten komorbider psychischer Störungen belastet, die zu schwierigeren Therapieverläufen und häufigeren Rückfällen führen, und haben dadurch mehr gesundheitliche, soziale und berufliche Probleme. Es ist sinnvoll und notwendig, beide Erkrankungen gleichzeitig zu behandeln und dafür abgestimmte Behandlungskonzepte zu entwickeln. Entscheidend sind dabei eine klare, empathische, traumasensible, therapeutische Haltung und eine mit der Klient\*in abgestimmte Zielorientierung in der Therapie: ein teilhabeorientiertes Leben bzgl. sozialer Kontakte und Berufstätigkeit. Seeking safety (Sicherheit finden) ist ein evaluiertes Therapieprogramm für die Behandlung von Traumafolgestörungen und Suchterkrankungen. Der Erfolg bzgl. des Rückgangs der PTBS\_Symptomatik und des verringerten Substanzkonsumes wurde in einer multizentrischen, randomisierten Studie im ambulanten Setting und in 5 Suchtfachkliniken im Rahmen der CANSAS-Studie überprüft. In diesem DGRW Update führt die Referentin in diese neue Entwicklungen ein, stellt Daten aus der CANSAS Studie vor und zieht Schlussfolgerungen für die Praxis der Suchtrehabilitation

### Assessment of motor fatigability while walking based on MTC and Distance Walk Index in MS

Kim-Charline Broscheid<sup>1</sup>; Patrizia Bilgin-Egner<sup>1</sup>; Christian Dettmers<sup>2</sup>; Michael Jöbges<sup>2</sup>;  
Lutz Schega<sup>1</sup>

<sup>1</sup> OvGU Magdeburg; <sup>2</sup> Kliniken Schmieder Konstanz

#### Hintergrund und Zielstellung

People suffering from Multiple Sclerosis (MS) are often impaired in locomotion (LaRocca, 2011). Hereby, fatigue is one of the most limiting symptoms in people with MS (pwMS) affecting over 80 % (Newland et al., 2016). (Kluger et al., 2013) differentiated between fatigue, the subjective feeling of exhaustion, and fatigability, the objective change in performance. However, most methods to assess motor fatigability are too complex or expensive for clinical purposes. The aim of this study was to evaluate the gait kinematics regarding fatigability during the 6-min walk test (6MWT) and correlate it to the Distance Walk Index (DWI) developed by (Leone et al., 2015).

#### Methoden

27 pwMS (49.5±8.0 years; 18 female/9 male) with an Expanded Disability Status Scale of 3.2±1.3 and all types of MS (20 relapsing-remitting, 4 primary progressive and 3 secondary progressive) were included. MS was diagnosed in average 13.9±1.3 years ago. The pwMS had to walk on a round 34 m track over 6 min as fast as individually possible but still safely. During the 6MWT the gait kinematics were recorded by three inertial measurement units (MTW2 Awinda Motion Tracker, Xsens Technologies B.V., The Netherlands) fixed dorsally on the feet and on the upper body. Additionally, the pwMS were filmed by two cameras, one with front and back view, respectively, and one with lateral view. The main outcome was the velocity (V) and the Minimum Toe Clearance (MTC) as well as the DWI.

#### Ergebnisse

The median of the V has shown a decline of 4.5 % from the first to the sixth minute and the mean of the MTC a decline of 12.8 %. The ANOVA with repeated measures/Friedman test indicated that this decline was highly significant in both cases (V  $p < 0.000$ ; MTC  $p = 0.01$ ). The Bonferoni post hoc test revealed that for the MTC the first minute differed significantly from the fifth ( $p = 0.02$ ) and sixth minute ( $p = 0.01$ ). In case of the V the Wilcoxon post hoc test indicated that the first and second minute differed significantly from all the other minutes ( $p < 0.01$ ) but the minutes four, five and six did not differ significantly.

Correlating the MTC with the DWI no relation could be found. If dividing the group by the DWI into having and not-having fatigability (F / nF) by a limit of a 10 % decline then there is a good negative correlation (Spearman-Rho) for the F group (correlation coefficient ( $r$ ) = -0.61): The lower the DWI the higher the MTC and vice versa. For the nF group ( $n = 20$ ) there is no correlation at all.

## Diskussion und Fazit

There is a decline in V and a changed MTC over the 6MWT. Seven pwMS were classified by the DWI as F. In these cases the DWI correlated with the MTC negatively. It seems that the slower the subjects are, the higher they try to lift their feet, probably as a kind of overcompensation. In the next step, the video recordings evaluated by experts will be used to check this interpretation and the sensitivity of the videos compared to the kinematic parameters. Overall, a combination of visual and kinematic gait analysis is proposed as a simple method to measure standardized fatigability in clinical settings.

## Literatur

- LaRocca, N. G. (2011): Impact of walking impairment in multiple sclerosis: Perspectives of patients and care partners. *Patient*, 4. 189–201.
- Leone, C., Severijns, D., Doležalová, V., Baert, I., Dalgas, U., Romberg, A., Bethoux, F., Gebara, B., Medina, C. S., Maamâgi, H., Rasova, K., Maertens de Noordhout, B., Knuts, K., Skjerbaek, A., Jensen, E., Wagner, J. M., Feys, P. (2016): Prevalence of Walking-Related Motor Fatigue in Persons With Multiple Sclerosis: Decline in Walking Distance Induced by the 6-Minute Walk Test. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 30. 373–83.
- Newland, P., Starkweather, A., Sorenson, M. (2016): Central fatigue in multiple sclerosis: A review of the literature. *Journal of Spinal Cord Medicine*, 39. 386–99.

## Der 6 Minuten Gehstest in der neurologischen Rehabilitation: Reliabilität, Validität und Verlaufsmessung

*Juliane Lamprecht<sup>1</sup>; Michael Sailer<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> An-Institut für Neurorehabilitation OvGU Magdeburg; <sup>2</sup> MEDIAN Klinik NRZ Magdeburg

## Hintergrund und Zielstellung

Nach einem Schlaganfall ist die Wiederherstellung der Mobilität eines der primären Rehabilitationsziele zur Sicherung der Teilhabe. Ein Teilaspekt der Einschätzung der Mobilität ist die Fähigkeit, eine bestimmte Wegstrecke in einer vorgegebenen Zeit zurücklegen zu können. In den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie wird insbesondere der 6 Minuten Gehstest (6 MWT) (Guyatt et al., 1985; Nelles, 2018) als Messinstrument der Gehstrecke und Ausdauer empfohlen. Gemessen wird die Gesamtstrecke (in m), die der Patient in 6 Minuten zurücklegt. Er ist zeitsparend, verständlich sowie für Patienten und Therapeuten leicht umsetzbar, unabhängig vom Alter und der Indikation. Bislang fehlt es an belastbaren Daten, die Aussagen zur Reliabilität und Validität, sowie zu Veränderungsmessungen, inklusive klinischer Relevanz, bei Schlaganfallpatienten erlauben und entsprechende krankheitsbedingte Einflussfaktoren berücksichtigen.

## Methoden

Insgesamt wurden Daten von N = 140 Schlaganfallpatienten, für die zu Beginn und am Ende der medizinischen Rehabilitation der 6 MWT erhoben wurde, ausgewertet. Die (Retest-) Reliabilität wurde mit der Pearson Produkt-Moment-Korrelation sowie der Intraklassenkorrelation-ICC ermittelt. Zur Bestimmung der Validität wurde der

Zusammenhang mit dem Rivermead Mobility Index (Collen et al., 1991), sowie den Functional Ambulation Categories (FAC), als Indikator der Gehfähigkeit (Mehrholz et al., 2007), überprüft. Die Analyse von Mittelwertsunterschieden im Verlauf und in Abhängigkeit vom Geschlecht erfolgte, je nach Skalenniveau und Anzahl der zu vergleichenden Gruppen, mit verbundenen t-Tests, einfaktorieller Varianzanalyse sowie Chi-Quadrat Tests. Als potentielle Einflussgrößen der zurückgelegten Wegstrecke am Ende der Rehabilitation wurden Alter, Geschlecht, Körpergröße, Körpergewicht, Rehadauer, betroffene Hemisphäre sowie die zu Rehabeginn ermittelte Rumpfstabilität, Beinkraft und Mobilität in einem Regressionsmodell getestet.

## **Ergebnisse**

Die Mehrheit der untersuchten Schlaganfallpatienten war männlich (70%) und durchschnittlich 55 Jahre alt. Die Patienten verbrachten im Durchschnitt 32 Tage in der Rehaklinik. Im Verlauf der Rehabilitation verbesserten sich signifikant und unabhängig von der betroffenen Hemisphäre, die Beinkraft, die Gehstrecke (6 MWT) sowie die Mobilität, gemessen mit dem Rivermead Mobility Index. Männer legen im Vergleich zu Frauen sowohl zu Rehabeginn als auch zu Rehaende signifikant längere Wegstrecken im 6 MWT zurück. Die Reliabilität ist mit  $r = 0.838$  ( $p \leq 0.01$ ) und ICC = 0.906 (95% KI: 0.863-0.935) als gut zu bewerten. Der 6 MWT korreliert signifikant in mittlerer Höhe mit dem Rivermead Mobility Index und den Functional Ambulation Categories ( $r = 0.49-0.69$ ,  $p \leq 0.01$ ). Neben dem Alter, der Größe und dem Gewicht beeinflussen die Beinkraft, sowie die Gehfähigkeit (FAC) zu Rehabeginn, die am Ende der Rehabilitation im 6 MWT zurückgelegte Wegstrecke.

## **Diskussion und Fazit**

Der 6 MWT ist ein reliables und valides Messinstrument zur Erfassung der Gehstrecke und Ausdauer als individuelle Leistungsfähigkeit und als Teilaspekt der Mobilität nach Schlaganfall. Er eignet sich für Verlaufsbeobachtungen. Die zu Rehabeginn in 6 Minuten zurückgelegte Wegstrecke kann dabei als prognostisch für die Mobilität am Ende der Rehabilitation angesehen werden. Die Abhängigkeit des 6 MWT vom Geschlecht, Alter und Gewicht ist konform zu den in der Literatur berichteten Einflussgrößen bei gesunden Menschen (Enright & Sherrill, 1998). Bei Schlaganfallpatienten müssen zusätzlich auch die vorhandene Beinkraft, die Rumpfstabilität sowie die Mobilität zu Beginn der Rehabilitation berücksichtigt werden. Aufgrund der Heterogenität in der Symptomatik neurologischer Erkrankungen sollte der 6 MWT zudem immer in Bezug zur jeweiligen Erkrankung beurteilt werden.

## **Literatur**

- Collen, F.M., Wade, D.T., Robb, G.F., Bradshaw, C.M. (1991): The Rivermead Mobility Index: A further development of the Rivermead Motor Assessment. *International Disability Studies*, 13. 50–54. doi:10.3109/03790799109166684
- Enright, P.L., Sherrill, D.L. (1998): Reference equations for the six-minute walk in healthy adults. *Am J Respir Crit Care Med*, 158. 1384–1387. doi:10.1164/ajrccm.158.5.9710086
- Guyatt, G.H., Sullivan, M.J., Thompson, P.J., Fallen, E.L., Pugsley, S.O., Taylor, D.W., Bermanet, L.B. (1985): The 6-minute walk: a new measure of exercise capacity in patients with chronic heart failure. *Can Med Assoc J*, 132. 919–923.

- Mehrholz, J., Wagner, K., Rutte, K., Meissner, D., Pohl, M. (2007): Predictive validity and responsiveness of the functional ambulation category in hemiparetic patients after stroke. *Arch Phys Med Rehabil*, 88. 1314–1319. doi:10.1016/j.apmr.2007.06.764
- Nelles, G. (2018): Rehabilitation von sensomotorischen Störungen. S2k-Leitlinien. In: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.): Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. URL: [www.dgn.org/leitlinien](http://www.dgn.org/leitlinien), Abruf: 16.10.19.

## **Psychische Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei Patienten mit neurologischen Erkrankungen**

*Anne Henning; Diana Carolina Neue; Beate Muschalla*  
Technische Universität Braunschweig

### **Hintergrund und Zielstellung**

Psychische Erkrankungen stellen einen zunehmend größeren Anteil an den Fällen von Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderung (DRV, 2014, 2017a; Lahelma et al., 2015; Gjesdal et al., 2008). Die Zahl der Patienten, die wegen psychischer Erkrankungen eine medizinische Rehabilitation in Anspruch nehmen, ist über die vergangenen Jahre hin stetig gestiegen (DRV, 2014b). Auch in somatischen Indikationen wird die Mitberücksichtigung psychischer Beschwerdelagen gefordert (DRV, 2014). Dies bedeutet in der Praxis zwei wichtige diagnostische Fragen zu klären:

1. Leidet ein Patient, der über psychische Beschwerden klagt (bspw. in einem Screeningfragebogen), tatsächlich an einer psychischen Erkrankung oder sind die psychischen Beschwerden als Begleitsymptomatik seiner somatischen Erkrankung oder Behandlungsfolge erklärbar?
2. Die zweite wichtige diagnostische Klärung besteht darin, die Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu beschreiben und deren etwaige Beeinträchtigungen. Patienten mit psychischen Erkrankungen haben häufig überdauernde Fähigkeitsbeeinträchtigungen. Psychisch bedingte Fähigkeitsbeeinträchtigungen können jedoch auch bei neurologischen Erkrankungen vorkommen, die ihrer Natur nach in vielen Fällen auch mit psychischer Begleitsymptomatik (Konzentrations- und Gedächtnisprobleme, Affekt) einhergehen. Das Profil der Fähigkeitsbeeinträchtigungen einer Person kann mit dem Mini-ICF-APP (Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörung bei psychischen Erkrankungen, Linden et al., 2009, 2015) beschrieben werden. Das Mini-ICF-APP ist in den vergangenen Jahren zu einem Standardverfahren in der Sozialmedizin geworden (DRV, 2012; DGPM, 2012; SGVP, 2012).

### **Methoden**

328 konsekutiv aufgenommene Patienten einer neurologischen Rehabilitationsklinik (Phase D) wurden im Interview (MINI, Sheehan et al., 1995; Mini-ICF-APP, Linden et al., 2009) untersucht. Psychopathologischer Befund und Anamnese der psychischen Symptomatik wurden mittels klinischer Untersuchung erhoben.

## Ergebnisse

Von den untersuchten Patienten (< 68 Jahre, 64,4% arbeitstätig, 55,8% Männer) erfüllten 53% (n = 174) die Kriterien irgendeiner Akut- oder Lifetime-Diagnose im MINI Interview. 37,8% berichteten von irgendeiner Art von stationärer oder ambulanter Vorbehandlung wegen psychischer Beschwerden. 18,7% waren bereits einmal in einer Richtlinienpsychotherapie, 10,9% erfuhren ärztliche medikamentöse Behandlung. 6,9% waren zuvor einmal in stationärer Behandlung wegen psychischer Erkrankung, 4,4% in einer psychosomatischen Rehabilitation, 3,7% hatten eine stationäre Entzugsbehandlung in der Vorgeschichte.

Von den 174 Patienten mit MINI-Lifetime oder MINI-Akut-Diagnose hatten 63,2% (also 33,2% der Gesamtstichprobe) nach klinischer Befundung anamnestisch oder auch aktuell eine psychische Erkrankung, 11,8% normalgesundes Leiden bei somatischer Erkrankung, 3,9% schwierige Lebenssituation oder Lebensunzufriedenheit, 5,2% Medikationsnebenwirkungen, 1,3% andere Behandlungsnebenwirkungen. Bei 14,6% lagen Mehrfachproblematiken vor.

Patienten mit vorbehandelter psychischer Erkrankung hatten auch aktuell durchschnittlich mehr Symptombelastung (Anzahl MINI-Diagnosen, Tab. 1). Sie zeigten in 8 von 13 Fähigkeitsdimensionen etwas stärkere bzw. häufiger Beeinträchtigungen als Patienten ohne anamnestische psychische Erkrankung. Interessant ist, dass Beeinträchtigungen in der Durchhaltefähigkeit, Selbstpflege und Anpassung an Routinen bei beiden Patientengruppen – mit und ohne vorbehandelte psychische Erkrankung – in gleichem Ausmaß zu verzeichnen waren.

Tab. 1: Vergleich von Patienten mit Vorbehandlung wegen psychischer Erkrankung (n = 121) und Patienten ohne Vorbehandlung wegen psychischer Erkrankung (n = 199)<sup>1</sup> Mini-ICF-APP Fähigkeiten: Mittelwerte (Standardabweichungen) [Prozentuale Häufigkeiten der Patienten mit einer Beeinträchtigung die mindestens auffällig/störend ist]

	<b>Mit Vorbehandlung wegen psychischer Erkrankung</b>	<b>Ohne Vorbehandlung wegen psychischer Erkrankung</b>	<b>Signifikanz im Gruppenvergleich (T-Test oder X<sup>2</sup>)</b>
Alter	52.81 (9.4)	53.01 (10.9)	.867
Geschlecht weiblich	52.9%	38.7%	.013
Arbeitsplatz besteht	63.2%	64.6%	.803
Rentenantrag geplant gestellt	13.9% 4.3%	15.9% 5.2%	.689
Arbeitsunfähigkeit in letzten 12 Monaten in Wochen	14.4 (22.9)	16.5 (55.8)	.794
WAI Arbeitsfähigkeit in 2 Jahren (1=unwahrscheinlich, 7=sicher)	4.29 (2.6)	4.76 (2.5)	.109
Anzahl Diagnosen im MINI	1.03 (1.4)	0.37 (0.77)	.000

<b>Mini-ICF-APP Fähigkeitsbeeinträchtigungen</b>	<b>M (SD) [% &gt;/=2]</b>	<b>M (SD) [% &gt;/=2]</b>	
	<b>Mit Vorbehandlung wegen psychischer Erkrankung</b>	<b>Ohne Vorbehandlung wegen psychischer Erkrankung</b>	<b>Signifikanz im Gruppen- vergleich (T- Test oder X<sup>2</sup>)</b>
Anpassung an Regeln und Routinen	0.78 (1.23) [24.2]	0.70 (1.13) [21.9]	.576
Planung und Strukturierung	0.75 (1.14) [25.6]	0.51 (0.99) [15.7]	.049
Flexibilität Umstellungsfähigkeit	0.94 (1.18) [34.2]	0.69 (1.15) [21.9]	.066
Anwendung fachlicher Kompetenzen	0.92 (1.34) [29.3]	0.52 (1.02) [15.3]	.003
Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit	0.67 (1.19) [20.1]	0.46 (0.97) [14.2]	.092
Durchhaltefähigkeit	2.19 (1.45) [69.1]	1.97 (0.57) [59.9]	.222
Selbstbehauptung	0.76 (1.23) [25.0]	0.47 (1.00) [14.7]	.023
Kontaktfähigkeit	0.64 (1.11) [19.8]	0.37 (1.85) [11.2]	.013
Gruppenfähigkeit	0.63 (1.03) [21.6]	0.29 (0.76) [9.6]	.001
Dyadische Beziehungen	0.50 (0.99) [17.1]	0.23 (0.69) [7.6]	.004
Spontanaktivitäten	0.82 (1.19) [22.9]	0.52 (0.99) [15.7]	.017
Selbstpflege	0.48 (0.99) [16.7]	0.32 (0.78) [11.7]	.106
Verkehrsfähigkeit	0.82 (1.21) [28.1]	0.46 (0.96) [16.8]	.012

<sup>1</sup> N=8 Patienten der untersuchten Stichprobe wurden in dieser Analyse ausgeschlossen aufgrund fehlender Werte

## **Diskussion und Fazit**

Die hier untersuchten Patienten mit neurologischen Erkrankungen weisen tendenziell ein vergleichbares Beeinträchtigungsprofil auf wie Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation (Linden et al., 2009). Eine Ausnahme besteht im Bereich der Durchhaltefähigkeit. Hier erscheinen die neurologischen Patienten stärker beeinträchtigt als Psychosomatik-Patienten (M = 1.12, SD = 1.02, Linden et al., 2009).

Im Vergleich von neurologischen Patienten ohne und mit gesicherter vorbehandelter psychischer Erkrankung sind Letztere global etwas stärker beeinträchtigt. Es gibt einige Fähigkeiten, in denen beide Gruppen gleichermaßen beeinträchtigt sind, bspw. die Durchhaltefähigkeit und Anpassung an Regeln und Routinen. Hier scheinen psychische Erkrankungen keine zusätzliche Beeinträchtigung zu bedingen, die über die Beeinträchtigungen im Zuge der neurologischen Erkrankung hinaus gehen.

## Literatur

- DGPM. Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM). (2012): Leitlinie zur Begutachtung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen (2012). Sk2-Leitlinie, AWMF-Leitlinien-Register Nr. 051/029, Stand: 31.03.2012 [www.awmf.org](http://www.awmf.org)
- DRV. (2012): Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung. Sozialmedizinische Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen. Berlin: Deutsche Rentenversicherung.
- Linden, M., Baron, S., Muschalla, B. (2009, 2015): Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen (Mini-ICF-APP). Ein Kurzinstrument zur Fremdbeurteilung von Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen in Anlehnung an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (2015 2., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Sheehan, D., Janavs, J., Baker, R., Knapp, E., Sheehan, K.H., Sheehan, M. (1994): MINI. Mini International Neuropsychiatric Interview. Tampa: University of South Florida.
- SGVP. Schweizer Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie (2012): Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung. Bern: Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

## Qualitätssicherung in der Neurorehabilitation bei Kindern mit Zerebralpareesen anhand der individuellen Effektgröße

*Ibrahim Duran<sup>1</sup>; Christina Stark<sup>2</sup>; Eckhard Schönau<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Zentrum für Prävention und Rehabilitation, UniReha, Unikliniken Köln;

<sup>2</sup> Universitätsklinik Köln

## Hintergrund und Zielstellung

Als Zerebralparese (ZP) wird eine Gruppe von chronischen Erkrankungen zusammengefasst, die durch eine nicht-progressive Schädigung des sich entwickelnden Gehirnes verursacht werden (Krägeloh-Mann & Cans, 2009). Namensgebend für diese Gruppe von Erkrankungen ist die (immer) vorhandene Beeinträchtigung der Grobmotorik. Die ZP stellt mit einer Prävalenz von 2-3 pro 1000 Lebendgeborenen die häufigste Ursache für eine Bewegungsstörung im Kindes- und Jugendalter dar. Zwar gibt es viele Assessments zur Quantifizierung der grobmotorischen Leistung bei Kindern mit ZP, aber sehr häufig wird der klinische Test „gross motor function measure-66“ (GMFM-66) genutzt (Palisano et al., 1997). Kinder mit ZP zeigen unter regelmäßiger, ambulanter Physiotherapie oft einen Anstieg im GMFM-66 bis zu einem Alter von 10-12 Jahren (zu erwartender Verlauf unter ambulanter Standardtherapie) (Hanna et al., 2008; Smits et al. 2013). Daher ist es im klinischen Alltag nicht trivial, den additiven Therapieeffekt einer in dieser Altersspanne zusätzlich erfolgten

Rehabilitationsmaßnahme auf die Grobmotorik zu beurteilen. Insbesondere bei länger dauernden Rehabilitationsprogrammen besteht die Herausforderung darin, die Veränderung in der grobmotorischen Leistungsfähigkeit während der Rehabilitationsphase unter Berücksichtigung des ohne diese Rehabilitationsmaßnahme zu erwartenden Verlaufes zu beurteilen. Diese diagnostische Aufgabe löst man in klinischen Studien durch den Einsatz von Kontrollgruppen. Diese Vorgehensweise ist aus offensichtlichen Gründen bei der klinischen Betreuung eines individuellen Patienten nicht möglich. Daher ist es oft nicht möglich, evidenzbasiert zu beurteilen, ob der Patient von der RehaMaßnahme profitiert hat (Responder) oder nicht (non-Responder). Aber erst die korrekte Beantwortung dieser Frage bildet die Grundlage für eine individualisierte Therapie und der Qualitätssicherung in der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen.

Ziel der Studie war es, eine Methode zu entwickeln, die Veränderung im GMFM-66 über einen Zeitraum von 6 Monaten bei Kindern mit ZP unter Berücksichtigung des zu erwartenden Verlaufes unter ambulanter Standardtherapie zu quantifizieren.

## **Methoden**

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine retrospektive Datenauswertung aus einem einzelnen Zentrum für Kinderrehabilitation (UniReha, Uniklinik Köln). Die Daten stammen von Kindern mit ZP, die zwischen 2006 und 2016 an dem Rehabilitationsprogramm „Auf die Beine“ teilgenommen hatten. Insgesamt standen 919 GMFM-66 Messungen, die zu Beginn des Rehabilitationsprogrammes (M0) durchgeführt wurden, zur Verfügung, um alters-adjustierte Referenzperzentile für den GMFM-66 zu erstellen. Bei 515 Patienten aus diesem Kollektiv gab es auch nach 6 Monaten (Ende der aktiven Rehabilitationsprogrammes, M6) und nach 12 Monaten (Ende der Nachbeobachtungsphase, M12) eine GMFM-66 Messung. Mit den longitudinalen Daten M6-M12 wurde die alters-adjustierte Funktion für die Standardabweichung der zu erwartenden Entwicklung unter ambulanter Standardtherapie berechnet. Mit den longitudinalen Daten M0-M6 wurde die Effektivität des Rehabilitationsprogrammes „Auf die Beine“ beurteilt.

## **Ergebnisse**

Mithilfe der alters-adjustierten GMFM-66 Referenzperzentile und der alters-adjustierten Kurve für die Varianz der zu erwartenden Entwicklung des GMFM-66 (als Standardabweichung) ist es möglich, jeder Veränderung im GMFM-66 zwischen M0 und M6 einen Z-Wert zu zuweisen. Dieser Z-Wert entspricht mathematisch der Definition der statistischen Größe standardized response mean (SRM), die für die Berechnung der Effektstärke für den Gruppenvergleich „vorher vs. nachher“ konzipiert ist. Damit ist es möglich für jeden einzelnen Teilnehmer eine individuelle Effektgröße zu bestimmen.

Für das gesamte Studienkollektiv von 515 Kindern mit Verlaufsmessungen im GMFM-66 (M0 und M6) ergaben sich ein SRM von 0.723 (95%KI: 0.608-0.861). Nach Cohen entspricht dies einer mittleren bis großen Effektstärke. Der Mittelwert aus allen individuellen Effektgrößen (n = 515) betrug 0.720 (95%KI 0.634-0.805).

Es zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen individueller Effektgröße im GMFM-66 und Alter, Geschlecht, Schweregrad oder Klassifikationstyp der ZP.

# GMFM-66 in children with CP

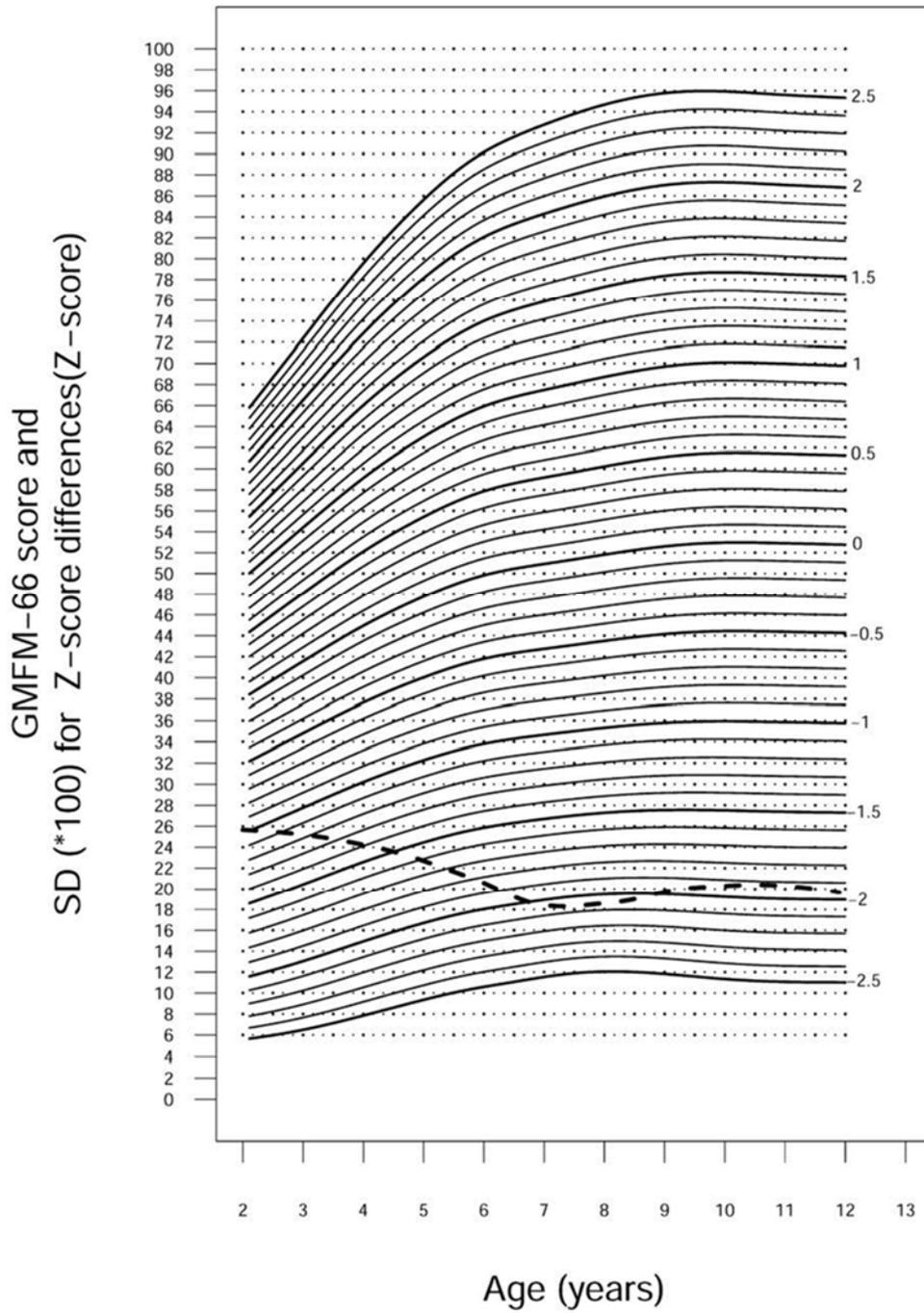


Abb. 1

## Diskussion und Fazit

Zum ersten Mal ist es möglich, beim individuellen Patienten den Anstieg im GMFM-66, der über sich über einen Zeitraum von 6 Monaten z.B. im Rahmen einer motorischen Rehabilitation entwickelt hat, eine Effektgröße zuzuordnen. Diese Effektgröße stellt ein Maß für die Effektivität der Rehabilitation dar, bei der die zu erwartende Entwicklung im GMFM-66 unter der ambulanten Standardtherapie berücksichtigt wurde.

Ausreichende Daten vorausgesetzt, könnte die vorgestellte individuelle Effektgröße bei der Verlaufsbeurteilung aller klinischen Testverfahren eingesetzt werden, bei denen eine zu erwartende (natürliche) Entwicklung vorkommt. Somit könnte die individuelle Effektgröße im klinischen Einsatz zur Steuerung und Planung einer wirksamen, individualisierten Rehabilitation beitragen und damit eine hohe Qualität bei der Rehabilitation von Kinder und Jugendlichen gewährleisten.

## Literatur

- Hanna, S. E.; Bartlett, D. J.; Rivard, L. M.; Russell, D. J. (2008): Reference curves for the Gross Motor Function Measure. Percentiles for clinical description and tracking over time among children with cerebral palsy. In: *Physical therapy* 88 (5), S. 596–607. DOI: 10.2522/ptj.20070314.
- Krägeloh-Mann, I.; Cans, C. (2009): Cerebral palsy update. In: *Brain & development* 31 (7), S. 537–544. DOI: 10.1016/j.braindev.2009.03.009
- Palisano, R.; Rosenbaum, P.; Walter, S.; Russell, D.; Wood, E.; Galuppi, B. (1997): Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. In: *Developmental medicine and child neurology* 39 (4), S. 214–223, zuletzt geprüft am 22.11.2015.
- Smits, D.-W.; Gorter, J. W.; Hanna, S. E.; Dallmeijer, A. J.; van Eck, M.; Roebroek, M. E. et al. (2013): Longitudinal development of gross motor function among Dutch children and young adults with cerebral palsy. An investigation of motor growth curves. In: *Developmental medicine and child neurology* 55 (4), S. 378–384. DOI: 10.1111/dmcn.12083.

## Visuelle Beurteilung motorischer Fatigability bei Multiple Sklerose zur standardisierten Erfassung im klinischen Alltag

*Odin Hoogerbeets<sup>1</sup>; Kim-Charline Broscheid<sup>2</sup>; Simon Sailer<sup>3</sup>; Manfred Vieten<sup>4</sup>;  
Christian Dettmers<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Kliniken Schmieder Gailingen; <sup>2</sup> Otto von Guericke Universität Magdeburg;

<sup>3</sup> Kliniken Schmieder Konstanz; <sup>4</sup> Universität Konstanz

## Hintergrund und Zielstellung

Fatigue ist bei der Multiplen Sklerose (MS) ein häufiges und zumeist stark einschränkendes Symptom, das zu Einbußen in der Lebensqualität und häufig zu Rentenansprüchen führt. Gleichzeitig ist dieser Beschwerdekomples bisher schwer zu objektivieren. In der Wissenschaft ist es mittlerweile üblich, zwischen Fatigue als subjektiver Wahrnehmung des

Patienten und Fatigability als quantifizierbare Änderung der Performance zu unterscheiden. In den letzten Jahren haben wir uns um eine Objektivierung und Messbarkeit der motorischen Erschöpfbarkeit (Fatigability) bemüht (Sehle, et al., 2014; Broscheid, et al., 2018). Ziel dieser Untersuchung war es, die Videoaufnahmen eines ermüdenden Laufbandprotokolls in Hinsicht auf Gangbildveränderungen zu evaluieren und mögliche motorische Fatigability zu beschreiben. Zudem sollte die Interraterreliabilität überprüft werden.

## **Methoden**

36 Patienten (26 Frauen) im Alter von  $48,2 + 9,0$  Jahren mit unterschiedlichen Verlaufstypen einer gesicherten MS wurden auf dem Laufband untersucht. Die Expanded Disability Status Scale (EDSS) lag auf der Skala von 0 (keine Beschwerden) bis 10 (Tod durch MS) bei  $3,3 + 1,0$  (3,0 gibt die Grenze zwischen leicht und mäßig betroffen an). Auf dem Laufband wurde zunächst die Wohlfühlgeschwindigkeit in einer separaten Gewöhnungssession definiert. Während der Hauptmessung sollten die Patienten bis zu 20 min bei dieser Geschwindigkeit plus 15 % gehen oder bis sie erschöpft waren (entsprechend einem Wert von 17 (sehr anstrengend) auf der Borg-Skala). Die erste und letzte Minute wurde auf dem Laufband von der Seite und von hinten gefilmt, um Gangbildveränderungen beurteilen zu können. Zwei Physiotherapeuten (PT1 und PT2) und ein Neurologe (N1) – alle erfahren mit Gangbildveränderungen und motorischer Erschöpfbarkeit bei MS Patienten – hatten anschließend die Aufgabe, mögliche Gangabweichungen in der letzten Minute gegenüber der ersten zu beurteilen. Dabei durften sie die Videos beliebig oft vor und zurück spulen. Die Abstufung erfolgte in vier Kategorien: keine sichtbare Gangbildveränderung (0), fragliche Gangabweichung (1), mäßige (2) und deutliche (3) Veränderung.

## **Ergebnisse**

Eine Patientin wurde ausgeschlossen, da sie sich am Geländer des Laufbandes festhielt. Bei sechs Videos nahm PT1 keine Einteilung vor aufgrund unzureichender Bildqualität oder zu kurzer Aufnahmezeit. Bei 13 Patienten waren sich die Bewertenden einig, dass keine Gangbildveränderung vorliegt. Bei vier Patienten wurde einheitlich eine fragliche Gangveränderung bewertet. Bei 6 Patienten wurden die Gangbildveränderungen als fehlend oder fraglich bezeichnet, bei 9 als fraglich oder mäßig und bei zwei als mäßig oder deutlich. Nur bei einem der 35 Patienten stuften alle drei Bewertenden die Gangbildveränderungen unterschiedlich ein. Bei den übrigen wich die Einteilung um maximal eine Kategorie ab. D.h. es kam nicht vor, dass eine Gangbildveränderung als fehlend und gleichzeitig von einem der anderen als mäßig oder deutlich bezeichnet wurde. Die Korrelationskoeffizienten (Kendall-Tau-b) zwischen PT1 und N lagen bei 0,63, zwischen PT2 und N bei 0,81 und zwischen PT1 und PT2 bei 0,75.

## **Diskussion und Fazit**

Diese Pilotuntersuchung zeigt gute Interratervariabilität zwischen drei Experten in der visuellen Beurteilung von motorischer Erschöpfbarkeit bei einem 20-minütigen Gehstest auf dem Laufband. Dies ist bemerkenswert, da keine systematische oder gründliche Schulung und Standardisierung zuvor vorgenommen worden war. Eine begriffliche Klärung und Einübung sind erforderlich zur besseren Abgrenzung der einzelnen Kategorien, insbesondere für die Kategorie „fraglich“.

Einschränkend muss man sagen, dass die Stichprobe klein und auf leicht bis mäßig betroffene MS-Patienten beschränkt war. Allerdings ist gerade in dieser Gruppe die Bewertung wichtig. Bei Vorliegen von höhergradigen Paresen sind diese bereits einschränkend und sichtbar, nicht erst die Fatigability. Ferner ist es möglich, dass 20 Minuten bei einigen Patienten nicht zu Gangbildveränderungen geführt haben und erst bei längerer Belastung sichtbar wären.

Fazit: Die Untersuchung ermutigt uns zu weiteren systematischen Untersuchungen beim 6-Minuten-Gehtest und einem Vergleich zum attraktorbasierten Fatigue Index Kliniken Schmieder. Wir gehen davon aus, dass sich deutliche Gangbildveränderungen mit zunehmender Belastung erfassen lassen und als Hinweis auf motorische Fatigability gewertet werden können. Sie sollten Teil des physiotherapeutischen Assessments bei MS Patienten sein.

### **Literatur**

Broscheid KC., Dettmers C., Vieten M. (2018): Is the Limit-Cycle-Attractor an (almost) invariable characteristic in human walking? *Gait Posture*. 63. 242-247.

Sehle A., Vieten M., Sailer S., Mündermann A., Dettmers C. (2014): Objective assessment of motor fatigue in multiple sclerosis: the Fatigue index Kliniken Schmieder (FKS). *J Neurol*. 261. 1752–62.

### Die Internationale Klassifikation der Organisation von Rehabilitationseinrichtungen (ICSO-R 2.0) – Hintergrund und Anwendungsmöglichkeiten

*Christoph Gutenbrunner<sup>1</sup>; Boya Nugraha<sup>1</sup>; Charlotte Kiekens<sup>2</sup>; Francesca Gimigliano<sup>3</sup>; Thorsten Meyer<sup>4</sup>*

<sup>1</sup> Medizinische Hochschule Hannover (MHH); <sup>2</sup> UZ Leuven;

<sup>3</sup> Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli"; <sup>4</sup> Universität Bielefeld

#### Hintergrund und Zielstellung

Der internationale Vergleich von Rehabilitationseinrichtungen und -diensten wird durch Fehlen einer einheitlichen Klassifikation zu Beschreibung ihrer Charakteristika erschwert und ist aus wissenschaftlicher Sicht bisher kaum möglich. Auch auf nationaler Ebene werden Einrichtungen in der Regel nur im Rahmen von Audits insofern geprüft ob sie vorgegebene Qualitätsstandards erfüllen. Als Benchmark werden vor allem Parameter der abgegebenen therapeutischen Leistungen verwendet (Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)).

#### Methoden

Im Jahr 2015 haben Gutenbrunner et al. einen ersten Vorschlag für Parameter einer International Classification of Service Organisation in Rehabilitation (ICSO-R) publiziert (Gutenbrunner et al., 2015). Er bestand aus 9 Kategorien der Domäne „Leistungserbringer“, 3 Kategorien aus der Domäne „Finanzierung“ und 8 Kategorien aus der Domäne „Leistungserbringung“. Nach Testung in verschiedenen Projekten wurden von der ICSO-R Arbeitsgruppe in der Internationalen Gesellschaft für Physikalische und Rehabilitative Medizin (ISPRM) ein Vorschlag für eine zweite verbesserte Version erarbeitet und in einem internationalen Expertenpanel abschließend bearbeitet (ICSO-R 2.0).

#### Ergebnisse

Dabei wurde neben der Einführung einiger wichtiger zusätzlicher Kategorien für jede einzelne Kategorie eine kurze Erklärung sowie Einschluss- und Ausschlusskriterien definiert. Darüber hinaus wurde die Domäne „Finanzierung“ auf die Domänen „Leistungserbringer“ und „Leistungserbringung“ aufgeteilt, je nachdem ob es sich um die Finanzierung der Einrichtung (einschl. Investitionen) oder der Bezahlung von Leistungen (z.B. durch Versicherungen) handelt. Die neue Version enthält insgesamt 23 Kategorien, 9 davon in der Domäne „Leistungserbringer“ und 14 Kategorien in der Domäne „Leistungserbringung“. Für diese Version wurden auch ein standardisiertes Dokumentationsblatt sowie eine vergleichende tabellarische Darstellung erarbeitet. Die Anwendbarkeit der Klassifikation wurde in Pilottestungen in verschiedenen Ländern weltweit geprüft.

## Diskussion und Fazit

Insgesamt handelt es sich bei ICSO-R 2.0 um ein innovatives, relevantes und gut handhabbares Instrument für den Vergleich der Strukturen von Rehabilitationseinrichtungen. Es kann einerseits zu Benchmark auf internationaler oder nationaler Ebene dienen, andererseits aber auch zur systematischen Beschreibung von Prototypen von Rehabilitationseinrichtungen angewendet werden. Es ist nicht auf die medizinische Rehabilitation beschränkt, sondern kann auch auf andere Rehabilitationseinrichtungen, wie z.B. der Suchtrehabilitation und berufsbezogenen Rehabilitation sowie für Gemeindenahe Rehabilitationsangebote angewendet werden. Perspektivisch kann sie auch als Basis für die Erarbeitung von sog. Minimum Reporting Sets für die Einflüsse von Settingeffekten für klinische Studien dienen.

## Literatur

Gutenbrunner C, Bickenbach J, Kiekens C, Meyer T, Skempes D, Nugraha B, Bethge M, Stucki G. (2015): ISPRM discussion paper: proposing dimensions for an International Classification System for Service Organization in Health-related Rehabilitation. *J Rehabil Med.* 2015 Oct 5;47(9):809-15. doi: 10.2340/16501977-2002.

## Einfluss der Kinesiophobie von Testleitern auf die Ergebnisse der FCE

*David Bühne<sup>1</sup>; Torsten Alles<sup>1</sup>; Christian Hetzel<sup>1</sup>; Marco Streibelt<sup>2</sup>; Ingo Froböse<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> iqpr (Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln); <sup>2</sup> Deutsche Rentenversicherung Bund;

<sup>3</sup> Institut für Bewegungstherapie und bewegungsorientierte Prävention und Rehabilitation

## Hintergrund und Zielstellung

Verfahren der Functional Capacity Evaluation (FCE) werden im Kontext der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) zur Einschätzung der arbeitsbezogenen körperlichen Leistungsfähigkeit eingesetzt (DRV Bund, 2015a). Dies erfolgt anhand einer Gegenüberstellung der im Rahmen standardisierter Aktivitätstests erbrachten Leistung – wie etwa der maximalen, während eines Hebe-Tests sicher bewältigten Last – mit den zu bewältigenden Arbeitsanforderungen. Bisherige Forschungsergebnisse (vgl. Kuijjer et al., 2012; Bühne et al., 2018) lassen darauf schließen, dass die Beurteilung der arbeitsbezogenen körperlichen Leistungsfähigkeit durch den Einsatz von FCE objektiviert werden kann. Gleichzeitig ist von einer Beeinflussung der Testergebnisse durch die schmerz- und bewegungsbezogenen Einstellungen der Assessoren auszugehen. So konnten Lakke und Kollegen (2015) zeigen, dass das Ergebnis eines Hebe-Tests bei gesunden Probanden im Mittel deutlich geringer ausfiel, sofern die Testung durch Assessoren mit überdurchschnittlichen Werten in der Tampa Scale of Kinesiophobia for health care providers (TSK-HC) angeleitet wurde. Für den Kontext der medizinischen Rehabilitation liegen bislang keine vergleichbaren Untersuchungen vor. Das Ziel der vorliegenden Studie bestand daher in der Überprüfung des Einflusses der Kinesiophobie von Testleitern auf FCE-Ergebnisse bei orthopädischen Rehabilitanden der MBOR.

## Methoden

Im Zeitraum von 2018 bis 2019 wurden 242 orthopädische Rehabilitanden beruflich orientierter Rehabilitationsmaßnahmen im Rahmen einer multizentrischen prospektiven Kohortenstudie eingeschlossen. Die Rekrutierung erfolgte an acht Standorten, verteilt über Baden-Württemberg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen und Thüringen. Die Kinesiophobie der 32 an der Studie beteiligten Assessoren wurde zu Studienbeginn mittels der TSK-HC erhoben. Als abhängige Variable diente die Einschätzung der zulässigen Arbeitsschwere gemäß der Klassifizierung nach REFA (DRV Bund, 2015b). Diese Einstufung, die mittels des FCE-Verfahrens ELA (Bühne et al., 2018) erfolgte, wurde mit „< leicht“ um eine fünfte Kategorie erweitert. Zur Überprüfung des Einflusses der Kinesiophobie auf die Einschätzung der Arbeitsschwere wurden die Probanden in Abhängigkeit vom TSK-HC-Score des Testleiters (< 34 vs. ≥ 34) dichotom unterschieden und anhand des Mann-Whitney-U-Tests auf Unterschiede im FCE-Ergebnis überprüft. Darüber hinaus wurden ordinale Regressionsmodelle berechnet. Der Einfluss des TSK-HC wurde hierbei für die zu Reha-Beginn angegebene subjektive gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Berufsausübung (Bethge et al., 2007) und das Geschlecht der Probanden sowie das Geschlecht, den beruflichen Hintergrund (Ergotherapie, Physiotherapie bzw. Sportwissenschaft) und die Berufserfahrung der Assessoren kontrolliert.

Tab. 1: FCE-basierte Einschätzung der zulässigen Arbeitsschwere differenziert nach Ausmaß des TSK-HC-Scores der Testleiter

	FCE-basierte Einschätzung der zulässigen Arbeitsschwere nach REFA				
	schwer	mittelschwer	leicht bis mittelschwer	leicht	< leicht
Unterdurchschnittlicher TSK-HC-Score (<34; n=105)	1 (1,0%)	21 (20,0%)	41 (39,0%)	34 (32,4%)	8 (7,6%)
Überdurchschnittlicher TSK-HC-Score (≥34-; n=137)	1 (0,7%)	16 (11,7%)	55 (40,1%)	53 (38,7%)	12 (8,8%)

## Ergebnisse

Nach Unterscheidung einer unter- bzw. überdurchschnittlich ausgeprägten Kinesiophobie der Testleiter wurden keine bedeutsamen Unterschiede in der auf FCE-Basis zugewiesenen zulässigen Arbeitsschwere vorgefunden ( $p = 0,124$ ; siehe Tabelle 1).

Im multiplen ordinalen Regressionsmodell erwies sich der TSK-HC-Score dagegen als signifikanter Prädiktor ( $b = -0,082$ ;  $p = 0,001$ ;  $N = 240$ ) bei o.g. Adjustierung. Höhere Werte in der TSK-HC waren mit einer geringeren Bewertung der zulässigen Arbeitsschwere assoziiert. Die Anpassungsgüte des Modells war jedoch mäßig ( $R^2$  nach Nagelkerke = 0,170) und zudem nur geringfügig durch den TSK-HC-Score bedingt. Ein Ausschluss der Variable hatte lediglich eine leichte Abnahme der Modellanpassungsgüte zur Folge ( $R^2$  nach Nagelkerke = 0,127).

## **Diskussion und Fazit**

Im vorliegenden Sample orthopädischer Rehabilitanden erwies sich die Kinesiophobie der Assessoren, abgebildet anhand der TSK-HC, erwartungsgemäß als Prädiktor der auf FCE-Basis zugewiesenen zulässigen Arbeitsschwere. Vor diesem Hintergrund kann eine an FCE-Anwender adressierte Empfehlung zur Reflexion der eigenen schmerz- und bewegungsbezogenen Einstellungen und Empfindungen abgeleitet werden. Eine deutliche Beeinträchtigung der Güte der Testergebnisse erscheint aufgrund des geringen Einflusses der Kinesiophobie jedoch unwahrscheinlich, ist aber offen. Zur Untersuchung möglicher Interaktionseffekte mit der Kinesiophobie der zu testenden Rehabilitanden sowie der Auswirkungen auf die Validität der FCE-Ergebnisse sind weiterführende Analysen notwendig.

## **Literatur**

- Bethge, M., Thren, K. & Müller-Fahrnow, M. (2007): Arbeitsbezogene Einstellungen und subjektive Erwerbsprognose bei Rehabilitanden mit muskuloskeletalen Erkrankungen. *Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 77 (3), 155-160.
- Bühne, D., Alles, T., Hetzel, C., Froböse, I. (2017): Die prognostische Validität des FCE-Verfahrens ELA in beruflich orientierten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen. *Rehabilitation*, 57(2), 92-99.
- DRV Bund (2015): Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. 4. Auflage. Berlin, DRV Bund.
- DRV Bund (2015): Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht. Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2015.
- Kuijjer, P.P., Gouttebarghe, V., Brouwer, S., Reneman, M.F., Frings-Dresen, W. (2012): Are performance-based measures predictive of work participation in patients with musculoskeletal disorders? A systematic review. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 85, 109-123.
- Lakke, S. E., Soer, R., Krijnen, W. P., van der Schans, C. P., Reneman, M. F., Geertzen, J. H. B. (2015): Influence of Physical Therapists' Kinesiophobic Beliefs on Lifting Capacity in Healthy Adults. *Physical Therapy*, 95 (6), 1224-1233.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

# Herausforderungen in der kulturellen und linguistischen Adaption des Work Disability Functional Assessment Battery (WD-FAB) in die deutsche Sprache

Maresa Buchholz<sup>1</sup>; You-Shan Feng<sup>2</sup>; Thomas Kohlmann<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universitätsmedizin Greifswald; <sup>2</sup> Universitätsklinikum Tübingen

## Hintergrund und Zielstellung

Die Beurteilung des erwerbsbezogenen Leistungsvermögens ist ein Prozess, in dem in umfassender Form medizinische, persönliche und arbeitsplatzbezogene Faktoren berücksichtigt werden müssen. Das in englischer Sprache (USA) vorliegende Befragungsinstrument WD-FAB macht es möglich, auch die subjektiv empfundene Leistungsfähigkeit von Rehabilitanden einzubeziehen. Mittels computeradaptiven Testens (CAT) unter Verwendung einer Itembank von mehr als 390 Items, bildet das WD-FAB-Instrument Dimensionen der körperlichen Funktionsfähigkeit und der psychosozialen Gesundheit ab. Ein von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Bund gefördertes Projekt zielt darauf ab, dieses komplexe Instrument in die deutsche Sprache zu übersetzen und zu validieren (Feng et al., 2019). Bedingt durch die hohe Itemanzahl wird ein stringenter Übersetzungsprozess notwendig, der als besondere Herausforderung die konzeptionelle Äquivalenz zum englischen Original hat. Somit bedarf es nicht nur einer guten sprachlichen Übersetzung, sondern ebenfalls einer kulturell angepassten Übertragung der Fragebogeninhalte auf die entsprechende Zielpopulation.

## Methoden

Der Übersetzungsprozess der WD-FAB-Items folgt international anerkannten Empfehlungen (Arredondo et al., 2012, Beaton, et al. 2000) und besteht aus 5 Schritten. Erstens die Vorwärtsübersetzung in die deutsche Sprache durch zwei unabhängige Übersetzer, zweitens der Entwicklung einer konsentierten Fassung auf Basis der Vorwärtsübersetzungen, drittens der Rückwärtsübersetzung der konsentierten Fassung, viertens der Entwicklung einer einheitlichen Fragebogenversion und fünftens der Felderprobung. Die an der Vor- und Rückwärtsübersetzung beteiligten Übersetzer wurden zudem dazu aufgefordert, zu dokumentieren, in welchem Maße bei der Übersetzung spezifische Probleme bzw. Herausforderungen aufgetreten sind. Hierfür erhielten die Übersetzer die Möglichkeit, die Items mit der Beurteilungskategorie A (keine Übersetzungsprobleme), B (leichte bis mäßige Übersetzungsprobleme), oder C (schwere Übersetzungsprobleme) zu bewerten. Zusätzlich zu den fünf Schritten des Übersetzungsprozesses wurden bei problematisch identifizierten Items 1) die Entwickler des Originalinstruments kontaktiert, 2) eine Diskussionsrunde mit Mitarbeitenden aus der Abteilung Methoden der Community Medicine durchgeführt (Mitarbeiter-Panel) sowie 3) eine Kategorisierung der Items in fünf Problembereiche vorgenommen. Der vorliegende Beitrag präsentiert die Ergebnisse des ersten und zweiten Übersetzungsschrittes.

## Ergebnisse

Aus den beiden Vorwärtsübersetzungen konnte eine erste konsentierte Fragebogenversion erstellt werden. Die Analyse der Übersetzungsherausforderung ergab, dass 50% aller Items

von den Vorwärtsübersetzern die Einstufung „A“, 47% die Einstufung „B“ und 3% die Einstufung „C“ erhielten. Die häufigsten Probleme in der Übersetzung zeigten sich bei rollstuhlspezifischen Fragen aus der entsprechenden Sektion des WD-FAB. Zwischen den weiteren Dimensionen des WD-FAB zeigten sich keine Unterschiede in der Häufigkeit problematischer Items (Einstufung „B“ oder „C“).

Aus den als „B“ und „C“ eingestuften Items und den damit einhergehenden Übersetzungsauffälligkeiten konnten fünf Problemkategorien aus dem komplexen Übersetzungsprozess bestimmt werden. In der ersten Kategorie „Wortverwendung/Mehrdeutigkeiten“ wurden Items zusammengetragen, die Wörter oder Begrifflichkeiten beinhalten, die sich in ihrer Bedeutung von dem englischsprachigen Original mäßig bis stark unterscheiden bzw. im deutschsprachigen mehrere Übersetzungsmöglichkeiten bieten. Wörter oder Wortgruppen, für die sich keine deutsche übereinstimmende übersetzte Bedeutung fand, wurden in die Kategorie „Redewendungen“ eingeordnet. „Kulturspezifische Besonderheiten“ bilden eine dritte Kategorie. In dieser wurden Items eingeordnet, die unter Verdacht standen, Begriffe zu beinhalten, die nicht eindeutig von der Zielgruppe verstanden werden. Items, die inhaltlich in ihrer Logik Probleme bereiteten, wurden unter „inhaltliche Unstimmigkeiten“ kategorisiert. Die letzte Kategorie „alltagsferne Bewegungsabläufe“ beherbergt Items, die im Alltag ungewöhnliche physische Positionen beschreibt.

Tab. 1: Auflistung von Item-Beispielen aus der Vorwärtsübersetzung

Englisches Original	Vorwärtsübersetzung	Problem	Konsentierte Fassung
<b>Redewendungen</b>			
Are you able to make <b>small talk</b> ?	Sind Sie in der Lage, <b>leichte Konversation</b> zu machen?	Übersetzung von „small talk“	Sind Sie in der Lage, mit anderen <b>zu plaudern</b> ?
<b>Inhaltliche Unstimmigkeiten</b>			
Please specify your level of agreement: I have trouble <b>using tickets</b> , cash, or a fare card to <b>get on</b> a bus or train.	Inwiefern stimmen Sie dieser Aussage zu: Es fällt mir schwer, <b>Fahrkarten</b> , Bargeld oder einen Fahrausweis <b>zu verwenden, um in einen Bus oder eine Bahn zu steigen</b> .	Verwendung einer Fahrkarte vs. Fähigkeit in einen Bus/ eine Bahn zu steigen	Inwieweit trifft die folgende Aussage auf Sie zu: Es fällt mir schwer, <b>Fahrkarten</b> , Bargeld oder einen Fahrausweis zu verwenden, um mit einem Bus oder der Bahn <b>zu fahren</b> .
<b>Alltagsferne Bewegungsabläufe</b>			
Are you able to <b>work at floor level</b> ? For example changing the face plate on an electric outlet.	Sind Sie in der Lage, <b>auf Bodenhöhe zu arbeiten</b> ? Zum Beispiel, um den Abdeckrahmen einer Steckdose auszutauschen.	Als untypisch eingestufte Position bzw. im Haushalt ausgeführte Tätigkeit	Können Sie <b>auf Bodenhöhe arbeiten</b> (z.B. um die Abdeckung einer Steckdose auszutauschen oder eine <b>Kindersicherung anzubringen</b> )?

Exemplarisch sind in der Tabelle 1 auf Basis von drei Kategorien Item-Beispiele und deren Übersetzungsherausforderung sowie Findung einer konsentierten Fassung aufgelistet. So wurde z. B. die in der englischen Sprache zu findende Redewendung „small talk“ mit dem

Verb „plaudern“ übersetzt. Das Item „using tickets to get on a bus“ erwies sich in der deutschen Übersetzung bzgl. der inhaltlichen Bedeutung als problematisch und weniger plausibel. Hier konnte in Rücksprache mit den Originalentwicklern des WD-FAB und im Mitarbeiter-Panel eine adäquate Lösung gefunden werden. Das letzte in der Tabelle 1 aufgelistete Beispiel zeigt ein Item, welches nach der Fähigkeit eines untypischen Bewegungsablaufes im Alltag fragt. Um den Bewegungslauf „in Bodenhöhe arbeiten“ verständlicher zu machen, wurde das Item um die Beispielformulierung „eine Kindersicherung anbringen“ erweitert.

### **Diskussion und Fazit**

Es zeigt sich, dass 50% der Items Probleme in der Übersetzung aufwiesen und spezifische Herausforderungen mitbrachten. Die Kategorisierung dieser Items in fünf unterschiedliche Problembereiche verdeutlichte zudem die Komplexität des hier durchgeführten Übersetzungsprozesses, unabhängig davon ob es sich um Items der körperlichen Funktionsfähigkeit oder der psychosozialen Gesundheit handelte. Somit kann zusammengefasst werden, dass die Adaption des WD-FAB in die deutsche Sprache deutlich mehr umfasst als die reine sprachliche Itemübersetzung. Die Auseinandersetzung mit der inhaltlichen Bedeutung der Items sowie der linguistischen Herausforderung, eine leicht verständliche Formulierung zu erhalten, führt zu einer tiefergehenden Reflektion der im WD-FAB abgebildeten Dimensionen und setzt einen stringenten, gut geplanten Übersetzungsprozess voraus.

### **Literatur**

- Arredondo E M, Mendelson T, Holub C, Espinoza N, Marshall S. (2012): Cultural adaptation of physical activity self-report instruments. *J Phys Act Health*, 9(1): 37-43.
- Beaton D E, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz M B (2000): Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976)*, 25(24):3186-3191.
- Feng YS, Kazis L, Kohlmann T (2019): Adoption of the Work Disability Functional Assessment Battery (WD-FAB) to Germany and European Countries [work in progress]. 15. Congress of the European Forum for Research in Rehabilitation (EFRR). *DRV-Schriften Band 117*: 512-513.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

## **Überarbeitung der Adjustierung in der Rehabilitandenbefragung der DRV**

*Agnes Gregorkiewicz; Mona Sägebarth*  
Deutsche Rentenversicherung Bund

### **Hintergrund und Zielstellung**

Die Rehabilitandenbefragung stellt als retrospektiv angelegtes Instrument ein wichtiges Hilfsmittel zur Evaluierung der Nachhaltigkeit der in Rehabilitationen erreichten Ergebnisse

dar. In den Ergebnisberichten der Deutschen Rentenversicherung zur Qualitätssicherung werden sowohl die Zufriedenheit mit dem Leistungsangebot als auch der subjektive Erfolg der Maßnahme aus Sicht der Rehabilitanden dargestellt.

Für körperliche und psychische Erkrankungen (inkl. Abhängigkeitserkrankungen), für die stationäre und die ambulante Rehabilitation sowie für Kinder und Jugendliche gibt es jeweils unterschiedliche Fragebogen.

Die regelmäßige Rückmeldung der Ergebnisse an die Reha-Einrichtungen bzw. Reha-Fachabteilungen erfolgt entsprechend der gesetzlichen Vorgaben (§ 37 SGB IX) einrichtungsvergleichend innerhalb der jeweiligen Vergleichsgruppen. Um die Auswirkung von Rehabilitandenmerkmalen und deren unterschiedliche Verteilung auf die Fachabteilungen einschätzen und kontrollieren zu können, wird die Methode der Adjustierung angewendet. Dabei werden die Ergebnisse der Befragung um den Einfluss von Merkmalen auf Seiten der Rehabilitanden (z. B. Bildung, Geschlecht, Alter), welche zu unterschiedlichen Bewertungen der Maßnahme führen können, mathematisch bereinigt. Auf diese Weise sollen faire Vergleiche zwischen den Fachabteilungen ermöglicht werden. Für die stationäre Reha werden bereits seit Jahren die Ergebnisse der verschiedenen Indikationsbereiche in adjustierter Form berichtet, basierend auf Adjustierungsmodellen aus den Jahren 2008 bzw. 2011 (Widera, 2010; Klosterhuis, 2010; Klosterhuis et al., 2010; DRV Bund, 2009).

## **Methoden**

In einem wissenschaftlich begleiteten Projekt mit einer Laufzeit von 12 Monaten (Adjustierung und Modifikation in der Rehabilitandenbefragung (ADMO-1)) wurde die bestehende Adjustierung in der stationären medizinischen Rehabilitation in 2017/2018 überprüft und aktualisiert. Dies erfolgte in einem gemeinsamen Projektteam bestehend aus Mitarbeitern der Deutschen Rentenversicherung und Mitarbeitern des Instituts für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm (unter der Leitung von Dr. R. Kaluscha). Zu den wesentlichen Zielen der Überarbeitung zählte unter anderem die Ausweitung der Adjustierung auf den ambulanten Bereich (somatische Indikationen).

Nach erfolgter Missing-Data-Analyse und Aufbereitung des Projektdatensatzes zeigte sich bei der Variablenselektion erwartungsgemäß eine weitgehende Bestätigung der bisher eingesetzten Adjustierungsvariablen. Beispielsweise waren folgende Variablen in der bisherigen Adjustierung bedeutsam und sind es nachweislich auch weiterhin: Bildungsabschluss, Geschlecht, Alter oder Wohnort (alte / neue Bundesländer), aber auch Langzeit-Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit vor der Reha und Aufforderung zur Reha (durch Krankenkasse oder Agentur für Arbeit). Weitere einflussreiche Faktoren sind auch, ob ein Rentenantrag gestellt wurde, ob es sich bei der Reha um eine Anschlussrehabilitation (AHB) handelt oder ob Belastungen bzw. einschneidende Ereignisse nach der Reha im Leben der befragten Rehabilitanden aufgetreten sind.

## **Ergebnisse**

Außer einer Aktualisierung bzw. Bestätigung bisheriger Adjustierungsvariablen bot die Überarbeitung der Adjustierung auch die Möglichkeit, Variablen differenzierter auszuwerten oder neu aufzunehmen. So werden in der überarbeiteten Adjustierung beispielsweise die einzelnen Schulabschlüsse oder auch einzelne Altersgruppen miteinander verglichen. Zuvor

wurden lediglich höhere Schulabschlüsse in zusammengefasster Form bzw. der Altersdurchschnitt berechnet.

Eine weitere Neuerung ist die Berücksichtigung einzelner Diagnosen und Diagnosegruppen in den Vergleichsgruppen und Besonderheiten auf Fachabteilungsebene.

Besonderheiten auf Fachabteilungsebene werden in der überarbeiteten Adjustierung der Rehabilitandenbefragung mit Hilfe eines Mehr-Ebenen-Modells betrachtet. Dabei bilden die Rehabilitanden die erste Ebene, während die Fachabteilungen die zweite Ebene bilden. Das Mehr-Ebenen-Modell kommt zur Anwendung, wenn genügend Fachabteilungen ( $\geq 25$ ) mit genügend Beobachtungen ( $\geq 25$ ) vorhanden sind. Durch die Mehr-Ebenen-Analyse kann berücksichtigt werden, dass Rehabilitandeneinschätzungen aus einer Fachabteilung einander ähnlicher sein können als die von Rehabilitanden aus anderen Fachabteilungen.

Auf Grundlage der in Fokusgruppen und einer Onlinebefragung gewonnenen Experteneinschätzungen wurde ein überarbeitetes Konzept für die Rückmeldung der Ergebnisse erarbeitet, welches ab dem kommenden Bericht zur Rehabilitandenbefragung eingesetzt werden soll. Dabei werden bewährte Elemente wie der strukturierte Aufbau des Berichts, die detaillierte Darstellung der Einzelergebnisse oder auch die grafische Darstellung der Ergebnisse beibehalten, jedoch ergänzt um zusätzliche grafische und textliche Darstellungen.

## **Diskussion und Fazit**

Die neue Adjustierung stellt zum einen eine Bestätigung der bisherigen Adjustierungsstrategie dar, bietet jedoch zum anderen einige Verbesserungen hinsichtlich einer detaillierteren Auswertung. Durch die Verwendung des Mehrebenen-Modells wurde auch im Hinblick auf die Fachabteilungsebene die neue Adjustierung noch mehr verfeinert und auf die jeweiligen Besonderheiten der Einrichtungen und Fachabteilungen angepasst. Zudem können die Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung künftig auch für ambulante Fachabteilungen der somatischen Indikationen adjustiert abgebildet werden.

## **Literatur**

- Dannenmaier J.(2019): Adjustierung und Modifikation der Rehabilitandenbefragung (ADMO-1) – Methodenpapier. Veröffentlicht unter: [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos\\_reha\\_einrichtungen/quali\\_rehabilitandenbefragung/RB\\_neue\\_Adjustierung\\_Methodenpapier.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/quali_rehabilitandenbefragung/RB_neue_Adjustierung_Methodenpapier.html)
- Gregorkiewicz A., Sägebarth M., Ostholt-Corsten, M. (2019): Überarbeitung der Adjustierung in der Rehabilitandenbefragung der DRV. Veröffentlicht unter: [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos\\_reha\\_einrichtungen/quali\\_rehabilitandenbefragung/RB\\_neue\\_Adjustierung\\_Ueberblick.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/quali_rehabilitandenbefragung/RB_neue_Adjustierung_Ueberblick.html)
- Klosterhuis H. (2010): Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung – eine kritische Bestandsaufnahme. In: RVaktuell, Jg 57, S. 260-268.
- Klosterhuis H.; Baumgarten E.; Beckmann U.; Erbstößer S.; Lindow B.; Naumann B. et al. (2010): Ein aktueller Überblick zur Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. In: Die Rehabilitation 49 (06), S. 356-367.
- Widera T. (2010): Aktuelles aus der Reha-Qualitätssicherung – neue Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung. In: RVaktuell 4 (2010), S. 153-159.

# Zur genaueren Bestimmung von psychischer Komorbidität durch die SCL-90®-S

*Gabriele Helga Franke*

Hochschule Magdeburg-Stendal

## Hintergrund und Zielstellung

Gerade in der medizinischen Rehabilitation ist die psychische Komorbidität – einfach definiert als zusätzliche psychische Belastung bei mindestens einer chronisch somatischen Erkrankung – von zunehmender Bedeutung. Der Begriff kann gut von den Konstrukten „Multimorbidität“, „Krankheitsbelastung“ oder „Patientenkomplexität“ abgegrenzt werden (Baumeister et al., 2011). Schon 2007 stellten Sander et al. den Nutzen der SCL-90 (Franke, 2014) zur Erfassung psychischer Komorbidität in der stationären Alkoholismustherapie fest, sowie, dass die „weiterführende Diagnostik bei positivem Screening-Ergebnis unumgänglich ist“ (S. 352). Dieses positive Screening-Ergebnis wurde bislang festgestellt, wenn zwei der neun SCL-90-Subskalen und/oder der globale Kennwert GSI einen T-Wert  $\geq 63$  annahmen (Franke, 2014). Zabora et al. (2001) fanden in der Psychoonkologie beim Brief Symptom Inventory, einer verkürzten Version (deutsch: BSCL, Franke, 2017) 35.1% auffallende psychische Belastung bei 4.496 Patientinnen und Patienten. Die Falldefinition bei der BSCL führte in einer Stichprobe von 402 Patientinnen und Patienten der stationären orthopädischen Rehabilitation zu einer Quote von 40.3% mit auffallender psychischer Belastung (Franke, 2017).

SCL-90 sowie BSCL werden in der Rehabilitationspsychologie recht häufig eingesetzt: in einer empirischen Studie an 391 berufstätigen Rehabilitationspsychologinnen und -psychologen (Franke et al., 2019) berichteten 48.6% vom eigenen Einsatz von SCL-90®-S oder BSCL. Allerdings gibt es zwei Aspekte, die bei der Nutzung der Falldefinition bei Verfahren aus der SCL-Familie zunehmend in den Blickpunkt geraten: dies ist zum einen der Stellenwert der Prävention, d.h. die Betrachtung von Belastung, die noch unterhalb der üblichen Schwellen liegt, aber schon messbar ist und somit auch psychologische Interventionen erfordert. Zum anderen besteht die Notwendigkeit, besonders belasteten Patientinnen und Patienten direkte und sofortige Intervention und/oder Krisenintervention anzubieten. Daher soll eine neue Auswertungsstrategie bei SCL-90®-S und BSCL zu einer differenzierten Bewertung der Komorbidität führen.

## Methoden

Es wurde eine vertiefte Auswertung der SCL-90®-S auf Screening-Ebene entwickelt, die zu den vier Gruppen: „keine“, „leichte“, „deutliche“ und „starke“ psychische Belastung führt. Diese Gruppen sollten in der klinisch-rehabilitativen Praxis mit aufsteigender Intensität weiter diagnostisch untersucht und therapeutisch behandelt werden (siehe Tab. 1). Diese genauere Bestimmung der Komorbidität soll in einer Stichprobe von 237 Patientinnen und Patienten der stationären Orthopädie überprüft werden (Franke, 2014).

## Ergebnisse

In einer Re-Analyse einer Stichprobe von 237 Patientinnen und Patienten der stationären Orthopädie (Franke, 2014) führte die klassische Falldefinition bei der SCL-90®-S zu 49.8% auffallend psychisch belasteten Personen. Die neue Falldefinition differenziert wie folgt:

- Keine psychische Belastung fand sich bei 89 (37.6%) Patientinnen und Patienten; hier lag der T-Wert für den globalen Kennwert GSI bei  $T = 50 (\pm 6)$ . Ist ein einzelner T-Wert erhöht, sollte diese Skala genauer exploriert werden; es können unspezifische gesundheitsfördernde Informationen gegeben werden.
- 30 (12.7%) Personen zeigten leichte psychische Belastung und sollten aufmerksamer begleitet werden ( $T[\text{GSI}] = 58 \pm 2$ ). Kürzere diagnostische Gespräche und ggf. einige wenige weitere Testungen sind notwendig, um zielgenau zu niedrigschwelligen, ambulanten Gruppenprogrammen zur allgemeinen Gesundheitsförderung im präventiven Sinne zuzuweisen. Eine erneute Testung in vier Wochen wird angeraten.
- Deutliche psychische Belastung war bei 65 (27.4%) Betroffenen zu finden ( $T[\text{GSI}] = 63 \pm 3$ ), die Skalenwerte rangierten zwischen  $T[\text{Phobische Angst}] = 59 (\pm 8)$  und  $T[\text{Zwanghaftigkeit}] = 63 (\pm 6)$ . Es sollten sich eine vertiefte Exploration sowohl auf Interview- als auch auf Test- und Fragebogenebene anschließen, aus der sich spezifische Interventionen auf Einzel- und/oder Gruppenebene ableiten lassen, die zumeist ambulant, im Einzelfall aber auch stationär als psychologische Interventionen durchgeführt werden sollten. Eine engmaschige Verlaufskontrolle ist angezeigt.
- 53 (22.4%) der orthopädischen Patientinnen und Patienten waren stark psychisch belastet ( $T[\text{GSI}] = 71 \pm 4$ ) die Skalenwerte lagen zwischen  $T[\text{Phobische Angst}] = 66 (\pm 8)$  und  $T[\text{Zwanghaftigkeit}] = 71 (\pm 4)$ . Die vertiefte Exploration (Interview, Tests, Fragebogen) sollte zu spezifischen Einzel- und/oder Gruppenangeboten führen, die am besten stationär erfolgen sollten; die Verlaufskontrolle muss engmaschig sein. Hier gilt es, in Form von dringenden Interventionen und/oder Krisenintervention sofort ein erstes längeres Gespräch direkt in den kommenden Tagen anzubieten.

Tab. 1: Die neue Falldefinition für die SCL-90®-S zur genaueren Bestimmung der psychischen Komorbidität

<b>Kategorien der psychischen Belastung</b>	<b><u>Keine</u></b>	<b><u>Leichte</u></b>	<b><u>Deutliche</u></b>	<b><u>Starke</u></b>
<b>Definition</b>	Keine $T[2 \text{ Skalen}] \geq 60$	$T[2 \text{ Skalen}]$ und/oder $T[\text{GSI}] \geq 60$ und $< 63$	$T[2 \text{ Skalen}]$ und/oder $T[\text{GSI}] \geq 63$ und $< 70$	$T[2 \text{ Skalen}]$ und/oder $T[\text{GSI}] \geq 70$
<b>Weiteres diagnostisches Vorgehen</b>				
<b>(1) Erneute Testung</b>	Bei Bedarf	In 4 Wochen	Engmaschige Verlaufstestung	Engmaschige Verlaufstestung
<b>(2) Interview</b>	Bei Bedarf	Kurzes diagnostisches Interview	Diagnostisches Interview	Diagnostisches Interview
<b>(3) Weitere Testungen</b>	Wenn $T[\text{Skala}] \geq 60$ , dann kurze Exploration der Skala	Exploration der Skalen mit $T[\text{Skala}] \geq 60$ und $< 63$ und Vertiefung durch wenige, weitere Verfahren	Exploration der Skalen mit $T[\text{Skala}] \geq 63$ und $< 70$ und Vertiefung durch weitere Verfahren	Exploration der Skalen mit $T[\text{Skala}] \geq 70$ und Vertiefung durch weitere Verfahren

<b>Kategorien der psychischen Belastung</b>	<b><u>Keine</u></b>	<b><u>Leichte</u></b>	<b><u>Deutliche</u></b>	<b><u>Starke</u></b>
<b>Mögliche Interventionen</b>	Gesundheitsfördernde Informationen	Gesundheitsfördernde Gruppeninterventionen <b>niedrigschwellig, ambulant</b>	Spezifische Einzel- und/oder Gruppenangebote <b>ambulant, ggf. stationär</b>	Spezifische Einzel- und/oder Gruppenangebote <b>vorwiegend stationär</b>
<b>Ebene der Intervention</b>	<b>Information</b>	<b>Prävention</b>	<b>Intervention</b>	Dringende Intervention und/oder <b>Krisenintervention</b>

### **Diskussion und Fazit**

Die neue Auswertungsmöglichkeit der SCL-90®-S und ihrer Kurzversion wird zur Diskussion gestellt und soll Diagnostik und Intervention (nicht nur) in der Rehabilitationspsychologie unterstützen und fortentwickeln.

### **Literatur**

- Baumeister, H., Kury, S. & Bengel, J. (2011): Somatopsychische Komorbidität. Definition und Verständnis. Bundesgesundheitsblatt, 54 (9), 9-14.
- Franke, G.H. (2014): SCL-90®-S. Symptom-Checklist 90®-S – Standard – Deutsches Manual. Göttingen: Hogrefe.
- Franke, G.H. (2017): BSCL. Brief Symptom-Checklist – Standard – Deutsches Manual. Göttingen: Hogrefe.
- Franke, G.H., Boje, K. & Jagla, M. (2019): Die wichtigsten diagnostischen Strategien in der Rehabilitationspsychologie. In, AK Klinische Psychologie in der Rehabilitation (Hrsg.), Die therapeutische Beziehung – Grenzen und Überschreitungen. Berlin: dpv.
- Sander, W., Peters, A. & Schulz, W. (2007): Die SCL-90-R als Screening für Komorbidität bei Alkoholabhängigkeit. Sucht, 53 (6), 347-354.
- Zabora, J., Brintzenhofeszoc K., Curbow, B., Hooker, C. & Piantadosi, S. (2001): The prevalence of psychological distress by cancer site. Psycho-Oncology, 10, 19-28

### Inanspruchnahme von Rehabilitation vor Pflege – eine alters- und geschlechtsstandardisierte Betrachtung der Entwicklung

*Christina Kaltenbach<sup>1</sup>; Julia Dannenmaier<sup>1</sup>; Theresa Kölle<sup>1</sup>; Rainer Kaluscha<sup>1</sup>;  
Gert Krischak<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup> Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm (IFR Ulm);

<sup>2</sup> Federseeklinik Bad Buchau

#### Hintergrund und Zielstellung

Rund jeder dritte Hochbetagte in Deutschland ist pflegebedürftig. Entsprechend kommt der Rehabilitation zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit bei diesem Patientenkollektiv eine immer wichtigere Aufgabe zu. Eine Studie anhand von Routinedaten konnte zeigen, dass eine Rehabilitationsmaßnahme bei älteren und pflegebedürftigen Menschen die Pflegestufe stabilisieren kann (Meinck et al., 2013). Nach einer Meta-Analyse zum Effekt von Standard-Rehabilitationsprogrammen und speziellen, geriatrischen Programmen wirken sich Rehabilitationsmaßnahmen bei älteren Patienten sowohl kurzfristig als auch 12 Monate nach einer Rehabilitation positiv auf die Funktionalität, die Entlassung ins Pflegeheim und die Sterblichkeit aus (Bachmann et al., 2010). Inwieweit gemäß SGB XI dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ nachgekommen wird und Rehabilitationsmaßnahmen erbracht werden, soll in diesem Beitrag betrachtet werden. Ziel der Analysen ist es dabei, die alters- und geschlechtskorrigierte Häufigkeitsentwicklung der Inanspruchnahme von Rehabilitation vor Zuteilung einer Pflegestufe zu untersuchen.

#### Methoden

Grundlage für die Analysen waren Routinedaten der AOK Baden-Württemberg. Für die Auswertungen wurden über 70-jährige AOK-Versicherte ausgewählt, denen zwischen 2005 und 2010 die Pflegestufe 1 zugeteilt wurde. Hier wurde die alters- und geschlechtsspezifische Häufigkeit von Rehabilitationsmaßnahmen in den zwei Jahren vor der Zuteilung der Pflegestufe berechnet (5-Jahres-Altersgruppen, für das jeweilige Betrachtungsjahr).

Die Analyse der zeitlichen Entwicklung erfolgte anhand der multiplikativen Indexzerlegung nach dem Laspeyres-Ansatz. Hierfür wurden demografisch und nicht demografisch bedingte Parameter der Fallzahlentwicklung von 2005 im Vergleich zu 2010 zerlegt. Es wurden dann demografisch bedingte Veränderungen (alternde Bevölkerungsstruktur) und nicht demografisch bedingte Veränderungen (alters- und geschlechtsstandardisiert) erfasst (Wengler et al., 2014).

#### Ergebnisse

Insgesamt wurde 143.688 Versicherten im Beobachtungszeitraum von 2005 bis 2010 die Pflegestufe 1 zugeteilt, wovon 14,2% zuvor eine Rehabilitation erhielten.

In der Kohorte, der 2005 die Pflegestufe zugeteilt wurde, nahmen 2.854 eine Rehabilitation in Anspruch. Bei der Kohorte, der 2010 eine Pflegestufe zugeteilt wurde, waren es 3.126

Rehabilitationen. Der Anteil der Rehabilitationen ohne vorherigen Krankenhausaufenthalt stieg dabei von 19% auf 22%. Die Indexzerlegung mit dem Referenzjahr 2005 gibt an, dass sich die Zahl der Rehabilitanden bis zum Jahr 2010 um 26,2% steigerte (vgl. Abb. 1 nicht standardisierte Kurve Rehabilitation). Betrachtet man die Zerlegung des Index, ergibt sich eine demografisch bedingte Steigerung um 44,7% (vgl. Abb. 1 Kurve Index). Bei gleichbleibender Alters- und Geschlechtsstruktur, d.h. nach demografischer Korrektur (vgl. Abb. 1 standardisierte Kurve Demografie), wäre die Rehabilitationshäufigkeit bis 2010 um 12,8% zurückgegangen.

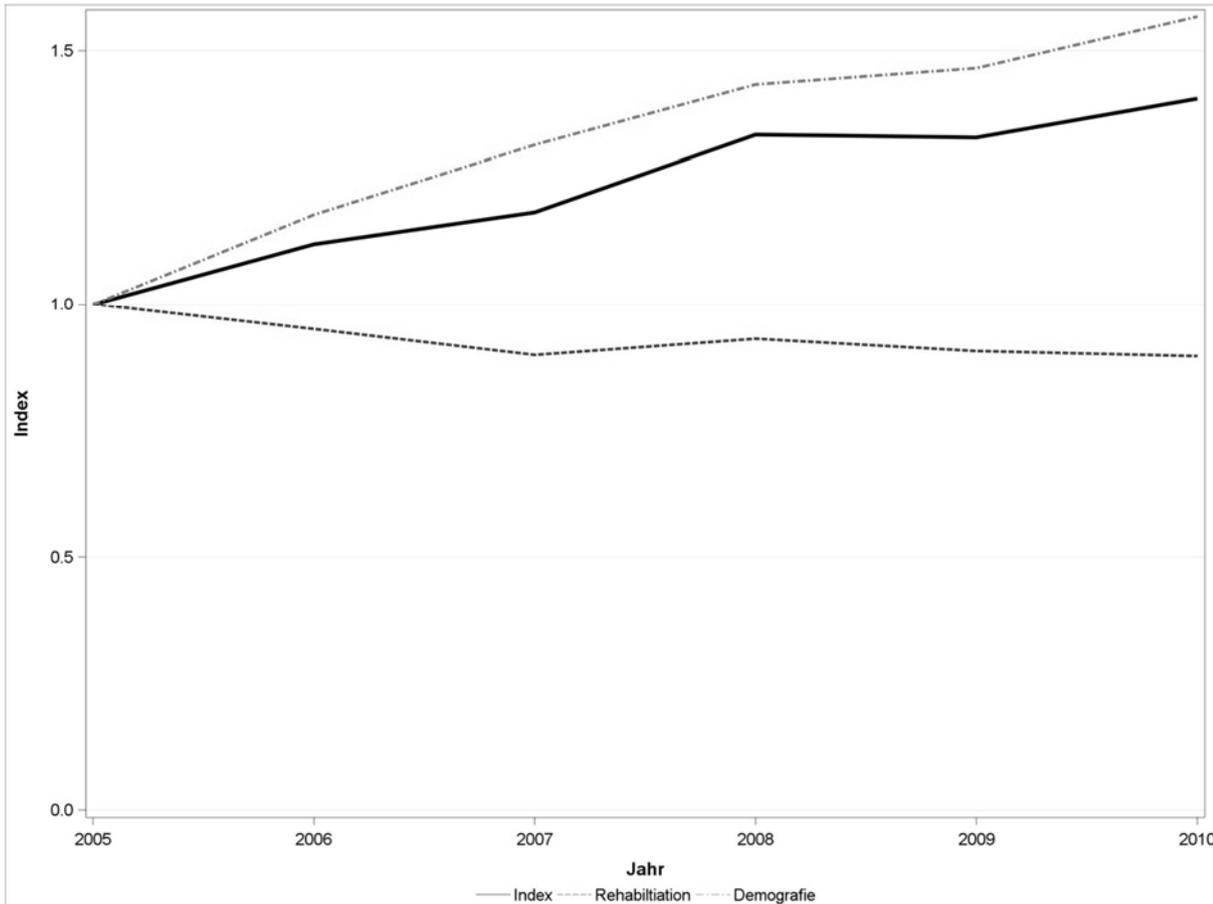


Abb. 1: Indexzerlegung der geschlechts- und altersspezifischen Rehabilitationshäufigkeit

## Diskussion und Fazit

Zusammenfassend zeigt sich, dass die Inanspruchnahme von Rehabilitation vor Pflege in absoluten Zahlen über die beobachteten Jahre angestiegen ist. Allerdings fällt dieser Anstieg geringer aus, als es durch den demographischen Wandel und damit durch den höheren Anteil älterer Versicherter zu erwarten gewesen wäre. Unter Berücksichtigung des demografischen Faktors hat sich die Häufigkeit der Rehabilitation sogar verringert. Damit muss die adäquate Umsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ kritisch hinterfragt werden.

## Literatur

Bachmann, S., Finger, C., Huss, A., Egger, M., Stuck, A.E., Clough-Gorr, K.M. (2010): Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*, 340:c1718.

- Meinck, M., Lübke, N., Polak, U. (2013): Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen und Frührehabilitation in der GKV bei Versicherten im höheren Lebensalter mit besonderem Fokus auf Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI. DRV-Schriften, Bd 101:150-151.
- Wengler, A., Nimptsch, U., Mansky, T. (2014): Hüft-und Kniegelenkersatz in Deutschland und den USA. Deutsches Ärzteblatt, 111. 407-16.

## **Kultursensibles Arbeiten in der Rehabilitation – Entwicklung und Evaluation eines Trainingskonzeptes**

*Katharina Quaschnig; Sonja Becker; Leonie Luzay; Mirjam Körner*  
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

### **Hintergrund und Zielstellung**

Die Zahl ausländischen Gesundheitspersonals in Deutschland steigt stark, so sind aktuell ca. ein Drittel mehr ausländische Ärzte in Deutschland beschäftigt als noch 2013 (Bundesärztekammer, 2018), die Zahl ausländischer Pflegekräfte hat sich seitdem verdoppelt (Bundesagentur für Arbeit, 2019). Gleichzeitig stellt auch die Arbeit mit Patienten mit Migrationshintergrund Gesundheitsteams vor zahlreiche Herausforderungen. So zeigt sich, dass die Zufriedenheit mit und Inanspruchnahme und Effektivität von gesundheitsbezogenen Versorgungsleistungen wie auch von Rehabilitationsmaßnahmen geringer ausfällt als in der Gesamtbevölkerung (Brzoska et al., 2010). Unterschiedliche Werte und Krankheitskonzepte, sowie sprachliche Herausforderungen tragen dazu bei, dass solche Behandlungssituationen „tendenziell als konflikthafter und belastender wahrgenommen [werden] als intrakulturelle Begegnungen“ (Grützmann et al., 2012). Folgen sind Missverständnisse im Klinikalltag, Fehldiagnosen und Mehrfachuntersuchungen (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2016). Derzeit fehlt es noch an konkreten Schulungsangeboten bzgl. der Verbesserung des Umgangs mit kulturellen Unterschieden. Das Projekt „Transkulturelle Kompetenzen in der Versorgung von geriatrischen Patienten und ihren Angehörigen (TransVegA)“ hatte die Entwicklung eines Workshops transkultureller Kompetenzen für interprofessionelle Behandlungsteams der Rehabilitation zum Ziel, welches sowohl die Zusammenarbeit im interkulturellen Team als auch mit Patienten mit Migrationshintergrund erleichtern soll. Die Workshopinhalte wurden auf Grundlage von Interviews mit Experten aus Forschung und Praxis und der aktuellen Forschungsliteratur zusammengestellt. Es wurde erwartet, dass die Teilnehmenden eine Verbesserung im Bereich der Reflektion der eigenen kulturellen Perspektive und der kultursensiblen Kommunikation zeigen. Zudem sollten Wissensinhalte zur Definition von Kultur und Kulturdimensionen, zum Krankheitsverständnis und dessen Einfluss auf Krankheitsausdruck und -behandlung sowie zu den Einflussfaktoren auf Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund vermittelt werden. Dem Workshop liegt ein Trainerhandbuch zu Grunde.

## Methoden

Der Workshop wurde in 3 Kliniken in Teams mit insgesamt n=24 Teilnehmenden unterschiedlicher Professionen durchgeführt und mit Hilfe eines Fragebogens (adaptiertes Maßnahmen-Erfolgs-Inventar) und halbstandardisierten Interviews (ca. 8 Wochen nach Abschluss des Workshops) evaluiert.

## Ergebnisse

Der Fragebogen wurde zum ersten Messzeitpunkt von n=24 und zum zweiten Messzeitpunkt von n=14 Teilnehmern ausgefüllt. Die Bewertung des Trainings (Prozessevaluation) ergab bei deskriptiver Analyse der Daten Angaben im mittleren Bereich (11-stufige Likert-Skala von 0=trifft überhaupt nicht zu bis 10=trifft völlig zu). Am Positivsten wurde das Item „Durch das Training fühle ich mich meinen beruflichen Anforderungen besser gewachsen als vor dem Training“ (M=5,85, SD=2,38) bewertet. Am Negativsten wurde das Item „Durch die Anwendung der Trainingsinhalte hat sich meine Arbeitsleistung verbessert“ (M=4,15, SD=2,82) bewertet. Die Ergebnisse des Fragebogens können Tabelle 1 entnommen werden.

Tab. 1: Ergebnisse der Fragebogenerhebung zur Trainingsevaluation

Item	M (SD) (0= trifft überhaupt nicht zu, 10=trifft völlig zu)
Wenn ich bei meiner Arbeit mit einem Problem konfrontiert werde, habe ich nach dem Training viel mehr Ideen als vorher, wie ich damit fertig werden kann	5,69 (2,43)
Durch das Training fühle ich mich meinen beruflichen Anforderungen besser gewachsen als vor dem Training	5,85 (2,38)
Ich weiß jetzt viel mehr als vorher über die Trainingsinhalte	5,31 (2,14)
In dem Training habe ich sehr viel Neues gelernt	5,00 (2,20)
Die im Training erworbenen Kenntnisse nutze ich häufig in meiner täglichen Arbeit	5,46 (2,15)
Es gelingt mir sehr gut, die erlernten Trainingsinhalte in meiner täglichen Arbeit anzuwenden	5,38 (2,33)
Seit dem Training bin ich mit meiner Arbeit zufriedener	4,85 (3,36)
Durch die Anwendung der Trainingsinhalte hat sich meine Arbeitsleistung verbessert	4,15 (2,82)

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die sich zu einem Interview bereit erklärten, zeigten sich insgesamt zufrieden mit dem Workshop. Die Relevanz der Thematik sowohl im Umgang mit Kollegen mit Migrationshintergrund, als auch mit Patienten und deren Angehörigen wurde hervorgehoben. Gelobt wurden die Moderation sowie der Aufbau und die Auswahl der

Themen. Es wurden einige Beispiele genannt, in welchen die Inhalte des Seminars angewendet werden konnten. Die Teilnehmer berichteten insbesondere von einer Sensibilisierung für die Thematik und einer vermehrten Selbstreflektion, dies schien zentraler als das Erinnern konkreter Lerninhalte. Einig waren sich die Teilnehmer darin, dass sie sich mehr Zeit für den Workshop gewünscht hätten. Der Wunsch nach Vertiefung wurde mehrfach genannt, ebenso wie nach Beispielen aus spezifischen Kulturen, um die Thematik „greifbarer“ zu machen. Kultursensibles Arbeiten wurde von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern nach dem Workshop verstanden als die Bereitschaft, eine „Brücke zu bauen“, als das Blicken „über den Tellerrand“, als „Interesse“ an anderen Kulturen und das Erkennen eigener kultureller Prägung. In einzelnen Kliniken wurden die Inhalte an das Team weitergegeben und hier wurde eine Veränderung im Sinne von mehr Austausch beobachtet, in anderen Kliniken verblieb die Umsetzung der Inhalte des Workshops bei den teilnehmenden Mitarbeitern. In einer Klinik, in der das ganze Team am Workshop teilgenommen hatte, wurden Treffen anberaumt, um konkrete Handlungsschritte in die Wege zu leiten. Es wurde angeregt, die Inhalte flächendeckender weiterzugeben, beispielsweise in Form eines Multiplikatorenansatzes, in dem Teilnehmer des Trainings in ihrer Klinik die Inhalte an Kollegen weitergeben.

### **Diskussion und Fazit**

Es lässt sich aus dem Projekt ein hoher Bedarf an kultursensiblen Trainings für den Umgang mit Patienten, Mitarbeitern und Angehörigen ableiten. Es bedarf umfangreicherer Trainings sowie größerer Projekte, welche diese im Rahmen einer kontrollierten randomisierten Studie untersuchen.

### **Literatur**

- Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. (2016). 11. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration – Teilhabe, Chancengleichheit und Rechtsentwicklung in der Einwanderungsgesellschaft Deutschland. Verfügbar unter <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975292/729998/fdcd6fab942558386be0d47d9add51bb/11-lagebericht-09-12-2016-download-ba-ib-data.pdf?download=1>. Zugriff am 30.09.2019
- Brzoska, P., Voigtländer, S., Spallek, J. & Razum, O. (2010). Utilization and effectiveness of medical rehabilitation in foreign nationals residing in Germany. *European journal of epidemiology*, 25(9), 651–660.
- Bundesagentur für Arbeit. (2019). Berichte: Blickpunkte Arbeitsmarkt. Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Verfügbar unter <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berufe/generische-Publikationen/Altenpflege.pdf>. Zugriff am 30.09.2019
- Bundesärztekammer. (2018). Die ärztliche Versorgung in Deutschland. Ärztestatistik. Verfügbar unter <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/>. Zugriff am 30.09.2019
- Grützmann, T., Rose, C. & Peters, T. (2012). Interkulturelle Kompetenz in der medizinischen Praxis. *Ethik in der Medizin*, 24(4), 323–334.

Förderung: Robert Bosch Stiftung

# Mobile geriatrische Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen

*Johann Behrens*

Frankfurter Institut für Supervision und Sozialforschung

## Hintergrund und Zielstellung

Rehabilitation und Pflege sind bekanntlich die finanziell bedeutendsten sekundär-präventiven Maßnahmen im deutschen Versorgungssystem. Beide haben, da das Sozialgesetzbuch IX auch für sie gilt, das gesetzliche Ziel, Selbstbestimmung und Teilhabe zu stärken (§§ 1 f. SGB IX, siehe auch ICF der WHO und die UN-Behindertenrechtskonvention).

In der abgeschlossenen, durch das Bundesministerium für Gesundheit auf Beschluss des Deutschen Bundestages geförderten ersten multizentrischen klinisch-epidemiologischen und Organisationsverlaufsstudie wurden Rehabedürftigkeit und Rehaindikation pflegebedürftiger Bewohner\*innen stationärer Pflegeeinrichtungen, ihre Verläufe nach Rehaindikation mit und ohne mobiler Reha und Organisationsentwicklungsprojekte über 2,5 Jahre erhoben, um Hindernisse und Förderfaktoren mobiler geriatrischer Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen identifizieren zu können. Dabei wurden drei Phasen erkennbar, in denen Mobile medizinische Rehabilitation besonders von guter Kooperation mit der der Bezugspflege (und umgekehrt) gewinnen kann: der Zugang (also Antrag- und Indikationsstellung), die Durchführung und die Nachsorge der medizinischen Rehabilitation in der Pflegeeinrichtung.

## Methoden

Methoden und Samples: 1) N=700 zufällig (Stichtag) ausgewählte Bewohner\*innen pflegender Einrichtungen aus fünf Bundesländern wurden nach den Kriterien des GKV-Spitzenverbandes und des MDS auf Rehabedürftigkeit und Rehaindikation untersucht. 2) In anfänglichen Gruppendiskussionen wurden in je einer Einrichtung pro Bundesland alle in diesen Einrichtungen in den vergangenen beiden Jahren durchgeführten Rehabilitationen erörtert und Hemmnisse und Förderfaktoren identifiziert, die dann in zweijährigen Organisationsentwicklungsprojekten entweder abgebaut oder ausgebaut wurden

## Ergebnisse

Herausforderungen und Empfehlungen

zur Phase 1, dem Zugang und der Indikationsstellung: Die klinisch epidemiologische Reihenuntersuchung hat viele Reha-Indikationen bei Bewohner\*innen ergeben, die schon Monate in einer pflegerischen Einrichtung leben und die nicht wegen eines Unfalls ins Krankenhaus kamen, wo ihr Rehabedarf festgestellt wurde. Wer soll den Reha-Bedarf dieser Bewohner\*innen feststellen oder zumindest vermuten können, wenn es nicht die Hausärzte tun? Es bleibt die Fachpflege. Die Fachpflege erwies sich in unserer Untersuchung zwar als ansatzweise in der Lage, einen mögliche Rehabedarf zu vermuten. Ihr waren aber die gesetzlich ja vorhandenen Möglichkeiten gar nicht bekannt und ihr standen die Verfahren nicht zur Verfügung, um den Weg vom vermuteten Bedarf zum Antrag zu erleichtern. Hier ist regelmäßig, z.B. einmal jährlich, eine halbtägige bezahlte Fortbildung der direkt Pflegenden in den Chancen rehabilitativer Verfahren, in den Anzeichen eines möglichen Bedarfs und vor allem in den Verfahren der Antragstellung angezeigt. Noch ertragreicher als jede Fortbildung

ist bekanntlich Teilnahme an der Praxis, so dass Beteiligungen an Rehaverfahren auch Pflegeeinrichtungen kompetenter macht (lernende Organisationen).

Noch deutlicher als der Zugang zu Reha erwies sich die fachärztliche Indikationsstellung als recht abhängig von der Fach- als Bezugspflege. Es zeigte sich nämlich in den mehr als 700 fachärztlichen Reihenuntersuchungen, dass auch eine einstündige fachärztliche Anamnese kaum ausreicht, alle Informationen zu erheben, die für eine Indikationsstellung gebraucht werden. Die Fachärztinnen griffen nicht nur auf die Pflegedokumentation zurück, sie waren in der Regel auch auf ein Gespräch mit der Fach- als Bezugspflege angewiesen.

Zur Phase 2, der Durchführung der Rehabilitation in der stationären Pflegeeinrichtung. Das MoRe-Team kannte anfangs in allen Einrichtungen die Pflegeplanung nicht, und das Pflegeteam nicht die Rehabilitationsplanung. Hierzu sind eine Fülle organisatorischer Massnahmen umgesetzt worden.

Zur Phase 3, der Nachhaltigkeit der Rehabilitation: Da die MoGeRe wie alle Rehabilitationen eine zeitlich befristete Maßnahme ist, ist es völlig offensichtlich, dass die Fachpflege die Maßnahmen der MoGeRe übernehmen muss, zumindest nicht konterkarieren darf, soll die MoGeRe nachhaltig sein. Die ‚Übergabe‘ von der MoGeRe an die Fach- und Bezugspflege gelingt umso besser, je mehr die Pflege schon in die Durchführung der MoGeRe einbezogen war. Auf alle Fälle verlangt die Übergabe zeitliche und organisatorische Ressourcen der Pflegeeinrichtungen, die nicht einfach vorauszusetzen sind, sondern organisiert werden müssen.

### **Diskussion und Fazit**

Zwischen den Betrieben der Mobilen Geriatrischen Rehabilitation und den Betrieben der stationären Pflege bedurfte es der geschilderten Maßnahmen der s, um die Ziele individueller selbstbestimmter Teilhabe ( Rehabilitationsziele) zu identifizieren und zu erreichen.

### **Literatur**

Behrens J. (2019): Theorie der Pflege und der Rehabilitation, Goettingen: Hogrefe.

Behrens J., Zimmermann M., (2017): Sozial ungleich behandelt? Göttingen, Bern, Oxford: Hogrefe.

Richtlinien der Spitzenverbände der GKV und des MDS (2016).

Förderung: Bundesministerium für Gesundheit im Auftrag des Deutschen Bundestags

# **Versichertenseitige Einflussfaktoren auf die Zustimmung zu einer Rehabilitationsempfehlung sowie den (Nicht-)Antritt einer bewilligten Rehabilitationsleistung – Ergebnisse qualitativer Experteninterviews mit Prozessakteuren**

*André Golla; Cynthia Richter; Wilfried Mau; Susanne Saal*

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

## **Hintergrund und Zielstellung**

Im Rahmen der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit ist nach gesetzlichem Auftrag regelhaft zu prüfen, ob eine Indikation für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation besteht. Die Pflegebegutachtung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) stellt einen besonderen Rehabilitationszugang im Kontext des gesetzlich verankerten Grundsatzes ‚Rehabilitation vor und bei Pflege‘ dar. Sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angezeigt, spricht der MDK auf Entscheidung ärztlicher Gutachter\*innen eine Rehabilitationsempfehlung aus, welche der Pflegekasse zugestellt und mit Zustimmung der Versicherten an den zuständigen Rehabilitationsträger, in den meisten Fällen an die Krankenkasse weitergeleitet wird und als Antrag auf Leistungen zur medizinische Rehabilitation nach § 31 Abs. 3 SGB XI i. V. m. § 14 SGB IX gilt.

Nach der bundeseinheitlichen Einführung eines optimierten Begutachtungsstandards (OBS) zur Beurteilung rehabilitativer Bedarfe im Rahmen der Pflegebegutachtung nahm die Anzahl der Rehabilitationsempfehlungen von etwa 16.000 im Jahr 2015 auf 53.000 im Jahr 2018 zu (GKV-Spitzenverband, 2019). Der Anteil an tatsächlich durchgeführten Rehabilitationsleistungen stagnierte in diesem Zeitraum zwischen etwa 23 % und 28 % der Empfehlungen. Bisher gibt es sehr wenige Untersuchungen, die Hinweise auf Motive des Inanspruchnahmeverhaltens von Pflegebedürftigen zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation geben. Vor diesem Hintergrund wurde im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes untersucht, welche versichertenseitigen Faktoren eine Antragsauslösung sowie den Antritt einer bewilligten Rehabilitationsleistung beeinflussen können.

## **Methoden**

In einer explorativen, qualitativen Studie wurden dazu leitfadengestützten Expert\*inneninterviews mit folgenden am Rehabilitationszugang beteiligten Prozessakteuren geführt: Mitarbeiter\*innen von Medizinischen Diensten (MDK) sowie Sachbearbeiter\*innen und Teamleiter\*innen von Pflege- (PK) und Krankenkassen (KK). Im Projektverlauf wurden Pflegeberater\*innen zusätzlich eingeschlossen, da in einzelnen Pflegekassen vornehmlich diese Berufsgruppe mit Versicherten in direkten Kontakt kamen. Der Zugang zu den Prozessakteuren wurde über den GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene vermittelt, wobei im Vorfeld ein gemeinsames Akquisekonzept erarbeitet und eine bundesweite Stichprobe mit möglichst heterogenen Prozessakteuren abgestimmt wurde. Alle Interviews wurden digital aufgezeichnet, transkribiert und anschließend durch zwei Projektmitarbeiter\*innen mittels systematischer Textverdichtung (Malterud, 2012) analysiert.

## Ergebnisse

Zwischen März und Juni 2019 wurden Interviews mit Gutachter\*innen aus 5 Medizinischen Diensten (n=12), mit Sachbearbeiter\*innen und Teamleiter\*innen aus 10 Pflege- (n=16) und 11 Krankenkassen (n=23) sowie mit Pflegeberater\*innen (n=5) der Pflegekassen durchgeführt. Bei der induktiven Entwicklung des Kategoriensystems wurde aus 547 themenrelevanten Interviewpassagen textanalytisch 9 differente Themenbereiche mit 34 Unterkategorien identifiziert (Tabelle 1). Auf die Entscheidung für oder gegen eine Antragsauslösung scheinen (bis auf die Sonderkategorie „Nicht-intendierte Antragsstellung durch Versicherte“) alle identifizierten Einflussfaktoren überwiegend als Kombinationen mehrerer Faktoren miteinander zu wirken. Als Einflussfaktoren, die eine Veränderung der versichertenseitigen Rehabilitationsbereitschaft nach Antragsstellung bewirken, berichten die Prozessakteure v.a. einen veränderten Gesundheitszustand sowie Diskrepanzen zwischen der bewilligten Leistung und den rehabilitationsbezogenen Erwartungen und Wünschen der Versicherten.

Tab. 1: Identifizierte Einflussfaktoren und deren Wirkrichtung [+/-] auf die versichertenseitige Zustimmung zu einer Rehabilitationsempfehlung nach Pflegebegutachtung sowie die Inanspruchnahme einer daraus bewilligten Rehabilitationsleistung

Kategorien	Unterkategorien
<b>Soziodemografische Merkmale</b>	[-] höheres Alter, [+] weibliches Geschlecht, [-] Ehe-/Lebenspartner vorhanden, [-] niedriger Sozialstatus, [+] städtischer Wohnort
<b>Persönlichkeitsmerkmale</b>	[+] Aufgeschlossenheit, [+] Geselligkeit, [-] mangelnde Kontrollüberzeugung
<b>Gesundheitsaspekte</b>	[-] verschlechterter Gesundheitszustand nach Pflegebegutachtung [-] Akutereignis/Krankenhausaufenthalt, [-] psychische Komorbidität [-] Zufriedenheit mit (häuslicher) Pflegesituation, [-] höherer Pflegegrad, [-] Tod
<b>Häusliche Bindung und Verpflichtungen</b>	[-] Versorgungsaufgaben (Partner, Familie, Tiere), [-] Krankenhausbiografie, [-] Angst vor fremder Umgebung/unbekannter Situation, [-] Bequemlichkeit, [-] Sorge um Routineverlust
<b>Finanzielle Aspekte</b>	[-] Angst vor Leistungseinbußen/-kürzungen, [+] Angst vor direkten/indirekten Sanktionen
<b>Versichertenseitige Erwartungen von der Rehabilitation</b>	[+] positive (stellvertretende) Rehabilitationserfahrung, [-/+ ] falsche Kenntnisse zu Zielen und Inhalten, [+] persönlich wahrgenommene/r Nutzen/Wirksamkeit, [-] rehabilitationspezifische Ängste
<b>Rehabilitationsbezogene Wünsche der Versicherten</b>	[+] Erfüllung Terminwunsch, [+] bestimmte Reha-Form (v.a. ambulant), [+] Ausstattung (v.a. Einzelzimmer), [+] Erfüllung Klinik-/Klinikortwunsch, [+] Möglichkeit zur Mitnahme einer Begleitperson
<b>Rehabilitationsbezogene soziale Unterstützung</b>	[+] Motivation und Hilfe/Unterstützung durch verschiedene Akteure, z.B. Familie, Hausarzt, MDK
<b>Nicht-intendierte Antragsstellung der Versicherten</b>	[-] unabsichtliche Antragsauslösung, [+] soziale Erwünschtheit, [-] durch Umfeld/Dritte intendiert

Anmerkung: [+] benannter Faktor wirkt sich positiv auf die Zustimmung/Inanspruchnahme aus; [-] benannter Faktor wirkt sich negativ auf die Zustimmung/Inanspruchnahme aus; [+/-] benannter Faktor kann sich je nach Zeitpunkt im Zugangsverfahren positiv oder negativ auswirken

## **Diskussion und Fazit**

Die Interviews mit den Prozessakteuren liefern zahlreiche Hinweise zu möglichen Einflussfaktoren auf die Antragstellung und Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen von Pflegebedürftigen, die in einem nächsten Schritt durch eine Befragung der Versicherten selbst validiert werden sollten. Auch lassen sich aus den Ergebnissen mögliche Ansatzpunkte für die Überprüfung und Anpassung aktueller Kommunikations- und Beratungsprozesse bei den unterschiedlichen Prozessakteuren ableiten.

## **Literatur**

GKV-Spitzenverband (2019): Bericht des GKV-Spitzenverbandes nach § 18a Abs. 3 SGBXI über die Erfahrungen der Pflegekassen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der beauftragten unabhängigen Gutachter zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit: Berichtsjahr 2018.

Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40, 795–805.

Förderung: GKV-Spitzenverband

### Assessment beruflicher Problemlagen in der Psychosomatik zur Identifizierung von MBOR Zielgruppen

*Ines Frege<sup>1</sup>; Katrin Grümer<sup>1</sup>; Heinz C. Vollmer<sup>2</sup>; Julia Domma<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> salus klinik Hürth; <sup>2</sup> IFT Institut für Therapieforschung München; <sup>3</sup> salus Kliniken GmbH

#### Hintergrund und Zielstellung

Inwiefern ist mittels SIMBO (Streibelt, 2010), AVEM (Schaarschmidt & Fischer, 2008) und berufsbezogenen Merkmalen eine Klassifikation für MBOR Zielgruppen möglich mit dem Ziel der Ableitung individueller Behandlungspläne entsprechend den berufsbezogenen Problemlagen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden?

#### Methoden

1225 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (Alter 46,5 Jahre, weiblich 41 %, Schulbildung  $\geq$  Mittlere Reife: 56 %, häufigste Erstdiagnosen Depression 53 %, Anpassungsstörung 17 %) wurden in der ersten Behandlungswoche auf der Grundlage klinischer Interviews durch erfahrene Fachärztinnen unter Einbeziehung eines multidisziplinären Teams mit sozialmedizinischer Kompetenz den MBOR Zielgruppen A (N=456), B (N=693) und C (N=76) zugeteilt. Mittels Mann-Whitney U-test und Chi Quadrat Tests wurden Unterschiede zwischen den drei Gruppen ermittelt und anschließend eine Regressionsfunktion zur Unterscheidung der MBOR Zielgruppen erstellt.

#### Ergebnisse

Mittels einem Simbo Cut off Wert  $> 30$  (Streibelt 2010) wurden 90,6 % richtig als BBPL Personen identifiziert, 9,3% wurden nicht erkannt. Aber auch 34,1 % der Gruppe A hatten einen Simbo Wert  $> 30$ . Zwar unterschieden sich die Gruppen in den Mittelwerten des Simbo (A: 25,4, B: 57,4, C: 60,6), ein Cut off Wert zwischen den Gruppen B und C war aber nicht zu ermitteln, auch nicht durch das Item „nicht mehr in dem alten Beruf arbeiten zu können“, was von 10,4 % der Gruppe A und 26,4 % der Gruppe B bejaht wurde. Ähnliche Ergebnisse ergaben sich mit einigen Skalen des Avem. Sehr auffällige Werte in mangelnder Distanzierungsfähigkeit hatten 41,9 % der Gruppe A, 56,6 % der Gruppe B und 62,8 % der Gruppe C. Sehr unzufrieden mit ihrem Leben waren 46,9 % der Gruppe A, 64,8 % der Gruppe B und 72,4 % der Gruppe C. Trotz der Zunahme des Anteils sehr unzufriedener und von der Arbeit distanzierungsunfähiger Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ergaben sich nur signifikante Unterschiede im Vergleich A vs. B/C ( $p < .001$ ). Eine bis zu sechsmonatige Arbeitsunfähigkeit zu Behandlungsbeginn war kein Hinweis auf eine besondere berufsbezogene Problemlage. Erst Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit AU-Zeiten über 6 Monate hatten eine über 75 %ige Wahrscheinlichkeit für die Notwendigkeit von MBOR Kernangeboten. Aber bei 21 % der Patienten mit über sechsmonatigen AU Zeiten waren entsprechend unserer intensiven berufsbezogenen Diagnostik incl. Anforderungs- und Fähigkeitsprofilen beruflich orientierte Basisangebote ausreichend (Gruppe A). Mittels der

Variablen Simbo ( $p < .001$ ), Distanzierungsfähigkeit ( $p < .001$ ), Lebenszufriedenheit ( $p < .05$ ) und Schulbildung ( $p < .001$ ) konnte eine Regressionsfunktion erstellt werden, mit einer 44%igen Varianzaufklärung für die Klassifikation der MBOR Zielgruppe B/C.

## **Diskussion und Fazit**

Der AVEM und insbesondere der SIMBO eignen sich ausgezeichnet für ein erstes Screening besonderer berufsbezogener Problemlagen. Während im SIMBO sehr konkrete berufsbezogene Merkmale erfragt werden, wie z.B. AU-Zeiten und Arbeitslosigkeit, erfasst der AVEM psychische Merkmale berufsbezogener Probleme. Unsere Ergebnisse verdeutlichen, dass unabhängig vom subjektiven klinischen Eindruck eine Klassifikation bezüglich indizierter MBOR-Angebote möglich ist, aber noch weiterer Forschung bedarf. Auch bei Verbesserung der Messinstrumente werden wir in Zukunft nicht auf eine intensive berufsbezogene Diagnostik einschließlich einer differenzierten Exploration der Anforderungs- und Fähigkeitsprofile der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden verzichten können, um individuelle Therapieziele zu vereinbaren und Behandlungsangebote abzuleiten. Der hohe Anteil von BBPL-Patienten mit starken Problemen in der Distanzierungsfähigkeit und der Lebenszufriedenheit lässt auf die Notwendigkeit von Interventionen zur Reduzierung von Stress und depressiven Stimmungen schließen, neben den psychosozialen, ergo- und arbeitstherapeutischen Basis- und Kern-Maßnahmen (Deutsche Rentenversicherung 2015).

Ein methodisches Problem ergibt sich dadurch, dass eine erfolgreiche Behandlung von BBPL-Rehabilitanden keine Validierung der Assessment-Instrumente gestattet. Zur Verbesserung der testtheoretischen Kriterien sind weitere Studien notwendig, die sich auf den aktuellen Zustand bei Antragstellung und Behandlungsbeginn beziehen und in ein theoretisches Netzwerk eingebunden werden.

## **Literatur**

Deutsche Rentenversicherung (2015): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation.

Schaarschmidt, U., Fischer, A.W. (2008). AVEM Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster. London: Pearson.

Streibelt, M. (2010): SIMBO – ein Screening-Instrument zur Feststellung des Bedarfs an Medizinisch Beruflich Orientierten Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation.

## **Berufsbezogene Problemlagen von Betroffenen mit chronisch entzündlicher Darmerkrankung – Ergebnisse einer Mixed-Methods-Studie**

*Jana Langbrandtner<sup>1</sup>; Gero Steimann<sup>2</sup>; Christoph Reichel<sup>3</sup>; Angelika Hüppe<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Universität zu Lübeck; <sup>2</sup> Reha-Zentrum Mölln, Klinik Föhrenkamp;

<sup>3</sup> Reha-Zentrum Bad Brückenau, Klinik Hartwald; Universität Bonn

## **Hintergrund und Zielstellung**

Bedingt durch das frühe Manifestationsalter (Inzidenzgipfel 16-24 Jahre) und einen prognostisch unsicheren Krankheitsverlauf mit häufig wechselnden Phasen hoher Krankheitsaktivität und relativer Gesundheit, kommt den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) eine erhebliche rehabilitative und sozialmedizinische Relevanz zu.

Aktivitäten und Teilhabe in Ausbildung, Beruf, Sozialkontakten und Freizeit sind oftmals stark durch die spezifischen Krankheitssymptome wie krampfartige Bauchschmerzen, häufiger Stuhldrang, Durchfälle sowie psychosoziale Probleme beeinträchtigt (Hüppe et al., 2013; Langbrandtner et al., 2016). Daten aus internationalen Studien weisen zudem auf ein erhöhtes Risiko einer passageren wie einer dauerhaften Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit bei CED-Betroffenen im Vergleich zur Bevölkerung hin (Büsch et al., 2014). Die beruflichen Problemlagen dieser chronisch Kranken in den Blick zu nehmen und den Ausbau von Angeboten zum langfristigen Erhalt der Erwerbsfähigkeit voranzutreiben, ist unser Ziel.

Mit Hilfe der Studie „mitCED@work“ sollen berufsbezogene Problemlagen identifiziert und geeignete Unterstützungsangebote für den rehabilitativen Sektor abgeleitet werden.

## **Methoden**

Für die prospektive Studie „mitCED@work“ wurde ein Mixed-Methods-Studiendesign gewählt. Im bereits abgeschlossenen qualitativen Studienteil wurden zwölf Längsschnitt-Einzelinterviews mit erwerbstätigen CED-Rehabilitanden im Heilverfahren mit Anzeichen einer beruflichen Problemlage geführt. Die Rehabilitanden wurden in zwei Kooperationskliniken in Bayern und Schleswig-Holstein in der Zeit von Mai bis September 2017 rekrutiert. Eine telefonische Nachbefragung der Teilnehmer erfolgte drei Monate nach der Rehabilitation. Ergänzend wurden sieben Querschnitt-Einzelinterviews mit erwerbstätigen CED-Patienten in gastroenterologischer Facharztbetreuung durchgeführt. Diese wurden im Zeitraum von Juli 2017 bis Januar 2018 über zwei gastroenterologische Facharztpraxen in NRW und Schleswig-Holstein rekrutiert. Vier Fokusgruppeninterviews mit insgesamt 27 Reha-Mitarbeitern in Reha-Einrichtungen, die nach eigenen Angaben mindestens 150 CED-Patienten im Jahr betreuen, und acht leitfadengestützte Experteninterviews mit Vertretern der Selbsthilfeorganisation DCCV e.V. rundeten die Datenerhebung ab.

Die Auswertung der Interviewdaten erfolgte in MAXQDA mittels inhaltlich-strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse (Mayring, 2010). Anschließend erfolgte eine zugangsübergreifende Zusammenfassung und Verknüpfung der Daten während der Interpretationsphase. Zur besseren Strukturierung der Ergebnisse wurden die verschiedenen beruflichen Problemlagen den Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells der ICF zugeordnet.

## **Ergebnisse**

Die Interviewdaten weisen auf vielfältige körperliche und psychosoziale Beeinträchtigungen im Arbeitsleben von CED-Patienten hin. Zu den körperlichen Schädigungen und Einschränkungen lassen sich vor allem Probleme mit dem Stuhldrang zählen. Diese Symptomatik wird häufig von Schamgefühlen, Panikzuständen und Ängsten der Betroffenen begleitet. Müdigkeit und Erschöpfung, aber auch Schmerzen und kognitive Einschränkungen wie Konzentrationsschwierigkeiten gehen mit einem langsameren Arbeitstempo einher. Psychische Beeinträchtigungen, die von erwerbstätigen CED-Betroffenen aufgrund der Erkrankung erlebt werden, umfassen Existenzängste, Sorgen um die eigene Leistungsfähigkeit und Schuldgefühle gegenüber Arbeitskollegen. Zu den risikobehafteten umweltbezogene Kontextfaktoren lassen sich Probleme mit arbeitsbezogenen Anforderungen und Rahmenbedingungen wie Schichtdienste zählen. Darüber hinaus wirken sich Druck und

Stress bei der Arbeit häufig negativ auf die eigene Erkrankung aus. Als risikobehaftete persönliche Verhaltensweise wurde der Verzicht auf Essen am Arbeitsplatz beschrieben, der vor allem mit Ermüdungserscheinungen und einer geringeren Leistungsfähigkeit einhergeht. Auch geringe Stressbewältigungskompetenzen, fehlende Abgrenzungsstrategien und mangelnde Kommunikationsfertigkeiten stellen die Betroffenen im Berufsleben vor Herausforderungen.

Viele der berufstätigen CED-Patienten erleben eine massive Beeinträchtigung der Partizipation im Berufsleben. Die berufliche Teilhabe wird einerseits durch häufige Arbeitsunfähigkeitszeiten beeinträchtigt, zum anderen erfährt ein Großteil der Betroffenen hierdurch eine soziale Ausgrenzung im Kollegenkreis. Hinzu treten Schwierigkeiten sowohl dem Arbeitsleben als auch dem Privatleben gerecht werden zu können.

U.a. zeigte sich ein erhöhter Bedarf an sozialrechtlicher Aufklärung während der Rehabilitation. Der Austausch über berufsbezogene Erfahrungen mit anderen Betroffenen und das Erlernen von Strategien für eine bessere Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben sowie Gesprächstraining wurden häufig als wünschenswerte Angebote thematisiert. Einen weiteren Schwerpunkt sahen die Betroffenen in der Steigerung ihrer eigenen körperlichen Leistungsfähigkeit.

### **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse der qualitativen Befragungen zeigen multiple Beeinträchtigungen von CED-Betroffenen am Arbeitsplatz. Somatische, psychische und soziale Probleme müssen parallel im privaten wie beruflichen Umfeld bewältigt werden. Da der Erhalt der Erwerbsfähigkeit und des Arbeitsplatzes ein zentrales Anliegen der Rehabilitation im Auftrag der DRV darstellt, sollten berufsbezogene Behandlungsstrategien nach dem Modell der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) für die Indikation CED vorangetrieben werden. Auf Basis der qualitativen Ergebnisse wurde für den zweiten quantitativen Studienteil ein Fragebogen entwickelt. Neben Häufigkeit und Vielfalt berufsbezogener Problembereiche ermittelt dieser den Wunsch nach Unterstützung sowie die Akzeptanz für mögliche Angebote zur Erhaltung der Erwerbs- und Arbeitsfähigkeit. Nach Abschluss der Datenerhebung (Dezember 2019) werden aus den qualitativen und quantitativen Ergebnissen berufsbezogene Module und Unterstützungsangebote, die an die spezifischen Herausforderungen einer CED angepasst sind, primär für den Einsatz in der stationären medizinischen Rehabilitation, erarbeitet und manualisiert.

### **Literatur**

- Büsch, K., da Silva, S.A., Holton, M., Rabacow, F.M., Khalili, H., Ludvigsson, J.F. (2014): Sick leave and disability pension in inflammatory bowel disease: a systematic review. *J Crohns Colitis*, 8: 1362-77.
- Hüppe, A., Langbrandtner, J., Raspe, H. (2013): Komplexe psychosoziale Problemlagen bei Morbus Crohn und Colitis ulcerosa-fragebogengestütztes Assessment als erster Schritt zur Aktivierung von Patientinnen und Patienten. *Z Gastroenterol*, 51: 257-70.
- Langbrandtner, J., Raspe, H., Hüppe, A. (2016): Chronisch krank und erwerbstätig – weitere Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Interventionsstudie unter GKV-Versicherten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. *Z Gastroenterol*, 54:139-145.

Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz Verlag.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung

## **Individualisierte MBOR in der Neurologie ist in Bezug auf den Return To Work wirksam**

*Tobias Leniger<sup>1</sup>; Andrea Ghadimi<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Dr. Becker Neurozentrum Niedersachsen; <sup>2</sup> Dr. Becker Klinikgesellschaft mbH & Co. KG

### **Hintergrund und Zielstellung**

Bei Rehabilitanden mit neurologischen Erkrankungen ist die Wirksamkeit einer Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) bisher nicht belegt (Bethge, 2017). Die Vielschichtigkeit der heterogenen Störungsbilder und die Komorbiditäten der MBOR-Zielgruppe sowie die Rehabilitationsform (AHB/HV) beeinflussen nicht nur eine korrekte Identifikation der besonderen beruflichen Problemlage (BBPL) als Zugangsvoraussetzung zu der MBOR, sondern favorisieren auch ein individualisiertes MBOR-Konzept (Heßling et al., 2018 a+b; Leniger u. Heßling, 2019). Auch ist unklar, in wieweit die Anwendung indikationsübergreifender BBPL-Screeninginstrumente eine BBPL in der neurologischen MBOR ausreichend identifiziert (Leniger et al., 2018). Ziele der Studie waren, a) die Wirksamkeit einer individualisierten MBOR anhand der Rate an erfolgreichem RTW 6 Monate nach der Rehabilitation zu überprüfen und b) den Einsatz des standardisierten Screeninginstruments SIMBO-C mit einer individualisierten Rehabilitandenidentifikation zu vergleichen.

### **Methoden**

Bei Aufnahme erfolgte eine individualisierte Rehabilitandenidentifikation hinsichtlich einer BBPL, abhängig davon die Zuordnung in eine MBOR-Maßnahme oder eine Phase D-Standard Rehabilitation. Zu Beginn der Rehabilitation wurden der SIMBO-C erhoben und 6 Monate nach der Rehabilitation der RTW-Status erhoben.

### **Ergebnisse**

44 der 80 Rehabilitanden (55%) erhielten eine MBOR. Sie zeigten im Vergleich zu den Rehabilitanden ohne eine MBOR bei Aufnahme einen höheren SIMBO-C Wert ( $41,3 \pm 15,7$  vs.  $26,2 \pm 18,6$  Punkte,  $p= 0,002$ ), bei Entlassung vermehrt bewegungsbezogene und psychomentele Störungen (55% vs. 36%,  $p= 0,10$ ; 46% vs. 22%,  $p= 0,03$ ) sowie verlängerte AU-Zeiten nach der Rehabilitation von  $>4$  Wochen (66% vs. 33%,  $p= 0,02$ ). 6 Monate nach der Rehabilitation unterschieden sich die Rehabilitanden mit und ohne MBOR-Maßnahme aber nicht signifikant hinsichtlich des erfolgreichen RTW (61% vs. 66%,  $p= 0,69$ ). Der SIMBO-C (Trennwert  $\geq 30$  Punkte) zeigte eine mittlere Korrelation mit der individualisierten BBPL-Identifikation ( $r= 0,33$ ,  $p= 0,01$ ).

## Diskussion und Fazit

Das angewandte individualisierte MBOR-Konzept konnte erreichen, dass Rehabilitanden mit einer BBPL durch eine MBOR eine vergleichbare Rate an erfolgreichem RTW zu Rehabilitanden ohne eine BBPL mit Phase D-Standard Rehabilitation aufwiesen. Zur Identifikation einer BBPL in der neurologischen MBOR sollte der SIMBO-C nur in Kombination mit einer Individualanamnese eingesetzt werden.

## Literatur

- Bethge M. (2017): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. *Rehabilitation* 56:14–21
- Heßling A., Brandes I., Dierks M.-L., Leniger T. (2018a): Klinisch-anamnestische Charakteristika in der neurologischen MBOR – Notwendigkeit einer qualitativen BBPL-Identifikation. *Nervenarzt* 89:169-177.
- Heßling A., Brandes I., Dierks, M.-L., Leniger T. (2018b): Klinisch-anamnestische Charakteristika in der neurologischen MBOR – Einfluss der Reha-Form auf die BBPL-Identifikation. *Neurol Rehabil* 24:51–60.
- Leniger T., Brandes I., Heßling A. (2018): Vergleich einer klinisch-anamnestisch determinierten BBPL mit dem Screeninginstrument SIMBO-C im Hinblick auf das Outcome in der neurologischen MBOR. *Neurol Rehabil*; 24: 61–68.
- Leniger T., Heßling A. (2019): Die Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) in der Neurologie erfordert eine individualisierte Rehabilitandenidentifikation. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 87(02): 92-102.

## Wahrnehmung und Effekte der berufsbezogenen Ausrichtung in einer Rehabilitationsmaßnahme aus Rehabilitandensicht: erste Ergebnisse aus der REQUAMO II-Studie

*Udo Kaiser<sup>1</sup>; Rüdiger Nübling<sup>1</sup>; Rainer Kaluscha<sup>2</sup>; Jürgen Schmidt<sup>1</sup>; Edwin Toepler<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen (GfQG);

<sup>2</sup> Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm;

<sup>3</sup> Hochschule Bonn-Rhein-Sieg

## Hintergrund und Zielstellung

Die erwerbsbezogene Ausrichtung der med. Rehabilitation der Rentenversicherung gewinnt angesichts der demographischen Entwicklung sowie den schnellen Veränderungen am Arbeitsmarkt zunehmend an Bedeutung. Aktuelle Studien belegen, dass in der realen Versorgung die Zielgruppen für MBOR-Angebote nur teilweise erreicht bzw. als solche wahrgenommen werden und die Umsetzung durch die Klinikleitungen deutlich höher bewertet wird, als durch die Rehabilitanden selbst. Die erwarteten MBOR-Effekte fallen hierdurch bedingt relativ moderat aus (Bürger & Nübling, 2018; Bethge, 2018). Vor diesem Hintergrund hat die DRV Bund für den Bereich der orthopädischen Rehabilitation die MBOR-Anforderungen deutlich erhöht und die Konzeptqualität mit der Vergütung und der Belegungssteuerung verknüpft.

## Methoden

Datenbasis bildet die „Reha-QM-Outcome-Studie-II“. Einbezogen wurden knapp 16000 Versicherte der DRVen Baden-Württemberg, Braunschweig-Hannover und Nordbayern, die im ersten Halbjahr 2017 behandelt wurden. Insgesamt n=7.870 Patienten aus 41 Kliniken nahmen an der Befragung teil (Rücklaufquote 52%). Eingesetzt wurde ein leicht modifizierter Katamnesefragebogen aus der Vorstudie (Nübling et al., 2015; Toepler et al., 2017). Hauptziel der Studie ist die Überprüfung der Effektivität stationärer Heilbehandlungen auf der Grundlage von drei Datenbereichen (PROs, RSD, Qualitätskennzahlen). In diesem Beitrag wird schwerpunktmäßig auf berufsbezogene Ergebnisse der katamnestischen Rehabilitandenbefragung eingegangen.

## Ergebnisse

Stichprobe: 61% sind männlich, das Durchschnittsalter beträgt 54 Jahre (sd=8). Jeweils ca. 55% sind verheiratet und haben Hauptschulabschluss, 64% eine Lehre weitere 11% keinen Berufsabschluss. Rund 90% der Befragten sind zum Zeitpunkt der Antragstellung erwerbstätig. Die Reha-Dauer beträgt im Schnitt 3,6 Wochen. Hauptindikationsgruppen: 39% Orthopädie, 16% Kardiologie, 14% Onkologie, 10% Psychosomatik. Bei der Antragstellung geben lediglich 17% der Befragten an, beruflich voll leistungsfähig zu sein. Eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit geben 55% an und als gar nicht leistungsfähig bezeichnen sich 28% der Befragten. Der wahrgenommene Umfang arbeitsbezogener Therapiemaßnahmen wird von 58% der Befragten als genau richtig betrachtet. Etwa ein Drittel gibt an, dass zu wenig solcher Maßnahmen angeboten wurden. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Zufriedenheit mit den Hilfen für Arbeit und Beruf. Rund 70% waren mit diesen Hilfen zufrieden oder sehr zufrieden, etwa 30% leicht unzufrieden oder sehr unzufrieden. Die Verteilung der Einzelitems der Skala „Gesamteinschätzung der berufsbezogenen Ausrichtung der Rehabilitation“ (Bürger & Nübling, 2018) ist in Abbildung 1 dargestellt.

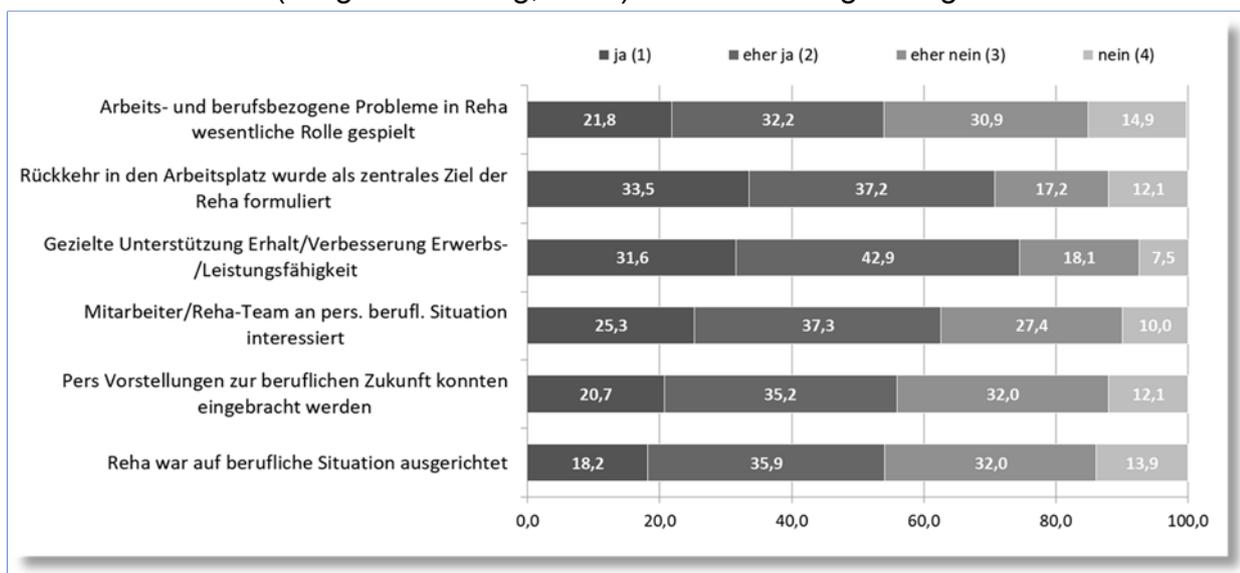


Abb. 1: Skala MBOR-R: berufsbezogene Ausrichtung der Reha: Einschätzung aus Rehabilitandensicht (in %); Erwerbspersonen, Requamo II, nmax = 6398

Die Arbeitsfähigkeit wurde über die Work Ability Scale (Toepler et al., 2017) in einer retrospektiven Einschätzung des Zustandes vor der Rehamaßnahme vor, die mit den zum Katamnesezeitpunkt erhobenen aktuellen Daten verglichen werden. Der Mittelwert

veränderte sich von  $M = 4,2$  auf  $M = 5,7$  ( $ES = .48$ ,  $p = .000$ ). Bei insgesamt 54% der Rehabilitanden zeigt sich im Vergleich eine verbesserte Arbeitsfähigkeit, 17% weisen eine Verschlechterung auf. Die Return-to-Work-Quote liegt für die Gesamtgruppe je nach Berechnungsverfahren zwischen 79% (Zeitpunktquote) und 85% (kumulative Zeitverlaufsquote). In einem nächsten Schritt wurden erste klinikvergleichende Analysen durchgeführt. Diese müssen als vorläufig betrachtet werden, da noch keine RSD-Daten gemacht wurden. In Bezug auf die Rehabilitandenzufriedenheit (adjustierte ZUF-8-Summenwerte in QP) und der wahrgenommenen beruflichen Schwerpunktsetzung (Skalensumme in QP) (Toepler et al., 2017) zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Kliniken sowie ein tendenziell positiver Zusammenhang (Klinikebene:  $r_{\text{Spearman}} = .57$ ,  $n = 41$ ; Pat-Ebene:  $r_{\text{Pearson}} = .59$ ,  $n = 6080$ ) zwischen den beiden Parametern (vgl. Abbildung 2).

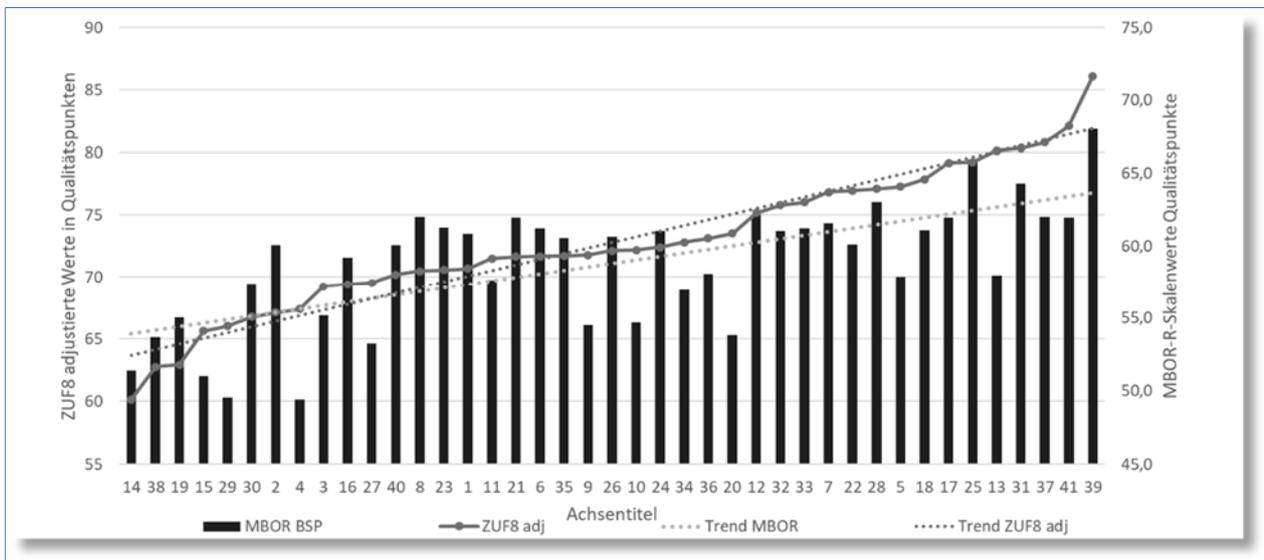


Abb. 2: Rehabilitandenzufriedenheit vs. Berufliche Schwerpunktsetzung: Klinikvergleich Rangfolge adjustierte ZUF8-Skalenwerte vs. MBOR-R-Skalenwerte berufliche Schwerpunktsetzung der Klinik aus Rehabilitandensicht;  $n_{\text{max}} = 7795$

## Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse bestätigen die Relevanz für eine individualisierte und zielgerichtete Ausgestaltung berufsbezogener Angebote in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung. Es zeigen sich auch ein Jahr nach Entlassung noch deutliche Verbesserungen in den unterschiedlichen berufsbezogenen Zielparametern. Die Einschätzung der berufsbezogenen Ausrichtung der Rehabilitation zeigt Optimierungspotenziale im wahrgenommenen Umsetzungsgrad der berufsbezogenen Ausrichtung. Die tendenziell vorhandene Korrespondenz des Berufsbezugs und der Rehabilitandenzufriedenheit bestätigt Ergebnisse aus der Vorstudie (Kaiser et al., 2018). Vor dem Hintergrund der Bedeutung für die Belegungssteuerung durch die Rentenversicherung sollten diese Ergebnisse zum Ausgangspunkt für gezielte Analysen über den Reifegrad der MBOR-Umsetzung (MBOR-Checkup) und deren Weiterentwicklung genutzt werden. Gleichfalls können durch die Klinikvergleiche (Benchmarking) klinikübergreifende Lernprozesse initiiert werden.

## Literatur

- Bethge, M. (2018): Wirkt die MBOR auch in der realen Versorgung? Vortrag EVA-MBOR-Abschlussveranstaltung, Berlin.
- Bürger, W., Nübling, R. (2018): MBOR-R. Medizinische Rehabilitation aus Rehabilitandensicht. Entwicklung, Erprobung und Validierung eines standardisierten Rehabilitandenfragebogens zur Bewertung der Erwerbsorientierung der Medizinischen Rehabilitation aus Rehabilitandensicht. Abschlussbericht. Karlsruhe.
- Kaiser, U., Toepler, E., Renzland, J., et al. (2018): Zur Qualität des Qualitätsmanagements – Nutzung empirischer Daten für die Weiterentwicklung der Qualität von Rehaeinrichtungen. *Prax Klin Verhaltensmed Rehab* 2018; 31 (103): 196–210.
- Nübling R., Kaluscha R., Holstiege J. et al. (2015): Die „Reha-QM-Outcome-Studie“ des Qualitätsverbundes Gesundheit und der DRV Baden-Württemberg – Methodik und ausgewählte Ergebnisse. *Prävention und Rehabilitation* 2015 (27): 77–94.
- Toepler E, Nübling R, Kaluscha R, et al. (2017) für den Forschungsverbund Reha-QM-Outcome-Studie. Reha-QM-Outcome Studie II. Entwicklung eines Reha-Outcome-Index als Element der Belegungssteuerung und Instrument eines qualitätsorientierten Benchmarkings für die stationäre Rehabilitation. Studienprotokoll. Stuttgart. Download unter: <https://www.gfqg.de/projekte/aktuelle-projekte/requamo-ii-studie.html>.

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

## **Wie bewerten Rehabilitanden das erwerbsbezogene Behandlungsangebot in der Medizinischen Rehabilitation – Ergebnisse einer repräsentativen Versichertenbefragung im DRV-Bund Projekt MBOR-R**

*Wolfgang Bürger<sup>1</sup>; Rüdiger Nübling<sup>2</sup>; Marco Streibelt<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> fbg forschung und beratung im gesundheitswesen; <sup>2</sup> Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen (GfQG); <sup>3</sup> Deutsche Rentenversicherung Bund

### **Hintergrund und Zielstellung**

Während es im Rahmen des QS-Programms der Deutschen Rentenversicherung sowie routinemäßiger Nutzerbefragungen (vgl. Widera u. Klosterhuis 2007, Nübling et al 2018) umfangreiche Ergebnisse zur Frage gibt, wie Versicherte das Behandlungsangebot in der Medizinischen Rehabilitation bewerten und davon profitieren, ist die Forschungslage speziell zu erwerbsbezogenen Behandlungsangeboten vergleichsweise defizitär. Dies, obwohl sie inzwischen zum Standardangebot einer medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation gehören (Deutsche Rentenversicherung 2015). Für die gezielte Zuweisung zu MBOR-Maßnahmen stehen auch bereits geeignete Screening-Verfahren zur Verfügung (z.B. Streibelt & Bethge, 2009).

Mit dem Forschungsprojekt MBOR-R fördert die DRV Bund die Entwicklung eines Erhebungsinstrumentes, mit dessen Hilfe Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität speziell des erwerbsbezogenen Angebotes aus Versichertensicht erfasst werden kann.

Nachdem die Instrumentenentwicklung von MBOR-R unter Beteiligung von Experten und Rehabilitanden abgeschlossen wurde und die Praktikabilität, Reliabilität und einige Aspekte der Validität an einer größeren Versichertenstichprobe in Rahmen einer Multicenterstudie in 17 Rehabilitationseinrichtungen der wichtigsten Indikationsbereiche erprobt wurde (Bürger & Nübling, 2018), können jetzt erste Ergebnisse einer systematischen Befragung von Versicherten durch die DRV Bund vorgestellt werden. Damit stehen erstmals repräsentative Daten zur Frage zur Verfügung, wie Rehabilitanden das erwerbsbezogene Behandlungsangebot im Rahmen ihrer Medizinischen Rehabilitation bewerten und was von den Angeboten der Rehabilitationseinrichtungen bei ihnen «ankommt».

## **Methoden**

Im Frühsommer 2019 wurde eine nach Indikationsbereichen geschichtete repräsentative Stichprobe von insgesamt 28.276 Versicherten der DRV Bund einmalig etwa 6 Monate nach ihrer Medizinischen Rehabilitation befragt, die im Zeitraum zwischen August bis November 2018 eine ambulante oder stationäre Medizinische Rehabilitation in den Indikationsbereichen Orthopädie, Kardiologie, Pneumologie, Onkologie, Sucht, Psychosomatik und Neurologie (Ausschluss ambulante Reha Sucht) in Anspruch genommen hatten. Berücksichtigt wurden berufstätige Versicherten zwischen 18 und 63 Jahre. Ergänzend wurde einer weiteren entsprechend geschichteten Stichprobe von 6611 Versicherten eine 9 Items umfassende Kurzversion von MBOR-R erhoben.

Die Langversion von MBOR-R beinhaltet 32 Items, mithilfe derer 9 zentrale Aspekte des erwerbsbezogenen Rehabilitationsangebotes aus Rehabilitandensicht erfasst werden. Sie differenziert im Unterschied zur Screening-Kurzversion stärker die verschiedenen Aspekte des MBOR-Angebotes und kann für „Stärken-/Schwächenanalysen“ genutzt werden.

Zur erweiterten Validierung wurden ergänzend RSD- und KTL-Daten für alle Versicherten erhoben. Zudem wurden im Fragebogen Daten u.a. zur Demographie, zur Erwerbssituation (u.a. WAI, Reintegration), zum Gesundheitsstatus (u.a. zum psychischen (PHQ) und körperlichen Status (SF12)) retrospektiv vor sowie katamnestisch nach der Rehabilitation erfragt und der Erfolg der Rehabilitation aus Nutzersicht erfasst.

## **Ergebnisse**

An der einmaligen katamnestischen Befragung ohne Erinnerungsschreiben nahmen knapp 7500 Versicherte teil (Rücklaufquote 27%). Die Beteiligungsquote der Befragung mit der Kurzversion lag mit knapp 40% deutlich darüber. 66% der antwortenden Teilnehmer sind weiblich, über die Hälfte der Befragten ist zum Katamnesezeitpunkt über 50 Jahre alt. Das Schulbildungsniveau ist mit über 40% Mittlerer Reife oder vergleichbarem Abschluss und fast einem Viertel Fachhochschulabsolventen vergleichsweise hoch.

Die Bearbeitungsqualität von MBOR-R ist durchweg gut und bestätigt den hohen Aufwand, der bei der Fragebogenkonstruktion betrieben wurde.

Einheitlich in die Metrik von Qualitätspunkten (0-100%) transformierte Skalenwerte erlauben eine leichte Interpretation der Ergebnisse. Die Reliabilität der Skalen liegt überwiegend zwischen .83 -.91 (Cronbachs  $\alpha$ ).

Es zeigen sich systematische Unterschiede der Bewertungen des erwerbsbezogenen Behandlungsangebotes zwischen den verschiedenen Indikationsbereichen, die je nach erfasstem MBOR-Qualitätsbereich differieren. Vergleichsweise stärker erwerbsbezogen ausgerichtet erleben Rehabilitanden das therapeutische Angebot während der Reha in den Indikationsbereichen Sucht, Psychosomatik und Neurologie. In der Psychosomatik und Sucht wird auch am häufigsten eine Teilnahme an entsprechenden Angeboten angegeben. Den Nutzen der Rehabilitation für den Bereich Arbeit und Beruf bewerten Rehabilitanden der Indikationsbereiche Sucht und Pneumologie am höchsten, während er in der Psychosomatik eher zurückhaltender bewertet wird.

Für die MBOR-R-Skalen können darüber hinaus substantielle Zusammenhänge mit hier erhobenen und für die Medizinische Rehabilitation relevanten Ergebniskriterien nachgewiesen werden.

### **Diskussion und Fazit**

Die Studie liefert erstmals repräsentative Vergleichszahlen und einen Überblick über den Ausbau- und Entwicklungsstand des erwerbsbezogenen Behandlungsangebotes aus Rehabilitandensicht. MBOR-R kann für Rehabilitationseinrichtungen zahlreiche Hinweise und relevante Ansatzpunkte für Initiativen liefern, das erwerbsbezogene Behandlungsangebot so zu optimieren, dass Versicherte besser davon profitieren können. Geplant sind weitere Auswertungen u.a. zu den Möglichkeiten einer Adjustierung für den fairen Qualitätsvergleich von Rehabilitationseinrichtungen sowie vertiefende Analysen zur Validität und zu Zusammenhängen der Nutzerbewertungen mit anderen Ergebniskriterien inklusive harter RSD-Daten zu den Return-to-Work-Quoten, Beitragszahlungen oder Rentenzugängen.

### **Literatur**

Bürger, W. & Nübling, R. (2018): „MBOR-R“ Medizinisch-Berufliche Orientierung der Rehabilitation aus Rehabilitandensicht. Abschlussbericht, Karlsruhe fbg/GfQG, Download unter: <http://bit.ly/2p8OPvq>.

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

Nübling, R., Kaiser, U., Kriz, D. & Schmidt, J. (2018): Bedeutung von Patient Reported Outcomes (PROs) für Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement in der medizinischen Rehabilitation - Fortlaufendes Qualitätsmonitoring durch kontinuierliche Rehabilitandenbefragungen. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, Heft 103, 31, 182-195.

Streibelt, M. & Bethge, M. (2009): Return to Work? Identifikation besonderer beruflicher Problemlagen in der medizinischen Rehabilitation. Lengerich u.a., Pabst.

Widera, T. & Klosterhuis, H. (2007): Patientenorientierung in der Praxis – 10 Jahre Rehabilitandenbefragung im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. RVaktuell 6/2007, 178-182.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

### **Auswirkungen auf die Gangsicherheit von Rehapatienten mit Hüft-TEP: Ausdauertraining auf dem Laufbandergometer vs. Fahrradergometer.**

*Wolfgang Klingebiel<sup>1</sup>; Matthias Pekrun<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Hochschule Fresenius; <sup>2</sup> Asklepios Klinik Am Kurpark Bad Schwartau

#### **Hintergrund und Zielstellung**

Nach den Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung soll bei Patienten mit Zustand nach Hüft-Totalendoprothesen-Versorgung die Bewegungstherapie 360 Minuten pro Woche umfassen (Deutsche Rentenversicherung, 2016). Zentrales Therapieziel für die betroffenen Patienten ist das Wiedererlangen der Gangsicherheit. Dennoch findet während der Rehabilitationsphase das Ausdauertraining als Standard-Therapiemaßnahme nicht mittels Laufband, sondern auf Fahrradergometern statt.

Das Fahrradergometer-Training ist mit einer hohen Patientensicherheit verbunden, da es vor Stürzen und Unfällen schützt. Der Wirkungsschwerpunkt liegt im Bereich der Mobilisierung und Bewegungsanbahnung.

Ein Training auf dem Laufband hat die Anbahnung eines physiologischen Gangmusters, die Belastungsgewöhnung in der Standbeinphase des betroffenen Beines sowie den Sicherheitsgewinn beim Gehen im Fokus.

Für den Rahmen einer neurologischen Rehabilitation finden sich zahlreiche Veröffentlichungen, die eine Wirksamkeit des Laufbandtrainings auf Ganggeschwindigkeit und Gangausdauer bei Schlaganfallpatienten belegen (Mehrholz et al., 2014; Mehrholz et al., 2015). Untersuchungen von Hesse et al. (2003) zum Laufbandtraining unter Gewichtsentlastung bei frisch operierten Hüft-TEP-Patienten zeigen eine signifikante Verbesserung der Gangsymmetrie und Aktivierung der pelvitrochantären Muskulatur im Vergleich zu herkömmlichem Gehtraining.

Funktionelle und koordinative Reizsetzungen prädestinieren den Einsatz des Laufbandes zur Verbesserung der Gangsicherheit während einer Anschlussheilbehandlung – hierfür fehlt allerdings bisher eine ausreichende Evidenz. Die vorliegende Studie soll dazu beitragen, diese Lücke zu schließen.

Forschungsfrage:

Welche Auswirkungen hat das Ausdauertraining auf dem Laufbandergometer verglichen mit Fahrradergometertraining auf die Gangsicherheit von Rehapatienten mit Hüft-TEP?

Forschungshypothesen

H0: Es gibt keinen statistisch signifikanten Gruppenunterschied nach Beendigung der Interventionsphase beim Harris-Hip-Score (HHS).

H0: Es gibt keinen statistisch signifikanten Gruppenunterschied nach Beendigung der Interventionsphase bezüglich der Gesamtpunktzahl im Functional Gait Assessment (FGA).

## Methoden

Studiendesign: randomisiert-kontrollierte, nicht verblindete zweiarmige Experimentalstudie.  
Studienzeitraum: Januar bis März 2018.

Probandenstichprobe: 46 Patienten mit Zustand nach Hüft-Totalendoprothesen-Operation.

Einschlusskriterien: Vollbelastung, Gehstrecke größer 100 Meter, Belastungsschmerz unter VAS 6. Ausschlusskriterien: Neurologische Gangstörungen, Herzinsuffizienz ab NYHA III, dementielle oder depressive Erkrankungen, Verständigungsprobleme.

### Interventionen

Ausdauertraining: 12 Einheiten à 15 Minuten auf dem Laufbandergometer bei 1% Steigung, 2,0-4,0 km/h (Interventionsgruppe, n=24), bzw. auf dem Fahrradergometer mit 30-60 Watt, 50-70 U/min (Kontrollgruppe, n=22). Darüber hinaus erhalten alle Patienten das übliche Rehaprogramm. Interventionsdauer: 3 Wochen.

### Assessments

Harris-Hip-Score (HHS). Größtenteils Selbstauskunfts-Items, Maximalpunktzahl: 100. Functional Gait Assessment (FGA). Fremdbeurteilung des Aufgabenlösendes beim Gehen. Maximalpunktzahl: 30.

Statistische Hypothesenprüfung und Outcome-Parameter: Berechnung des Mittelwertsunterschiedes und der Signifikanz für die Gesamtpunktzahlen aus dem HHS und FGA im Intra- und Intergruppenvergleich.

## Ergebnisse

Interventions- und Kontrollgruppe unterscheiden sich statistisch nicht signifikant zu Studienbeginn bezüglich des Alters und der Ergebnisse im FGA und HHS – sie sind daher vergleichbar (Abb. 1 und 2). Beide Gruppen zeigen im pre-post-Vergleich statistisch hochsignifikante Verbesserungen bezüglich des FGA und HHS. Der Intergruppen-Vergleich zu Interventionsende ist beim FGA statistisch signifikant, nicht jedoch beim HHS. Fünf von 51 ursprünglich eingeschlossenen Patienten haben die Studie nicht beendet.

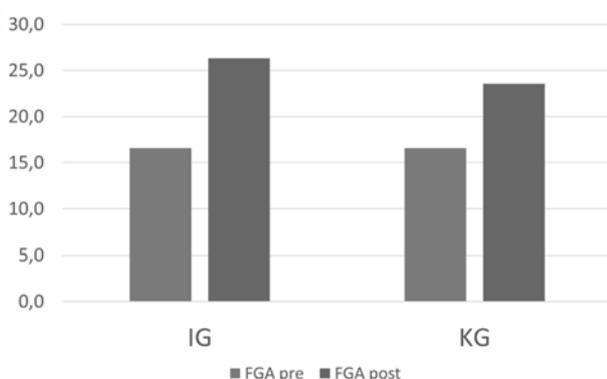


Abbildung 1: Intra- und Intergruppen-Vergleich der Gesamtpunktzahl im FGA

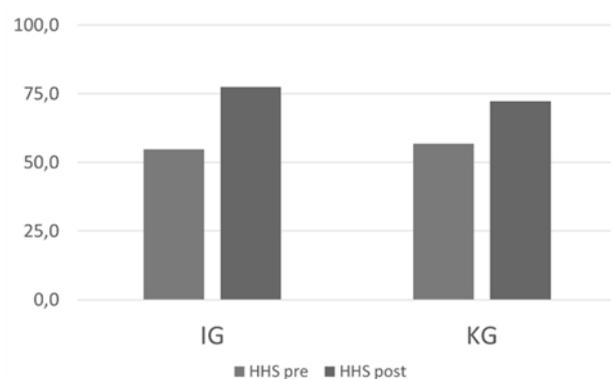


Abbildung 2: Intra- und Intergruppen-Vergleich des HHS-Score

## Diskussion und Fazit

In beiden Gruppen kommt es bei den Ergebnissen des FGA und HHS zu statistisch hochsignifikanten und auch klinisch relevanten Verbesserungen. Diese fallen für die Interventionsgruppe deutlicher aus. Die Wirksamkeit strukturierter Trainingsprogramme bei diesem Patientenkollektiv wird dadurch bestätigt. Ausdauertraining auf dem Laufband vs. Fahrradergometer erweist sich hinsichtlich Gangsicherheit aufgrund des statistisch signifikanten Unterschiedes beim FGA als effektiver. Diese Aussage wird durch das nichtsignifikante Ergebnis beim HHS nicht unterstützt.

Zwei Patienten konnten aufgrund bestehender aktivierter Kniegelenksarthrose das Laufbandtraining nicht bis zum Studienende durchführen. Dies schränkt die Patientenauswahl für ein Laufbandtraining ein. Die Verwendung des HHS hat sich bewährt, jedoch erscheint die Anwendung des modifizierten HHS zur Evaluation praxisnaher (Ramisetty, 2014). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie liefern Hinweise, dass die Gangsicherheit bei Patienten mit frischer Hüft-TEP beim laufbandbasierten Ausdauertraining effektiv und risikoarm verbessert werden kann. Die Überprüfung an einem größeren Probandenkollektiv kann helfen Kriterien zu entwickeln, welche Hüft-TEP-Patienten während der Rehabilitation von einem Laufbandtraining am meisten profitieren, und dadurch einen Beitrag zur bestmöglichen Therapie leisten.

## Literatur

Deutsche Rentenversicherung (2016): Reha-Therapiestandards für Hüft-TEP. URL: [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3\\_Infos\\_fuer\\_Experten/01\\_sozialmedizin\\_forschung/downloads/quali\\_rehatherapiestandards/TEP/rts\\_tep\\_download.pdf](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/quali_rehatherapiestandards/TEP/rts_tep_download.pdf). Abruf: 05.02.2018

Hesse, S., Werner, C., Seibel, H., von Frankenberg, S., Kappel, E.M., Kirker, S., Käding, S. (2003): Treadmill training with partial body-weight support after total hip arthroplasty. Archives of physical medicine and rehabilitation, 12, 1767-1773.

Mehrholz, J., Friis, R., Kugler, J., Twork, S., Storch, A., Pohl, M. (2015): Treadmill training for patients with Parkinson's disease. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015 (9), 1-67. doi: 10.1002/14651858.CD007830.pub4.

Mehrholz, J., Pohl, M., Elsner, B. (2014): Treadmill training and body weight support for walking after stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2014 (1), 1-197. doi: 10.1002/14651858.CD002840.pub3.

## **Bewegungsbezogene Maßnahmen zur Sicherung der Arbeitsfähigkeit in der beruflichen Bildung: Von der Quantitäts- zur Kompetenzorientierung**

*Johannes Carl; Eva Grüne; Johanna Popp; Klaus Pfeifer*

Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg

## Hintergrund und Zielstellung

Das Feld der betrieblichen Prävention nimmt Zielgruppen in den Blick, die einem besonderen Risiko für Beeinträchtigungen der individuellen Gesundheit ausgesetzt sind. Auch aufgrund

des sich verstärkenden Fachkräftemangels scheint es daher sinnvoll, gesundheitsförderliche Maßnahmen auf Auszubildende auszurichten. In Deutschland zählen die Sparten KFZ-Mechatronik und Pflege zu den wichtigsten Säulen des Ausbildungswesens (Statistisches Bundesamt, 2019). Angesichts der starken Evidenz bezüglich der gesundheitsförderlichen Wirkungen von körperlich-sportlicher Aktivität (z.B. Warburton & Bredin, 2017) war es Ziel des Projekts PARC-AVE (Forschungsverbund Capital4Health), das Bewegungsverhalten von Auszubildenden an zwei Berufsschulen für die Bereiche KFZ-Mechatronik und Pflege zu fördern. Zur Anpassung der Maßnahmen auf die Zielgruppe und die örtlichen Bedingungen wurden von Beginn an zentrale Akteure in den Planungsprozess mit einbezogen. Um die Ausgangsbedingungen der beiden Auszubildendengruppen im Rahmen des partizipativ-kooperativen Vorgehen besser charakterisieren zu können, verfolgte die vorliegende Forschungsarbeit zwei aufeinander aufbauende Zielstellungen: In einem ersten explorativen Schritt sollte das alltägliche Aktivitätsverhalten dieser speziellen Zielgruppe mittels objektiver Messverfahren quantifiziert werden (Studie 1). In einem zweiten Schritt sollte der Beitrag des körperlichen Aktivitätsniveaus für die Arbeitsfähigkeit ermittelt werden und dabei die Rolle der bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz (BGK, Sudeck & Pfeifer, 2016) näher bestimmt werden (Studie 2).

## **Methoden**

Zur Ermittlung des quantitativen Aktivitätsniveaus wurde eine Teilstichprobe von 81 Auszubildenden beider Settings mit triaxialen Beschleunigungsmesser (ActiGraph wGT3X-BT) ausgestattet (Studie 1). 55 Auszubildende konnten die Empfehlungen zur täglichen Mindesttragezeit erfüllen, sodass deren Werte in die finale Auswertung (deskriptive Analyse) eingingen.

Eine multizentrische Fragebogenstudie an insgesamt sechs Bayerischen Ausbildungsinstitutionen (Studie 2) adressierte schließlich das Beziehungsverhältnis von körperlicher Aktivität (BSA-Fragebogen), Arbeitsfähigkeit (reduzierte Version des WAI) und bewegungsbezogener Gesundheitskompetenz (BGK-Instrument mit acht Indikatoren). Die Analyse umfasste 745 Auszubildende und erfolgte mittels hierarchischer linearer Regression unter Kontrolle der Kovariaten Bildungsstand und Ausbildungsberuf.

## **Ergebnisse**

Der Akzelerometeranalyse zufolge absolvierten die Auszubildenden beider Settings pro Tag durchschnittlich  $18.979 \pm 3.780$  Schritte bzw. verbrachten  $494,2 \pm 174,2$  Minuten pro Woche im moderat-intensiven Aktivitätsbereich (MVPA). Aufgrund der Konsistenz der Ergebnisse (Range 11.226-31.560 Schritte) scheint daher die Schlussfolgerung gerechtfertigt, dass der Großteil der zu adressierenden Zielgruppe bereits die gängigen Bewegungsempfehlungen (mindestens 10.000 Schritte pro Tag bzw. 150 Minuten MVPA/Woche) erfüllt.

Konsistent hierzu war in Studie 2 das reine Volumen körperlicher Aktivität nicht signifikant mit der Arbeitsfähigkeit assoziiert ( $\beta = .05$ ). Die Aufnahme von Indikatoren der bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz hingegen führte zu signifikanten Vorhersageleistungen der Arbeitsfähigkeit ( $R_{\max}^2 = .159$ ). Den stärksten Zuwachs lieferten zwei Indikatoren der Bewegungskompetenz (Bewältigbarkeit von Kraftanforderungen,  $\beta = 0.307$ ; Bewältigbarkeit von Ausdaueranforderungen,  $\beta = 0.257$ ), sowie zwei Indikatoren der Selbstregulationskompetenz (Emotionale Einstellung gegenüber körperlicher Aktivität,

$\beta = 0.305$ ; Bewegungsspezifische Selbstkontrolle,  $\beta = 0.246$ ). Der Indikator Bewältigbarkeit von Gleichgewichtsanforderungen zeigte die geringste zusätzliche Aufklärungskraft (Emotionale Einstellung gegenüber körperlicher Aktivität,  $\beta = 0.124$ ).

### **Diskussion und Fazit**

Die beiden Studien legen nahe, dass sich die Bewegungsförderung bei Auszubildenden von der reinen Volumenorientierung lösen sollte und dafür stärker die Kompetenzen der Schülerinnen und Schülern in den Blick nehmen sollte. Eine positive bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz ermöglicht einen konstruktiven Umgang mit körperlichen Anforderungen in täglichen Berufssituationen einerseits und mit körperlich-sportlichen Situationen in der Freizeit andererseits. Zukünftige Studien sollen nun der Frage nachgehen, ob Interventionen zu einer verbesserten Arbeitsfähigkeit führen können, wenn sich diese am Modell der bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz orientieren.

### **Literatur**

- Sudeck, G., & Pfeifer, K. (2016): Physical activity-related health competence as an integrative objective in exercise therapy and health sports – conception and validation of a short questionnaire. *German Journal of Exercise and Sport Research*, 46(2), 74–87.
- Statistisches Bundesamt (2019): Auszubildende nach Ausbildungsberufen (TOP 20). <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Berufliche-Bildung/Tabellen/liste-azubi-rangliste.html>
- Warburton, D. E., & Bredin, S. S. (2017): Health benefits of physical activity: a systematic review of current systematic reviews. *Current Opinion in Cardiology*, 32(5), 541-556.

Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung

## **Bewegungsförderung in der Bewegungstherapie: Handlungsempfehlungen für die Qualitätsentwicklung innerhalb der medizinischen Rehabilitation**

*Wolfgang Geidl<sup>1</sup>; Judith Wais<sup>2</sup>; Gordon Sudeck<sup>2</sup>; Klaus Pfeifer<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg; <sup>2</sup> Eberhard Karls Universität Tübingen

### **Hintergrund und Zielstellung**

Zeitgemäße bewegungstherapeutische Konzepte und Prozesse adressieren verstärkt die Befähigung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zur Initiierung und Aufrechterhaltung von körperlich aktiven Lebensstilen. Dies impliziert die Notwendigkeit der Weiterentwicklung von traditionell dominierenden (körper-)funktionsorientierten Trainingsansätzen hin zu elaborierten bio psycho-sozialen Bewegungstherapiekonzepten.

Das Projekt „Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation: eine Bestandsaufnahme auf Einrichtungs- und Akteursebene“ (BewegtheReha) liefert eine nationale Übersicht zum Status quo der Bewegungstherapie mit Fokus auf das Thema Bewegungsförderung (Geidl et al., 2018). Die Zielstellung dieses Beitrags ist es – aufbauend

auf den Projektergebnissen (siehe Literaturliste) – konkrete Handlungsempfehlungen für die Qualitätsentwicklung im Bereich "Bewegungsförderung in der Bewegungstherapie" innerhalb der medizinischen Rehabilitation abzuleiten.

## **Methoden**

In Anlehnung an Motl et al. (2018) gliedert sich das methodische Vorgehen in vier Abschnitte: 1) der Herausarbeitung von Qualitätsdimensionen und qualitätsrelevanten Handlungs-/Inhaltsbereichen für eine bewegungsfördernde Bewegungstherapie (Soll-Wert); 2) der Analyse des aktuellen Status quo der Bewegungstherapie in Bezug auf diese Charakteristika (Ist-Stand) auf Basis der BewegtheReha-Projektergebnisse; 3) der Herausarbeitung von Optimierungspotenzial auf Basis eines Soll-Ist-Vergleichs und daran anschließend 4) der Ableitung von Handlungsempfehlungen zur systematischen Qualitätsentwicklung der Bewegungsförderung in der Bewegungstherapie.

## **Ergebnisse**

Im ersten Schritt konnten im Hinblick auf eine bewegungsfördernde Bewegungstherapie sieben Qualitätsdimensionen identifiziert werden: Theoriebasierung; Evidenzbasierung; Systembezug und Nachhaltigkeit; Manualisierung und Standardisierung; Patientenorientierung; Interdisziplinarität; Qualitätssicherung und -verbesserung. Die assoziierten qualitätsrelevanten Handlungs-/Inhaltsbereiche umfassen Assessment, Therapieziele inkl. Inhalte und Methoden, Durchführung der Therapie, Therapiekontrolle und –zuweisung (Geidl et al., 2018).

Zweitens konnte der Ist-Zustand der Bewegungstherapie für die folgenden Charakteristika herausgearbeitet werden: die konzeptionelle Ausrichtung der Bewegungstherapie (inkl. Therapieziele, Inhalte und Methoden) (Deprins et al., 2019); typische Bewegungstherapiekonzepte (Sudeck et al. 2019); Assessment, Aufnahmegespräch und Informationseinholung (Geidl et al., 2019a); interdisziplinäre und bewegungstherapeutische Teamarbeit (Deprins et al., 2017); die subjektiven Sichtweisen therapeutischer Akteure auf Bewegungsförderung in der Bewegungstherapie (Geidl et al., 2019b).

In den analysierten Bereichen konnte drittens Optimierungspotenzial sowohl auf Akteursebene (z.B. Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten der therapeutischen Akteure; Austausch und Kommunikation zwischen therapeutischen Akteuren) als auch auf Einrichtungsebene (z.B. konzeptionelle Verortung des Themas Bewegungsförderung; klinischer Prozess der Entscheidungsfindung für zielgerichtete Bewegungsförderung; didaktisch-methodische Ansätze sowie Barrieren für Bewegungsförderung) identifiziert werden.

Im finalen Schritt wurden Handlungsempfehlungen zur systematischen Qualitätsentwicklung der Bewegungsförderung in der Bewegungstherapie für drei Bereiche abgeleitet: die Personalentwicklung (z.B. hinsichtlich der verbesserten Nutzung und Qualität des Aus-, Fort- und Weiterbildungssystems), die Organisationsentwicklung (z.B. zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit) sowie für Wissenschaft und Forschung (z.B. zur Optimierung der nachhaltigen Implementierung von Forschungsprojekten).

## **Diskussion und Fazit**

Die abgeleiteten Handlungsempfehlungen bilden die Grundlage für die systematische Weiterentwicklung und Optimierung der Bewegungsförderung in der Bewegungstherapie im Rahmen der medizinischen Rehabilitation. Auf Basis der Ergebnisse können nächste Schritte für eine Verbesserung der Konzept- und Prozessqualität einer nachhaltigen Bewegungstherapie mit Fokus auf das Ziel der Bewegungsförderung identifiziert und eingeleitet werden.

## **Literatur**

- Deprins, J., Geidl, W., Rohrbach, N., Streber, R., Sudeck, G., Pfeifer, K. (2017): Aspekte der Teamarbeit in der Bewegungstherapie: Ergebnisse einer bundesweiten Bestandsaufnahme. DRV-Schriften, Band 111. 288-290.
- Deprins, J., Geidl, W., Streber, R., Pfeifer, K., Sudeck, G. (2019): Konzeptionelle Grundlagen der Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation: Ergebnisse einer bundesweiten Bestandsaufnahme. Die Rehabilitation. DOI: 10.1055/s-0043-121808
- Geidl, W., Deprins, J., Fangmann, C., Demisse, E., Pfeifer, K., Sudeck, G. (2019b): Physical activity promotion in daily exercise therapy: The perspectives of exercise therapists in German rehabilitation settings. BMC Sport Science, Medicine and Rehabilitation. DOI: 10.1186/s13102-019-0143-7
- Geidl, W., Deprins, J., Streber, R., Cassar, S., Portenlänger, F., Sudeck, G., Pfeifer, K. (2019a): Exercise therapy and physical activity promotion: Do exercise therapists assess or receive information on clients' relevant personal factors? A national survey from Germany. European Journal of Physiotherapy. DOI: 10.1080/21679169.2019.1617776
- Geidl, W., Deprins, J., Streber, R., Rohrbach, N., Sudeck, G., Pfeifer, K. (2018): Exercise therapy in medical rehabilitation: study protocol of a national survey at facility and practitioner level with a mixed method design. Contemporary Clinical Trials Communication, 11. 37-45. DOI: 10.1016/j.conctc.2018.05.004
- Motl, R., Barstow, E., Blaylock, S., Richardson, E., Learmonth, Y., Fifolt, M. (2018): Promotion of Exercise in Multiple Sclerosis Through Health Care Providers. Exercise and Sport Sciences Reviews, 46. 105-111. DOI: 10.1249/JES.000000000000140
- Sudeck, G., Geidl, W., Deprins, J., Pfeifer, K. (2019): The role of physical activity promotion in typical exercise therapy concepts: A latent class analysis based on a national survey in German medical rehabilitation. Disability and Rehabilitation, 13. 1-11. DOI: 10.1080/09638288.2019.1608322

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

# **Interdisziplinäre Adipositas therapie für Erwachsene – Abschluss ergebnisse zur einjährigen Gruppenintervention (Zeitraum: 2004-2017)**

*Wiebke Göhner<sup>1</sup>; Jenny Hörmann<sup>2</sup>; Andreas Berg<sup>2</sup>; Reinhard Fuchs<sup>3</sup>; Aloys Berg<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Katholische Hochschule Freiburg; <sup>2</sup> M.O.B.I.L.I.S. e.V.;

<sup>3</sup> Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

## **Hintergrund und Zielstellung**

Zwischen Adipositas und der Inzidenz verschiedener chronischer Erkrankungen besteht ein bekannter Zusammenhang (Lenz et al., 2009). Auch die Lebenserwartung ist bei Adipositas in etwa gleichem Maße wie durch Rauchen, ausgehend vom mittleren Erwachsenenalter, um 7,1 (Frauen) bzw. 5,8 (Männer) Jahre verringert (Peeters et al., 2003). Die Adipositasprävalenz nimmt stetig zu und liegt aktuell bei 18% (Frauen) und 18,3% (Männer) (Schienkewitz et al., 2017).

Zur Therapie der Adipositas wird seit 2004 das bewegungsorientierte Interventionsprogramm für adipöse Erwachsene M.O.B.I.L.I.S. (multizentrisch organisierte bewegungsorientierte Lebensstiländerung in Selbstverantwortung) angeboten (Berg et al., 2008). Das einjährige, gruppenbasierte Programm (max. 18 Personen/Gruppe) beinhaltet 12 von Psycholog\*innen betreute Einheiten zum Thema Verhaltensänderung (90 Minuten), 7 Einheiten mit Informationen zu ausgewogener Ernährung (90 Minuten, betreut von Ernährungsberater\*innen), und ein umfassendes Bewegungsprogramm, welches über ca. 9 Monate insgesamt 45 Einheiten umfasst (1-2 Mal pro Woche 45 Minuten) (Lagerstrøm et al., 2013). In allen drei Themenfeldern liegt der Fokus auf der Umsetzungs kompetenz, d.h. Teilnehmer\*innen werden interdisziplinär dabei unterstützt, über Verhaltens- und Bewältigungspläne ein individuell verändertes Bewegungs- und Ernährungsverhalten langfristig zu festigen (Göhner & Fuchs, 2017). Ziel der Teilnahme soll sein, langfristig das Körpergewicht zu reduzieren, mehr körperliche Fitness und ein gesundes Ernährungsverhalten zu erlangen. Über die positiven Effekte bei den Teilnehmer\*innen von M.O.B.I.L.I.S. auf körperliche Aktivität, gesunde Ernährung gegenüber einer Kontrollgruppe sowie auf die Leistungsfähigkeit wurde bereits berichtet (Göhner et al., 2012; Lagerstrøm et al., 2013). Aktuell steht der Bericht über objektiv erfasste Daten zur Gewichtsentwicklung und körperlichen Fitness aller über 7000 Teilnehmer\*innen zwischen dem Beginn des Programms 2004 bis 2017 im Vordergrund.

## **Methoden**

Zwischen 2004 und 2017 wurden deutschlandweit Personen mit BMI 30-40 und einem Adipositas-assoziierten Risikofaktor über mediale Aufrufe eingeladen, an der ambulant angebotenen Intervention teilzunehmen. 7568 Personen nahmen in 459 Gruppen an der Intervention teil, von 7450 Personen liegen vollständige Datensätze (t1) vor. Bei der ärztlichen Visite ca. zwei Wochen vor Beginn (t1) und zwei Wochen nach Ende des einjährigen Programms (t2) wurden u.a. Gewicht, Größe, Bauchumfang, körperliche Leistungsfähigkeit, Alter und Geschlecht erhoben.

## Ergebnisse

6465 Personen beendeten das Programm, sodass paarige Daten vorliegen (Completers zu t1: 74,8% Frauen; im Durchschnitt: 49 Jahre [SD 11,3]; 103,4 kg [13,91]; BMI 35,7 [2,96]; Bauchumfang 113 cm [10,67]). Vor Ende des Programms haben 985 Personen abgebrochen (Non-Completers zu t1: 71,6% Frauen; 47,4 Jahre [11,44]; 107,1 kg [14,73]; BMI 36,4 [2,94]; Bauchumfang 114,4 cm [11,41]). Diese Personen haben zu t1 ein signifikant höheres Gewicht, einen höheren BMI-Wert und einen größeren Bauchumfang (jeweils  $p < .001$ ).

Zu t2 zeigen die Completers durchschnittliche Veränderungen im absoluten Gewicht von -6,1 kg (7,19), im BMI von -2,1 kg/m<sup>2</sup> (2,44) und im Bauchumfang von -6,7 cm (7,79), die Leistungsfähigkeit steigert sich von 1,41 (alle Werte  $p < .001$ ). Die Veränderungen nach einjähriger Teilnahme sind für Frauen und Männer weitgehend gleich; es zeigt sich auch keine Altersabhängigkeit. Die Leistungsfähigkeit steigert sich in allen Altersgruppen signifikant von t1 nach t2 (Altersgruppe 18-44,9 Jahre t1: 1,14 W/kg cm [0,33], t2: 1,61 W/kg [0,41],  $p < .001$ ).

Die Verteilung der Teilnehmer\*innen auf die absoluten Gewichtsveränderungen zeigt, dass 15% (n=1119) Gewicht zugenommen haben, 27,7% (n=2060) bis zu 5% und 44,1% über 5% Gewicht abgenommen haben.

## Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass Erwachsene mit Adipositas unabhängig von Geschlecht und Alter über die regelmäßige Teilnahme an einem bewegungsorientierten Schulungsprogramm mit Erfolg abnehmen können. Auch ältere Teilnehmer\*innen können mithilfe des Programms ihre Leistungsfähigkeit steigern. Gemessen am spontanen Gewichtsverlauf und einer zu erwartenden Gewichtszunahme von zirka 0,5 kg im Zeitraum von zwölf Monaten (Droyvold et al., 2006) kann auch die Gewichtsabnahme bis 5% als noch günstig bewertet werden. In nicht-pharmakologischen Interventionsstudien mit adipösen Erwachsenen werden im Verlauf von zwölf Monaten mittlere Gewichtsabnahmen im Bereich von 3 kg erreicht (Dansinger et al., 2005).

## Literatur

- Berg, A., Frey, I., Hamm, M., Fuchs, R., Göhner, W., Lagerstrøm, D., Predel, H.-D. & Berg, A., (2008): Das M.O.B.I.L.I.S.-Programm. *Adipositas*, 2, 90-95
- Dansinger, M.L., Gleason, J.A., Griffith, J.L., Selker, H.P. & Schaefer E.J. (2005): Comparison of the Atkins, Ornish, Weight Watchers, and Zone diets for weight loss and heart disease risk reduction: a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 293, 43-53.
- Droyvold, W.B., Nilsen, T.I., Kruger, O. (2006): Change in height, weight and body mass index: Longitudinal data from the HUNT Study in Norway. *International Journal of Obesity*, 30, 935-939.
- Göhner, W. & Fuchs, R. (2017): M.O.B.I.L.I.S. Trainer-Manual Psychologie/Pädagogik. Norderstedt: BoD Verlag.
- Göhner W., Schlatterer M., Seelig H., Frey I., Berg A. jr, Fuchs R. (2012): Two-year follow-up of an interdisciplinary cognitive-behavioral intervention program for obese adults. *The Journal of Psychology*, 146, 371-391.

- Lagerstrøm, D., Berg, A., Haas, U., Hamm, M., Göhner, W., Fuchs, R., Predel, H.-G. & Berg, A. (2013): Das M.O.B.I.L.I.S.-Schulungsprogramm. Bewegungstherapie und Lebensstilintervention bei Adipositas und Diabetes. *Diabetes aktuell*, 11, 5-11
- Schienkiewitz, A., Mensink, G.B.M., Kuhnert, R. et al. (2017): Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2, 21–28. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-02

## **Mediatoren einer psychologischen Intervention zur Steigerung der körperlichen Aktivität**

*Sarah Paganini<sup>1</sup>; Christina Ramsenthaler<sup>1</sup>; Ramona Wurst<sup>1</sup>; Stephan Kinkel<sup>2</sup>;  
Reinhard Fuchs<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Albert-Ludwigs Universität Freiburg; <sup>2</sup> Schwarzwaldkliniken Bad Krozingen

### **Hintergrund und Zielstellung**

Eine Herausforderung in der Gesundheitsversorgung von Personen mit koronarer Herzkrankheit (KHK) besteht in der Steigerung körperlicher Aktivität. Das in die Rehabilitation integrierte MoVo-LISA Programm (Göhner & Fuchs, 2007) stellt eine wirksame Intervention zur Steigerung körperlicher Aktivität dar (Wurst et al., 2019). Über die Wirkmechanismen des Programms ist bislang noch wenig bekannt. In einer ersten Studie konnte gezeigt werden, dass die Verhaltensänderung über kognitive Variablen mediiert wird (Fuchs et al., 2012). Ziel der vorliegenden Studie ist es, die damals entwickelten Mediationsmodelle an einer unabhängigen Stichprobe zu überprüfen bzw. anzupassen.

### **Methoden**

Es wurde eine randomisiert kontrollierte Studie mit n=220 Patienten mit KHK durchgeführt. Die Zuteilung erfolgte randomisiert zur MoVo-LISA Interventionsgruppe oder zur Kontrollgruppe (Routinebehandlung). Die Befragungen fanden vor der Randomisierung (T0), bei Entlassung aus der Rehaklinik (T1), sechs Wochen (T2), sechs Monate (T3) und zwölf Monate (T4) nach der Entlassung aus der Rehaklinik statt. Mediatoren und Outcome-Variablen waren: Selbstwirksamkeit, Konsequenzerwartungen, Zielintention, Selbstkonkordanz, Handlungsplanung, Barrierenmanagement und Sportaktivität. Die Mediation der Interventionseffekte auf das Verhalten wurde in zwei Modellen (Kurz- und Langzeiteffekte) durch Pfadanalysen anhand längsschnittlicher Daten in SPSS AMOS v.24 überprüft.

### **Ergebnisse**

Die Pfadmodelle für die kurz- und langfristigen Interventionseffekte ergaben in ersten Analysen zufriedenstellende Passgütekriterien ( $\chi^2(46)=135.5$ ,  $p < 0.01$ ;  $\chi^2/df$  ratio=2.9; CFI=0.925; TLI=0.851; RMSEA=0.098 und  $\chi^2(46)=120.5$ ,  $p < 0.01$ ;  $\chi^2/df$  ratio=2.6; CFI=0.921; TLI=0.844; RMSEA=0.090). Im Modell kurzfristiger Effekte (zu T2) konnten 28% der Sportaktivitätsvarianz und im Modell langfristiger Effekte (zu T4) noch 21% der Sportaktivitätsvarianz aufgeklärt werden. Im Kurzzeitmodell zeigten sich signifikante Mediatoreffekte der Variablen Handlungsplanung und Barrierenmanagement auf die

sportliche Aktivität. Zielintention und Selbstkonkordanz trugen zu diesem Zeitpunkt nicht maßgeblich zur Vorhersage der Sportaktivität bei. Im Langzeitmodell erwiesen sich diese Variablen (Zielintention und Selbstkonkordanz) jedoch als relevante Mediatoren.

### **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse zeigen, wie sich die MoVo-LISA Intervention durch Veränderung von Kognitionen auf das Verhalten auswirkt. In der Phase der Aneignung von Sportaktivität (bis sechs Wochen nach der Klinikentlassung) sind offenbar vor allem die volitionalen Variablen Handlungsplanung und das Barrierenmanagement relevante Mediatoren. Später dann in der Phase der Aufrechterhaltung (bis 12 Monate nach der Klinikentlassung) sind es eher die motivationalen Mediatoren der Zielintention und Selbstkonkordanz. Daraus lassen sich (zielgruppenspezifische) Implikationen für das Design effektiver Interventionsprogramme ableiten.

### **Literatur**

- Fuchs, R., Seelig, H., Göhner, W., Burton, N.W., & Brown, W.J. (2012): Cognitive mediation of intervention effects on physical exercise: Causal models for the adoption and maintenance stage, *Psychology & Health*, 27:12, 1480-1499, DOI: 10.1080/08870446.2012.695020
- Göhner W., Fuchs R. (2007): Änderung des Gesundheitsverhaltens: MoVo-Gruppenprogramme für körperliche Aktivität und gesunde Ernährung. Göttingen: Hogrefe.
- Wurst R, Kinkel S, Lin J, Göhner W, Fuchs R. (2019). Promoting Physical Activity through a Psychological Group Intervention – A Randomized Controlled Trial in Patients with Coronary Heart Disease. *J Behav Med* 2019: 1-13.

# Erfahrungen und Einstellungen bezüglich der medizinischen Rehabilitation als Prädiktoren des subjektiven Rehabilitationsbedürfnisses bei Personen mit Rückenschmerzen

*Nadine Schmitt<sup>1</sup>; David Fauser<sup>2</sup>; André Golla<sup>1</sup>; Matthias Bethge<sup>2</sup>; Wilfried Mau<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg; <sup>2</sup> Universität zu Lübeck

### Hintergrund und Zielstellung

Die Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation setzt in Deutschland eine Antragsstellung seitens des Versicherten voraus. Es ist anzunehmen, dass dieser Inanspruchnahme ein mehrstufiger, motivationaler und volitionaler Prozess zugrunde liegt (Spanier et al., 2016). Bisherige Studien untersuchten zumeist den Einfluss verschiedener Faktoren auf die konkrete Antragsintention sowie eine daraus resultierende Handlungsplanung. Die Entwicklung einer Antragsintention setzt in der Theorie jedoch voraus, dass eine Person sich als rehabilitationsbedürftig einschätzt, d.h. das Bedürfnis determiniert die Intention (Spanier et al., 2016). Daher sollten auch die Vorstufen einer Antragsintention im Forschungskontext berücksichtigt werden. Eine erste Prozessstufe ist dabei die Entwicklung eines subjektiven Rehabilitationsbedürfnisses bei den Versicherten. Das subjektive Rehabilitationsbedürfnis ist hierbei, in Abgrenzung zum sozialrechtlich objektivierbarem Rehabilitationsbedarf, als Selbstbeurteilung von Versicherten zu verstehen (Raspe & Héon-Klein, 1999). Die vorliegende Arbeit prüfte anhand von Querschnittsdaten einer prospektiven Kohortenstudie (Deutsches Register Klinischer Studien: DRKS00011554; Bethge, Mattukat et al., 2017), inwieweit rehabilitationsbezogene Erfahrungen und Haltungen das subjektive Rehabilitationsbedürfnis von Personen mit Rückenschmerzen beeinflussen.

### Methoden

Anfang 2017 wurde ein Fragebogen an insgesamt 45.000 Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Nord und Mitteldeutschland (Einschluss: 45-59 Jahre, erwerbstätig, keine Rehabilitation in den letzten 4 Jahren, bisher kein Antrag auf Erwerbsminderungsrente) postalisch versendet. Der Fragebogen thematisierte u. a. Rückenschmerzen, inklusive einer Schmerzgraduierung (von Korff et al., 1992), sowie mögliche Barrieren der Rehabilitationsinanspruchnahme. Die vorliegende Analyse konzentrierte sich auf Personen, die noch keine konkrete Antragsintention aufweisen und somit am Anfang des Prozesses der Rehabilitationsinanspruchnahme zu verorten sind. Mittels logistischer Regression wurde der Einfluss von Einstellungen und Erfahrungen bezüglich medizinischer Rehabilitation und subjektiver Gesundheit (unabhängige Variablen: 19 Items) auf ein berichtetes subjektives Rehabilitationsbedürfnis (abhängige Variable, dichotom: nein/ja) geprüft. Folgende unabhängige Variablen gingen in das Modell ein: persönliche und nahestehende Personen betreffende Rehabilitationsvorerfahrung (je 1 Item), das vorhandene Wissen bezüglich eines Rehabilitations-Antrags (2 Items), die berichtete Befürchtung negativer familiärer (2 Items) und beruflicher (3 Items) Konsequenzen durch eine Rehabilitationsinanspruchnahme sowie

die bisher erlebte soziale Unterstützung zum Thema Rehabilitation durch Familie und Freunde (3 Items) sowie Ärzt\*innen und Therapeut\*innen (3 Items). Zudem wurden Alter (metrisch), Geschlecht (dichotom: m/w), Schmerzgradierung (Pain Grades kategorial: I/II/III/IV) sowie der Gesundheitszustand (metrisch: 0-10) und die subjektive Arbeitsfähigkeit (metrisch: 0-10) mit in das Modell aufgenommen. Zusätzlich wurden benannte Gründe, warum sich Personen nicht als rehabilitationsbedürftig einschätzen, deskriptiv ausgewertet.

## **Ergebnisse**

10.445 Personen beteiligten sich an der Befragung, davon berichteten 7.373 Personen Rückenschmerzen innerhalb der letzten drei Monate. Hiervon wurden 6.008 Personen, die keine konkrete Antragsintention aufweisen ( $\bar{x}$  52  $\pm$  4 Jahren, 57,5 % weiblich) in die Analyse eingeschlossen. 27,3 % (n=1643) berichteten von einem subjektiven Rehabilitationsbedürfnis. Hiervon haben 33,9 % (n=557) einen Pain Grade von I, 34,1 % (n=560) von II, 21,5 % (n=353) von III und 10,5 % (n=173) von IV. Von den Personen ohne subjektives Rehabilitationsbedürfnis (n=4365) haben 58,6 % (n=2557) einen Pain Grade von I, 26,6 % (n=1162) von II, 10,3 % (n=451) von III und 4,5 % (n=195) von IV. Im Regressionsmodell (n=4844) zeigte sich, dass eine wahrgenommene Ermutigung zur Rehabilitationsantragsstellung durch Familie und Freunde (OR=3,73; 95 % KI: 2,80; 4,97) sowie eigene Rehabilitationsvorerfahrung (OR=2,10; 95 % KI: 1,62; 2,71) einen großen Einfluss auf das subjektiv wahrgenommene Rehabilitationsbedürfnis hatten. Bei vorhandener Sorge, dass Partnerschaft bzw. Familienleben unter der Inanspruchnahme einer Rehabilitation leiden, sinkt die Wahrscheinlichkeit (OR=0,81; 95 % KI: 0,66; 0,99) eines subjektiven Rehabilitationsbedürfnisses. Befürchtet eine Person, dass Kolleg\*innen zu viel von ihrer Arbeit übernehmen müssen, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit für ein wahrgenommenes Rehabilitationsbedürfnis (OR=1,22; 95 % KI: 1,04; 1,42). Der aktuelle Gesundheitszustand (OR=0,83; 95 % KI: 0,80; 0,87) sowie die subjektive Arbeitsfähigkeit (OR=0,92; 95 % KI: 0,89; 0,96) beeinflussen ebenfalls das wahrgenommene Rehabilitationsbedürfnis. Weitere Variablen zeigten keine signifikanten Zusammenhänge. Die Modellgüte (Nagelkerkes R<sup>2</sup>=0,20) ist akzeptabel. Unter den Personen, die kein subjektives Rehabilitationsbedürfnis berichteten, wurde dies mit einem zu gutem Gesundheitsstatus (38,4 %), fehlendem Wissen zum Thema Rehabilitation (20,2 %) und einer nicht wahrgenommenen Sinnhaftigkeit der Leistung (4,7 %) begründet.

## **Diskussion und Fazit**

Zwei Drittel der Personen, die sich als rehabilitationsbedürftig einschätzen, weisen geringe Rückenschmerzen oder eine geringe Schmerzbeeinträchtigung auf (Pain Grade I und II). Dies unterstreicht die begriffliche Trennung zwischen differenziertem darstellbarem Rehabilitationsbedarf und einem subjektiven Rehabilitationsbedürfnis. Die Ergebnisse geben Hinweise auf die Bedeutsamkeit des familiären Umfelds, rehabilitativer Vorerfahrungen und fehlendem Wissen über die Rehabilitation für die subjektiv wahrgenommene Rehabilitationsbedürftigkeit. Nachfolgende Längsschnittanalysen werden klären, welche Bedeutung diese und andere Faktoren für die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen haben.

## **Literatur**

- Bethge, M., Mattukat, K., Fauser, D., Mau, W.. (2017): Rehabilitation access and effectiveness for persons with back pain: the protocol of a cohort study. BMC Public Health, 18. 22.
- Raspe, H., Héon-Klein, V. (1999): Zur empirischen Ermittlung von Rehabilitationsbedarf. Rehabilitation, 38. 76-79.
- Spanier, K., Mohnberg, I., Peters, E., Michel, E., Radoschewski, M., Bethge, M. (2016): Motivationale und volitionale Prozesse im Kontext der Beantragung einer medizinischen Rehabilitationsleistung: eine Anwendung des sozial-kognitiven Prozessmodells gesundheitlichen Handelns. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 66. 242-248.
- Von Korff, M., Ormel, J., Keefe, F. J., Dworkin, S. F. (1992): Grading the severity of chronic pain. Pain, 50. 133-149.

Förderung: Deutsche Forschungsgesellschaft

## **Gründe für den Antragsrückgang bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation - Ergebnisse der Prognos-Studie**

*Pia Zollmann; Marco Streibelt*

Deutsche Rentenversicherung Bund

### **Hintergrund und Zielstellung**

Die Anzahl der Anträge, Bewilligungen und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation unterliegt Schwankungen im Zeitverlauf, wobei die Bewilligungen und durchgeführten Leistungen tendenziell den Anträgen folgen (DRV Bund, 2019). Seit 2014 ist ein Antragsrückgang beobachtbar, obwohl dies aufgrund demografischer Effekte nicht zu erwarten wäre, da die so genannte Babyboomer-Generation (Jahrgänge 1955-1969) das Alter durchläuft, in dem Reha-Leistungen häufiger werden. Zu den Gründen für diesen Antragsrückgang liegen bisher nur wenige Erkenntnisse für ausgewählte Maßnahmearten wie die Kinder- und Jugend-Rehabilitation (Berghem, 2017) sowie onkologische Rehabilitation (Deck et al., 2018) vor. Diese Studien fokussieren insbesondere Barrieren des Reha-Zugangs. Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat 2017 ein Projekt ausgeschrieben, mit dem Auftrag mögliche Gründe des Antragsrückgangs zu untersuchen. Die Prognos AG erhielt den Zuschlag und legte im August 2019 den Abschlussbericht vor. Dieser Beitrag berichtet Ergebnisse des Abschlussberichts (Moog et al., 2019).

### **Methoden**

Es wurden epidemiologische Analysen zu den Anträgen und abgeschlossenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Jahre 2006 bis 2017 durchgeführt. Zur Vermeidung statistischer Artefakte wurden für die empirische Prüfung der tatsächlichen Entwicklung altersstandardisierte Inanspruchnahmeraten kalkuliert. Als Einflussfaktoren wurden u. a. Indikatoren der Morbidität (altersstandardisierte Krankenhausfälle), der medizinischen Versorgungsdichte (z.B. Ärztedichte) sowie der Wirtschafts- und Sozialstruktur (z.B.

Arbeitslosenquote) untersucht. Die Analysen erfolgten sowohl für Deutschland insgesamt als auch regional für Bundesländer und Raumordnungsregionen.

Zusätzlich wurden Expertengruppen (Ärzte, Ansprech- und Beratungsstellen, Betriebsräte) und Versicherte standardisiert befragt. Die Befragungen der Expertengruppen wurden als Online-Befragungen realisiert. Von den Ansprech- und Beratungsstellen beteiligten sich 84, von den ambulanten Haus- und Fachärzt\*innen 318 (=4,5%), von den Betriebsärzt\*innen 157 (=11,6%), von den Betriebsräten 407 (=6,8%).

Aus der RSD-Verlaufserhebung 2016 wurde eine Zufallsstichprobe von 10.000 Versicherten angeschrieben. Nach Ausfällen (z.B. unzustellbarer Anschreiben) lag eine Nettostichprobe von 8.987 Versicherten vor. Es gingen insgesamt Fragebögen von 2.142 Versicherten (=23,8%) ein.

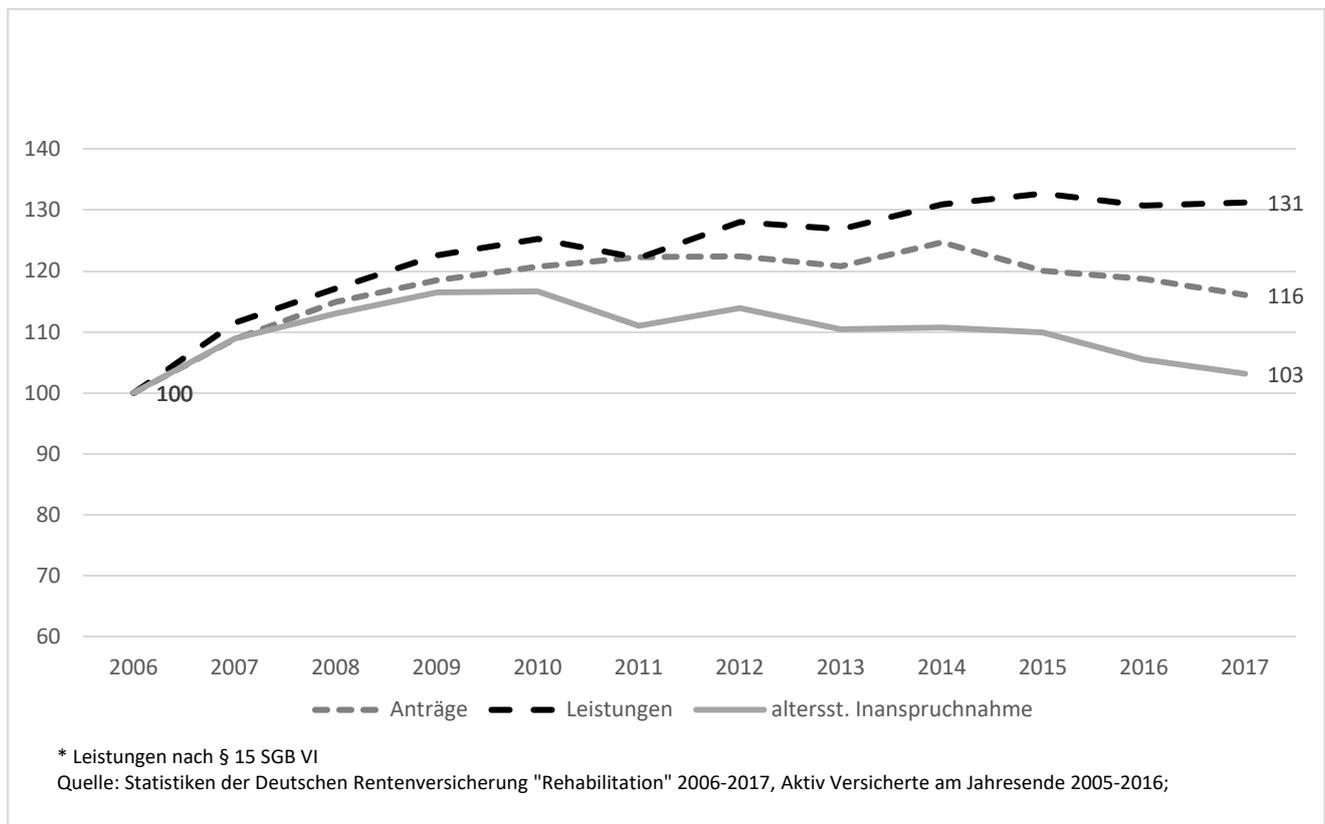


Abb. 1: Anträge, abgeschlossene Leistungen\* und altersstandardisierte Inanspruchnahme\* (2006=100)

## Ergebnisse

Die Entwicklung von Anträgen, abgeschlossenen Rehabilitationen und altersstandardisierter Inanspruchnahme zeigt deutliche Schwankungen, die in Abbildung 1 dargestellt sind. Zur besseren Vergleichbarkeit wurden die Werte der Jahre 2007 bis 2017 auf das Anfangsjahr 2006 normiert. Anträge, abgeschlossene Leistungen und die altersstandardisierte Inanspruchnahme zeigen bis 2010 einen ähnlichen Verlauf. Von 2010 auf 2011 gehen abgeschlossene Leistungen und die altersstandardisierte Inanspruchnahme zurück, während die Anträge bis 2014 weiter steigen. Anschließend setzt bei den Anträgen ein Rückgang bis 2017 ein. Die abgeschlossenen Leistungen steigen ab 2012 mit Schwankungen an. Die altersstandardisierte Inanspruchnahme steigt zwar auch von 2011 auf 2012 geringfügig an, nimmt aber in der Folge kontinuierlich ab und erreicht im Jahr 2017 nahezu das

Ausgangsniveau von 2006. Diese Trendwende bzw. dieser Trendbruch der altersstandardisierten Inanspruchnahme in 2010 zeigt sich sowohl für Frauen und Männern, bei nahezu allen Maßnahmentearten und auf regionaler Ebene.

Zu den Gründen dieser Entwicklungen wurden folgende mögliche Erklärungen erarbeitet ...

...aus den epidemiologischen Analysen:

- Die Entwicklung der Reha-Inanspruchnahme kann teilweise durch die Morbidität erklärt werden.
- Die Ergebnisse belegen einen Zusammenhang zwischen der Reha-Inanspruchnahme und der regionalen Sozial- und Wirtschaftsstruktur. Der Indikator ist aber eher geeignet, die regionalen Unterschiede zu erklären.
- Die starke Zunahme der ausländischen Versicherten hatte keinen Einfluss auf die Entwicklung der Reha-Inanspruchnahme.
- Die Ergebnisse zur Entwicklung der medizinischen Versorgungsstruktur legen insgesamt keinen Zusammenhang zum Antragsrückgang nahe.

...aus der Befragung von Versicherten und Experten:

- Ärzte wie Versicherte nehmen eine hohe Ablehnungsquote wahr. Auch ist die Ablehnung von Anträgen nicht nachvollziehbar.
- Die Antragsverfahren sind aufwändig und unzeitgemäß.
- Private und berufliche Probleme stellen eine Barriere dar.

### **Diskussion und Fazit**

Die Entwicklung der Inanspruchnahme von medizinischer Rehabilitation geht zu einem großen Teil auf demografische Effekte zurück: Bis 2017 steigen die abgeschlossenen Leistungen um 31%, während die altersstandardisierte Inanspruchnahme mit 3% nur geringfügig über dem Niveau von 2006 liegt. Der Verlauf der altersstandardisierten Inanspruchnahme bis 2010 verweist allerdings auch auf eine deutliche Ausweitung der Inanspruchnahme der Versicherten und nicht auf demografische Effekte. Inwieweit dies eine Überinanspruchnahme darstellt, bzw. welche Höhe der Inanspruchnahme das optimale Versorgungsniveau darstellt, kann mit dieser Untersuchung nicht geklärt werden und begründet weitere Forschung.

Die aus den Befragungen von Versicherten und Experten ermittelten Barrieren für die Beantragung von medizinischer Rehabilitation sind umfangreich. Viele dieser Ergebnisse entsprechen früheren Forschungsbefunden (Schwarz et al., 2015; Berghem, 2015).

Die Deutsche Rentenversicherung hat die Projektergebnisse sowie daraus abgeleitete erste Empfehlungen in den dafür zuständigen Gremien beraten und eine Projektgruppe mit dem Auftrag eingesetzt, den Bericht weiter auszuwerten und ein Gesamtkonzept für einen verbesserten Reha-Zugang zu entwickeln.

### **Literatur**

Berghem S. (2017). Gründe für den Antragsrückgang in der Rehabilitation für Kinder und Jugendliche aus der Sicht unterschiedlicher Prozessbeteiligter. DRV-Schriften Band 107. 389-391

- Deck R., Babaev V., Katalinic A. (2018). Gründe für die Nichtinanspruchnahme einer onkologischen Rehabilitation. Ergebnisse einer schriftlichen Befragung von Patienten aus onkologischen Versorgungszentren. *Rehabilitation*, 58. 253-252
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2019). Reha-Bericht 2019
- Moog S., Mohr S., Weiß J., Knittel T., Klein R., Madday C. (2019): Analyse des Antragsrückgangs bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation - Endbericht. Unveröffentlichter Abschlussbericht, Berlin: DRV Bund
- Schwarz B., Markin K., Salman R., Gutenbrunner C. (2015). Barrieren für Migranten beim Zugang in die medizinische Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. *Rehabilitation*, 54. 362-368

## **Subjektive Erwerbsprognose und Reha-Antragsintention bei Erwerbstätigen mit Rückenschmerzen**

*David Fauser<sup>1</sup>; Nadine Schmitt<sup>2</sup>; André Golla<sup>2</sup>; Wilfried Mau<sup>2</sup>; Matthias Bethge<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Universität zu Lübeck; <sup>2</sup> Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

### **Hintergrund und Zielstellung**

Die Bewilligung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch die Deutsche Rentenversicherung ist an persönliche Voraussetzungen gebunden, darunter eine Gefährdung der Erwerbsfähigkeit aufgrund von Krankheit oder Behinderung. Ein möglicher Indikator für eine solche Gefährdung ist die subjektive Erwerbsprognose, deren prognostische Relevanz in Kohortenstudien für die Rückkehr in Arbeit und die langfristige Erwerbsbeteiligung gezeigt wurde (Mittag et al., 2006; Kuijjer et al., 2006). Der tatsächlichen Antragstellung geht ein langer Prozess voraus, der Rehabilitationsbedürfnis und eine daraus resultierende Antragsintention voraussetzt. Eine Antragsintention ist assoziiert mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, sozialer Unterstützung durch Ärzte und Familie, früherer Rehabilitationserfahrung und Ergebniserwartungen an die Rehabilitation (Spanier et al., 2016). Ziel unserer Analyse war der Vergleich von Personen mit positiver und negativer subjektiver Erwerbsprognose, die Klärung, welche Determinanten eine Antragsintention bei negativer Erwerbsprognose beeinflussen und eine Quantifizierung des Anteils derjenigen Personen, die keine Beantragung medizinischer Rehabilitation beabsichtigen, obwohl die persönlichen Voraussetzungen wahrscheinlich gegeben sind.

### **Methoden**

Die Querschnittsdaten wurden 2017 im Rahmen einer prospektiven Beobachtungsstudie erhoben (Bethge et al. 2017; Deutsches Register Klinischer Studien: DRKS00011554). Eingeschlossen wurden erwerbstätige Personen (45-59 Jahre), die in den vorangegangenen vier Jahren keine Rehabilitation beantragt oder in Anspruch genommen, bisher keinen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt hatten und in den letzten drei Monaten Rückenschmerzen berichteten. Die subjektive Erwerbsprognose wurde mit der 3-Item-Skala zur Erfassung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit erfasst (0-3 Punkte; Werte  $\geq 2$  Punkte: negative subjektive Erwerbsprognose) (Mittag et al., 2006).

Die Unterschiede zwischen Personen mit positiver und negativer Erwerbsprognose wurden mittels t-Tests, Chi2-Tests und Effektstärken (Cohens d) berechnet. Anschließend wurde bei Personen mit negativer Erwerbsprognose die vorhergesagte Wahrscheinlichkeit für eine Antragsintention mittels Propensity Scores (PS) geschätzt (Austin, 2011). Somit konnte die Anzahl von Personen quantifiziert werden, die keinen Rehabilitationsantrag beabsichtigen, den Personen mit Antragsintention aber sehr ähnlich sind. Zur Berechnung der PS wurden 18 Variablen in die logistischen Regressionsmodelle (Modellgüte: adjustiertes McFadden R<sup>2</sup>) aufgenommen (1. Modell: Alter, Geschlecht, Gesundheit, Depressivität, Komorbidität, Angst-Vermeidung, Schmerzintensität, schmerzbezogene Einschränkungen, Arbeitsunfähigkeitszeiten der letzten 12 Monate; zusätzliche Variablen im 2. Modell: Wissen zur Rehabilitation, negative Ergebniserwartungen, soziale Unterstützung durch Familie/Freunde oder Arzt/Therapeuten sowie frühere Rehabilitationserfahrung).

## **Ergebnisse**

Analysiert wurden die Daten von 6.654 Personen (M = 52,2 Jahre alt (SD = 4,1); 57,6 % weiblich). 72,7 % (n = 4.838) der Teilnehmenden bewerteten ihre zukünftige Erwerbsfähigkeit als positiv. Eine negative subjektive Erwerbsprognose berichteten 1.816 Teilnehmende. Erwartungsgemäß zeigten sich deutliche Unterschiede mit mittleren und hohen Effektstärken hinsichtlich subjektiver Gesundheit (d = -0,93), Depressivität (d = 0,91), Angst-Vermeidungseinstellungen (körperliche Aktivität: d = 0,71; Arbeit: d = 1,00), Schmerzintensität (d = 0,67) und schmerzbezogenen Einschränkungen (d = 0,85). Ein Viertel der Personen mit negativer und 7,7 % der Personen mit positiver Erwerbsprognose blickte zudem auf Arbeitsunfähigkeitszeiten von mindestens sechs Wochen in den vergangenen 12 Monaten zurück (d = 0,47).

Von 1.816 Personen, die eine negative subjektive Erwerbsprognose berichteten, hatte lediglich ein Viertel vor, in den nächsten 12 Monaten einen Reha-Antrag zu stellen. 74,4 % beabsichtigten trotz der negativen subjektiven Erwerbsprognose keine Antragstellung. Gesundheitsbedingte Variablen erklärten dies kaum (1. Modell: McFadden R<sup>2</sup> = 0,03). Die Verteilungen der PS von Personen mit und ohne Antragsabsicht überlappten deutlich (Abb. 1). Eine fehlende Antragsintention wurde durch negative Ergebniserwartungen, soziale Unterstützung durch Familie oder Ärzte sowie früherer Rehabilitationserfahrung vorhergesagt (2. Modell: McFadden R<sup>2</sup> = 0,20). Die Wahrscheinlichkeit für eine Antragsintention bei Personen mit (PS = 0,45) und ohne (PS = 0,19) Antragsabsicht unterschied sich deutlich (Abb. 1). Auch hier überlappten die Verteilungen der PS: Bei 29,5 % der Personen ohne Antragsintention war der PS mindestens so hoch wie bei 75 % der Personen mit Antragsabsicht (25. Perzentil: PS ≥ 0,21).

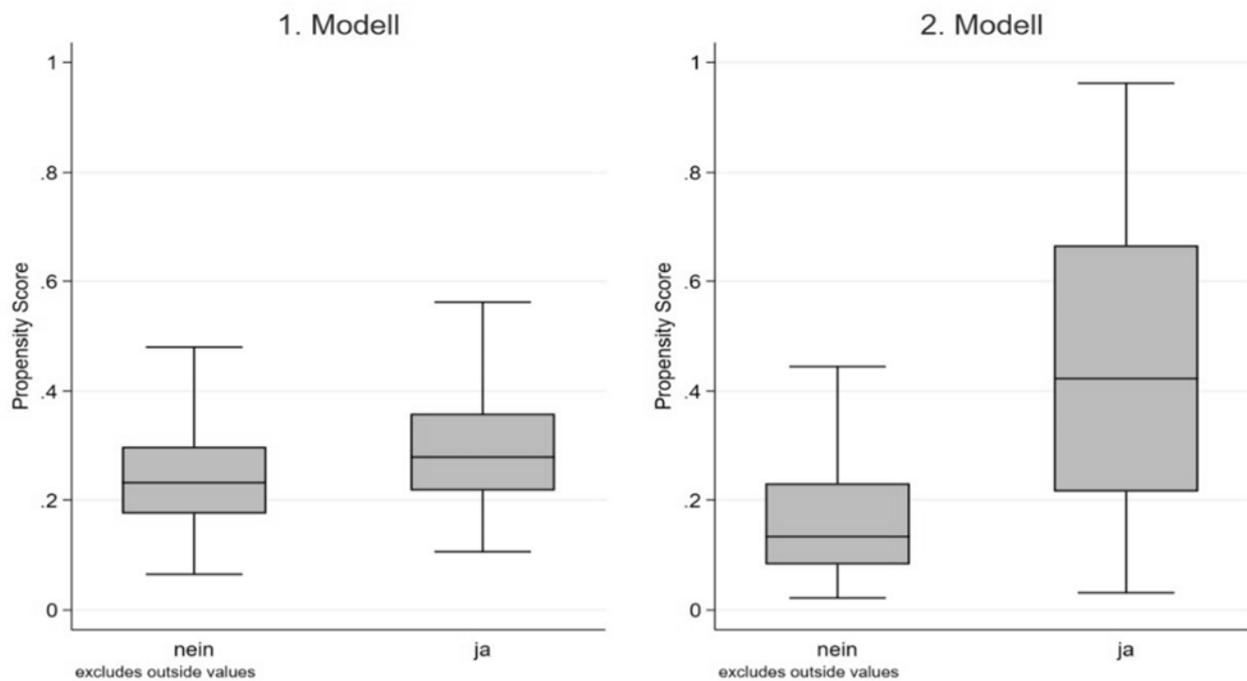


Abb 1. Wahrscheinlichkeit für Antragsintention aufgrund beobachteter Variablen

## Diskussion und Fazit

Personen mit positiver und negativer subjektiver Erwerbsprognose unterscheiden sich hinsichtlich verschiedener Variablen, die Rehabilitationsbedarf determinieren. Eine negative subjektive Erwerbsprognose ist mit vielfältigen Einschränkungen assoziiert und daher ein geeigneter Indikator, um die persönlichen Voraussetzungen für eine medizinische Rehabilitation zu operationalisieren. Drei Viertel der subjektiv stark eingeschränkten Personen planen keine Beantragung einer Rehabilitation. Die fehlende Antragsintention in dieser Gruppe lässt sich nur sehr eingeschränkt durch geringere gesundheitliche Beeinträchtigungen erklären. Stattdessen spielen Einstellungen zur Rehabilitation eine Rolle. Am stärksten wird die Antragsintention durch die erlebte soziale Unterstützung erklärt. Der intentionsstützenden Funktion von Ärzten und Therapeuten kommt daher eine besondere Bedeutung hinzu, um Betroffene über die Möglichkeit der medizinischen Rehabilitation und deren Ziele zu informieren und explizites Wissen über die Antragstellung zu vermitteln.

## Literatur

- Austin, P.C. (2011): An introduction to propensity score methods for reducing the effects of confounding in observational studies. *Multivariate Behavioral Research*, 46. 399-424.
- Bethge, M., Mattukat, K., Fauser, D., Mau, W. (2017): Rehabilitation access and effectiveness for persons with back pain: the protocol of a cohort study (REHAB-BP, DRKS00011554). *BMC Public Health*, 18. 22.
- Kuijjer, W., Groothoff, J.W., Brouwer, S., Geertzen, J.H.B., Dijkstra, P.U. (2006): Prediction of sickness absence in patients with chronic low back pain: a systematic review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 16. 439-467.
- Mittag, O., Meyer, T., Glaser-Möller, N., Matthis, C., Raspe, H. (2006): Vorhersage der Erwerbstätigkeit in einer Bevölkerungsstichprobe von 4225 Versicherten der LVA über einen Prognosezeitraum von fünf Jahren mittels einer kurzen Skala (SPE-Skala). *Gesundheitswesen*, 68. 294-302.

Spanier, K., Mohnberg, I., Peters, E., Michel, E., Radoschewski, M., Bethge, M. (2016): Motivationale und volitionale Prozesse im Kontext der Beantragung einer medizinischen Rehabilitationsleistung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 66. 242-248.

Förderung: Deutsche Forschungsgemeinschaft

## **Wahrgenommene Umweltbarrieren von Menschen mit Querschnittlähmung in Deutschland**

*Andrea Bökel; Christoph Gutenbrunner; Christian Sturm*

Medizinische Hochschule Hannover

### **Hintergrund und Zielstellung**

UN als auch WHO fordern die Erhebung von international vergleichbaren Daten zur Lebens- und Versorgungssituation von Menschen mit Beeinträchtigungen. Der International Spinal Cord Injury (InSCI) Community Survey kommt dieser Forderung am Beispiel von Menschen mit Querschnittlähmungen nach. Des Weiteren sind reliable nationale Daten auch erforderlich, um eine optimale Versorgung zu gewährleisten (WHO, 2013). Für Personen mit Querschnittlähmungen lagen bisher nur wenige und meist Daten über diagnostische oder therapeutische Interventionen vor. InSCI hat das Ziel durch eine Datenerhebung in 22 Ländern Handlungsempfehlungen für Entscheidungsträger in der Politik und im Gesundheitssektor zu entwickeln (Gross-Hemmi et al., 2017). Ziel war es u.a. wahrgenommene Umweltbarrieren und deren Einfluss auf die Teilhabe zu erheben. Dabei handelt es sich um Barrieren durch die Einstellungen der Gesellschaft oder nahestehender Personen, finanzielle Barrieren, fehlende Hilfsmittel oder inadäquate Barrierefreiheit im öffentlichen und privaten Raum.

### **Methoden**

Im Rahmen der internationalen Querschnittsstudie InSCI wurde in Deutschland der German Spinal Cord Injury Survey (GerSCI) durchgeführt. Im Jahr 2017 erhielten Patientinnen und Patienten (n=5.598) aus acht spezialisierten Behandlungszentren für Querschnittlähmung in Deutschland einen 22-seitigen Fragebogen. Alle Items sind einem ICF-Kode aus dem ICF Rehabilitation Set (Prodinger et al., 2016) und dem Brief ICF Core Set for SCI (Cieza et al., 2010) zugeordnet. Dieser wurde vom InSCI-Studienzentrum entwickelt und später ins Deutsche übersetzt. Eingeschlossen wurden Personen mit der Diagnose Querschnittlähmung, die älter 18 Jahre waren und die Erst-Rehabilitation abgeschlossen hatten (Bökel et al., 2019). Zur Erhebung der wahrgenommenen Umweltbarrieren wurde der Nottwil Environmental Factors Inventory Short Form angewendet (Reinhardt et al., 2016).

### **Ergebnisse**

Die vier prominentesten Umweltbarrieren waren mangelnde Barrierefreiheit der Wohnungen von Freunden und Verwandten, ungünstige klimatische Bedingungen sowie mangelnde

Barrierefreiheit im öffentlichen Raum und im Personenverkehr. Mehr als die Hälfte der Befragten erfuhren diese Barrieren und gaben an, dass sie „ihr Leben schwieriger machten“. Eine explorative Faktorenanalyse zur Prüfung der Instrumentstruktur identifizierte drei Faktoren: „Ausstattung“, „Einstellungen“ und „Umwelt“. Die vier prominentesten Barrieren gehörten zum Faktor „Umwelt“. Durchschnittlich wurden beim Faktor „Ausstattung“ 0,91 von 5 Barrieren wahrgenommen, beim Faktor „Einstellungen“ 0,56 von 4 Barrieren und beim Faktor „Umwelt“ 2,55 von 5 Barrieren.

### **Diskussion und Fazit**

Erfreulicherweise fiel die Anzahl der Durchschnittswerte beim Faktor „Einstellungen“ sehr niedrig aus, d.h. dass die Einstellungen gegenüber Menschen mit Querschnittlähmung keine gravierende Barriere darstellten. Etwas häufiger waren Barrieren, die die Ausstattung betrafen problematisch für die Befragten. Es wurde deutlich, dass der Faktor „Umwelt“, d.h. mangelnde Barrierefreiheit im privaten als auch öffentlichen Raum sowie unzureichend barrierefreie Transportmittel im öffentlichen Verkehr das Leben von Menschen mit Querschnittlähmung in Deutschland erschwerten. Diese Ergebnisse decken sich mit den Ergebnissen einer 2013 in der Schweiz durchgeführten Studie (Reinhardt et al., 2016).

Die deutlich häufigere Nennung von Barrieren in der "Umwelt" zeigen einen dringenden Handlungsbedarf. Da diese modifizierbar sind, sollte ein politisches Engagement insbesondere hier ansetzen.

### **Literatur**

- Bökel A., Blumenthal M., Egen C., Geng V., Gutenbrunner C., beteiligte Behandlungszentren für Menschen mit Querschnittlähmung Querschnittlähmung in Deutschland: Eine nationale Befragung (German Spinal Cord Injury Survey (GerSCI) Teilprojekt des Spinal Cord Injury Community Survey (InSCI)). Projektbericht, Hannover. URL: [https://mhh-publikationsserver.gbv.de/receive/mhh\\_mods\\_00000640](https://mhh-publikationsserver.gbv.de/receive/mhh_mods_00000640)
- Cieza A., Kirchberger I., Biering-Sørensen F., Baumberger M., Charlifue S., Post M.W., Campbell R., Kovindha A., Ring H., Sinnott A., Kostanjsek N., Stucki G. (2010) ICF Core Sets for individuals with spinal cord injury in the long-term context. *Spinal cord* 48:305–312.
- Gross-Hemmi M.H., Post M.W.M., Ehrmann C., Fekete C. Hasnan N., Middleton J.W., Reinhardt J.D., Strøm V., Stucki G. (2017) Study Protocol of the International Spinal Cord Injury (InSCI) Community Survey. *Am J Phys Med Rehabil* 96:S23-S34.
- Prodinger B., Cieza A., Oberhauser C., Bickenbach J., Üstün T.B., Chatterji S., Stucki G. (2016) Toward the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Rehabilitation Set: A Minimal Generic Set of Domains for Rehabilitation as a Health Strategy. *Archives of physical medicine and rehabilitation* 97:875–884.
- Reinhardt J.D., Ballert C., Brinkhof M.W.G., Post M.W.M. (2016) Perceived impact of environmental barriers on participation among people living with spinal cord injury in Switzerland. *Journal of rehabilitation medicine* 48:210–218.
- WHO (2013) International Perspectives on Spinal Cord Injury. World Health Organization, Geneva.

Förderung: Manfred-Sauer-Stiftung

# Zugang zu onkologischen Rehabilitationsmaßnahmen: Clusteranalysen zu Zugangswegen, Informationsangeboten, Kenntnissen und Erwartungen

*Katharina Dietzel<sup>1</sup>; Marina Jost<sup>1</sup>; Silke Jankowiak<sup>1</sup>; Julia Dannenmaier<sup>1</sup>; Gert Krischak<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup> Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm (IFR Ulm);

<sup>2</sup> Federseeklinik

## Hintergrund und Zielstellung

Onkologische Rehabilitationsmaßnahmen sind nach einer Krebsdiagnose und der damit verbundenen Behandlung indiziert, um bezüglich der entstandenen physischen und psychosozialen Belastungen, Folgen und Herausforderungen zu intervenieren. Die Wirksamkeit onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen wurde bereits in unterschiedlichen Studien belegt (Teichmann, 2002; Haaf, 2005). Dennoch liegt die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen bei Krebspatienten nur bei rund 50% (Deck et al., 2019). Aufklärungsangebote zu Inhalten und Zielen der Rehabilitation sowie der Informationsstand der Patienten und die Unterstützung bei der Antragstellung sind Einflussfaktoren, die die Inanspruchnahme von onkologischen Rehabilitationsmaßnahmen bedingen (Nellessen-Martens et al., 2011; Schmidt et al., 2014).

Ziel dieser Studie war es, natürliche Gruppierungen in der Studienpopulation bezüglich der drei Zielgrößen Zugangswege (wer berät bzw. unterstützt bzgl. Reha und Reha-Antrag), Informationsangebote (Nutzen und Zufriedenheit) sowie Kenntnisstand und Erwartungen (zu Reha-Maßnahmen) anhand von Clusteranalysen zu bestimmen, diese zu beschreiben, Auffälligkeiten festzustellen und die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen der jeweiligen Cluster zu untersuchen.

## Methoden

Zu den genannten Zielgrößen wurden hierarchisch agglomerative Clusteranalysen (Jaccard-Koeffizient, Ward-Algorithmus) auf Patientenebene durchgeführt. Grundlage der Clusteranalysen waren Befragungsdaten einer prospektiven Kohortenstudie (n=55) zum Zugang und zur Inanspruchnahme onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen der Brust-, Prostata- und Darmkrebspatienten nach Primärbehandlung aus verschiedenen Versorgungseinrichtungen (Krebsberatungsstellen, Selbsthilfegruppen, Schwerpunktpraxen, Tumorzentren, Sozialdienste) in Baden-Württemberg. Die Bestimmung der Clusteranzahl je Zielgröße verlief in einem iterativen Prozess, wobei unterschiedliche Testgrößen und inhaltsanalytischen Methoden herangezogen wurden. Zur Beschreibung der gebildeten Cluster und um die Cluster auf mögliche Clusterauffälligkeiten zu überprüfen, wurden weitere Analysen (z.B. Chi<sup>2</sup>-Test, Kruskal-Wallis-Test) durchgeführt.

## Ergebnisse

Zur Stichprobenbeschreibung der genutzten Befragungsdaten wurden folgende Merkmale herangezogen: n=55; 67% weiblich; 69% Brust, 29% Prostata, 2% Darm; Alter bei Diagnose 57±9 Jahre; Reha-Inanspruchnahme 84%.

Die Clusteranalyse zu den Zugangswegen ergab eine 4-Cluster-Lösung (Cluster 1 (n=16): Personen, die vom Sozialdienst informiert und unterstützt wurden; Cluster 2 (n=20):

Personen, die vom Arzt in der Akutklinik oder Sozialdienst informiert und vom Sozialdienst unterstützt wurden; Cluster 3 (n=5): Personen, die durch verschiedene Informationsquellen (Sozialdienst, Selbstrecherche, Sonstiges) informiert wurden und keine Reha beantragten; Cluster 4 (n=14): Personen, die vom Arzt in der Akutklinik oder in Selbstrecherche informiert wurden und verschiedene Unterstützungsquellen hatten). Die Cluster unterschieden sich signifikant bezüglich der Inanspruchnahme einer Rehabilitationsmaßnahme ( $p=0,0026$ ). Personen aus Cluster 3, nahmen im Gegensatz zu Cluster 1 (88%), Cluster 2 (95%) und Cluster 4 (86%), nur zu 20% eine Rehabilitation in Anspruch. Diese Untersuchungsteilnehmer gaben im Vergleich zu Personen aus Cluster 1, 2 und 4 ein geringeres Ausmaß an Belastung durch die Krebserkrankung an (NCCN Distress Thermometer) ( $6\pm 3$ ) und eine höhere Inanspruchnahme von Maßnahmen außerhalb der herkömmlichen Behandlungsorte (60%).

In der Clusteranalyse zur Zielgröße Informationsangebote wurden die Untersuchungsteilnehmer in 3 Cluster gruppiert (Cluster 1 (n=21): Personen, die umfassend informiert wurden und keine weiteren Fragen hatten; Cluster 2 (n=28): Personen, die umfassend informiert wurden und noch einige bestimmte Fragen hatten; Cluster 3 (n=6): Personen, die nicht zufrieden mit den Informationen waren und noch offene Fragen hatten). Die Reha-Inanspruchnahme von Cluster 3 mit 67% war im Gegensatz zu Cluster 1 (76%) und 2 (92%) geringer. Zudem wies das Ausmaß der Belastung durch die Krebserkrankung von Cluster 3 mit einem Mittelwert von  $6\pm 4$  geringere Werte als Cluster 1 ( $7\pm 3$ ) und 2 ( $7\pm 2$ ) auf. Eine signifikante Abhängigkeit zeigte sich zwischen der Clusterzugehörigkeit und der Merkmalsausprägung der Inanspruchnahme sonstiger Behandlungsorte ( $p=0,0062$ ). Mit 83% erhielten Untersuchungsteilnehmer des Cluster 3 in sonstigen Behandlungsorten Interventionen aufgrund ihrer Krebserkrankung (Cluster 1: 14%; Cluster 2: 29%).

Durch die Clusteranalyse zum Kenntnisstand und Erwartungen zu onkologischen Rehabilitationsmaßnahmen der Untersuchungsteilnehmer konnten 3 Cluster identifiziert werden (Cluster 1 (n=42): Personen, die die Inhalte der Rehabilitation kannten und umfassende Erwartungen an die Reha hatten; Cluster 2 (n=7): Personen, die die Inhalte nicht kannten, aber umfassende Erwartungen an die Reha hatten; Cluster 3 (n=6): Personen, die die Inhalte teilweise kannten, aber nicht wussten wie sie eine Reha beantragen und wenige Erwartungen an die Reha hatten). Bezüglich der Reha-Inanspruchnahme unterschieden sich die Cluster signifikant ( $p=0,0234$ ) (Cluster 1: 91%; Cluster 2: 71%; Cluster 3: 50%). Personen aus Cluster 1 verfügten zu 48% über Vorerfahrungen zu Rehabilitationsmaßnahmen aus früheren Reha-Inanspruchnahmen. In Cluster 2 (0% frühere Reha-Inanspruchnahme) und Cluster 3 (17% frühere Reha-Inanspruchnahme) waren solche Vorerfahrungen wenig bis gar nicht vorhanden. Bei Cluster 2 konnte bezüglich dem Ausmaß der Belastung durch die Krebserkrankung der geringste Wert ermittelt werden ( $5\pm 2$ ).

## **Diskussion und Fazit**

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse der Clusteranalysen, dass natürliche Gruppierungen bedingt durch die Zielgrößen in der Studienpopulation bestimmt werden können. Es scheint Zusammenhänge zwischen den Zielgrößen, den Merkmalen (Behandlungsort, Ausmaß der Belastung, früherer Reha-Inanspruchnahme) und der Inanspruchnahme von Reha-Maßnahmen zu geben. Diese explorativen Clusteranalysen geben Hinweise, worauf eine Zugangsteuerung zu onkologischen

Rehabilitationsmaßnahmen fokussieren könnte. Die Clusteranalysen basieren jedoch auf einer kleinen Stichprobe (n=55), so dass die Ergebnisse kritisch betrachtet werden sollten.

### **Literatur**

- Deck, R., Babaev, V., Katalinic, A. (2019). Gründe für die Nichtinanspruchnahme einer onkologischen Rehabilitation. Ergebnisse einer schriftlichen Befragung von Patienten aus onkologischen Versorgungszentren. *Die Rehabilitation*, 58(04), 243-252.
- Haaf, H. G. (2005). Ergebnisse zur Wirksamkeit der Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 44(05), e1-e20.
- Nellessen-Martens, G., Kowalski, C., Ansmann, A., Pfaff, H. (2011): Werden Brustkrebspatientinnen über die Möglichkeiten von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen und Rehabilitationssport in den Brustzentren (ausreichend) informiert?. *Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium*, 20. 417-418.
- Schmidt, H., Abraham, J., Landenberger, M., Jahn, P. (2014): Überleitung onkologischer Patienten aus der akutstationären Behandlung in die Anschlussrehabilitation: Erste Ergebnisse einer Befragung deutsche Rehabilitationskliniken. *Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium*, 23. 410-412.
- Teichmann, J. V. (2002). Onkologische Rehabilitation: Evaluation der Effektivität stationärer onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen. *Die Rehabilitation*, 41(01), 53-63.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

### Deutlich reduzierte Exazerbationsraten 3 Monate und 1 Jahr nach pneumologischer Rehabilitation bei Rehabilitanden mit nicht kontrolliertem Asthma - Sekundärergebnisse der EPRA-RCT

Konrad Schultz<sup>1</sup>; Larissa Schwarzkopf<sup>2,3</sup>; Boglarka Szentes<sup>2,3</sup>; Dennis Nowak<sup>3,4</sup>; Michael Schuler<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Klinik Bad Reichenhall, Zentrum für Rehabilitation, Pneumologie und Orthopädie der DRV Bayern Süd; <sup>2</sup> Helmholtz Zentrum München; <sup>3</sup> Comprehensive Pneumology Center Munich (CPC-M), Member of the German Center for Lung Research (DZL);

<sup>4</sup> Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München;

<sup>5</sup> Julius Maximilian Universität Würzburg

#### Hintergrund und Zielstellung

Exazerbationen verschlechtern den klinischen Verlauf, die Lungenfunktion und die Lebensqualität von Asthmatikern. Eine Exazerbation innerhalb der letzten 12 Monate ist ein Definitionskriterium für ein nicht kontrolliertes Asthma und ist zudem ein wichtiger Prädiktor für auch zukünftig fehlende Asthmakontrolle („future risk“) (Global Initiative for Asthma (GINA), 2019, Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), 2018). Bisher gibt es aus Deutschland keine Daten zur Häufigkeit von Asthma-Exazerbationen vor und nach pneumologischer Rehabilitation.

#### Methoden

Sekundäranalyse der Daten der EPRA-Studie (Effektivität pneumologischer Rehabilitation bei Asthma (Schultz et al., 2017, Schultz et al., 2018)). Die Studie beinhaltet ein zweigeteiltes Studiendesign: 1. eine randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie (RCT) mit Wartegruppensdesign; 2. eine sich an die RCT anschließende prospektive Beobachtungsstudie über 12 Monate: Hier werden von allen Patienten Daten bis 12 Monate nach Ende der PR erhoben. (s. Abb. 1)

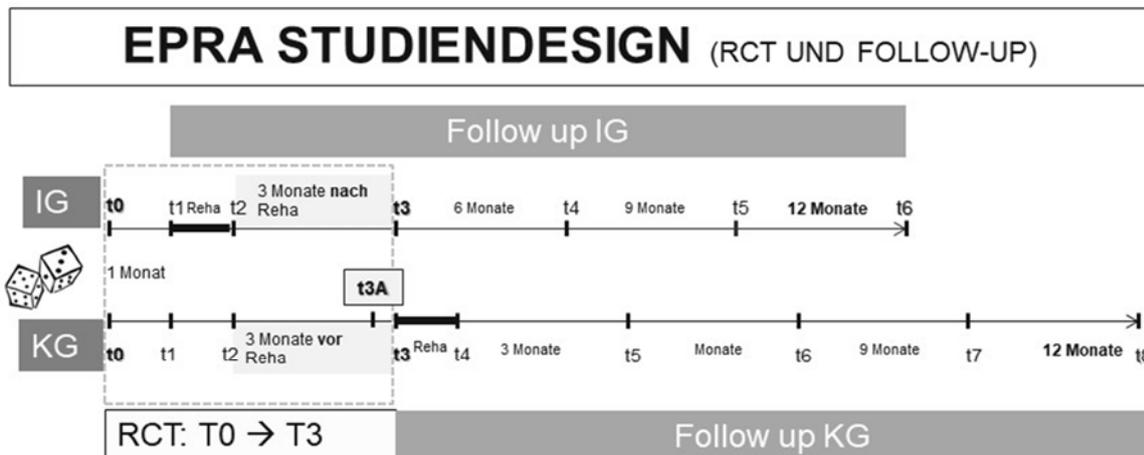


Abb. 1: Studiendesign der EPRA-Studie: RCT (Randomized Controlled Trial) mit Wartegruppendesign und einjährigem Follow-up beider Studiengruppen bis 1 Jahr nach Ende der Rehabilitation. IG = Interventionsgruppe, KG = Kontrollgruppe.

6/2015 bis 8/2017 wurden 412 erwachsene Patienten (mittleres Alter  $51,1 \pm 8,8$ J, 42,5% Frauen) mit nicht kontrolliertem Asthma (Asthmakontrolltest, ACT < 20 Pkt.) nach Antragsbewilligung (T0) randomisiert entweder der IG (n=202) oder der KG (n=210) zugeteilt. Zum Zeitpunkt des Studieneinschlusses wurde bei allen 412 Asthmatikern standardisiert per Fragebogen erhoben, ob und wie oft in den letzten 12 Monaten eine Exazerbation ihres Asthmas aufgetreten ist und ob sie in den letzten 3 Monaten mindestens einen Steroidstoß mit Kortisontabletten durchführen mussten (Kriterium einer Exazerbation). Die Frage nach einer Exazerbation in den vergangenen 12 Monaten wurde den Patienten 1 Jahr nach Ende der Rehabilitation erneut gestellt (Follow-up-Teil der Studie). Im Rahmen des RCT-Teils der EPRA-Studie wurden zudem die Patienten der Wartegruppe (KG) 2 Wochen vor Beginn ihrer Reha (T3A) und die Patienten der frühen Reha-Gruppe (IG) 3 Monate nach Ende ihrer Reha (T3) befragt, ob sie in den letzten 3 Monaten einen systemischem Kortisonstoß durchführen mussten. Zur statistischen Analyse wurden logistische Regressionsanalysen und McNemar-Tests durchgeführt.

## Ergebnisse

Der Anteil von Probanden, die im Vierteljahr bis T3 (IG) bzw. T3A (KG) mindestens einen Steroidstoß durchführen mussten, hatte nach der Reha (gegenüber den 3 Monaten vor Studieneinschluss) in der IG deutlich von 38,1 auf 16,3% abgenommen. Demgegenüber blieb dieser Prozentsatz in der noch nicht rehabilitierten KG mit 29,6% nahezu unverändert (Odds Ratio=0,424 [95% Konfidenzintervall: 0,249; 0,722]).

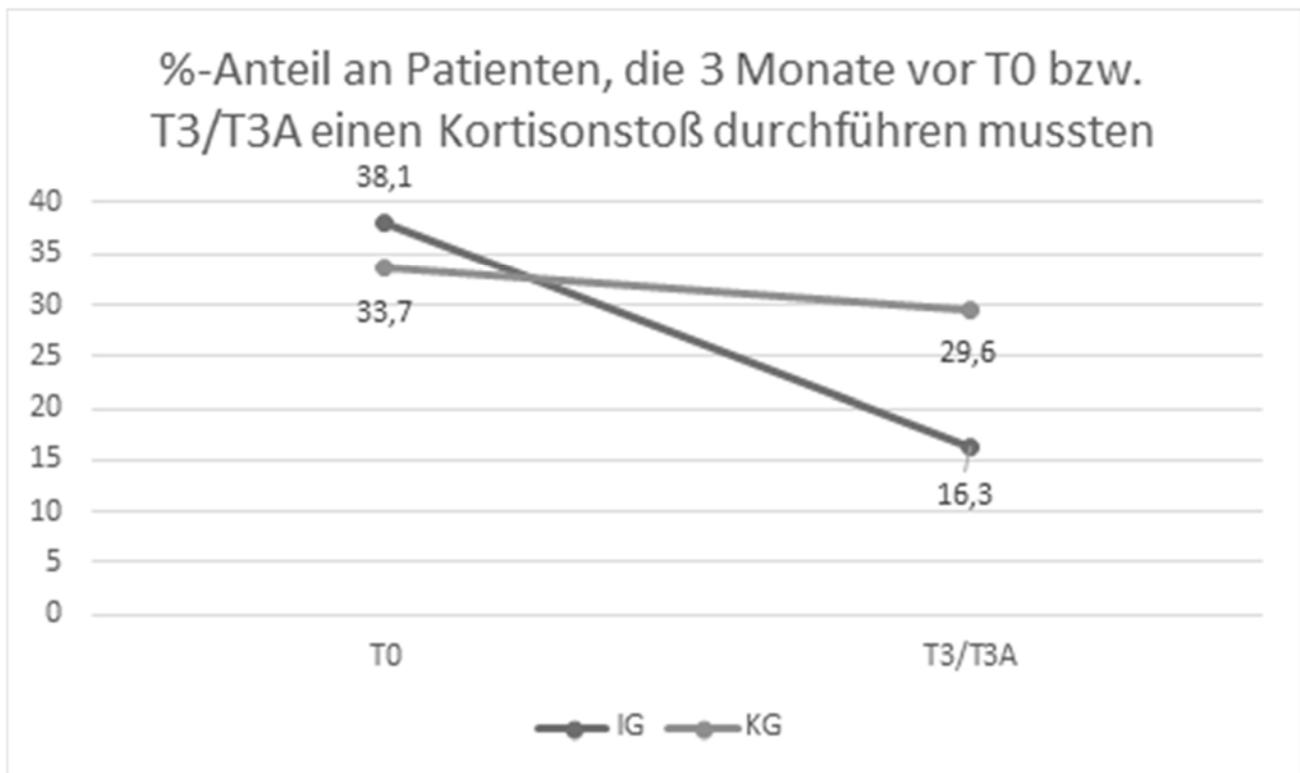


Abb. 2: Prozentualer Anteil der Patienten, die im letzten Vierteljahr vor Studieneinschluss bzw. vor T3/T3A einen Kortisonstoß mit Kortison-Tabletten durchführen mussten (als Kriterium einer Exazerbation).

Zu T0 gaben 87,8% der Patienten (gepoolte Daten beider Gruppen) an, im Jahr vor Studieneinschluss mindestens eine (im Median 3) Exazerbation gehabt zu haben. Im Jahr nach der Rehabilitation reduzierte sich dieser Anteil signifikant ( $p < 0,01$ ) auf 58,1%, wobei die Patienten im Median nur noch 2 Exazerbationen berichteten.

### Diskussion und Fazit

Der Anteil an Patienten mit Asthmaexazerbationen wurde als ein klinisch relevanter sekundärer Outcome der EPRA-RCT im Jahr vor Studieneinschluss und 1 Jahr nach Reha im Rahmen des Follow-up-Teils der EPRA-Studie erfasst und reduzierte sich deutlich. Im Rahmen des RCT-Teils der EPRA-Studie wurde die Exazerbationshäufigkeit über die notwendigen Steroidstöße erfasst. Auch hier nahm in der zu diesem Zeitpunkt bereits rehabilitierten IG (3 Monate nach der Entlassung aus der Klinik) der Anteil der Patienten, die einen Kortisonstoß durchführen mussten, deutlich ab, während er in der noch nicht rehabilitierten KG nahezu unverändert blieb. Diese Ergebnisse zeigen, dass eine pneumologische Rehabilitation bei Patienten mit nicht kontrolliertem Asthma zu einer relevanten Reduktion von Asthmaexazerbationen führt.

### Literatur

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). (2018): Nationale VersorgungsLeitlinie Asthma – Langfassung, 3. Auflage. Version 1. 2018. [www.asthma.versorgungsleitlinien.de](http://www.asthma.versorgungsleitlinien.de).

Global Initiative for Asthma (GINA) (2019): The Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2019. <http://ginasthma.org>.

Schultz K., Seidl H., Jelusic D., Wagner R., Wittmann M., Faller H., Nowak D., Schuler M. (2017): Effectiveness of pulmonary rehabilitation for patients with asthma: study protocol of a randomized controlled trial (EPRA). *BMC Pulm Med.* 2017;17(1):49. doi: 10.1186/s12890-017-0389-3.

Schultz K., Wittmann M., Wagner R., Lehbert N., Schwarzkopf L., Szentes B., Nowak D., Faller H., Schuler M. (2019): Asthmakontrolle 3, 6 und 12 Monate nach stationärer pneumologischer Rehabilitation (EPRA-Studie). In: Hsrg. Deutsche Rentenversicherung Bund: Gemeinsamer Tagungsband: 28. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung und 15th Congress of EFRR Congress of the European Forum for Research in Rehabilitation. DRV-Schriften Band 117, Berlin 2019. S. 358 – 361.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd

## **Effekt einer schrittzählerbasierten Verhaltensintervention auf das Bewegungsverhalten von Personen mit COPD 6 Wochen und 6 Monate nach einer pneumologischen Rehabilitation. Ergebnisse der randomisiert-kontrollierten STAR-Studie**

*Wolfgang Geidl<sup>1</sup>; Johannes Carl<sup>1</sup>; Michael Schuler<sup>2</sup>; Nicola Lehbert<sup>3</sup>; Michael Wittmann<sup>3</sup>; Konrad Schultz<sup>3</sup>; Klaus Pfeifer<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg; <sup>2</sup> Julius Maximilian Universität Würzburg; <sup>3</sup> Klinik Bad Reichenhall, Zentrum für Rehabilitation Pneumologie und Orthopädie der DRV Bayern Süd

### **Hintergrund und Zielstellung**

Bewegungsförderung ist ein zentrales Ziel der pneumologischen Rehabilitation (PR) (Spruit et al., 2013), allerdings sind die langfristigen Effekte der PR auf das Bewegungsverhalten häufig eher gering (Geidl et al., 2017a). Dieser Beitrag zielt auf die Überprüfung der Effektivität einer schrittzählerbasierten Verhaltensintervention im Rahmen der stationären PR auf das Bewegungsverhalten von Menschen mit chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) 6 Wochen und 6 Monate nach der PR.

### **Methoden**

Im Rahmen der STAR-Studie (Stay-Active-After-Rehabilitation; Geidl et al., 2017b) trugen 354 Personen mit COPD 2 Wochen vor (T0) sowie 6 Wochen (T3) und 6 Monate (T4) nach der PR sieben Tage lang einen triaxialen Beschleunigungsmesser (Actigraph wGT3X). Zusätzlich zur stationären Rehabilitation erhielt die Interventionsgruppe (IG) innerhalb der Bewegungstherapie eine schrittzählerbasierte Verhaltensintervention (Selbstbeobachtung mittels Schrittzähler und Bewegungstagebuch, Zielsetzungstraining von 2 x 45 min) und die Kontrollgruppe (KG) eine Wiederholung bewegungsbezogener Schulungselemente. Die Veränderungen über die Zeit wurden mittels t-Test für abhängige Stichproben, die zwischen den Gruppen nach dem Intention-to-treat Prinzip mittels Kovarianzanalysen unter Einbezug

der Baselinewerte analysiert. Berichtet werden adjustierte Mittelwertsdifferenzen (AMD). Personen mit fehlenden Werten wurden mittels multipler Imputation in die Analysen einbezogen.

## **Ergebnisse**

Von 337 Personen mit COPD liegen auswertbare Daten vor. IG und KG steigern von T0 zu T3 und T4 signifikant (alle  $p < 0,05$ ) sowohl ihre täglichen Schritte (IG [T0,T3,T4]: 5815, 6984, 6546; KG [T0,T3,T4]: 5902, 6710, 6250) als auch ihre tägliche Minutenanzahl in moderat-intensiver Aktivität (IG [T0,T3,T4]: 29, 37, 33; KG [T0,T3,T4]: 30, 34, 32). Jedoch konnten weder in der Schrittzahl (AMD [T3] = 344,01; AMD [T4] = 360,8) noch zu der moderat-intensiven Aktivität (AMD [T3] = 3,53; AMD [T4] = 2,32) signifikante Unterschiede zwischen IG und KG aufgezeigt werden (alle  $p < 0,05$ ).

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse belegen einen positiven Effekt der Rehabilitation auf das Bewegungsverhalten von Menschen mit COPD 6 Wochen und 6 Monate nach der Rehabilitation. Die zusätzliche schrittzählerbasierte Verhaltensintervention war jedoch nicht in der Lage, diesen positiven Effekt auf das Bewegungsverhalten zusätzlich zu verstärken.

Die anstehenden Analysen zur Prädiktion von Bewegungsverhaltensänderungen auf Basis des Modells der Bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz (Sudeck et al., 2016) fördern das Verständnis von Veränderungen des Aktivitäts- und Sitzverhaltens. Die weiteren Ergebnisse der STAR-Studie bilden damit die Basis für eine optimierte Bewegungsförderung innerhalb der Rehabilitation.

## **Literatur**

- Geidl, W., Cassar, S., Schultz, K., Leibert, N., Wingart, S., Pfeifer, K. (2017a): Körperlich aktiver Lebensstil nach einer pneumologischen Rehabilitation bei COPD - Wunsch oder Wirklichkeit? *Atemwegs- und Lungenerkrankungen*, 43. 269-275. Doi: 10.5414/ATX02188.
- Geidl, W., Semrau, J., Streber, R., Leibert, N., Wingart, S., Tallner, A., Wittmann, M., Wagner, R., Schultz, K., Pfeifer, K. (2017b): Effects of a brief, pedometer-based behavioral intervention for individuals with COPD during inpatient pulmonary rehabilitation on 6-week and 6-month objectively measured physical activity. Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 18. Doi: 10.1186/s13063-017-2124-z
- Spruit, M., Singh, S., Garvey, C., ZuWallack, R., Nici, L., Rochester, C. (2013): An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 188. e13-e64. Doi: 10.1164/rccm.201309-1634ST.
- Sudeck, G., Pfeifer, K. (2016): Physical activity-related health competence as an integrative objective in exercise therapy and health sports - conception and validation of a short questionnaire. In: *Sportwiss* 46 (2), S. 74-87. DOI: 10.1007/s12662-016-0405-4.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd

# Ist Neuromuskuläre Elektrostimulation (NMES) bei COPD effektiv als zusätzliche Therapiemaßnahme in der Rehabilitation?

Wolfgang Klingebiel<sup>1</sup>; Jan Kaufmann<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hochschule Fresenius; <sup>2</sup> RehaCentrum Hamburg GmbH

## Hintergrund und Zielstellung

NMES findet zunehmende Beachtung als komplementäre bzw. alternative Maßnahme zum herkömmlichen körperlichen Training bei schlecht belastbaren COPD-Patienten, da durch ihre Anwendung starke Kontraktionen der Skelettmuskulatur bei nur geringer Anregung des kardiopulmonalen Systems ausgelöst werden können (Sillen et al., 2008).

Für evidenzbasierte Therapieempfehlungen existiert derzeit noch keine ausreichende Datenlage. Einige Studien geben jedoch Hinweise auf den möglichen Nutzen einer NMES-Behandlung der Beinmuskulatur bei Patienten mit schwerer bis sehr schwerer COPD und schlechter körperlicher Belastbarkeit (Vivodtzev et al., 2013). Direkt nach akuter Exazerbation zeigt eine 6-wöchige NMES-Behandlung ebenfalls Effekte i.S. einer verbesserten körperlichen Belastbarkeit (Abdellaoui et al., 2011). Bei Patienten mit stabiler COPD wurden ähnliche Effekte durch die zusätzliche NMES-Behandlung im Rahmen eines 8-wöchigen Rehabilitationsprogramms beobachtet (Sillen et al., 2014).

Die vorliegende Untersuchung soll daher prüfen, ob bei Patienten mit stabiler COPD die zusätzliche Anwendung der NMES auch während eines 3-wöchigen ambulanten Rehabilitationsprogramms effektiver ist als das Rehabilitationsprogramm allein.

## Methoden

Studienteilnehmer: 34 Patienten mit einer COPD (Schweregrad GOLD III-IV und MMRC-Werte 2-4) im Rahmen einer 3-wöchigen ambulanten pneumologischen Rehabilitationsmaßnahme (14 Therapietage).

Studiendesign: randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie (Untersucher verblindet), 17 Patienten je Studienarm. Positives Ethikvotum der Ärztekammer Hamburg (PV3330).

Standard-Bewegungstherapieprogramm: durchschnittlich 110 Minuten aktive Therapien (u.a. medizinische Trainingstherapie, Atemgymnastik und Koordinationstraining) täglich.

Interventionsgruppe: zusätzlich zum Standard-Therapieprogramm täglich NMES-Behandlungen. Stimulationsprotokoll: 2x15 Minuten/Tag in sitzender Position, M. quadriceps bds., Phasendauer 200 µs, Frequenz 35 Hz, on/off 7s/14s, maximal tolerierte Stromstärke.

Outcome-Parameter: Gehstrecke im 6-Minuten-Gehtest und SF-36-Scores, Interleukin-6 (IL-6).

Statistik: Varianzanalyse mit Messwertwiederholung im 2x2-Design (prä vs. post x mit vs. ohne NMES). Post-hoc Analysen mittels T-Test, Signifikanzniveau  $p < 0,05$ . Software: SPSS 20.

## Ergebnisse

Studienbeginn (alle Probanden): Alter: 61,2 ±6,5 Jahre, Gewicht: 80,2 ±19,2 kg, Größe: 172,4 ±8,4 cm, FEV1: 1,45 ±0,50 l, FEV1 (% pred): 47,01 ±16,23, FEV1/VCin: 44,79%, VCin 3,05

$\pm 0,73$  l, VCin (% pred)  $82,06 \pm 17,29$ , RV:  $4,11 \pm 1,14$  l, RV (% pred)  $188,85 \pm 53,55$ , CRP-hs:  $2,20 \pm 1,88$  mg/l, IL-6:  $2,77 \pm 1,88$  pg/ml, Fibrinogen:  $3,54 \pm 1,07$   $\mu$ g/l, Strecke im 6-Minuten-Gehtest:  $422 \pm 98$  m, SF-36: körperliche Summenskala  $32,9 \pm 7,4$ , psychologische Summenskala  $49,1 \pm 13,5$ . Unterschiede zwischen beiden Gruppen für alle Parameter nicht signifikant.

6-Minuten-Gehtest: Intragruppen-Vergleich pre-post: signifikanter Anstieg der Gehstrecke in der NMES-Gruppe ( $+20,9 \pm 43,2$  m,  $p=0,037$  einseitig), in der Kontrollgruppe keine signifikante Veränderung ( $+14,5 \pm 42,3$  m,  $p=0,100$ ). In der ANOVA (pre-post und zwischen den Gruppen) erhöht sich die Gehstrecke in beiden Gruppen signifikant ( $p=0,029$ ), zwischen den Gruppen ist der Unterschied nicht signifikant.

SF-36: Intragruppen pre-post-Vergleich: keine signifikanten Unterschiede für die körperliche Summenskala ( $p=0,11$ ) bzw. psychische Summenskala ( $p=0,36$ ). Intergruppenvergleich ergibt keinen signifikanten Unterschied zu beiden Messzeitpunkten.

Interleukin-6: Intragruppenvergleich pre-post: signifikante Verringerung für die NMES-Gruppe ( $-0,67 \pm 0,978$  pg/ml,  $p=0,019$ ), bei nicht-signifikanter Veränderung in der Kontrollgruppe ( $-0,32 \pm 2,63$  pg/ml,  $p=0,645$ ). Die ANOVA weist für beide Gruppen signifikant geringere Werte im pre-post-Vergleich auf ( $p=0,005$ ), allerdings gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen beiden Gruppen.

## **Diskussion und Fazit**

Es finden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen bzgl. der Ergebnisparameter.

Das Studiendesign scheint angesichts einer guten Vergleichbarkeit beider Gruppen zu Studienbeginn sowie einer vergleichsweise großen Probandenzahl hierfür nicht die Ursache zu sein.

Auch die Ausgestaltung der NMES-Behandlung selbst sollte nicht für das Fehlen erkennbarer Effekte verantwortlich sein, da sich das NMES-Protokoll dieser Untersuchung in Bezug auf tägliche Behandlungsdauer, Behandlungsort und Stimulationsintensität an den Protokollen vorangegangener Untersuchungen orientiert (Sillen et al., 2009). Möglicherweise ist es dabei allerdings effektiver, die Stimulationsparameter für eine optimale Muskelkontraktion individuell zu bestimmen.

Deutliche und bewusst gewählte Unterschiede zu vorangegangenen Untersuchungen, welche Effekte der NMES zeigen konnten, sind der in dieser Untersuchung bessere Gesundheitszustand der Probanden und der deutlich kürzere Behandlungszeitraum. Es scheint naheliegend, dass eben diese Umstände eine Wirkung der NMES nur tendenziell erkennbar werden lassen.

Anwendung der NMES als zusätzliche Maßnahme während ambulanter Rehabilitation scheint für Patienten mit stabiler COPD und verhältnismäßig guter körperlicher Belastbarkeit eine geringe Bedeutung zu haben.

## **Literatur**

Abdellaoui, A. et al. (2011): Skeletal muscle effects of electrostimulation after COPD exacerbation: a pilot study. Eur Respir J, 38, S. 781–788.

- Sillen, M. J. et al. (2008): The metabolic response during resistance training and neuromuscular electrical stimulation (NMES) in patients with COPD, a pilot study. *Respiratory Medicine*, 102, S. 786- 789.
- Sillen, M. J. et al. (2009): Effects of Neuromuscular Electrical Stimulation of Muscles of Ambulation in Patients With Chronic Heart Failure or COPD: A Systematic Review of the English-Language Literature. *Chest*, 136, S. 44-61.
- Sillen, M. J. et al. (2014): Efficacy of lower-limb muscle training modalities in severely dyspnoeic individuals with COPD: results from the DICES trial. *Thorax*, doi:10.1136/thoraxjnl-2013-204388
- Vivodtzev, I. et al. (2013): Functional and Muscular Effects of Neuromuscular Electrical Stimulation in Patients With Severe COPD: A Randomized Clinical Trial. *Chest*, 141, S. 716-725

Förderung: Stiftung zur Förderung von Forschung und Evaluation in der Physiotherapie  
(ZVK-Stiftung)

## **Ist Tabakentwöhnung (TEW) im Rahmen der pneumologischen Rehabilitation (PR) von Asthmatikern wirksam?**

*Michael Schuler<sup>1</sup>; Larissa Schwarzkopf<sup>2,3</sup>; Boglarka Szentos<sup>2,3</sup>; Dennis Nowak<sup>3,4</sup>;  
Konrad Schultz<sup>5</sup>*

<sup>1</sup> Julius Maximilian Universität Würzburg; <sup>2</sup> Helmholtz Zentrum München;

<sup>3</sup> Comprehensive Pneumology Center Munich (CPC-M), Member of the German Center for Lung Research (DZL); <sup>4</sup> Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München;

<sup>5</sup> Klinik Bad Reichenhall, Zentrum für Rehabilitation Pneumologie und Orthopädie der Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd

### **Hintergrund und Zielstellung**

Unter Asthmatikern findet sich ein hoher Anteil an Rauchern (Jaakkola et al., 2019). Rauchen ist ein entscheidender Risikofaktor für das Nichterreichen von Asthmakontrolle, daher wird Asthmatikern dringend der Verzicht auf das Rauchen empfohlen (Bundesärztekammer, 2018). Bisher gibt es nur sehr wenige Daten über die Effektivität von Tabakentwöhnungsprogrammen (TEW-P) bei Asthmatikern, speziell auch bzgl. der TEW in der Pneumologischen Rehabilitation (PR).

### **Methoden**

Im Rahmen der EPRA-Studie (Effektivität Pneumologischer Rehabilitation bei Asthma) (Schultz et al., 2017) wurde zu T0 (Zeitpunkt der Randomisierung; Studiendesign s. Abb. 1) das Rauchverhalten von 412 Rehabilitanden mit nicht kontrolliertem Asthma (Asthmakontrolltest; ACT < 20 Pkt.) vor Beginn der PR standardisiert per Fragebogen erfasst (sekundärer Outcome-Parameter). Zusätzlich wurde (RCT) mit dem gleichen Fragebogen das Rauchverhalten der Interventionsgruppe (IG) 3 Monate nach Reha im Vergleich zur noch nicht

rehabilitierten Kontrollgruppe (KG) erhoben, zudem (gepoolte Daten der IG und der KG) 12 Monate nach Ende der PR.

Die Patienten durchliefen während der PR ein intensives multimodales TEW-P (Verhaltenstherapie + kostenfreie medikamentöse Entwöhnungshilfen). Unterschiede zwischen IG und KG zu T3 wurden mittels logistischer Regression und unter Einbezug der Kovariaten Rauchstatus zu T0, Alter und Geschlecht analysiert. Personen mit fehlenden Werten wurden mittels multipler Imputation in die Analysen einbezogen.

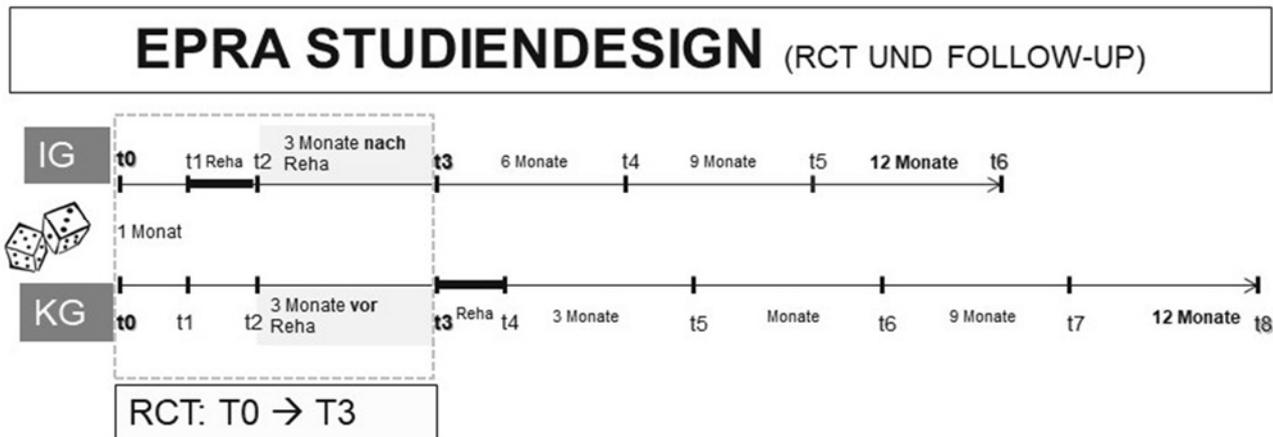


Abb. 1: Studiendesign der EPRA-Studie: RCT (Randomized Controlled Trial) mit Wartgruppendesign und einjährigem Follow-up beider Studiengruppen bis 1 Jahr nach Ende der Rehabilitation

## Ergebnisse

Zu T0 rauchten 15,8% der Patienten der IG und 16,2% der Patienten der KG. Zu T3 (= 3 Monate nach Reha der IG bzw. direkt bei Beginn der Reha der KG) hatte sich dieser Anteil in der IG deutlich reduziert (Odds Ratio = 0,14 [95% Konfidenzintervall: 0,04; 0,47]; s. Abb. 2). In beiden Gruppen zusammengenommen lag ein Jahr nach Abschluss der Rehabilitation der Anteil an aktiven Rauchern bei 6,7% (zu T0 bei 16,5%).

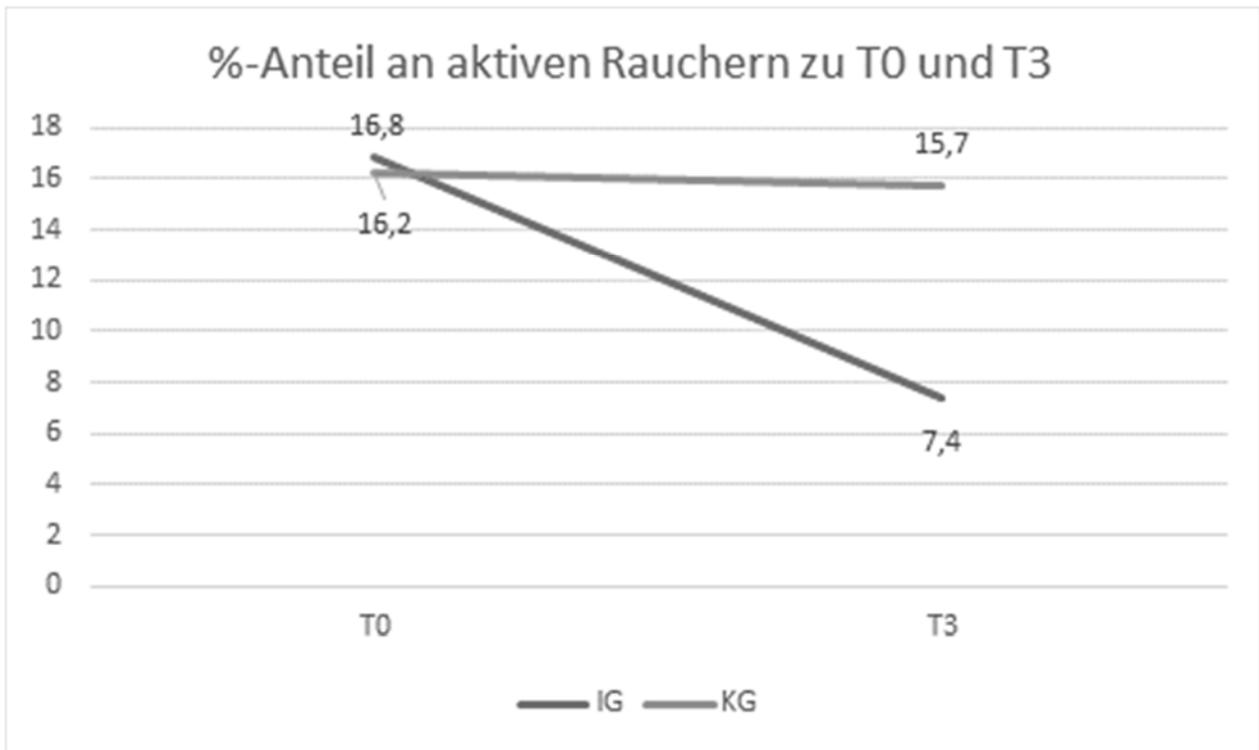


Abb. 2: Anteil an aktiven Rauchern (%) zu T0 und T3; IG = Interventionsgruppe, KG = Kontrollgruppe

### Diskussion und Fazit

Diese Zahlen zeigen erstmals im Rahmen einer RCT, dass eine intensive und multimodale TEW während der PR von Asthmatikern auch noch nach 3 Monaten im Vergleich zu „Usual Care“ zu sehr guten Rauchstoppergebnissen führt. Auch ein Jahr nach Abschluss der PR konnte mehr als die Hälfte der ehemaligen Raucher das Rauchen einstellen.

### Literatur

- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2018): Nationale VersorgungsLeitlinie Asthma – Langfassung, 3. Auflage. Version 1. 2018 DOI: 10.6101/AZQ/000400. [www.asthma.versorgungsleitlinien.de](http://www.asthma.versorgungsleitlinien.de).
- Jaakkola, J. J. K., Hernberg, S., Lajunen, T. K., Sripaijboonkij, P., Malmberg, L. P., Jaakkola, M. S. (2019): "Smoking and lung function among adults with newly onset asthma." *BMJ Open Respir Res* 6(1): e000377.
- Schultz, K., Seidl, H., Jelusic, D., Wagner, R., Wittmann, M., Faller, H., Nowak, D., Schuler, M. (2017): Effectiveness of pulmonary rehabilitation for patients with asthma: study protocol of a randomized controlled trial (EPRA). *BMC Pulm Med.* 2017 Mar 9;17(1):49. doi: 10.1186/s12890-017-0389-3.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd

## Implementation von „Patient reported outcomes“ zur Ergebnismessung in der ambulanten orthopädischen Rehabilitation

Marcus Müller<sup>1</sup>; Joscha Brunßen<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Sozialstiftung Bamberg, saludis - Zentrum für rehabilitative Medizin;

<sup>2</sup> Bundesverband ambulanter medizinischer Rehabilitationszentren e.V.

### Hintergrund und Zielstellung

Patient Reported Outcome (PRO) ist der Oberbegriff für von Patienten direkt gegebene Berichte über selbst empfundene Gesundheitszustände ohne Interpretation Dritter. Die vorliegende Studie dient der Etablierung von PRO zur Ergebnismessung in der ambulanten orthopädischen Rehabilitation. Ziel ist die Stärkung der Selbstbeteiligung der Patienten. Etablierte Assessments erfassen häufig nur Parameter aus der Behandlerperspektive.

### Methoden

In 20 ambulanten orthopädischen Rehabilitationszentren wurden der Funktionsfragebogen-Hannover-Rücken (FFbH-R), die Kurzform des Disability-of-Arm,-Shoulder,-Hand-Score (Quick-DASH) und die Lower Extremity Function Scale (LEFS) über einen Zeitraum von 03/2018-02/2019 verwendet, um Veränderungen der Leistungsfähigkeit und Teilhabe aus subjektiver Patientensicht zu erfragen.

Unterschieden wurde nach:

- FFbH-R: lumbale Bandscheiben-OP, cervicale Bandscheiben-OP, Spinalkanaldekompensation, konservativer Rückenschmerz, sonstige;
- Quick-DASH: Rotatorenmanschettenrekonstruktion, Schultergelenk-Endoprothese, Fraktur (konservativ oder Osteosynthese), sonstige;
- LEFS: Hüftgelenk-Endoprothese, Kniegelenk-Endoprothese, vordere-Kreuzbandplastik, Osteotomie, Fraktur (konservativ oder Osteosynthese), sonstige.

Die statistische Auswertung erfolgte mittels t-Tests für verbundene Stichproben.

### Ergebnisse

Rückmeldung gegeben wurde aus 18 teilnehmenden Einrichtungen. In diesen wurden im Beobachtungszeitraum 12035 Patienten behandelt. Von diesen konnten 6751 Datensätze in die statistische Auswertung einbezogen werden. Bei allen drei Assessments zeigten sich für sämtliche Subgruppen signifikant positive Veränderungen im Verlauf. Die mittlere Scoredifferenz betrug beim FFbH-R 14,2 Punkte, -22 Punkte für den Quick-DASH und 18 Punkte für LEFS.

In sieben der teilnehmenden Einrichtungen konnten PRO dauerhaft zur Nutzung im Entlassbericht und für die einrichtungsinterne Qualitätssicherung etabliert werden.

## Diskussion und Fazit

Die Verwendung von PRO in der Rehabilitation dient der Stärkung der Patientenbeteiligung und dokumentiert signifikant positive Veränderungen im Reha-Verlauf.

## Literatur

- Dirmaier J., Härter M. (2011): Stärkung der Selbstbeteiligung in der Rehabilitation. Bundesgesundheitsblatt 2011, 54: 411-419
- Farin E. (2008): Patientenorientierung und ICF-Bezug als Herausforderungen für die Ergebnismessung in der Rehabilitation. Rehabilitation 2008; 47: 67-76
- Gummeson C., Ward M.M., Atroshi I. (2006): The shortened disabilities of the arm, shoulder and hand questionnaire (QuickDASH): validity and reliability based on responses within the full-length DASH. BMC Musculoskeletal Disorders 2006; 7
- Kohlmann T., Raspe H. (1996): Der Funktionsfragebogen Hannover zur alltagsnahen Diagnostik der Funktionsbeeinträchtigung durch Rückenschmerzen (FFbH-R). Rehabilitation 1996; 35, I-VIII.
- Lützner C., Lange T., Lützner J. (2018): Grundlagen patientenberichteter Ergebnisse (Patient-reported Outcome – PRO). Allgemein- und Viszeralchirurgie up2date 2018; 12: 199-214
- Müller M., Gunselmann I. (2018): Ergebnisse ambulanter orthopädischer Rehabilitation – Ergebnismessung mittels Funktionsfragebogen-Hannover-Rücken, DASH- und WOMAC-Score. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin 2018; 28(05): 291-298
- Naal F.D., Impellizzeri F.M., Torka S. et al. (2015): The German Lower Extremity Functional Scale (LEFS) is reliable, valid and responsive in patients undergoing hip or knee replacement. Qual Life Res. 2015; 24: 405-410
- Nübling R., Kaluscha R., Krischak., et al. (2017): Ergebnisqualität medizinischer Rehabilitation: Zum Zusammenhang zwischen „Patient Reported Outcomes“ (PROs) und geleisteten Sozialversicherungsbeiträgen. Rehabilitation 2017, 56: 22-30

Interessenkonflikt: Der Autor ist leitender Arzt einer ambulanten Rehabilitationseinrichtung

Förderung: Bundesverband ambulanter medizinischer Rehabilitationszentren BamR e.V.

## **Patient reported outcome in der orthopädischen Rehabilitation: Pilotprojekt zur vergleichenden Messung von Ergebnisqualität mit dem 4QD-Indikatorenset Orthopädie**

*Ralf Bürgy<sup>1</sup>; Ralf Wiederer<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> MediClin AG; <sup>2</sup> VAMED Gesundheit Holding Deutschland GmbH

## Hintergrund und Zielstellung

Die Messung von Ergebnisqualität in der medizinischen Versorgung erfährt in den letzten Jahren international einen Wandel. Ausgehend von der Grundannahme, dass wertgetriebene („value-based“), wettbewerbliche Prozesse die Gesundheitsversorgung maßgeblich verbessern können, haben Konzepte von M. Porter & E. Teisberg (2006) in den USA und

anderen Ländern mittlerweile dazu beigetragen, Behandlungsleistungen systematisch aus der Patientenperspektive („patient reported“) vergleichbar zu messen und zu berichten, um die Qualität der Versorgung nachhaltig zu verbessern. Auf der Grundlage validierter Assessmentverfahren stellen Non-Profit-Plattformen wie PROMIS (U.S. Department of Health and Human Services & NIH) oder ICHOM (International Consortium for Health Outcomes Measurement) mittlerweile international abgestimmte und anerkannte Messinstrumente für die vergleichende patientenzentrierte Outcome-Messung unterschiedlichster Krankheitsbilder bereit.

Bei der Qualitätsinitiative 4QD - Qualitätskliniken.de wurde dieses Vorgehen für die Messung der Ergebnisqualität in der medizinischen Rehabilitation aufgegriffen. Ziel ist die Messung erzielter Behandlungserfolge und die Förderung von Qualitätstransparenz und -wettbewerb. Der Nutzen patientenorientierter Outcome-Messungen - kurz patient reported outcome measure (PROMs) zeigt sich international indikationsübergreifend und kann nicht nur den Behandlungserfolg sondern auch die Behandlerzufriedenheit verbessern (Rotenstein et al., 2017). In der medizinischen Rehabilitation gewinnt die Messung von Ergebnisqualität mit international verfügbaren PROMs erst langsam an Bedeutung, obwohl das bisher kostengetriebene Vergütungssystem in Deutschland einen Qualitätswettbewerb dringend bedarf (Porter & Guth, 2012).

Für die Beurteilung der Ergebnisqualität rehabilitationsmedizinischer Versorgung werden in den QS-Programmen der medizinischen Rehabilitation (Reha-QS und QS-Reha®) zwar bereits viele Jahre patientenseitig Befragungen genutzt, deren Ergebnissen lassen sich aber weder international noch zwischen den unterschiedlichen QS-Programmen direkt vergleichen.

Ziel des 4QD-Pilotprojektes zur Messung von Ergebnisqualität in der orthopädischen Rehabilitation war die Erprobung international genutzter Assessmentinstrumente in der Versorgungsroutine, die Erprobung von Erhebungsstrategien sowie die Ermittlung erzielter Behandlungserfolge im Rahmen einer 2-Punkt-Messung zu Beginn und am Ende der Behandlung. Zur Sicherstellung der Vergleichbarkeit der Ergebnisse wurde eine Risikoadjustierung vorgesehen, die Identifikation relevanten Einflussgrößen war ebenfalls Ziel des Projektes.

## **Methoden**

Die Messung der Ergebnisqualität in der orthopädischen Rehabilitation setzt sich im 4QD-Indikatorenset aus einem generischen Assessment zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität und jeweils einem indikationsspezifischen Assessment für die drei untersuchten Schwerpunktindikationen Knie, Hüfte und Rücken zusammen.

Bei der Auswahl von PROMs wurde auf den international genutzten ICHOM-Indikatorenset für Hüft- und Knieerkrankungen (Hip & Knee Osteoarthritis, [www.ichom.org/portfolio/hip-knee-osteoarthritis/](http://www.ichom.org/portfolio/hip-knee-osteoarthritis/)) und für den Rückenschmerz (Low Back Pain, [www.ichom.org/portfolio/low-back-pain/](http://www.ichom.org/portfolio/low-back-pain/)) zurückgegriffen.

Die generische Erfassung der Ergebnisqualität erfolgt über die deutsche Version des VR-12 (Buchholz et al., 2017), eine freie Variante des SF-12 und jeweils über ein erkrankungsspezifisches Instrument für Patienten mit Hüft- (Hip Osteoarthritis Outcome Score, HOOS-PS) und Knie-Erkrankungen (Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score,

KOOS-PS) sowie für Patienten mit Rückenschmerz (Oswestry Disability Index, ODI). Für die Schwerpunktindikationen Hüft- und Knie-TEP wurde parallel noch arztseitig der Staffelstein-Score erhoben, mit welchem der Rehabilitationserfolg aus ärztlicher Sicht beurteilt wurde.

Mit Erhebungsbeginn mussten die teilnehmenden Kliniken konsekutiv Patienten in die Stichprobenerhebung einbeziehen und zu mindestens 150 Fällen Daten erheben. Die Durchführung der Messungen beim Patienten konnte entweder schriftlich oder IT-gestützt erfolgen. Die für alle Kliniken einheitlichen Durchführungsbedingungen mit Ein- und Ausschlusskriterien werden im 4QD-Manual zur Ergebnismessung in der Orthopädie (2018) verbindlich festgelegt. Für die Risikoadjustierung der gemessenen Ergebnisindikatoren wurden insgesamt 16 Einflussfaktoren erhoben und bewertet.

## **Ergebnisse**

Insgesamt 23 orthopädische Kliniken haben sich zwischen August 2018 und April 2019 an der Piloterhebung beteiligt. Es wurden insgesamt 3.274 Fälle an das auswertende Institut übermittelt, davon konnten ca. 3.000 Fälle in die weiteren Auswertungen einbezogen werden. Die prozentuale Verteilung der Fälle auf die 3 ausgewählten Indikationsschwerpunkte ergab über alle Kliniken folgende Verteilung: Hüfte (33.8%), Knie (34.8%) und Rücken (31.4%). Die Verteilung der Fälle auf die 3 Indikationsschwerpunkte differierte zwischen den Kliniken.

In der Risikoadjustierung trugen folgende Variablen zur Aufklärung von Klinikunterschieden bei: Alter, Familienstand, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Schulbildung, Ausgangswerte der PROs, AU bei Reha-Antritt, Bezug EU-Rente, Anzahl Diagnosen, Reha mit Aufforderung und Reha als AHB.

Für die vergleichende Darstellung der Ergebnisqualität wurden Effektstärken (Cohen's d) berechnet. Die Ergebnisse zeigen für alle indikationsspezifischen PROs und den VR-12 mittlere bis starke Effekte in den Kliniken. Die Risikoadjustierung führte z. T. zu deutlichen Veränderungen der Einzelergebnisse, wie dies am Beispiel des HOOS-PS für Patienten mit Hüftproblemen deutlich wird.

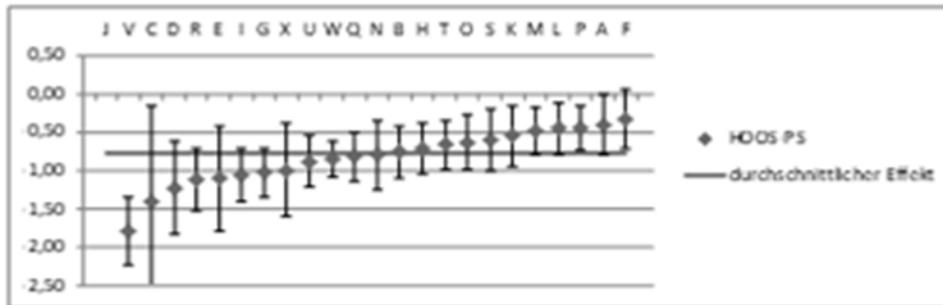
Vergleichbare Ergebnisse zeigen sich für die beiden anderen Schwerpunktindikationen Knie und Rücken.

## **Diskussion und Fazit**

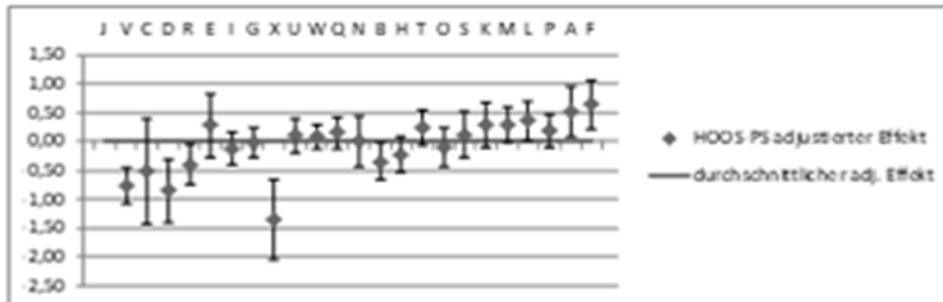
Die Piloterhebung des 4QD-Indikatorensatzes in der Orthopädie konnte in allen teilnehmenden Kliniken durchgeführt werden. Es zeigten sich, abhängig vom Konzept der Datenerhebung (Paper & Pencil, IT-gestützt) und der Art der Patienteninstruktion Unterschiede bei der Assessmentbearbeitung und der Quote auszuschließender Fälle. Dennoch konnte in den meisten Kliniken eine statistisch ausreichende Zahl an Datensätzen erhoben werden.

Die ersten Ergebnisse sind vielversprechend: Zunächst konnten sowohl im VR12 als auch den Indikationsspezifischen Assessments (HOOS-PS, KOOS-PS und ODI) mittlere bis hohe Effektstärken für die rehabilitationsmedizinische Behandlung ermittelt werden. Die Gegenüberstellung der Einzelergebnisse macht Unterschiede zwischen den Kliniken deutlich, die sich nach Risikoadjustierung in Einzelfällen auch deutlich verschieben können.

unadjustierte Ergebnisse:



adjustierte Ergebnisse:



Die eingesetzten Assessments zeigen für die Bewertung rehabilitationsmedizinischer Behandlung ausreichende Änderungssensitivität und können Veränderungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (VR12) sowie erkrankungsspezifische Verbesserungen auch im Setting der stationären Rehabilitation abbilden. Der 4QD-Indikatorensatz zur patientenseitigen Ergebnisbewertung orthopädischer Rehabilitation zeigte sich im Pilotprojekt als geeignetes Instrumentarium zu vergleichenden Messung von Behandlungserfolg aus Sicht des Patienten. Die Validierung der erhaltenen Ergebnisse durch parallel arztseitig erhobene Einschätzungen des Behandlungserfolgs stehen noch aus, hier zeigen erste Analysen, ausgehend von den patientenseitigen Ergebnisbewertungen, eine Überschätzung des Behandlungserfolgs durch den Behandler.

## Literatur

- Buchholz, I., Kohlmann, T. & Buchholz, M. (2017): Vergleichende Untersuchung der psychometrischen Eigenschaften des SF-36/SF-12 vs. VR-36/VR-12). Abschlussbericht VFFR-205, Dezember 2017, Institut für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald.
- ICHOM Standard Sets: <https://www.ichom.org/standard-sets/>
- Porter, M. E., Guth, C. (2012): Redefining German Health Care: Moving to a Value-Based System. Berlin, Heidelberg.
- Porter, M.E., Teisberg, E.O. (2006): Redefining Health Care. Creating Value-based Competition on Results. Boston.
- Rotenstein, L. S., Huckman, R. S., Wagle, N. W. (2017): Making Patients and Doctors Happier – The Potential of Patient Reported Outcomes. The New England Journal of Medicine 2017; 377: 1309-1312.
- Qualitätskliniken.de (2018): 4QD-Manual zur Ergebnismessung in der Orthopädie. 4QD – Qualitätskliniken.de GmbH, Berlin.

# **Patientenberichtete „Outcomes“ bestimmen die berufliche Prognose und die Lebensqualität nach kardiologischer Reha: Finale Ergebnisse des multizentrischen Registers OutCaRe**

*Annett Salzwedel<sup>1</sup>; Iryna Koran<sup>2</sup>; Eike Langheim<sup>3</sup>; Axel Schlitt<sup>4</sup>; Jörg Nothroff<sup>5</sup>;  
Karl Wegscheider<sup>6</sup>; Heinz Völler<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup> Universität Potsdam, Rehabilitationswissenschaften; <sup>2</sup> Klinik am See, Fachklinik für Innere Medizin; <sup>3</sup> Reha-Zentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund, Teltow;  
<sup>4</sup> Paracelsus-Klinik Bad Suderode; <sup>5</sup> MediClin Reha-Zentrum Spreewald;  
<sup>6</sup> Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

## **Hintergrund und Zielstellung**

Durch die multimodale kardiologische Rehabilitation (CR) sollen eine Verbesserung sowohl der klinischen Prognose als auch der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie die soziale Wiedereingliederung erreicht werden (Piepoli et al., 2010), wobei der Erfolg einer solchen Maßnahme von vielfältigen Faktoren abhängt (Bhattacharyya et al., 2007). Ziel der Registerstudie war es, den Einfluss von modifizierbaren patientenberichteten Parametern („patient-reported outcomes“) wie auch kardiovaskulären Risikofaktoren und Messgrößen der körperlichen Leistungsfähigkeit auf den Status der beruflichen Wiedereingliederung und die Lebensqualität 6 Monate nach der CR systematisch zu untersuchen.

## **Methoden**

Von Mai 2017 bis Mai 2018 wurden in 12 Rehabilitationszentren bundesweit 1,586 Patienten unter 65 Jahren unabhängig von ihrer Indikationsdiagnose in die prospektive Beobachtungsstudie eingeschlossen. Neben Basisvariablen (z. B. Alter, Geschlecht, Bildungsstand, Diagnosen) und Angaben zur Rehabilitation (z. B. Art des Antragsverfahrens, stationäre/ambulante Durchführung) wurden Parameter zum Risikofaktorenmanagement (Rauchverhalten, Blutdruck, Lipide, Motivation zur Lebensstiländerung) und der körperlichen Leistungsfähigkeit (maximale Belastbarkeit in der Belastungsergometrie, Ausdauertrainingsbelastung, 6-min Gehstrecke) sowie patientenberichtete Parameter (Depressivität, Herzangst, gesundheitsbezogene Lebensqualität, subjektives Wohlbefinden, somatische und psychische Gesundheit, Schmerzen, allgemeine Selbstwirksamkeit, die Selbsteinschätzung der gesundheitlichen bzw. beruflichen Prognose sowie Rentenbegehren mittels verschiedener standardisierter Fragebögen) zu Beginn und zum Ende der Reha-Maßnahme erhoben. 6 Monate nach Entlassung wurden der Status der beruflichen Wiedereingliederung sowie die Lebensqualität (psychische und körperliche Summenskala im SF-12) in einer schriftlichen Nachbeobachtung erfragt und in multivariablen Regressionsmodellen analysiert.

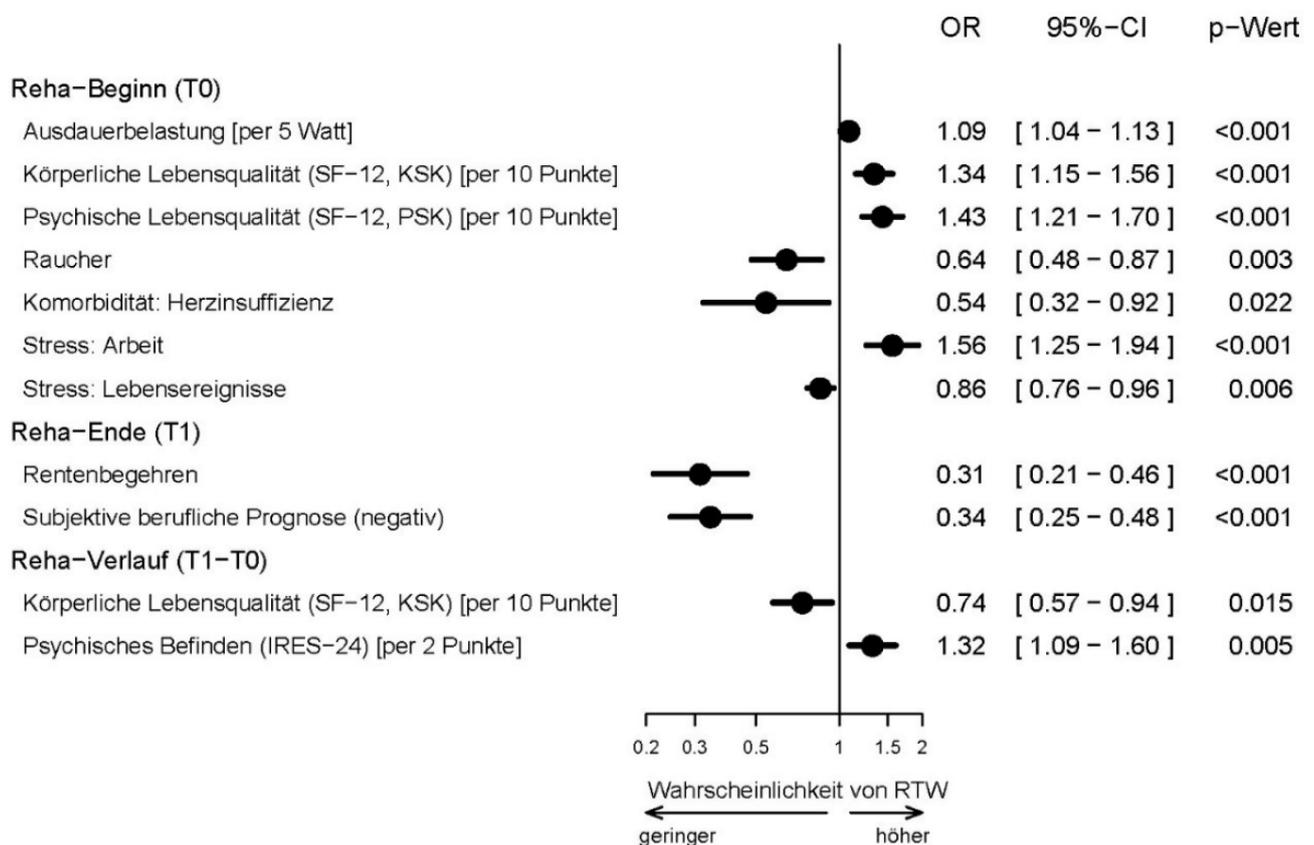
## **Ergebnisse**

Von den eingeschlossenen Patienten antworteten 1.262 auf die Nachbefragung und wurden hinsichtlich der Endpunkte analysiert. Diese Patienten ( $54 \pm 7$  Jahre, 77 % männlich) wurden der CR überwiegend nach akutem Myokardinfarkt (40 %) oder koronarer Herzerkrankung ohne Myokardinfarkt (18 %), gefolgt von Herzklappenerkrankungen in 12 % der Patienten und

Bypass-OP (8 %) zugewiesen. Die Reha erfolgte zu 83 % als Anschlussrehabilitation und in 92 % der Fälle stationär.

864 Patienten (69 %) kehrten während der Nachbeobachtungszeit von im Mittel 7,6 Monaten in den Beruf zurück. 67 Patienten (5 %) waren inzwischen berentet, während weitere 79 (6 %) eine Rente beantragt hatten. 89 Patienten (7 %) waren arbeitslos und 190 (15 %) gaben an, immer noch krankgeschrieben zu sein. Ein Rentenwunsch des Patienten wie auch eine negative Selbsteinschätzung der beruflichen Prognose, herzbezogene Angst, kritische Lebensereignisse im Jahr vor der Reha, Rauchen und Herzinsuffizienz waren negativ mit der beruflichen Wiedereingliederung assoziiert, während eine höhere Ausdauertrainingsbelastung und Lebensqualität im SF-12 und Arbeitsstress einen positiven Einfluss hatten (siehe Abbildung). Die gesundheitsbezogene Lebensqualität nach 6 Monaten wurde ihrerseits in erster Linie durch patientenberichtete Parameter bestimmt (v. a. Rentenwunsch, herzbezogene Angst, körperliche/psychische HRQL im SF-12, körperliche/psychische Gesundheit im IRES-24, Stress, Wohlbefinden im WHO-5 und Selbstwirksamkeit).

Tab. 1



## Diskussion und Fazit

Sowohl die berufliche Wiedereingliederung als auch die körperliche und die psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität ein halbes Jahr nach der kardiologischen Rehabilitation waren vorwiegend durch patientenberichtete Parameter bestimmt, wobei ein bestehender Rentenwunsch des Patienten und die herzbezogene Angst einen dominanten Einfluss auf alle untersuchten Endpunkte hatten. Darüber hinaus wirkten sich auch Änderungen der patientenberichteten Parameter während der Reha auf die berufliche und gesundheitliche

Prognose aus. Dies unterstreicht die Bedeutung des multimodalen transprofessionellen Ansatzes der kardiologischen Rehabilitation.

### **Literatur**

- Bhattacharyya, M. R., Perkins-Porras, L., Whitehead, D. L. & Steptoe, A. (2007): Psychological and clinical predictors of return to work after acute coronary syndrome. *European heart journal* 28 (2), 160–165.
- Piepoli, M. F., Corrà, U., Benzer, W., Bjarnason-Wehrens, B., Dendale, P., Gaita, D., McGee, H., Mendes, M., Niebauer, J., Zwisler, A.-D. O. & Schmid, J.-P. (2010): Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *European journal of cardiovascular prevention and rehabilitation : official journal of the European Society of Cardiology, Working Groups on Epidemiology & Prevention and Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology* 17 (1), 1–17.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

## **Rehabilitation bei chronischem Juckreiz (Pruritus) - Evaluation der Effektivität und Patient-reported Outcomes**

*Sophia von Martial<sup>1</sup>; Anke Plate<sup>1</sup>; Vanessa Bill<sup>1</sup>; Matthias Augustin<sup>2</sup>; Sonja Ständer<sup>3</sup>; Athanasios Tsianakas<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Fachklinik Bad Bentheim; <sup>2</sup> Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf;

<sup>3</sup> Universitätsklinikum Münster

### **Hintergrund und Zielstellung**

Chronischer Juckreiz (Pruritus) ist ein sehr häufiges Symptom in der Bevölkerung, welches die Ursache zahlreicher dermatologischer, aber auch internistischer, neurologischer oder auch psychiatrischer Diagnosen sein kann. Unter deutschen Arbeitnehmern zeigt sich eine Punktprävalenz von 16,8% mit schwerwiegenden Auswirkungen wie Konzentrations-/Schlafstörungen sowie Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Wenn die Ursache des Pruritus nicht sofort zu beheben ist, stellt die erfolgreiche symptomatische Therapie des chronischen Pruritus oftmals eine Herausforderung dar. Der chronische Pruritus führt aber auch zu starken psychischen Belastungen der Patienten. Die akutmedizinische Intervention (ambulante oder akutstationäre Therapie) bleibt oft ungenügend, so dass wir in Kooperation mit dem Kompetenzzentrum chronischer Pruritus der Universitätshautklinik Münster ein spezifisches Rehabilitationskonzept für chronischen Pruritus entwickelten, dessen Effizienz evaluiert werden sollte.

### **Methoden**

Nach der Etablierung einer spezifischen antipruritischen Rehabilitationsmaßnahme (gezielte antipruritische Therapie einschließlich Balneofototherapie, Lokalthherapie und systemisch

medikamentöser Therapie, psychologische Intervention, Ernährungsberatung, Physiotherapie einschl. Relaxationsübungen uvm.) führten wir eine Evaluationsstudie zur Messung der Effektivität durch. Bei 122 Patienten mit chronischem Pruritus (häufigste zugrundeliegende Erkrankungen Atopisches Ekzem, Psoriasis vulgaris, Prurigo nodularis) wurden neben dem Schweregrad des Pruritus (NRS Pruritus) auch die Lebensqualität (ItchyQoL) und die Aussagen zu Ängstlichkeit (GAD-7) und Depressivität (PHQ-9) gemessen. Zudem wurde eine Nutzenanalyse des Aufenthalts (Patient Benefit Index, PBI) durchgeführt.

### **Ergebnisse**

Es zeigte sich, dass die Patienten von der spezifischen antipruritischen Rehabilitationsmaßnahme deutlich profitierten und es neben der Abnahme des reinen Symptoms Pruritus auch zu einer signifikanten Besserung in den Bereichen Lebensqualität, Depressivität und Ängstlichkeit kam.

### **Diskussion und Fazit**

Die Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme in einem spezialisierten, universitär begleiteten Zentrum, welches über sämtliche therapeutische Maßnahmen zur Behandlung des chronischen Pruritus verfügt, erscheint somit äußerst sinnvoll. Studien, die die Dauer des Anhaltens des erreichten Effekts untersuchen, befinden sich bereits in der Planung.

### **Literatur**

- Ständer S., Schäfer I., Phan N.Q., Blome C., Herberger K., Heigel H., Augustin M. (2010): Prevalence of chronic pruritus in Germany: results of a cross-sectional study in a sample working population of 11,730. *Dermatology*. 2010;221(3):229–35.
- Ständer S., Zeidler C., Augustin M., Bayer G., Kremer A.E., Legat F.J., Maisel P., Mettang T., Metz M., Nast A., Niemeier V., Raap U., Schneider G., Ständer H., Staubach P., Streit M., Weisshaar E.. (2016): S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des chronischen Pruritus [Internet]. Version 3.0. Mai 2016. URL: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/013-048l\\_S2k\\_Chronischer\\_Pruritus\\_2017-01.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/013-048l_S2k_Chronischer_Pruritus_2017-01.pdf).

## **Validität der smartphone-basierten Erfassung der Mobilität zur Messung des Reha-Erfolges**

*Arash Azhand<sup>1</sup>; Igor Sattler<sup>2</sup>; Sophie Rabe<sup>1</sup>; Anika Steinert<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Linderer GmbH; <sup>2</sup> Charité – Universitätsmedizin Berlin

### **Hintergrund und Zielstellung**

Zur Ergebnismessung und Qualitätssicherung in der Rehabilitation eignen sich patientenzentrierte Outcomes zur Mobilität. Die apparative Erfassung von Mobilitätsparametern (z.B. Ganggeschwindigkeit, Schrittlänge, Kadenz) ermöglicht eine objektive und individuelle Erfassung der Mobilität. Aktuell erfordert die Erfassung von Gangparametern klinische Expertise und die Nutzung von externen kostenaufwendigen Sensoren (Clark et al., 2018). Daher kann die Mobilität der Rehabilitanden bisher im klinischen Alltag meistens nur subjektiv bewertet werden. Neue Methoden im Bereich der

computerbasierten Bewegungserfassung (Motion Capture) ermöglichen die objektive Vermessung des Gangbildes über die einfache Smartphonekamera (Mehta et al., 2017). Ziel der vorliegenden Untersuchung war es daher, die Validität dieser Technologie zur Erfassung von Gangparametern zu untersuchen.

## **Methoden**

Im Rahmen einer Studie mit 44 gesunden Probanden ( $\geq 65$  Jahre) wurden die über die Smartphone-Technologie (ST) erfassten Gangparameter mit den Ergebnissen eines validen Referenzsystems (GAITRite System, GS) verglichen. Hierfür legten die Probanden eine Laufstrecke von 5 m in ihrer selbstgewählten präferierten Ganggeschwindigkeit und einer schnellen Ganggeschwindigkeit zurück. Die Daten des GS wurden über Drucksensoren des Systems am Boden erfasst. Die Daten der ST wurden mittels eines in der Hand gehaltenen Smartphones (STH) als auch über ein im Stativ befestigten Smartphones (STS) erhoben. Analysiert wurde die Ganggeschwindigkeit (GG), die Schrittlänge (rechts und links, SL) und die Schrittzeit (rechts und links, SZ) mittels Intraklassen-Korrelationskoeffizienten (ICC's 3,1), Mittelwerten und Standardabweichungen.

## **Ergebnisse**

Die Ergebnisse des in der Hand gehaltenen Smartphones (STH) zeigen ICC's zwischen 0.902 und 0.989 für alle Gangparameter und beide Ganggeschwindigkeiten. Die mit dem Stativ erfassten Messwerte (STS) zeigen ICC's zwischen 0.939 und 0.987 für alle Gangparameter und beide Ganggeschwindigkeiten. Weiterhin zeigt der Vergleich der Mittelwerte und Standardabweichung die Übereinstimmung der Messwerte an (Ganggeschwindigkeit: GS:  $1.41 \pm 0.32$  m/s, STH:  $1.41 \pm 0.31$  m/s, STS:  $1.40 \pm 0.32$  m/s; Schrittlänge: GS:  $69.28 \pm 10.25$  cm, STH:  $68.76 \pm 10.64$  cm, STS:  $68.36 \pm 10.90$  cm; Schrittzeit: GS:  $0.500 \pm 0.062$  s, STH:  $0.498 \pm 0.059$  s, STS:  $0.498 \pm 0.058$  s; Kadenz: GS:  $121.8 \pm 14.6$  1/min, STH:  $121.3 \pm 13.8$  1/min, STS:  $121.4 \pm 13.9$  1/min).

## **Diskussion und Fazit**

Im Rahmen dieser Studie konnte gezeigt werden, dass die smartphone-basierte Erfassung klinischer Gangparameter eine exzellente Messgenauigkeit zeigt. Der Einsatz klinischer Ganganalysen wird somit massentauglich und für jeden Therapeuten anwendbar. Die Technologie ermöglicht die systematische und objektive Erfassung der Mobilität im Verlauf einer rehabilitativen Behandlung. Hierzu werden indikationsspezifische Anwendungen für die orthopädische und neurologische Rehabilitation entwickelt.

## **Literatur**

Clark, R. A., Mentiplay, B. F., Hough, E., Pua, Y. H. (2018): Three-dimensional cameras and skeleton pose tracking for physical function assessment: A review of uses, validity, current developments and Kinect alternatives. In *Gait & posture* 68, pp. 193–200. DOI: 10.1016/j.gaitpost.2018.11.029.

Mehta, D., Sridhar, S., Sotnychenko, O., Rhodin, H., Shafiei, M., Seidel, H.-P. et al. (2017): VNect. In *ACM Trans. Graph.* 36 (4), pp. 1–14. DOI: 10.1145/3072959.3073596.

Interessenkonflikt: Dr. Arash Azhand und Dr. Sophie Rabe sind Mitarbeiter der Firma Lindera GmbH.

Förderung: Investitionsbank Berlin (TransferBonus)

### **Eine extern angebotene psychosomatische Sprechstunde als betriebliche Maßnahme für Prävention oder Rehabilitation psychischer Erkrankungen**

*Cornelia Weiß<sup>1</sup>; Scott Stock Gissendanner<sup>2</sup>; Uwe Krähnke<sup>3</sup>; Benjamin Herten<sup>4</sup>;  
Wiebke Wrage<sup>5</sup>*

<sup>1</sup> Universität Bielefeld; <sup>2</sup> Berolina Klinik Löhne/ IEGUS - Institut für Europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft GmbH; <sup>3</sup> MSB Medical School Berlin;

<sup>4</sup> IEGUS - Institut für Europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft GmbH;

<sup>5</sup> Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)

#### **Hintergrund und Zielstellung**

Im Auftrag der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) hat das IEGUS Institut 2016-2018 die Evaluation einer betrieblich angebotenen „Sprechstunde psychische Gesundheit“ durchgeführt. Das schon länger aus Großunternehmen als „Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb“ (PSIB) bekannte Format (vgl. Mayer et al., 2010; Rothermund et al., 2018) wurde von der Burghof-Klinik in Rinteln als externes Angebot für Betriebe ohne eigenen betriebsärztlichen oder psychosozialen Dienst realisiert. Ziel der Evaluationsstudie war es, Informationen zur betrieblichen Umsetzung, Akzeptanz und Inanspruchnahme der PSIB zu generieren. Insbesondere sollte evaluiert werden, inwiefern die PSIB zum Erhalt bzw. zur Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit beiträgt. Neben dieser Fokussierung sollten Einblicke in den innerbetrieblichen Umgang mit psychischen Erkrankungen bzw. mit psychisch gefährdeten oder erkrankten Beschäftigten gewonnen werden.

#### **Methoden**

Eingesetzt wurden qualitative Methoden der interpretativen Sozialforschung. Das Datenmaterial bestand aus Gruppengesprächen mit den verantwortlichen betrieblichen Akteuren aus vier Betrieben und Interviews mit vier Nutzern der Sprechstunde sowie Gruppeninterviews mit Betriebsärzten und den durchführenden Psychotherapeuten. Das transkribierte Material wurde mit gängigen qualitativen Verfahren analysiert (Kleemann et al., 2013).

#### **Ergebnisse**

In den untersuchten vier Betrieben wird die Sprechstunde als eine flexible Möglichkeit der zeitnahen Unterstützung psychisch belasteter bzw. erkrankter Beschäftigter durch erfahrene Psychologische Psychotherapeuten genutzt. Die Flexibilität des Einsatzes zeigt sich darin, dass im Rahmen der PSIB sowohl primärpräventive Beratungen zu Symptomen und Risikofaktoren durchgeführt wurden als auch sekundärpräventive Interventionen (Vermittlung in die Regelversorgung nach Verdacht einer psychischen Erkrankung) oder tertiärpräventive Maßnahmen (im Rahmen des BEM). Dieser Passepartout-Charakter dient vielen Zielen im betrieblichen Gesundheitsmanagement. Die beabsichtigte und auch erzielte Wirkung ist zunächst hauptsächlich verhaltenspräventiv, da gerade bei der möglichen anonymen Nutzung

eine Rückkopplung an den Betrieb allenfalls über den Beschäftigten erfolgen kann und damit verhältnispräventive Wirkungen unterschwellig bleiben.

## **Diskussion und Fazit**

An der Schnittstelle von Prävention, medizinischer Behandlung und Rehabilitation aufgestellt kann die Begleitung von psychisch belasteten Arbeitnehmern im Rahmen einer PSIB-Kooperation zwischen der therapeutischen Einrichtung und dem Betrieb einen nachhaltigen Beitrag zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz leisten. Das PSIB-Angebot erlaubt die Verbindung von Stay-at-work- und Return-to-work-Ansätzen. Damit ist ein Beitrag zur Verknüpfung von Prävention, Früherkennung, Therapie, Rehabilitation und Wiedereingliederung möglich. Diese Flexibilität macht das Sprechstundenformat sowohl für die Beschäftigten als auch für die Betriebe interessant.

Auf einen weiteren Effekt der PSIB-Einführung soll abschließend verwiesen werden: Während der Implementierungsphase nahmen innerbetriebliche Stigmatisierungs- und Diskreditierungserscheinungen in Bezug auf psychisch Erkrankte zum Teil ab. So wurde die Thematik in der zweiten Erhebungswelle sensibler von den betrieblichen Stakeholdern angesprochen als ein Jahr zuvor. Allein den Umstand, dass der Betrieb die Sprechstunde als Option anbietet und die Kosten trägt, nehmen die Betriebsangehörigen positiv als Ausdruck der Mitarbeiterfürsorge wahr, verbunden mit der Signalwirkung: Psychische Gefährdungen und Krankheiten werden im Unternehmen weniger tabuisiert bzw. verdrängt, sondern stattdessen ernstgenommen und es wird nach Lösungsmöglichkeiten gesucht. Die psychischen Problemlagen sind somit ein Stück weit „normalisiert“ und somit die Betroffenen – wortwörtlich – rehabilitiert worden. Diese u.a. durch die PSIB angestoßene Änderung der Unternehmenskultur scheint wiederum für die betriebliche Re-Integration der Betroffenen sehr förderlich.

In einigen Fällen konnten die Betroffenen erfolgreich in die psychotherapeutische Regelversorgung vermittelt werden, aber diese Erfolge resultierten zum Teil aus einer besonders günstigen institutionellen Konstellation vor Ort in der Burghof-Klinik. Ein wenig genutztes Potenzial des PSIB-Formats liegt in einer vorstellbaren engeren Kopplung für alle PSIB-Anbieter an 1) psychiatrische Institutsambulanzen, 2) niedergelassene Psychotherapeuten, 3) präventive und rehabilitative Angebote der gesetzlichen Rentenversicherung, 4) an den Betriebsarzt für die Einleitung von Arbeitsplatzanpassungen und 5) an den Betrieb, um im Hinblick auf verhältnispräventive Maßnahmen zu beraten. Im Falle eines intensiveren Case Management durch den Betriebsarzt unter Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht eignet sich das Angebot für den Einsatz als konsiliarische Unterstützung des Betriebsarztes, als Tor zu präventiven und rehabilitativen Leistungen der Rentenversicherung, als Begleitung im Anschluss an Rehabilitationsmaßnahmen und als Anstoß für die Verhältnisprävention. So könnten die Ergebnisse des Angebots durch eine die Sektoren des Gesundheitssystems kombinierende Wirksamkeit sowohl auf subjektiver als auch auf betrieblicher Ebene noch besser ausfallen.

## **Literatur**

Kleemann, F., Krähnke, U., Matuschek, I. (2013): Interpretative Sozialforschung. Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Mayer, D., Schmidt, H., Hölzer, M. (2010): Psychosomatische Sprechstunde und Psychosomatische Grundversorgung in der Arbeitsmedizin. Erfahrungen aus der Automobilindustrie. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 45 (10): 593–597.

Rothermund, E., Hölzer, M., Wegewitz, U. (2018): Die psychosomatische Sprechstunde im Betrieb – Angebot mit Konsiliarcharakter. *PiD - Psychotherapie im Dialog* 19 (03): 50-54.

Förderung: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)

## **Konzeption und Aufbau einer überbetrieblichen Bewegungsnachbarschaft zur Bewegungsförderung für Beschäftigte in Klein- und Kleinstunternehmen**

*Carina Hoffmann<sup>1</sup>; Gerrit Stassen<sup>1</sup>; Birgit Schauerte<sup>2</sup>; Andrea Schaller<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Deutsche Sporthochschule Köln;

<sup>2</sup> Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH

### **Hintergrund und Zielstellung**

Die gesundheitlichen Folgen mangelnder körperlicher Aktivität und das gesellschaftliche Problem des Bewegungsmangels sind hinreichend bekannt (Rütten & Pfeiffer, 2017). Das betriebliche Setting gilt als vielversprechender Zugangsweg zur Bewegungsförderung bei Erwachsenen (Rütten & Pfeiffer, 2017). Innerhalb der Betrieblichen Gesundheitsförderung sind knapp die Hälfte (47 %) der verhältnisbezogenen Maßnahmen und sogar gut drei Viertel (77 %) der verhaltensbezogenen BGF-Maßnahmen dem Handlungsfeld Bewegung zuzuordnen (MDS, GKV-Spitzenverband, 2018). Insgesamt werden jedoch nur etwa 20 % aller BGF-Maßnahmen mit Unterstützung von gesetzlichen Krankenkassen in Klein- und Kleinstunternehmen (KKU) umgesetzt (MDS, GKV-Spitzenverband, 2018). Um dem entgegen zu treten, verfolgen Krankenkassen verstärkt den Ansatz KKU in überbetriebliche Netzwerke einzubinden (Wagner, 2016).

Ziel des Forschungsprojektes „KomRüBer“ (Konzept, Umsetzung und Evaluation einer überbetrieblichen Bewegungsnachbarschaft unter Nutzung kommunaler und regionaler Strukturen) ist der Aufbau einer überbetrieblichen Bewegungsnachbarschaft mit dem Angebot einer Multikomponentenintervention zur Bewegungsförderung für Beschäftigte in Klein- und Kleinstunternehmen.

Der vorliegende Beitrag stellt die Vorgehensweise der Konzeptionsphase vor.

### **Methoden**

Das Vorgehen erfolgt theoriebasiert auf Grundlage des BIG-Modells (Rütten & Wolff, 2017). Im ersten Schritt (Findungsphase) wurde aufbauend auf einer Betriebsnachbarschaft und einem kommunal-regionalen Netzwerk aus Bewegungsanbietern/innen sowie Partnern/innen aus Öffentlichkeit, Politik/Gesellschaft und Wirtschaft, eine überbetriebliche Bewegungsnachbarschaft aufgebaut und im zweiten Schritt strukturell entwickelt (Vorbereitungsphase). Eine Betriebsnachbarschaft stellt dabei einen Zusammenschluss von

4-12 benachbarten KKV dar (Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH, 2017).

Davon ausgehend wird das inhaltliche Konzept für die Multikomponentenintervention erarbeitet (Kooperativer Planungsprozess).

Aufbauend auf einem Workshop mit den Stakeholdern, wird eine Mitarbeiterbefragung zu den Bedarfen und Wünschen der Beschäftigten in Bezug auf bewegungsbezogene Angebote durchgeführt. Ergänzend finden Leitfadeninterviews mit Arbeitgebern/innen und Arbeitnehmern/innen statt.

Unter Beteiligung der Unternehmensvertreter/innen und des kommunal-regionalen Gesundheitsnetzwerkes wird die Multikomponentenintervention final konzipiert.

### **Ergebnisse**

In der Findungsphase konnten acht Unternehmen und neun Beteiligte aus dem kommunal-regionalen Gesundheitsnetzwerk für eine Mitwirkung gewonnen werden.

Erste Ideen für bewegungsfördernde Maßnahmen, sowohl auf verhaltens- als auch auf verhältnispräventiver Ebene, wurden im Rahmen des Workshops gesammelt. Ebenso wurden die Beteiligten zu Ihren Erwartungen und zu weiteren potentiellen kommunal-regionalen Partnern/innen befragt. Die Beteiligten erhoffen sich von dem Projekt innovative und zielgruppenspezifische Angebote, die sich nach den zeitlichen Bedürfnissen der Beschäftigten richten. Die „Steigerung der Attraktivität als Arbeitgeber/in“ wurde aus Sicht der Unternehmen als ein wichtiger Erfolgsfaktor für das Projekt genannt. Netzwerkpartner/innen und bewegungsorientierte Partner/innen sehen im Projekt die Chance zur stärkeren Vernetzung und zur Steigerung der Bekanntheit in der Region.

Die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung, die aufbauend auf dem Workshop durchgeführt wird, werden bis Ende des Jahres vorliegen. Dabei wird insbesondere auf die Differenzierung der Angebote für spezifische Zielgruppen (z.B. Führungskräfte, Alleinerziehende, Schichtarbeitende etc.) eingegangen. Auch die Ergebnisse der Leitfadeninterviews, zu weiteren Aspekten der Ausgestaltung der Intervention, werden bis Jahresende vorliegen.

Aufbauend auf den empirischen Ergebnissen wird die entwickelte Multikomponentenintervention vorgestellt.

### **Diskussion und Fazit**

Insbesondere KKV sehen in der Praxis weiterhin einen hohen Bedarf an Maßnahmen zur Bewegungsförderung, scheitern bei der Implementierung derartiger Maßnahmen jedoch häufig an der Akzeptanz in der Belegschaft oder fehlender Ressourcen. Überbetriebliche Netzwerke zur Bewegungsförderung stellen einen vielversprechenden Ansatz dar, um das Thema Bewegung im Setting Betrieb zu verbreiten und zu verankern. Die praktische Netzwerkbildung dient gleichzeitig dem Aufbau von nachhaltigen unterstützenden betrieblichen sowie kommunal-regionalen Gesundheitsstrukturen vor Ort. Dabei ist die Bewegungsnachbarschaft als offenes und dynamisches Netzwerk zu verstehen, welches im weiteren Projektverlauf sukzessive erweitert werden kann.

## Literatur

- Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH (IBGF) (Hrsg.) (2017): Mit starken Nachbarn zu einem gesunden Unternehmen. Leitfaden zur Initiierung und Betreuung von Betriebsnachbarschaften. Köln: MKL Druck GmbH & Co. KG.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkasse e.V. (MDS), GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2018): Präventionsbericht 2018 – Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2017. Essen, Berlin.
- Rütten, A., Pfeifer, K. (Hrsg.) (2017): Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung (Aufl. 1.2.06.17). Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Sonderheft 3. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Köln.
- Rütten, A., Wolff, AR. (2017): BIG – Bewegung als Investition in Gesundheit. Gesundheitsförderung in der Kommune für Frauen in schwierigen Lebenslagen. BIG-Manual. URL: [https://www.sport.fau.de/files/2018/01/BIG\\_Manual\\_Auflage2\\_2018\\_DSS\\_BARMER.pdf](https://www.sport.fau.de/files/2018/01/BIG_Manual_Auflage2_2018_DSS_BARMER.pdf), Abruf: 25.10.2019.
- Wagner, R. (2016): Überbetriebliche Vernetzung und Beratung. In: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkasse e.V. (MDS), GKV-Spitzenverband (Hrsg.): Präventionsbericht 2016. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung Berichtsjahr 2015. Essen, Berlin. 47–48.

Förderung: Bundesministerium für Gesundheit

## **Projekt PArC-AVE: Partizipation als Schlüssel für eine nachhaltige und effektive Bewegungsförderung in der KFZ-Ausbildung?**

*Eva Grüne; Johanna Popp; Johannes Carl; Klaus Pfeifer*  
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

### **Hintergrund und Zielstellung**

Für viele junge Menschen ist die Berufsausbildung der erste Schritt ins Berufsleben. Trotz ihres erst kürzlich erfolgten Eintritts in den Arbeitsmarkt sind junge Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bereits erhöhten Gesundheitsrisiken ausgesetzt. Besonders hoch erscheinen gesundheitliche Belastungen in Berufen mit hohen körperlichen Anforderungen, wie sie z.B. in der Automobilindustrie auftreten (Betz et al., 2012). Gleichzeitig wird für Auszubildende von einem unzureichenden Bewegungsverhalten berichtet (Bonevski et al., 2013). Aufgrund der vielfältigen positiven gesundheitlichen Effekte körperlicher Aktivität werden verstärkt Maßnahmen zur Förderung der körperlichen Aktivität im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung auf den Weg gebracht. Im Bereich der beruflichen Bildung mangelt es allerdings an ebendiesen bewegungsförderlichen Maßnahmen.

Vor diesem Hintergrund beschäftigt sich das Projekt PArC-AVE (Physical Activity-related Health Competence in Apprenticeship and Vocational Education) im Forschungsverbund

Capital4Health im Sinne eines transdisziplinären Zugangs (Rütten et al., 2019) mit dem Thema der partizipativen Bewegungsförderung in der Ausbildung. Im Zuge dessen fokussiert das Projekt die Entwicklung und Stärkung der bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz (BGK) von Auszubildenden der KFZ-Mechatronik. Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, (1) die Eignung des kooperativen Planungsansatzes zur Entwicklung bewegungsförderlicher Interventionen zu prüfen und (2) die implementierten Interventionen hinsichtlich ihrer nachhaltigen Umsetzung und Effektivität zu evaluieren.

## **Methoden**

Der kooperative Planungsansatz wurde als Interventionsstrategie gewählt, um in einem Bildungszentrum eines Automobilunternehmens unter Beteiligung relevanter Akteurinnen und Akteure aus Wissenschaft, Politik und Praxis strukturelle Veränderungen zur Förderung der Bewegung und BGK von Auszubildenden zu erzeugen. Die anschließende Prozess- sowie Ergebnisevaluation folgte einem „Mixed Methods“-Design, indem sowohl qualitative als auch quantitative Forschungsmethoden genutzt wurden. Zur Evaluation des Planungsprozesses und den daraus entstandenen Maßnahmen wurden semi-strukturierte Interviews mit beteiligten Akteurinnen und Akteuren (n=6) durchgeführt. Die Auswertung dieser erfolgte anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse. Zudem wurde mit der Evaluation des Tutorensystems (Auszubildende als „Bewegungsförderungstutorinnen/-tutoren“ für Auszubildende) eine kooperativ entwickelte Maßnahme hinsichtlich ihrer Wirksamkeit auf das Bewegungsverhalten und die BGK untersucht. Diese Daten wurden im Rahmen einer längsschnittlichen Fragebogenerhebung mit Interventions- und Kontrollgruppe erhoben (n=73). Der Stichprobenvergleich erfolgte in SPSS mittels messwiederholter Varianzanalysen und t-Tests.

## **Ergebnisse**

Im Zuge der Evaluation des kooperativen Planungsprozesses konnte eine Vielzahl neu geschaffener Ressourcen (z.B. finanziell, personell) und Möglichkeiten (z.B. Unterstützung von Vorgesetzten, Kooperation mit externen Dienstleistungsunternehmen) erfasst werden, die schließlich dazu geführt haben, Kapazitäten für Bewegungsförderung zu schaffen. So ist es mithilfe des kooperativen Planungsansatzes gelungen, verschiedene Maßnahmen zur Bewegungsförderung zu entwickeln und implementieren. Als ein Beispiel ist das Tutorensystem zu nennen, in dem interessierte Auszubildende zu Tutorinnen und Tutoren geschult wurden und seither als Bewegungsfördernde für ihre Mitauszubildenden tätig sind. Hinsichtlich der Effektivität des Tutorensystems auf das Bewegungsverhalten und die BGK der Tutorinnen und Tutoren (n=17) konnten trotz positiver Tendenzen einzelner Subdimensionen keine signifikanten Effekte festgestellt werden. Des Weiteren zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe hinsichtlich des Bewegungsverhaltens und der BGK der Auszubildenden.

## **Diskussion und Fazit**

Die kooperative Planung erwies sich im Bildungszentrum eines Automobilunternehmens als erfolgreiche Interventionsstrategie zur Schaffung bewegungsförderlicher Strukturen und zur nachhaltigen Umsetzung einzelner bewegungsförderlicher Maßnahmen. Auf Individuumsebene konnte die Effektivität dieser Maßnahmen beispielhaft im Rahmen einer pilothaften Evaluierung des Tutorensystems nicht nachgewiesen werden. Daher erfordern

elaborierte Nachweise zur Effektivität partizipativ entwickelter Maßnahmen zukünftig methodisch anspruchsvolle und umfangreiche Untersuchungen.

### **Literatur**

- Betz, M., Graf-Weber, G., Kapelke, C., Wenchel, K. (2012): Gesundheitsförderung in der überbetrieblichen Ausbildung - am Beispiel des Kfz-Handwerks. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 3. 589.
- Bonevski, B., Guillaumier, A., Paul, C., Walsh, R. (2013): The vocational education setting for health promotion: a survey of students' health risk behaviours and preferences for help. Health Promotion Journal of Australia, 24. 185-191.
- Rütten, A., Frahsa, A., Abel, T., Bergmann, M., Leeuw, E. de, Hunter, D., Jansen, M., King, A., Potvin, L. (2019): Co-producing active lifestyles as whole-system-approach: theory, intervention and knowledge-to-action implications. Health Promotion International, 34. 47-59.

Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung

## **Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb – Perspektiven auf Versorgung von Arbeitnehmenden an der Schnittstelle von Betrieb und Regelversorgung**

*Franziska Kessemeier<sup>1</sup>; Andreas Antes<sup>1</sup>; Reinhold Kilian<sup>2</sup>; Monika Rieger<sup>3</sup>; Harald Gündel<sup>1</sup>; Michael Hölzer<sup>4</sup>; Eva Rothermund<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Universitätsklinikum Ulm, Universitätsklinikum Freiburg; <sup>2</sup> Universität Ulm;

<sup>3</sup> Universitätsklinikum Tübingen; <sup>4</sup> ZfP Südwürttemberg

### **Hintergrund und Zielstellung**

Die Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb (PSIB) ist an der Schnittstelle zwischen betrieblichem und medizinisch-therapeutischem System lokalisiert und beinhaltet folglich die Interaktion von verschiedensten Akteuren auf Arbeitgeber- und Nehmerseite sowie im Gesundheitssystem. Die PSIB ermöglicht nachweislich eine frühzeitige und effektive Intervention für Mitarbeitende mit häufigen psychischen Störungen (Rothermund et al., 2019). Die vorliegende Studie zielt darauf ab, zu untersuchen, welche Chancen und Herausforderungen durch die Vernetzung von Betrieb und Regelversorgung in der Versorgung psychosomatisch belasteter Mitarbeitenden entstehen.

### **Methoden**

Mit Experten des Angebots PSIB wurden teilstrukturierte Interviews über Motivation, Erwartungen und Erfahrungen geführt. Als Experten der PSIB wurden Mitglieder der betrieblichen Gesundheitsförderung (n=9), Dienstleistungsnutzer (n=5) und kooperierender psychologische Spezialisten (n=6) befragt. Der iterative Prozess der offenen, axialen und selektiven Codierung wurde mittels atlas.ti durchgeführt.

## **Ergebnisse**

Die PSIB kann in einen konzeptionellen Rahmen eingegliedert werden, der drei Bereiche umfasst: (A) ein strukturiertes Umsetzungskonzept, (B) beteiligte Personen, die die Prozesse innerhalb des implementierten Konzepts und deren Interaktion miteinander induzieren und gestalten und (C) die Bedeutung und Funktion des Angebots im gegebenen Kontext. Im Bereich (C) Bedeutung und Funktion konnten wir potenzielle Konfliktfelder bei der Implementierung und Umsetzung des Angebots zwischen und innerhalb der Akteure (Gesundheitssystem und Betrieb) identifizieren. Als besondere Chance des Angebots wurde benannt, dass es als niedrigschwellig und präventiv wahrgenommen wird. Darüber hinaus wurde das Angebot als einfach in der Handhabung, vertrauensvoll, schnell wirksam und auf das Wohlbefinden der betroffenen Person und damit als Schnelllösung wahrgenommen. Als herausfordernd wurde die Wahrung der Anonymität sowie eine angemessene Sensibilität im Umgang mit den Belastungen der inanspruchnehmenden Mitarbeitenden genannt. Auf Seiten des Betriebs wurde außerdem die Sorge genannt, die PSIB könne mit bestehende Versorgungsstrukturen im Betrieb konkurrieren. Die Nähe zum Betrieb wurde als Spannungsfeld wahrgenommen - sowohl als Chance als auch als Hindernis.

## **Diskussion und Fazit**

Die Definition notwendiger Strukturen, die Beteiligung aller Stakeholder und ihrer Bedürfnisse sowie die Gewährleistung einer guten Kommunikation bzgl. der identifizierten Spannungsfelder trägt entscheidend dazu bei, ob die Umsetzung eines betriebsnahen, branchenübergreifenden Angebots wie PSIB greifen kann oder scheitert.

## **Literatur**

Rothermund E., Kilian R., Balint E.M., Rottler E., von Wietersheim J., Gündel H., Hölzer M. (2019). Wie bewerten Nutzer das neue Versorgungsmodell „Die Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb“?. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 62, 186-194. doi: 10.1007/s00103-018-2869-x

### Analyse der Erholungserfahrung und der Arbeitsfähigkeit - Eine quantitative Querschnittsstudie in einem Großunternehmen

*Bianca Biallas<sup>1</sup>; Magnus Piontkowski<sup>1</sup>; Uwe Steingraber<sup>2</sup>; Lena Franz<sup>1</sup>; Ingo Froböse<sup>1</sup>; Christiane Wilke<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Deutsche Sporthochschule Köln; <sup>2</sup> T1-Gesundheitszentrum

#### Hintergrund und Zielstellung

Globalisierung und demographischer Wandel erhöhen Zeit- und Leistungsdruck in Unternehmen. Dies kann negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Beschäftigten haben. Aufgrund des akuten Fachkräftemangels ist es immer wichtiger, Arbeitsfähigkeit und Gesundheit bis ins hohe Lebensalter aufrecht zu erhalten. Die Erholung in der arbeitsfreien Zeit ist dafür essenziell (Sonntag et al., 2017; Wendsche et al., 2016). Erholung beschreibt physische und psychische Prozesse, durch die ein Individuum nach einer Belastungserfahrung auf das Ausgangsniveau vor der Belastung zurückkehrt (Meijman & Mulder, 1998). Mangelnde Erholung nach Arbeitsbelastungen führt zu einer Erholungsschuld, die sich negativ auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt (Wendsche et al., 2016). Die Arbeitsfähigkeit beschreibt das Verhältnis der Charakteristika der Arbeit zu den personenbezogenen Ressourcen (Tuomi et al., 2006). Arbeitsbedingte Stressfaktoren wie Zeitdruck erschweren die Möglichkeit der Erholung (Sonntag, Fritz, 2007). Zudem wird angenommen, dass sich das Alter auf Arbeitsfähigkeit und Erholung auswirken kann (Wendsche et al., 2016). Vor diesem Hintergrund untersucht die vorliegende Arbeit den Zusammenhang zwischen Erholung und Arbeitsfähigkeit sowie mögliche Alterseffekte.

#### Methoden

Mittels einer schriftlichen Befragung wurden Querschnittsdaten von Beschäftigten (n=63) eines großen deutschen Unternehmens gesammelt. Zwei verschiedene Altersgruppen wurden unterschieden ( $\leq 44$  J. und  $\geq 45$  J.). Die Arbeitsfähigkeit wurde mittels der deutschen Kurzversion des Work-Ability-Index (WAI) erfasst (Tuomi et al., 2006). Zur Quantifizierung der Erholung diente der Recovery-Experience-Questionnaire (REQ) (Sonntag & Fritz, 2007). Die Auswertung und Analyse der Messdaten erfolgte mithilfe des IBM-Statistik-Programms SPSS, Version 25.

#### Ergebnisse

Es zeigt sich ein hochsignifikanter, positiver Zusammenhang ( $r_s(49) = .397, p = .005$ ) zwischen dem WAI Gesamtscore und dem Gesamtmittelwert des REQ. Die in diesem Kontext untersuchte Variable des Alters wies eine signifikante negative Korrelation ( $r_s(49) = -.288, p = .045$ ) mit dem WAI Gesamtscore auf, nicht aber mit dem Gesamtmittelwert des REQ. Ein signifikanter Zusammenhang im Gruppenvergleich zwischen WAI Gesamtscore und Gesamtmittelwert des REQ bestand nur bei der Gruppe der alternden Beschäftigten ( $r_s(20) = .472, p = .035$ ). Weitergehend zeigte sich ein signifikanter, positiver Zusammenhang

( $r_s(62) = .316$ ,  $p = .012$ ) zwischen der Subskala „Distanzierung“ des REQ und der Dimension „körperlichen und psychischen Anforderungen der Arbeit“ des WAI. Erneut konnte nur für die Gruppe der alternden Beschäftigten ein hochsignifikanter Zusammenhang im Gruppenvergleich bemerkt werden ( $r_s(28) = .517$ ,  $p = .005$ ).

### **Diskussion und Fazit**

Es lässt sich ein positiver Zusammenhang zwischen Arbeitsfähigkeit und Erholung annehmen. Dies gilt jedoch nur für die Gruppe der alternden Beschäftigten. Personen, die ihre Arbeitsfähigkeit subjektiv als gering einschätzen, haben tendenziell auch eine geringere Erholung und umgekehrt. Zudem zeigt sich eine reduzierte Arbeitsfähigkeit im Alter. Eine Aussage zu Ursache und Wirkung zwischen Arbeitsfähigkeit und Erholung kann nicht getroffen werden. Dennoch spiegelt das Ergebnis den komplexen Zusammenhang zwischen Arbeitsfähigkeit und Erholung wider. Die Literatur deutet an, dass zyklische, suffiziente Erholungsprozesse die durch die Arbeit entstehende Beanspruchung und deren Folgen regulieren und das psychobiologische System stabilisieren (Meijman, Mulder, 1998). Erholung ist ein Mediator zwischen Beanspruchung und physischer und psychischer Gesundheit (Sonntag et al., 2017). Insbesondere das mentale Abschalten von der Arbeit ist essenziell (Wendsche et al., 2016). Umgekehrt haben Aspekte der Arbeitsfähigkeit einen Einfluss auf die Erholung. Zu hohe „körperliche und psychische Anforderungen der Arbeit“ erschweren das mentale Abschalten (Wendsche et al., 2016; Sonntag et al., 2017). Den Ressourcen der Beschäftigten entsprechende Arbeitsbedingungen sind wichtig, um die Erholungsfähigkeit und Gesundheit dieser zu erhalten. Eine angemessene Erholung ist wichtig, um die Arbeitsfähigkeit zu sichern. Der Zusammenhang zwischen Erholung und Arbeitsfähigkeit sollte in weiteren psychologischen Gefährdungsbeurteilungen und Längsschnittanalysen untersucht werden.

### **Literatur**

- Meijman, T.F.; Mulder, G. (1998): Psychological Aspects of Workload. In: Charles, De, Wolff (Hg.): A Handbook of Work and Organizational Psychology. London: Psychology Press.
- Sonntag, S.; Fritz, C. (2007): The Recovery Experience Questionnaire: development and validation of a measure for assessing recuperation and unwinding from work. In: Journal of occupational health psychology 12 (3), S. 204–221. DOI: 10.1037/1076-8998.12.3.204.
- Sonntag, S.; Venz, L.; Casper, A. (2017): Advances in recovery research: What have we learned? What should be done next? In: Journal of occupational health psychology 22 (3), S. 365–380. DOI: 10.1037/ocp0000079.
- Tuomi, K.; Ilmarinen, J.; Jahkola, A.; Katajarinne, L.; Tulkki, A. (Hg.) (2006): Arbeitsbewältigungsindex. Work Ability Index. 3. Aufl. Dortmund: Wirtschaftsverlag NW (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin).
- Wendsche, J.; Lohmann-Haislah, A. (2016): A Meta-Analysis on Antecedents and Outcomes of Detachment from Work. In: Frontiers in psychology 7, S. 2072. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.02072.

# Betriebliches Arbeitstraining

*Hans-Christoph Eichert*

TERTIA Berufsförderung GmbH

## Hintergrund und Zielstellung

Hintergrund. Für die Verarbeitung beruflicher Anforderungen sind berufsrelevante Ressourcen von großer Bedeutung. Wo diese fehlen bzw. nicht wahrgenommen werden, kommt es zu Überforderungssituationen, die auch zum Verlust eines Arbeitsplatzes führen können. Für Menschen mit Schwerbehinderung besteht die Möglichkeit, bei drohendem Arbeitsplatzverlust Unterstützung in Form eines Arbeitstrainings bzw. Jobcoachings durch das Integrationsamt zu bekommen. Dabei handelt es sich um eine Leistung nach § 185 Abs. 3 Nr. 1f SGB IX i.V.m. § 25 SchwbAV. Das hier vorgestellte Konzept beruht auf stress- und ressourcentheoretischen Überlegungen (vgl. Lazarus, 1978; Hobfoll et.al., 2004) und nimmt vor allem das Verhältnis zwischen Anforderungen und verfügbaren arbeitsplatzrelevanten Ressourcen in den Blick.

Konzept. Das Jobcoaching wird in Form einer individuellen Unterstützungsleistung durchgeführt. Ziel ist die Stärkung berufsrelevanter personaler, professioneller und sozialer Ressourcen um die Bewältigungsmöglichkeiten zu stärken. Ein Arbeitstraining gliedert sich in vier Phasen. Vor Beginn eines Arbeitstrainings wird mit dem/der Mitarbeiter\*in, dem Betrieb und dem Integrationsfachdienst der konkrete Bedarf ermittelt und beim Integrationsamt beantragt. Das Arbeitstraining beginnt dann zunächst mit einer diagnostischen Phase, in der eine Arbeitsplatzbeobachtung und ggfs. weitergehende Diagnostik durchgeführt wird. Ziel ist dabei die ganzheitliche Erfassung aller personalen, sozialen und organisationalen Determinanten eines Arbeitsplatzes. Auf Basis der Ergebnisse schließt sich dann das eigentliche Training an. Ein Arbeitstraining kann neben dem Training am Arbeitsplatz (personale Ressourcen) auch Schulungselemente (professionelle Ressourcen) und arbeitsorganisatorische Maßnahmen (soziale Ressourcen) enthalten. In der Abschlussphase steht die Sicherung des Trainingserfolgs im Mittelpunkt. Die zeitliche Dauer der einzelnen Phasen richtet sich nach dem individuellen Bedarf und kann im Laufe des Trainings angepasst werden.

## Methoden

Untersucht wurden die Entwicklung von Teilnehmer\*innenstruktur und Trainingserfolg (2008 - 2019, N=61). Eingeschlossen wurden alle Teilnehmer\*innen, die das Training bis 2019 abgeschlossen haben. Zur Auswertung wurden die Abschlussjahrgänge in Drei-Jahres-Zeiträume aufgeteilt. Veränderungen von Teilnehmer\*innenstruktur und Trainingserfolg wurden je nach Datenniveau mit Kreuztabellen bzw. Varianzanalysen untersucht.

## Ergebnisse

Teilnehmer\*innenstruktur. Das Durchschnittsalter lag insgesamt bei 41,6 Jahren und ist über die Erhebungszeiträume von 45,7 auf 37,6 Jahre zurückgegangen. Der Anteil der Frauen lag insgesamt bei 50,8% und ist über die Erhebungszeiträume von 37,5% auf 68,1% angestiegen. Der Anteil von Teilnehmer\*innen ohne Schulabschluss lag insgesamt bei 20% und war im letzten Erhebungszeitraum mit 36,3% besonders hoch. Über Realschulabschluss oder Abitur

verfügten 55%. 82% hatten einen Berufsabschluss, wobei 2017-2019 der Anteil ohne Abschluss mit 45,45% besonders hoch war. Insgesamt 50,82% hatten eine psychische Behinderung. Der Anteil von Teilnehmer\*innen mit intellektueller Behinderung lag insgesamt bei 26,23% und ist im letzten Erhebungszeitraum stark angestiegen (50%). Die Arbeitstrainings fanden überwiegend im Büro- und Verwaltungsbereich statt (57,3%) statt, gefolgt vom handwerklich-gewerblichen Bereich (29,5%). Der Dienstleistungsbereich spielte nur im letzten Erhebungszeitraum eine Rolle (13,64%). Die durchschnittliche Dauer der Arbeitstrainings betrug 34,37 Stunden, die durchschnittliche wöchentliche Trainingsdauer lag bei 3,43 Stunden.

Trainingserfolg. In 11,4% der Fälle musste das Arbeitstraining vorzeitig abgebrochen werden. 81,9% konnten das Training erfolgreich abschließen und der Arbeitsplatz blieb erhalten. In 6,5% der Fälle konnte das Arbeitstraining zwar planmäßig abgeschlossen werden, führte aber nicht zum Erhalt des Arbeitsplatzes. Unterschiede hinsichtlich soziodemographischer Variablen, Berufsbereichen oder Art der Behinderung zeigten sich beim Trainingserfolg nicht.

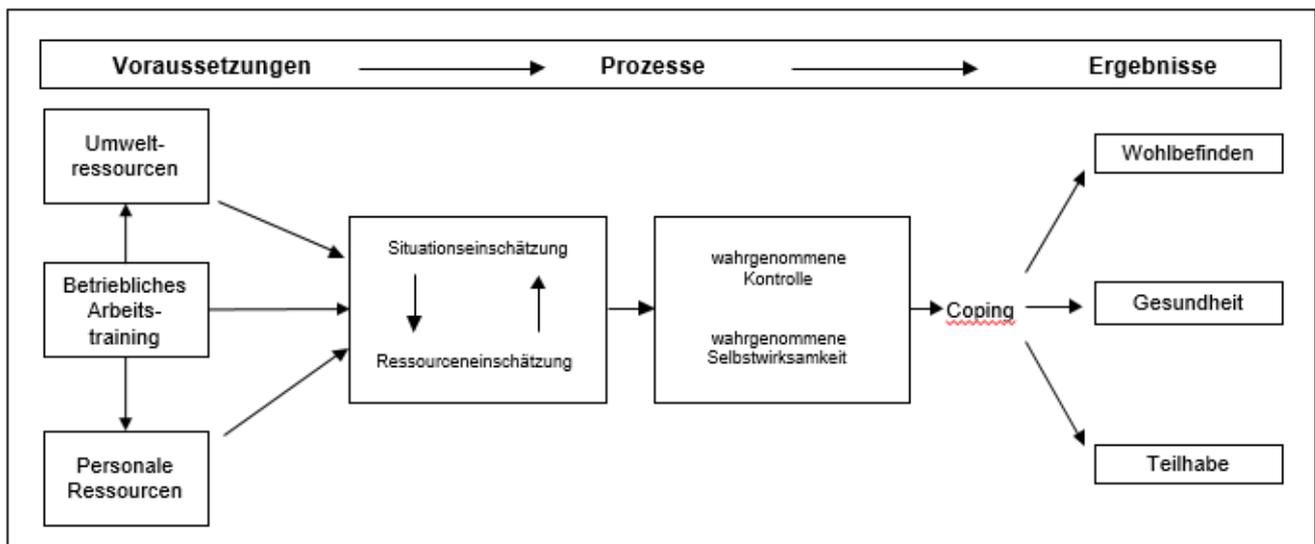


Abb. 1

## Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen - trotz deutlicher Veränderungen der Teilnehmer\*innenstruktur im letzten Erhebungszeitraum - ein über die Zeit stabil erfolgreiches Trainingsformat. Individuell konzipiertes betriebliches Arbeitstraining, das den Focus auf die Stärkung berufsrelevanter Ressourcen legt, führt in den allermeisten Fällen und unabhängig von der Art der Behinderung zum Erhalt von Beschäftigungsverhältnissen. Bislang steht diese Form der Arbeitsplatzsicherung lediglich Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung zur Verfügung. Eine Ausweitung auch auf Menschen mit drohender Behinderung wäre sinnvoll, da insbesondere Menschen mit psychischer Erkrankung trotz Vorliegen der Voraussetzungen oft keinen Antrag auf Anerkennung einer Schwerbehinderung stellen.

## Literatur

Hobfoll, S. E. & Buchwald, P. (2004): Die Theorie der Ressourcenerhaltung und das multiaxiale Coping- eine innovative Stresstheorie, in: Buchwald, Schwarzer, P., Hobfoll, S. (Hrsg.) Stress gemeinsam bewältigen. Ressourcenmanagement und multiaxiales Coping. Göttingen: Hogrefe, 11-26.

Lazarus, R.S., Launier, R. (1978): Stress related transactions between person and environment, in: Pervin, L.A., Lewis, M. (eds.) Perspectives in interactional psychology. New York: Plenum, 287-327.

## **Fit for Work and Life – Integrierte Prävention und Rehabilitation für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eines Universitätsklinikums: Ergebnisse der Begleitevaluation**

*Christoph Gutenbrunner; Christoph Korallus; Kai Kahl; Uwe Tegtbur; Christoph Egen; Heike Fuhr; Juliane Briest*

Medizinische Hochschule Hannover (MHH)

### **Hintergrund und Zielstellung**

Eine gute Gesundheit und Leistungsfähigkeit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sind im gemeinsamen Interesse von Betrieb und Belegschaft. Dabei können – in Abhängigkeit von der individuellen Ausgangssituation – präventive Maßnahmen zur Stärkung und Erhaltung der Gesundheit genauso notwendig sein, wie rehabilitative Interventionen zur Wiederherstellung der beruflichen Leistungsfähigkeit. Auf Basis von Pilotprojekten (Schwarze et al., 2016) wurde an der Medizinischen Hochschule Hannover unter dem Namen „Fit for Work and Life“ ein integriertes präventives und rehabilitatives Gesundheitsprogramm für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dauerhaft implementiert (Gutenbrunner & Egen et al., 2017; Briest & Egen, 2016). Sowohl die Finanzierung als auch die Koordination obliegt der Personalentwicklung.

Dieses Programm ist im Wesentlichen charakterisiert durch:

- Freiwilligkeit der Teilnahme unabhängig vom individuellen Gesundheitszustand bzw. der individuellen Leistungsfähigkeit
- Analyse der individuellen Ausgangssituation jedes/r Teilnehmers/in und Zuteilung in die Maßnahmenbereiche Prävention, Therapie und Rehabilitation durch Fragebogenassessments (u.a. WAI, HADS, Rentenbegehren) sowie ärztliche Untersuchung
- Bedarfsgerechte Staffelung der Intervention mit den Bereichen
- Prävention (inkl. Fitnesstraining, Stressbewältigungskurs, Ernährungskurs, Rückenkurs; durchgeführt in den Abteilungen Sportmedizin und Psychiatrie)
- Rehabilitation (inkl. einwöchiger ganztagsambulanter multimodaler Rehabilitation (sog. Jobfit-Woche) in der Klinik für Rehabilitationsmedizin, Rehabilitation der Rentenversicherung (in DRV Partnerkliniken), gegebenenfalls einschließlich Fallmanagement der DRV)
- Fasttrack Zugang zu therapeutischen Maßnahmen der Psychiatrie sowie der Rehabilitationsmedizin
- Individuelle Arbeitsplatzberatung und gegebenenfalls -anpassung

- Vertrauensgremium unter Einschluss von Personalmanagement und Personalrat zur Lösung betriebsbedingter Probleme mit Einfluss auf die Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter/innen

## **Methoden**

Die Evaluation umfasste u.a. die Parameter Arbeitsfähigkeit (WAI) und Arbeitsunfähigkeitsdauer (Daten aus dem Personalmanagement der MHH). Evaluationszeitpunkte sind Beginn der Maßnahme sowie drei, sechs und zwölf Monate später.

## **Ergebnisse**

Bis zum Mai 2019 wurden insgesamt 1.711 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in das Programm eingeschlossen. Von 1.547 Mitarbeiter/innen wurden 1.218 (72,2%) der Präventionsgruppe und 329 (19,5%) der Rehabilitationsgruppe zugeordnet. Von diesen nahmen 240 (72,9%) an der Jobfit-Woche teil. Bei n=95 liegen die Daten des 12-monatigen Follow-ups vor. Im Gesamtmittel stieg der mittlere WAI von 35,6 auf 37,5 Punkte an ( $p < 0,001$ ; ES=0,27). Dieser Anstieg war in der Rehabilitationsgruppe bei schlechterer Ausgangslage ( $t_0$ : 30,2,  $t_2$ : 32,7;  $p < 0,001$ ; ES=0,46) erwartungsgemäß größer als in der Präventionsgruppe ( $t_0$ : 37,0,  $t_2$ : 38,7;  $p < 0,001$ ; ES=0,25).

## **Diskussion und Fazit**

Diese Ergebnisse zeigen, dass das eingeführte integrierte Programm wirksam ist und zu einer signifikanten Steigerung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit und Reduktion von Arbeitsunfähigkeitszeiten führt. Aus Sicht der Autoren\*innengruppe ist dies wesentlich auf die individuelle Koordination der Maßnahmen in einem Gesamtkonzept, den hohen Arbeitsplatzbezug, die einheitliche Philosophie aller Programmmitarbeiter/innen, das einfache Anmeldeverfahren und die gute Verankerung in der MHH (Unterstützung von Präsidium, Personalentwicklung und Personalvertretung) zurückzuführen. Es wird dringend empfohlen, das Programm (gegebenenfalls mit notwendigen Anpassungen) auch auf andere Bereiche zu übertragen, wie z.B. Pflegeeinrichtungen in einer Region. Auch wäre es denkbar, dies im Sinne einer „community-based rehabilitation“ in Stadtteilen oder Ortschaften umzusetzen. Hierfür wären allerdings ein Umdenken der Leistungsträger bzw. die Schaffung gesetzlicher Rahmenbedingungen eine wesentliche Voraussetzung.

## **Literatur**

- Briest J., Egen C. (2016): Fit for Work and Life. Evaluationsergebnisse eines umfassenden Gesundheitskonzeptes für MitarbeiterInnen eines Universitätsklinikums. RP Reha 2016; 3: 46-51
- Gutenbrunner C., Egen C., Kahl K.G., Briest J., Tegtbur U., Miede J., Born M. (2017): Entwicklung und Implementierung eines umfassenden Gesundheitsmanagements (Fit for Work and Life) für Mitarbeiter/ innen eines Universitätsklinikums – ein Praxisbericht. Gesundheitswesen 2017; 79: 552–559
- Schwarze M., Egen C., Gutenbrunner C., Schriek S. (2016): Early Workplace Intervention to Improve the Work Ability of Employees with Musculoskeletal Disorders in a German University Hospital - Results of a Pilot Study. Healthcare 2016; 4 (3): doi: 10.3390/healthcare4030064

# **Präventive Gesundheitsstrategien - Aus BEM lernen. Zu den (Aus-)wirkungen der Unternehmenskulturen auf die Gesundheit von Mitarbeitenden**

*Bianca Lange; Heike Ohlbrecht*  
Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

## **Hintergrund und Zielstellung**

Das von der Hans-Böckler-Stiftung geförderte, qualitative Forschungsprojekt „Präventive Gesundheitsstrategien- Aus BEM lernen“ knüpfte an der Schnittstelle von Stay at Work und Return to Work an und fokussierte darauf wie bisherige Erfahrungen mit dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) insbesondere in kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) zur Entwicklung früher ansetzender präventiver Maßnahmen zur Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitnehmenden genutzt und die Ausgestaltung von BEM-Prozessen optimiert werden kann.

## **Methoden**

Die Erhebung und Auswertung der Studie erfolgt in Form von zwei Projektphasen: Im Rahmen der ersten 12-monatigen Projektphase standen retrospektive episodische Interviews (N=40) mit Arbeitnehmenden sowie Expert\*inneninterviews (N=20) mit über-, betrieblichen Akteur\*innen, die die Arbeitnehmendenperspektive flankierten im Fokus. Zusätzlich erfolgte die Auswertung 50 anonymisierter Falldokumentationen. Nachdem die Forschungsergebnisse der ersten Projektphase über Methoden- und Perspektivtriangulation zu empirisch gesättigten Erkenntnissen (Glaser und Strauss, 1967) geführt haben, erfolgte in der zweiten 6-monatigen Projektphase die Spiegelung der Ergebnisse in die Handlungspraxis des Feldes in Form 12 partizipativer Workshops mit BEM-Akteur\*innen.

## **Ergebnisse**

Im Rahmen der Analyse konnten dabei verschiedene in Wechselwirkung zueinanderstehende Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Mitarbeitenden innerhalb von Unternehmen identifiziert werden, welche anschlussfähig an Baduras (2017) Überlegungen in Abhängigkeit zu der im Betrieb vorherrschenden Unternehmenskultur stehen (Lange et al., 2019). Eine vertrauensvolle Unternehmenskultur kann einerseits detachment verhindern und andererseits die emotionale Bindung, Loyalität, Begeisterungsfähigkeit und Motivation (commitment) der Mitarbeitenden für die Arbeit beeinflussen (ebd., 14 ff., 46ff.). Dabei ist sie jedoch nicht nur als eine Bedingung der Krankheitsprävention zu betrachten, sondern gleichsam auch ihr rehabilitativer Charakter in den Mittelpunkt zu rücken. In diesem Sinne sollen nicht nur die pathogenen Aspekte der Berufsarbeit, sondern vielmehr ihr salutogener Charakter betont werden. Am deutlichsten wird diese Sichtweise, wenn eine Bedrohung der Beschäftigungsfähigkeit durch Krankheit nicht nur ausschließlich vor dem Hintergrund der Berufsarbeit betrachtet wird, sondern auch private und/oder soziale Kontextfaktoren einbezogen werden (Ohlbrecht et al., 2018). Dem gegenüber stehen die Wirkungsweisen von Unternehmenskulturen des Misstrauens, der Abhängigkeit und der Kontrolle, welche eine Bedrohung der Beschäftigungsfähigkeit, vermehrten Präsentismus sowie detachment befördern und bedingen können (Badura, 2017).

## **Diskussion und Fazit**

Über die zentrale Rolle der sozialen Strukturen und Interaktionsbeziehungen am Arbeitsplatz, wie die Unternehmenskultur, das Verhältnis von Mitarbeitenden untereinander sowie in Relation zu den Arbeitgebenden etc. mithin die Betrachtung der sozialen Dynamik im Arbeitsalltag ist bisher in sozialwissenschaftlicher Perspektive empirisch zu wenig bekannt, wenn auch die Annahme besteht, dass diese Faktoren für die langfristige Integration von Personen mit multiplen gesundheitlichen Beeinträchtigungen wesentlich sind. Dabei kommt der Ausrichtung der Unternehmenskultur(en) eine besondere Bedeutung in Bezug auf die Aushandlung bestehender, in unserer Studie identifizierter, gesundheitsrelevanter betrieblicher Paradoxien zu, wie der Unterscheidung von „beruflicher“ und „privater“ Erkrankungen sowie der Gratwanderung zwischen Fürsorge und Kontrolle.

## **Literatur**

- Badura, B. (2017): Arbeit und Gesundheit im 21. Jahrhundert. Mitarbeiterbindung durch Kulturentwicklung. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Glaser, BG; Strauss, AL. (1967): The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. New York: Aldine de Gruyter.
- Lange, B.; Detka, C.; Kuczyk, S.; Ohlbrecht (2019): Unternehmenskulturen und ihre (Aus-)Wirkung auf die Gesundheit von Mitarbeitenden und den Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit. In: RP Reha 2/2019, 47-54.
- Ohlbrecht, H.; Detka, C.; Kuczyk, S.; Lange, B. (2018): Return to work and stay at work - Die Frage nach einem gelingenden betrieblichen Eingliederungsmanagement: In: Die Rehabilitation 57(03), 157-164.

Förderung: Hans-Böckler-Stiftung

## **Stay at work – Subjektiver Erfolg von betrieblichen Maßnahmen für ältere Beschäftigte mit gesundheitlichen Einschränkungen**

*Marieke Dettmann; Hans Martin Hasselhorn*  
Bergische Universität Wuppertal

## **Hintergrund und Zielstellung**

Viele Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen sind erwerbstätig, doch dies ist nicht immer einfach. Betriebliche Maßnahmen zum Erhalt der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit sollen dabei helfen, die Erwerbstätigkeit zu erhalten. In einigen Betrieben werden Maßnahmen wie zum Beispiel die Veränderungen der Arbeitszeiten oder die Umgestaltung des Arbeitsplatzes angeboten. Doch wie erfolgreich sind diese Maßnahmen? In Deutschland gibt es nur wenige Studien, die den Erfolg von Maßnahmen in der Arbeitswelt bei Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen im höheren Erwerbsalter betrachten.

## Methoden

Die Analysen basieren auf Daten der dritten Welle der lidA (leben in der Arbeit) - Kohortenstudie von 2018. In lidA werden Erwerbstätige der Jahrgänge 1959 bzw. 1965 seit 2011 zu ihrer Arbeit, Gesundheit und Beschäftigung befragt. Von allen 3548 Teilnehmenden aus dem Jahr 2018 wurden 421 Vollzeit oder Teilzeit beschäftigte Erwerbstätige mit „weniger guter“ bzw. „schlechter“ Gesundheit nach dem Erhalt von Maßnahmen in den letzten 12 Monaten „mit dem Ziel, Gesundheit bzw. Arbeitsfähigkeit zu erhalten“ befragt. Wer Maßnahmen erhalten hatte (n=209), wurden gebeten den Erfolg dieser Maßnahmen zu bewerten. Mittels binär-logistischer Regressionsanalyse (n=187) wurde untersucht, welche Faktoren bei diesen Personen mit dem selbstberichteten Erfolg der Maßnahmen assoziiert waren. Dies waren neben Alter, Geschlecht und Bildungs-Ausbildungsniveau der Einfluss sozialer Verhältnisse am Arbeitsplatz wie Führungsqualität, Unterstützung von Kollegen und der Stellenwert von Gesundheit beim direkten Vorgesetzten. Darüber hinaus wurden für die Anzahl der erhaltenen Maßnahmen und die Art der Maßnahme kontrolliert.

## Ergebnisse

Während Alter und Geschlecht keinen signifikanten Effekt in Bezug auf den Erfolg zeigen, ist das Bildungs-Ausbildungsniveau ein signifikanter Prädiktor hierfür. Bei Beschäftigten mit dem niedrigsten Ausbildungsniveau sind die erhaltenen Maßnahmen seltener erfolgreich (OR 0,17, 95%-KI 0,07-0,42). Bei guter Führungsqualität durch den direkten Vorgesetzten werden Maßnahmen häufiger als erfolgreich bewertet (OR 3,59, 95%-KI 1,51-8,57). Die Unterstützung von Kollegen und die Anzahl der erhaltenen Maßnahmen zeigten keine bedeutsamen Effekte. Weiterhin sind insbesondere die Veränderungsmaßnahmen am Arbeitsplatz (OR 2,73, 95%-KI 1,06-7,02), der Arbeitsaufgaben (OR 4,12, 95%-KI 1,40-12,24) und der Arbeitszeit (OR 4,95, 95%-KI 1,33-18,34) deutlich mit dem Erfolg von Maßnahmen assoziiert. Die erklärte Varianz des Modells liegt bei Nagelkerkes  $R^2 = .39$ .

## Diskussion und Fazit

Der Erfolg von Maßnahmen am Arbeitsplatz bei älteren Beschäftigten mit gesundheitlichen Einschränkungen steht deutlich im Zusammenhang mit dem Führungsverhalten des direkten Vorgesetzten. Somit hängt deren Erfolg nicht alleine vom Beschäftigten selbst ab. Der Einfluss, den Führungskräfte hier haben, mag ihnen selbst nicht immer bewusst sein.

Darüber hinaus ist auffällig, dass die Maßnahmen, die als am erfolgreichsten bewertet werden, diejenigen sind, die sich Beschäftigte auch am meisten wünschen (Dettmann & Hasselhorn, 2019). Für Unternehmen und Vorgesetzte stellt sich deswegen die Frage, inwieweit sie bereit sind auf die Beschäftigtenbedürfnisse einzugehen, um das Potenzial solcher Maßnahmen für die Beschäftigten und das Unternehmen maximal ausschöpfen zu können, denn Veränderungen am Arbeitsplatz, der Arbeitszeit und der Aufgaben sind Maßnahmen, die eine betriebliche Mitarbeit bzw. die Mitarbeit des Vorgesetzten erfordern, die ein Beschäftigter alleine nicht durchführen kann.

Anzumerken ist die relativ geringe Stichprobengröße, sodass aufgrund einer reduzierten Teststärke Effekte im finalen Regressionsmodell möglicherweise unterschätzt wurden. Zudem streuen die gefundenen Effekte sehr breit, was ebenfalls auf die Stichprobengröße zurückzuführen ist. Grundsätzlich kann für zukünftige Studien in diesem Kontext gefragt

werden, wie ausgeprägt die hier gefundenen Effekte bei großen Beschäftigtenstichproben mit ausschließlich schlechter Gesundheit sind.

### **Literatur**

Dettmann, M.-M., & Hasselhorn, H. M. (im Druck): Stay at Work – Erhalt von und Wunsch nach betrieblichen Maßnahmen bei älteren Beschäftigten mit gesundheitlichen Einschränkungen in Deutschland. Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie.

Förderung: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V.

### Administrative Daten zur Abschätzung des Erwerbsminderungsrisikos: Der Risikoindex Erwerbsminderungsrente

*Katja Spanier<sup>1</sup>; Marco Streibelt<sup>2</sup>; Matthias Bethge<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Universität zu Lübeck; <sup>2</sup> Deutsche Rentenversicherung Bund

#### Hintergrund und Zielstellung

Der Risikoindex Erwerbsminderungsrente (RI-EMR) nutzt Daten der Deutschen Rentenversicherung, um die Wahrscheinlichkeit zu bestimmen, innerhalb der nächsten fünf Jahre eine Erwerbsminderungsrente zu erhalten (Bethge et al., 2011). Er wurde 2011 im Rahmen einer Fall-Kontroll-Studie entwickelt. Diese Studie schloss 40- bis 54-jährige erwerbstätige Personen ein, die bei der Deutschen Rentenversicherung Bund versichert waren. Der Index erwies sich als prognostisch sehr genau, um Erwerbsminderungsrenten hervorzusagen (Bethge et al., 2011; Spanier et al., 2017). Da die ursprünglich Kalkulation des RI-EMR nur eine Teilgruppe von gesetzlich rentenversicherten Personen berücksichtigte und die verwendeten Daten aus den Jahren 2001 bis 2008 stammte, wurde der RI-EMR für alle Rentenversicherungsträger aktualisiert.

#### Methoden

Die Studie wurde als prospektive Kohortenstudie durchgeführt. Eingeschlossen wurden 18- bis 65-jährige Personen, die im Jahr 2012 aktiv versichert waren. Die aus administrativen Daten generierte Stichprobe war eine zufällige nach Rentenversicherungsträgern geschichtete 1-Prozent-Stichprobe. Zur Bildung des RI-EMR wurden soziodemografische und beitragsbiografische Variablen für die Jahre 2010 bis 2012 berücksichtigt. Zielkriterium waren zwischen dem 01.01.2013 und dem 31.12.2017 beantragte Erwerbsminderungsrenten. Der Nachbeobachtungszeitraum betrug fünf Jahre. Die Schätzer des zugrundeliegenden logistischen Regressionsmodells wurden aggregiert und zum RI-EMR transformiert. Die prognostische Genauigkeit wurde mit einer Receiver-Operating-Characteristic-Kurve und der dazugehörigen Fläche unter dieser Kurve (Area under the curve, AUC) bestimmt (Rice et al., 2005). Für eine Kategorisierung des RI-EMR wurden optimale Trennwerte auf der Grundlage des Youden-Index bestimmt (Youden, 1950). Cox-Regressionen wurden berechnet, um die prognostische Genauigkeit des RI-EMR zu ermitteln. Als Effektschätzer wurden Hazard Ratios mit dazugehörigen 95%-Konfidenzintervallen bestimmt.

#### Ergebnisse

Für die 352.140 eingeschlossenen Personen wurden im Nachbeobachtungszeitraum 6.360 Erwerbsminderungsrenten (1,8 %) gezählt. Im Regressionsmodell erwiesen sich der langer Bezug sonstiger Leistungen (Frauen: OR = 10,87; 95 % KI: 9,99 bis 11,82; Männer: OR = 6,70; 95 % KI: 6,16 bis 7,29) und der Bezug von Arbeitslosengeld II (Frauen: OR = 6,36; 95 % KI: 5,67 bis 7,12; Männer: OR = 4,74; 95 % KI: 4,21 bis 5,34) als stärkste Prädiktoren späterer Erwerbsminderungsrenten. Der RI-EMR unterschied gut zwischen Personen mit und

ohne Erwerbsminderungsrente (AUC = 0,84; 95 % KI: 0,83 bis 0,84). Mit einem Trennwert von  $\geq 50$  Punkte wurde eine korrekte Gesamtklassifikation von 80,6 % (Sensitivität: 71,5 %; Spezifität: 80,8 %), bei  $\geq 60$  Punkten eine korrekte Gesamtklassifikation von 90,3 % (Sensitivität: 54,9 %; Spezifität: 91,0 %) erreicht. Für Personen mit moderatem ( $\geq 50$  bis 60 Punkte) bzw. hohem RI-EMR ( $\geq 60$  Punkte) war das Hazard Ratio für einen Eintritt in Erwerbsminderungsrente 5-fach bzw. 17-fach erhöht (mittlerer RI-EMR: HR = 4,71; 95 % KI: 4,24 bis 4,94; hoher RI-EMR: HR = 17,33; 95 % KI: 16,37 bis 18,34).

## **Diskussion und Fazit**

Der Zugang in eine Erwerbsminderungsrente war innerhalb der betrachteten Stichprobe ein seltenes Ereignis. Erwerbsminderungsbedingte Rentenzugänge sind mit soziodemografischen und erwerbsbiographischen Merkmalen assoziiert. Vor allem lange Bezüge von sonstigen Leistungen und Arbeitslosengeld II unterstützen die Vorhersage zukünftiger Erwerbsminderungsrenten. Aufgrund teilweise nicht vorliegender Daten zum Arbeitslosengeld II wird die prognostische Genauigkeit des RI-EMR in unseren Analysen derzeit noch etwas unterschätzt. Der RI-EMR kann mit seinem aktualisierten Algorithmus für jede aktiv gesetzlich rentenversicherte 18- bis 65-jährige Person berechnet werden. Die dafür notwendigen Daten liegen bei den Rentensicherungsträgern vor. 71 % der zukünftigen Erwerbsminderungsrenten können durch den RI-EMR vorhergesagt werden. Bei niedrigen RI-EMR Werten kann eine Erwerbsminderungsrente nahezu ausgeschlossen werden. Zwar ist die absolute Zahl falsch positiver Vorhersagen hoch, aber auch diese Personen haben auffällige Erwerbsverläufe und möglicherweise einen Unterstützungsbedarf. Der RI-EMR bietet die Möglichkeit, Personen mit erhöhtem Risiko eines erwerbsminderungsbedingten Rentenzugangs frühzeitig zu identifizieren, zu begleiten und rechtzeitig Maßnahmen zur Teilhabe anzubieten bzw. einzuleiten. So wäre die Nutzung des RI-EMR als erster Schritt innerhalb eines gestuften proaktiven Zugangs denkbar, mit dem innerhalb einer Risikopopulation Leistungen zur Teilhabe (z. B. medizinische Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Fallmanagement) angeregt werden. Ein solches Vorgehen wird zukünftig im Rahmen eines Modellprojektes des Bundesprogramms „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ mit Versicherten der Deutschen Rentenversicherung Nord derzeit erprobt.

## **Literatur**

- Bethge, M., Egner, U., Streibelt, M., Radoschewski, F. M., Spyra, K. (2011): Risikoindex Erwerbsminderungsrente (RI-EMR): Eine prozessdatenbasierte Fall-Kontroll-Studie mit 8500 Männern und 8405 Frauen. Bundesgesundheitsblatt, 54. 1221-1228.
- Rice, M. E., Harris, G. T. (2005): Comparing effect sizes in follow-up studies: ROC Area, Cohen's d, and r. Law Hum Behav, 29. 615-620.
- Spanier, K., Michel, E., Peters, E., Radoschewski, F.M., Bethge, M., Screening nach Teilhaberrisiken mit administrativ verfügbaren Daten: Der Risikoindex Erwerbsminderungsrente. DRV-Schriften, Bd 111. 78-80.
- Youden, W. J. (1950): Index for rating diagnostic tests. Cancer, 3. 32-35.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

# **Berufsbezogener Gesundheitscheck der Rentenversicherung – (K)ein Thema für Pflegekräfte!?**

*Marina Jost<sup>1</sup>; Silke Jankowiak<sup>1</sup>; Rainer Kaluscha<sup>1</sup>; Gert Krischak<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup> Universität Ulm (IFR Ulm); <sup>2</sup> Federseeklinik

## **Hintergrund und Zielstellung**

Beschäftigte in der Pflege sind aufgrund vielfältiger berufsspezifischer Faktoren besonders hohen Belastungen in ihrem Beruf ausgesetzt. Dabei sind vor allem Pflegekräfte, die in der Altenpflege oder in der Gesundheits- und Krankenpflege tätig sind, sowohl psychisch als auch physisch durch ihre Arbeit gefährdet und weisen mit 24,1 bzw. 19,3 Arbeitsunfähigkeitstagen im Jahr im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (16,1 AU-Tage) besonders hohe Arbeitsunfähigkeitszeiten auf (Kliner et al., 2017). Speziell für diese Berufsgruppe boten die Rentenversicherungsträger Baden-Württemberg und Bund gemeinsam mit weiteren Kooperationspartnern daher ein individuelles Präventionsangebot, den berufsbezogenen Gesundheitscheck ab 45 Jahren, im Rahmen eines Modellvorhabens im Stadt- und Landkreis Karlsruhe an. Die Rentenversicherungsträger schrieben dazu 1.466 Pflegekräfte an und informierten über das Projekt.

Im Anschreiben wurden die Pflegekräfte gebeten, den beigefügten Work Ability-Index (WAI) auszufüllen und bei einem WAI-Ergebnis von unter 44 Punkten einen Termin in einer Untersuchungsstelle zur Inanspruchnahme des Gesundheitschecks zu vereinbaren. In einer ärztlichen Beratung wurde dann die berufliche Gesundheit (z.B. tätigkeitsbedingte Belastungsfaktoren) besprochen und bei Bedarf Empfehlungen zur Teilnahme an speziellen Angeboten (z.B. einer medizinischen Rehabilitation) ausgesprochen.

Dabei besteht ein wesentliches Ziel der Evaluation des Modellvorhabens darin festzustellen, welche Faktoren das Teilnahmeverhalten der Pflegekräfte am Gesundheitscheck beeinflussen.

## **Methoden**

Hierzu erfolgte zum einen eine Befragung der Pflegekräfte, die das Angebot zur Teilnahme am Gesundheitscheck erhielten, zu den Gründen für die (Nicht-)Inanspruchnahme des Angebots. Datengrundlage für die Datenanalyse bildeten insgesamt 202 Fragebögen (49 Teilnehmer- und 153 Nichtteilnehmer-Fragebögen). Die Auswertung zur Häufigkeitsbestimmung von Gründen für die (Nicht-)Teilnahme erfolgte anhand deskriptiver Methoden. Um außerdem festzustellen, welche Faktoren mit der Inanspruchnahme des Gesundheitschecks assoziiert sind, erfolgte anhand des Chi-Quadrat-Tests bzw. des exakten Fisher-Tests ein Vergleich zwischen den Teilnehmern und Nichtteilnehmern. Zudem wurden multivariate Analysen zur Identifikation von Faktoren, die die Inanspruchnahme beeinflussen, durchgeführt.

Zum anderen wurden Ärzte aus den Untersuchungsstellen anhand teilstandardisierter Interviews befragt, welche Beobachtungen sie zum Inanspruchnahmeverhalten des Gesundheitschecks bei den Pflegekräften gemacht haben. Für die Interviews konnten vier Ärzte aus drei Untersuchungsstellen gewonnen werden. Die Auswertung der dabei gewonnenen Daten erfolgte durch die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring.

## Ergebnisse

Die Teilnahme am berufsbezogenen Gesundheitscheck fiel insgesamt sehr gering aus. So haben nur 49 von 1.466 Pflegekräften (3%), die das Angebot zur Teilnahme erhielten, dieses tatsächlich auch in Anspruch genommen.

Die Ärzte erklärten die geringe Inanspruchnahme durch einen zu hohen organisatorischen Aufwand, der für die Pflegekräfte mit der Teilnahme einherging. Weitere Barrieren sahen die Ärzte in der Pflege von Angehörigen, der intellektuellen Überforderung mit dem Angebot und zu guter Letzt im Schichtsystem und in der Sorge der Pflegekräfte, am Arbeitsplatz auszufallen und dadurch negativ beim Arbeitgeber aufzufallen. Die Befragung der Pflegekräfte zeigte, dass 20,3% der Pflegekräfte nicht am Gesundheitscheck teilgenommen haben, weil für sie laut dem WAI kein Bedarf dazu bestand. Außerdem gehörten berufliche Verpflichtungen, fehlende Zeit zur Durchführung des WAI und die Tatsache, dass eine selbstständige Kontaktaufnahme zur Untersuchungsstelle als zu viel Aufwand empfunden wurde, zu den Hauptgründen für die Nichtinanspruchnahme (Abbildung 1).

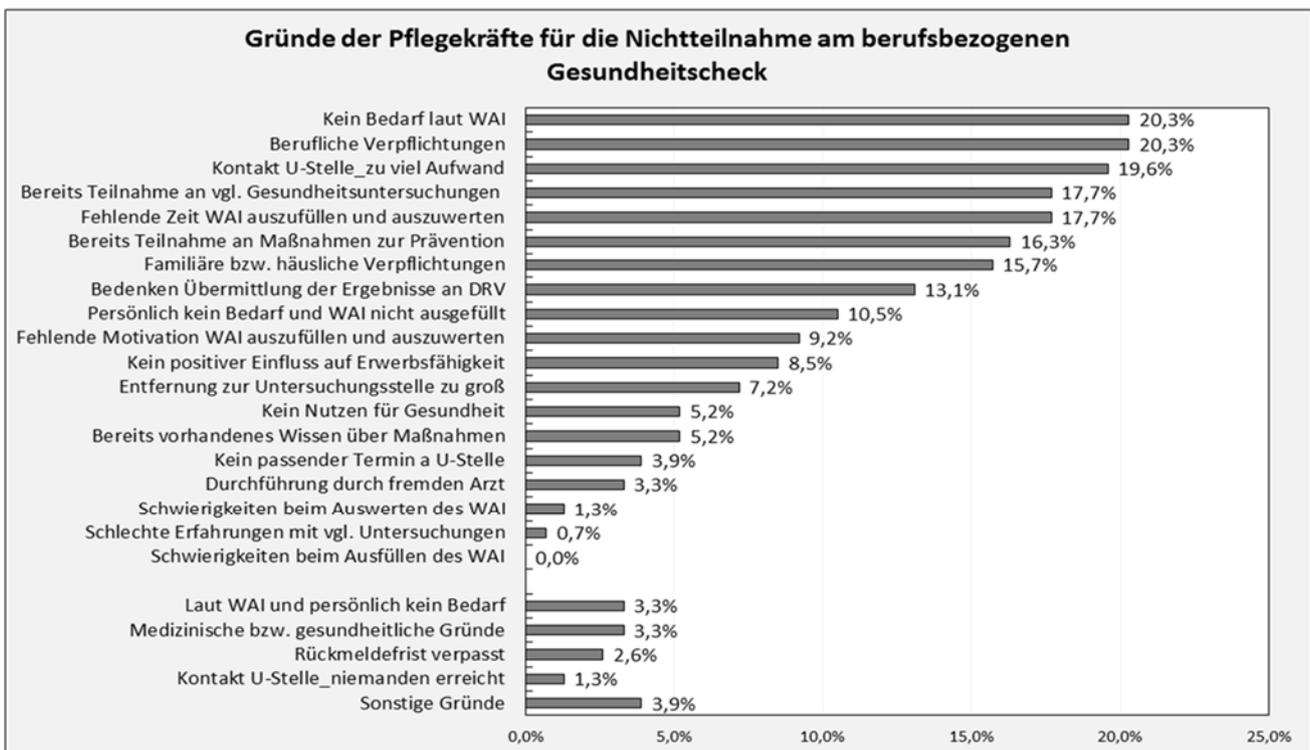


Abb. 1: Gründe der Pflegekräfte für die Nichtteilnahme am berufsbezogenen Gesundheitscheck

Bei den Teilnehmern des Gesundheitschecks handelte es sich aus Sicht der Ärzte überwiegend um Personen, die sich mit gesundheitsbezogenen und beruflichen Themen auseinandersetzten und sich auf der Suche nach Veränderungen befanden. Die Befragung der Pflegekräfte zeigte ebenso, dass die Teilnehmer bereits gute Erfahrungen mit anderen Präventionsangeboten gemacht haben und neugierig auf das Angebot der Rentenversicherung waren (Abbildung 2). Im Vergleich zu den Nichtteilnehmern zeigten sich Teilnehmer des Gesundheitschecks signifikant häufiger mit ihrer Gesundheit unzufrieden ( $p=0,0179$ ) und stärker von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems betroffen ( $p=0,0036$ ). Als Prädiktoren der Inanspruchnahme des Gesundheitschecks erwiesen sich das Arbeitsverhältnis und Vorerfahrungen mit Angeboten der Rentenversicherung. So fiel die

Bereitschaft zur Teilnahme höher aus, wenn Pflegekräfte in einem befristeten Arbeitsverhältnis standen (OR:25,71; 95% KI:[2,28;290,34]). Bei Pflegekräften, die zuvor noch eine medizinische Rehabilitation in Anspruch genommen haben, bestand hingegen eine signifikant geringere Wahrscheinlichkeit zur Teilnahme (OR:0,12; 95% KI:[0,02;0,65]).

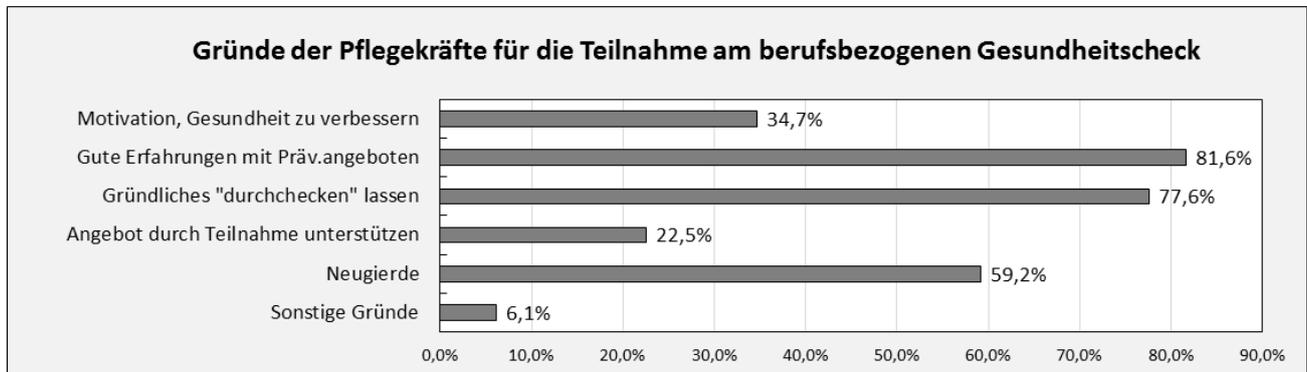


Abb. 2: Gründe der Pflegekräfte für die Teilnahme am berufsbezogenen Gesundheitscheck

## Diskussion und Fazit

Im Rahmen der Studie konnte ein Überblick über die wesentlichen Beweggründe der Pflegekräfte zur (Nicht-)Teilnahme am berufsbezogenen Gesundheitscheck sowie über Faktoren, die die Teilnahme beeinflussten, gewonnen werden. Dabei zeigte sich, dass nicht nur der tatsächliche Bedarf (d.h. WAI-Ergebnis < 44) die Inanspruchnahme des Angebots bestimmte, sondern dass Pflegekräfte auf andere Hürden gestoßen sind, die ihnen den Zugang zum Gesundheitscheck erschwerten. Hierbei spielen insbesondere berufliche und mit der Teilnahme verbundene organisatorische Aspekte eine Rolle. Bei Einführung des Gesundheitschecks in die Regelversorgung ist es daher zu empfehlen, für relevante Zugangsbarrieren vorab Lösungsansätze (z.B. Änderung organisatorischer Abläufe) zu definieren, um so die Teilnahmebereitschaft der Versicherten mit Bedarf zu steigern und ihnen den Zugang zum Gesundheitscheck zu erleichtern.

## Literatur

Kliner, K., Rennert, D., Richter, M. (Hrsg.) (2017): Gesundheit und Arbeit – Blickpunkt Gesundheitswesen. BKK Gesundheitsatlas 2017. URL: [https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/publikationen/gesundheitsatlas/2017/BKK\\_Gesundheitsatlas\\_2017.pdf](https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/publikationen/gesundheitsatlas/2017/BKK_Gesundheitsatlas_2017.pdf), Abruf: 08.10.2019.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

# Führt das Angebot eines webbasierten Tests auf Rehabedarf zu einer praktisch bedeutsamen Erhöhung der Reha-Antragsrate?

*Malgorzata Schlöffel<sup>1</sup>; Oskar Mittag<sup>1</sup>; Hanna Kampling<sup>2</sup>; Hartmut Pollmann<sup>3</sup>;  
Erik Farin-Glattacker<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Universitätsklinikum Freiburg;

<sup>2</sup> Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Standort Gießen;

<sup>3</sup> Klinik Niederrhein der DRV Rheinland

## Hintergrund und Zielstellung

Medizinische Rehabilitation ist in Deutschland eine Antragsleistung der Versicherten, dabei ist davon auszugehen, dass es ungedeckten Bedarf gibt. Beispielsweise fanden Mittag et al. (2014) bei einer Analyse von Neuzugängen zur Erwerbsminderungsrente, dass in 42% der Fälle keine Rehabilitationsleistung vorausging. Eine proaktive Suche nach ungedecktem Rehabilitationsbedarf findet derzeit trotz gesetzlich geforderter Stärkung von Prävention und Teilhabe (z.B. im Bundesteilhabegesetz) nicht statt. Die Entwicklung entsprechender Online-Angebote kann hier einen neuen, niedrighschwelligigen Zugangsweg in die Rehabilitation darstellen.

Im Rahmen eines von der DRV Rheinland und DRV Baden-Württemberg geförderten Forschungsprojekts wurde ein Screeninginstrument auf Rehabilitationsbedarf entwickelt und als Online-Rehabbedarfstest in eine Website mit allgemeinen Informationen zum Thema medizinische Rehabilitation eingebettet. Das Screening basiert auf den beiden etablierten Instrumenten Work Ability Index (WAI; Hasselhorn & Freude, 2007) und Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe (IMET; Deck et al., 2007). Hauptfragestellung ist, ob die Intervention (= Angebot eines Tests, ungeachtet der tatsächlichen Nutzung) zu einer Erhöhung des Anteils bewilligter Rehabilitationsanträge führt.

## Methoden

Die Evaluation der Intervention erfolgte im Rahmen einer randomisierten, kontrollierten Studie mit N = 8.000 Versicherten beider Förderer. Einschlusskriterien waren: Mindestens ein sozialversicherungspflichtiger Beitrag im Vorjahr (= aktiv versichert) und ein Alter zwischen 40 und 54 Jahren. Die Stichprobe ist stratifiziert nach RV-Träger, Geschlecht, und Reha-Vorerfahrung (nein/ja, mindestens 4 Jahre zurückliegend). Die Versicherten der Interventionsgruppe (N = 4.000) wurden postalisch über das Web-Angebot informiert und erhielten Zugangsdaten zum Test. Die Kontrollgruppe erhielt keine Informationen. Nach 22 Monaten wurden für die Gesamtstichprobe Antragsdaten zu medizinischer Reha, LTA und EM-Rente (z.B. Antragdatum, Erledigungsart), Leistungsdaten zu bewilligten Rehabilitationsverfahren sowie Schätzer für Erwerbsstatus und andere soziodemographische Merkmale (z.B. Schulbildung) aus verschiedenen DRV-Datenbanken abgefragt. Primäres Outcome ist der Anteil bewilligter Rehabilitationsanträge, sekundäres Outcome der Anteil gestellter Anträge. Zur Ermittlung von Gruppenunterschieden in den Outcomes wurden Chi-Quadrat-Tests und zur Untersuchung der Vorhersagbarkeit der Outcomes durch die Intervention unter Kontrolle potentieller Störgrößen wurden hierarchische logistische

Regressionen durchgeführt. Als Sekundäranalyse wurden Gruppenunterschiede zwischen Testnutzern und Kontrollgruppe betrachtet.

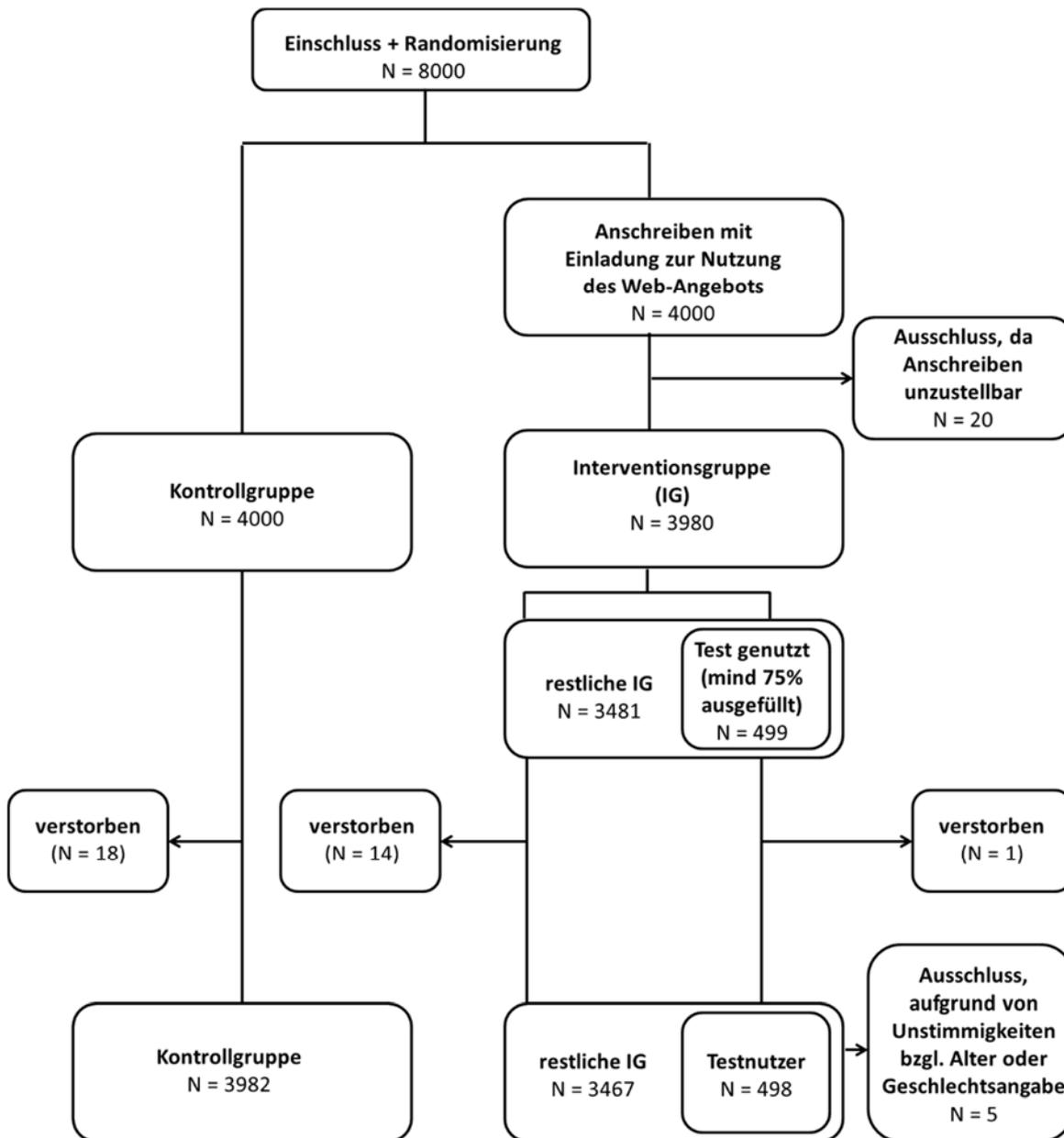


Abb 1: Teilnehmerfluss

## Ergebnisse

Abbildung 1 zeigt den Teilnehmerfluss der Studie. In die Hauptanalysen gehen Daten von N = 7.947 Versicherten ein. Der Test wurde von 12% der Versicherten aus der Interventionsgruppe (IG) genutzt, in die Sekundäranalysen gehen entsprechend Daten von N = 4.475 Versicherten ein.

IG und Kontrollgruppe (KG) unterscheiden sich nicht signifikant hinsichtlich der Soziodemographie. Die Hauptanalysen ergeben keinerlei signifikante Gruppenunterschiede, weder bezüglich des Anteils bewilligter Reha-Anträge (IG: 6,2 %, KG: 6,7%;  $\chi^2_{(1)} = 0,67$ ,  $p = 0,41$ ), noch bezüglich des Anteils gestellter Anträge (IG: 7,4 %, KG: 7,7%;  $\chi^2_{(1)} = 0,21$ ,  $p = 0,65$ ). Auch nach Kontrolle potentieller Störgrößen trägt die Intervention nicht zur

Vorhersage der Outcomes bei, einige Confounder erweisen sich jedoch als bedeutsame Prädiktoren. Gleichwohl klären die (signifikanten) Regressionsmodelle insgesamt nur wenig der Varianz auf (vgl. Tabelle 1).

Die Testnutzer unterscheiden sich hinsichtlich folgender Merkmale signifikant von der KG: Der Anteil Versicherter mit Reha-Vorerfahrung ist höher (60 % vs. 50 %), ebenso der Anteil mit Wohnort im ländlichen Raum (13 %, KG: 9%). Weitere signifikante Unterschiede gibt es hinsichtlich Schulbildung, Berufsausbildung, Anforderungsniveau im Beruf, Vorhandensein bestimmter RV-relevanter Versicherungszeiten in 2016 (ALG-II-Bezug, versicherungspflichtige Beschäftigung) sowie der Einkommensschätzer. Zusammenfassend weisen diese Unterschiede auf einen höheren sozioökonomischen Status unter den Testnutzern hin. Die Sekundäranalysen zeigen, dass bei den Testnutzern sowohl der Anteil bewilligter Reha-Anträge (13,4 %;  $\chi^2_{(1)} = 28,73$ ,  $p < 0,001$ ), als auch gestellter Anträge (16,0 %;  $\chi^2_{(1)} = 39,13$ ,  $p < 0,001$ ) signifikant höher als in der KG ist.

Tab. 1: Ergebnisse der logistischen Regressionsanalysen zur Vorhersage des Anteils bewilligter Reha-Anträge bzw. des Anteils der gestellten Reha-Anträge<sup>a</sup>

Modell	CI der Odds Ratio		
	unterer Wert	Odds Ratio mit Signifikanzniveau	oberer Wert
<b>Vorhersage primäres Outcome<sup>a</sup></b>			
Prädiktor = Intervention <sup>c</sup>	0,73	0,88	1,07
Confounder <sup>d</sup> Geschlecht	1,04	1,32*	1,68
Alter	1,03	1,06***	1,08
Reha-Erfahrung	2,54	3,19***	4,00
DRV	1,37	1,72***	2,16
<b>Vorhersage sekundäres Outcome<sup>b</sup></b>			
Prädiktor = Intervention <sup>c</sup>	0,76	0,91	1,09
Geschlecht	1,04	1,30*	1,63
Alter	1,03	1,06***	1,08
Confounder <sup>d</sup> versicherungspfl. Beschäftigung (in Tagen) <sup>e</sup>	1,00	1,00*	1,00
Reha-Erfahrung	2,71	3,36***	4,16
bei Einschluss offener Reha-Antrag, später abgelehnt	1,53	9,38*	57,61
bei Einschluss offener EM-Antrag, später abgelehnt	1,41	6,00*	25,49
DRV	1,49	1,85***	2,29

<sup>a</sup> primäres Outcome = bewilligte Reha-Anträge, Teststatistiken Gesamtmodell:  $\chi^2(df = 19) = 233,84^{***}$ , Nagelkerkes R<sup>2</sup> = 0,09; <sup>b</sup> sekundäres Outcome = gestellte Reha-Anträge, Teststatistiken Gesamtmodell:  $\chi^2(df = 21) = 310,31^{***}$ , Nagelkerkes R<sup>2</sup> = 0,11; <sup>c</sup> Intervention = Angebot des Onlinetests unabhängig von tatsächlicher Nutzung; <sup>d</sup> aus Platzgründen werden hier nur die signifikanten Confounder dargestellt; <sup>e</sup> im Jahr vor Einschluss; Signifikanzniveaus: \*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$

## **Diskussion und Fazit**

Das bloße Angebot des Online-Rehabedarfstests hat keinen Effekt auf die betrachteten Outcomes. Ein Einladungsschreiben des Rentenversicherers hat offenbar wenig Anreizwirkung. Darüber hinaus gelingt trotz einiger signifikanter Confounder-Variablen (vgl. Tabelle 1) die Vorhersage des Antragsgeschehens nur bedingt (niedriges  $R^2$ ). Hier sind die Zusammenhänge vermutlich komplexer und weitere, nicht erfasste Einflussfaktoren spielen eine Rolle.

Der Test wurde von nur 12% der eingeladenen Versicherten genutzt, einer hochselektiven Stichprobe. Daher ist bei den Ergebnissen der Sekundäranalysen von starken Verzerrungseffekten auszugehen und kausale Schlüsse sind somit nicht zulässig.

Ungeachtet der fehlenden Wirksamkeit der Intervention, wie sie in dieser Studie durch das Einladungsschreiben realisiert wurde, ist ein Nutzen des Tests auf individueller Ebene, z.B. zur eigenen Rückversicherung oder Beschleunigung der Entscheidungsfindung, nicht auszuschließen.

Weiterführende Forschung hierzu, z.B. mit anderem Studiendesign oder einem zusätzlichen Fokus auf formativer Evaluation (z.B. Gründe für die Nicht-Nutzung des Tests, wahrgenommener Einfluss des Testergebnisses) wäre wünschenswert.

## **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.
- Hasselhorn, H. M., Freude, G. (2007): Der Work Ability Index. Ein Leitfaden (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Sonderschrift, Bd. 87). Bremerhaven: Verlag für neue Wissenschaft.
- Mittag, O., Reese, C., Meffert, C. (2014): (Keine) Reha vor Rente: Analyse der Zugänge zur Erwerbsminderungsrente 2005 – 2009. WSI Mitteilungen 2. 149-155.

Förderung: Rehabilitations-Forschungsnetzwerk refonet / Deutsche Rentenversicherung Rheinland, Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

## **Validierung eines Screenings zur Erfassung von Präventions- und Rehabilitationsbedarf bei Über-45-Jährigen**

*Sebastian Bernert<sup>1</sup>; Martin Brünger<sup>1</sup>; Johannes Falk<sup>2</sup>; Marco Streibelt<sup>2</sup>; Karla Spyra<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Charité - Universitätsmedizin Berlin; <sup>2</sup> Deutsche Rentenversicherung Bund

## **Hintergrund und Zielstellung**

Das Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz) sieht nach § 14 (3) SGB VI vor, dass für Versicherte ab 45 Jahren die „Einführung einer freiwilligen,

individuellen, berufsbezogenen Gesundheitsfürsorge für Versicherte [...] trägerübergreifend in Modellprojekten erprobt wird.“

Daher wurde durch die Deutsche Rentenversicherung (DRV) Bund ein Screening entwickelt, welches auf den fünf Dimensionen Erwerbsfähigkeit, psychische Befindlichkeit, Funktionsfähigkeit, Bewältigungsverhalten sowie Sport und Bewegung mit insgesamt 19 Items Präventions- und Rehabilitationsbedarf bei Über-45-Jährigen erfassen soll. Ziel der vorliegenden Studie ist die Bestimmung von psychometrischen Eigenschaften, der Reliabilität sowie der Kriteriums- und faktoriellen Validität dieses Screenings.

## **Methoden**

Es wurde eine Querschnittsstudie durchgeführt. Hierfür wurden drei Stichproben bei der DRV Bund mit Personen zwischen 45 und 60 Jahren gezogen und postalisch kontaktiert:

1. Versicherte ohne Leistungsanspruchnahme in den vergangenen 4 Jahren (n=2.000);
2. Versicherte mit Beantragung einer medizinischen Rehabilitation (n=5.000) und
3. Versicherte mit Bewilligung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) (n=1.000).

Für Stichprobe 1 wurden zusätzlich auch Versicherte der DRV Berlin-Brandenburg und DRV Mitteldeutschland berücksichtigt (Bruttostichprobe je n=1.000). Alle Stichproben erhielten zur Beantwortung den Screening-Bogen und weitere ausgewählte Instrumente, die der Kriteriumsvalidierung dienen. Hierzu zählen das Screening-Instrument für Beruf und Arbeit in der Rehabilitation (SIBAR), das Würzburger Screening, der WHO-5-Wohlbefindens-Index, die Kurzform der Norwegian Function Assessment Scale (NFAS-23), die Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzsкала (ASKU) und der European Health Interview Survey - Physical Activity Questionnaire (EHIS-PHQ).

Auf Item- bzw. Dimensionsebene wurden fehlende Werte, Verteilungseigenschaften, Itemschwierigkeit, interne Konsistenz, Inter-Item-Korrelationen mit Homogenität sowie die faktorielle Validität mittels konfirmatorischer Faktorenanalyse ermittelt (Hu & Bentler, 1999; Döring & Bortz, 2016). Die Kriteriumsvalidität wurde mit Korrelationen nach Pearson zwischen den Dimensionen des Screenings und den jeweils ausgewählten Validierungsinstrumenten bestimmt.

Ethikvotum und eine datenschutzrechtliche Würdigung wurden von den zuständigen Stellen eingeholt. Ein schriftliches informiertes Einverständnis der Studienteilnehmenden liegt vor. Die Studie wurde im Deutschen Register Klinischer Studien prospektiv registriert (DRKS00014979).

## **Ergebnisse**

Der Rücklauf betrug für Stichprobe 1 - 23,8% (n=953), für Stichprobe 2 - 52,1% (n=2.603) und für Stichprobe 3 - 45,8% (n=458), insgesamt 40,1% (n=4.014). Fehlende Werte auf Item-Ebene traten zwischen 0,5% und 2,8% auf, auf Dimensionsebene zwischen 1,2% und 4,2%. Bei der Verteilung zeigte sich sowohl auf Item- als auch auf Dimensionsebene ein unterschiedliches Beeinträchtigungsniveau der drei Stichproben. Versicherte der Stichprobe 1 wiesen das geringste Beeinträchtigungsniveau auf, solche der Stichprobe 3 das höchste Beeinträchtigungsniveau. Die interne Konsistenz lag für die Dimension Sport und Bewegung mit Cronbachs alpha = 0,64 in einem mäßigen Bereich, für die anderen vier Dimensionen zwischen  $\alpha=0,79$  und  $\alpha=0,90$  in einem guten bis exzellenten Bereich. Die konfirmatorische

Faktorenanalyse ergab standardisierte Regressionskoeffizienten von im Mittel 0,76 (0,45-0,91) mit geringeren Ladungen für die Dimension „Sport und Bewegung“. Die Modellgüte kann entsprechend der gewählten Fit-Indices als mäßig interpretiert werden. Die Kriteriumsvalidität von Ü45-Screening-Dimension zu den genannten Validierungsinstrumenten lag zwischen  $r=0,6$  und  $r=0,78$ , für die Dimension Sport und Bewegung zwischen  $r=0,08$  und  $r=0,26$ .

### **Diskussion und Fazit**

Das Screening zeichnet sich durch insgesamt gute psychometrische Eigenschaften sowie eine gute Reliabilität und Kriteriumsvalidität aus. Die Dimension Sport und Bewegung weist in allen Bereichen die ungünstigsten Kennwerte auf und mindert zudem die faktorielle Validität des Screenings. Hier ist zu erwägen, ob und in welcher Form diese Dimension Teil eines Ü45-Screenings bleiben sollte. Die Dimensionen Erwerbsfähigkeit sowie psychische Befindlichkeit und Funktionsfähigkeit diskriminieren am meisten zwischen Versichertengruppen mit unterschiedlichen Belastungen und könnten damit besonders nützlich im Screening-Prozess sein. Je nach Schwerpunkt- und Zielsetzung kommen unterschiedliche Auswertungsalgorithmen im Hinblick auf Handlungsempfehlungen in Frage.

Aufgrund des Einbezugs sowohl eines bundesweit tätigen als auch von zwei regionalen Rentenversicherungsträgern und der Ziehung mehrerer Stichproben mit unterschiedlichen Belastungsprofilen ist die Generalisierbarkeit der Ergebnisse hoch. Der je nach Stichprobe und Träger unterschiedliche, teils geringe Rücklauf von ausgefüllten Fragebögen kann möglicherweise zu einem Selektionsbias geführt haben. Weitere Analysen, die auch zusätzliche externe Validitätskriterien beispielsweise zu Angaben aus dem Reha-Entlassungsbericht und dem DRV-Versicherungskonto untersuchen, sind daher sinnvoll. In Modellprojekten mit Einsatz dieses Screening-Bogens könnten insbesondere Zugangswege zu vulnerablen Zielgruppen, eine ökonomische, praktikable Auswertung und die Nützlichkeit des Screenings untersucht werden.

### **Literatur**

- Döring, N., Bortz, J. (2016). Forschungsmethoden und Evaluation. Berlin, Springer.
- Hu, L. t., Bentler, P. M. (1999): Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. Structural equation modeling: a multidisciplinary journal, 6(1). 1-55.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

### **Fachkräfte und Unternehmen zusammenbringen – Kooperation zwischen Leistungserbringern und Unternehmen im Kontext der beruflichen Rehabilitation**

*Nancy Reims; Kerstin Jahn*

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) der Bundesagentur für Arbeit

#### **Hintergrund und Zielstellung**

Die umfassende Inklusion von Menschen mit Behinderungen im Arbeitsmarkt stellt ein zentrales Ziel deutscher Sozialpolitik dar. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) werden dabei im Rahmen beruflicher Rehabilitation herangezogen, um arbeitsmarktspezifische Hürden zu reduzieren. Zu den Förderinstrumenten gehören u.a. qualifizierende Maßnahmen, wie Vorbereitungs- und Orientierungsmaßnahmen sowie Aus- und Weiterbildungen. Da bisher nur wenig über die Anbieter solcher Maßnahmen bekannt ist, erfolgt im Rahmen des Projekts „Perspektive der Leistungserbringer“ eine systematische Betrachtung der Einrichtungen. Des Weiteren werden deren aktuelle Herausforderungen und entsprechende Handlungsstrategien sowie die Zusammenarbeit mit relevanten Akteuren der beruflichen Rehabilitation und entsprechende Auswirkungen auf den Erfolg der beruflichen Rehabilitation analysiert (Neumann et al., 2019).

Die Zusammenarbeit mit den (Kooperations-)Betrieben als ein relevanter Akteur im Rehabilitationsverfahren ist Fokus der vorliegenden Studie. Dabei ist von Interesse, wie sich die Kooperation mit den Leistungserbringern genau darstellt, wie die Zusammenarbeit zustande kommt, mit welchen Betrieben Leistungserbringer bevorzugt kooperieren und warum sowie welche Faktoren die Qualität der Zusammenarbeit beeinflussen.

#### **Methoden**

Im Rahmen des Projektes wurden alle Leistungserbringer, die qualifizierende rehabilitationsspezifische Maßnahmen in Kostenträgerschaft der Bundesagentur für Arbeit durchführen (Stand 2016), zunächst online befragt. Im Anschluss wurden vertiefende Experteninterviews bei ausgewählten Leistungserbringern durchgeführt (N=32) sowie bei drei Kooperationsbetrieben der Leistungserbringer und bei jeweils zwei Agenturen und Jobcentern, um auch deren Perspektive im Ansatz zu erfassen. Für die Analyse werden im Rahmen der vorliegenden Studie die Experteninterviews bei den Leistungserbringern sowie bei den Kooperationsbetrieben herangezogen.

Die Auswahl der Fälle richtete sich nach dem Vorgehen des theoretical samplings, die Auswertung erfolgte nach dem Kodier-Verfahren der Grounded Theory Methodologie (Strauss & Corbin, 1990).

## **Ergebnisse**

Die Leistungserbringer kooperieren u.a. mit Unternehmen im Rahmen von Praktika und kooperativ ausgestalteten Maßnahmen sowie bei der Integration nach Ende der Maßnahme. Darüber hinaus unterstützen einige Leistungserbringer Unternehmen beispielsweise im Zusammenhang mit Prüfungsvorbereitungen sowie im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements außerhalb des Kontexts der beruflichen Rehabilitation. Die Leistungserbringer berichten in den meisten Fällen von langjährigen, kontinuierlich genutzten betrieblichen Netzwerken. Diese sind zunächst durch Kaltakquise entstanden und wachsen stetig an u.a. durch die Teilnehmenden, die ihre betrieblichen Kontakte aus dem ehemaligen oder bisherigen Beschäftigungsverhältnis „mitbringen“ oder durch die Verwandten der jüngeren Teilnehmenden, die ebenfalls ein betriebliches Netzwerk vorhalten, das durch die Leistungserbringer genutzt werden kann. Mittlerweile kommen viele Unternehmen aktiv auf die Leistungserbringer zu, um Fachkräfte zu akquirieren.

Leistungserbringer erfüllen verschiedene Funktionen im Beziehungsdreieck zwischen Leistungserbringer, Betrieb und den Geförderten. So fungieren sie als Vermittler und Mediator zwischen Fachkraft und Betrieb, sie nehmen eine Fürsprecher- sowie eine Schutzfunktion für den Rehabilitanden oder die Rehabilitandin ein und eine Informations- sowie Bürgfunktion gegenüber dem Betrieb. Viele Leistungserbringer bevorzugen regionale Betriebskontakte. Darüber hinaus sind insbesondere kleine und mittelständische Unternehmen (KMU) aufgrund ihrer Familiarität und flacher Hierarchien besonders beliebt. Zudem bieten die Leistungserbringer ein Gesamtpaket, das insbesondere für KMU besonders attraktiv ist.

Faktoren, die eine gute Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern und den Unternehmen fördern, sind u.a. der persönliche, direkte Kontakt, eine eindeutige Ansprechperson, eine langjährige Kooperation und entsprechend gute Erfahrungen in der Zusammenarbeit sowie die adäquate Passung zwischen Betrieb und Fachkraft.

## **Diskussion und Fazit**

Die Leistungserbringer sind zentraler Akteur, wenn es darum geht, Fachkräfte und Unternehmen zusammenzubringen. Durch langjährige Expertise kennen sie sowohl die Betriebe als auch die Teilnehmenden sehr gut und können so ein besonders gutes Matching erzeugen. Zusätzlich sind sie aufgrund ihrer berufsspezifischen sowie rehabilitationsspezifischen Expertise in der Lage, Unternehmen konkrete Unterstützung im Umgang mit den Geförderten zu geben, ohne dabei die Erkrankung thematisieren zu müssen. Ihre Expertise im Rahmen der Qualifizierung von Personen rundet das Gesamtpaket ab.

Die Offenheit der Betriebe ist wichtig, um Rehabilitanden und Rehabilitandinnen ein inklusives Qualifizierungs- und Beschäftigungsumfeld zu bieten. Gute Erfahrungen der Betriebe im Umgang mit Rehabilitanden und Rehabilitandinnen fördern diese Offenheit. Die Rolle der Leistungserbringer ist dabei zentral, aber auch die politischen Akteure sind angehalten, die Leistungserbringer als Bindeglied zwischen Betrieb und Fachkraft weiter zu stärken.

## **Literatur**

Neumann, K., Nivorozhkin, A., Reims, N. (2019): Gute Zusammenarbeit = Gute Maßnahme? Der Einfluss guter Zusammenarbeit zwischen Akteuren in der beruflichen Rehabilitation

aus Leistungserbringerperspektive. DRV-Schriften. Berlin, Deutsche Rentenversicherung Bund,. 117: 225-226.

Strauss, A. L., Corbin, J. (1990): Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques. Thousand Oaks, Sage.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

## **Förderliche und hemmende Faktoren für die berufliche Teilhabe blinder und sehbehinderter Menschen: Ergebnisse aus dem ORELTA-Projekt (Von der Ophthalmologischen Rehabilitation zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)**

*Ernst von Kardorff<sup>1</sup>; Sandra Kappus<sup>1</sup>; Jana Gisbert Miralles<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Humboldt Universität zu Berlin; <sup>2</sup> Bundesverband der Berufsförderungswerke

### **Hintergrund und Zielstellung**

Den Ausgangspunkt der Studie bildet die nach wie vor geringe Teilhabe von Menschen mit Sehbeeinträchtigungen bzw. Blindheit am Erwerbsleben. Laut Studien liegt die Erwerbstätigenquote von Blinden bei etwa einem Drittel (Bach, 2015; Müther-Lange, 1998; Schröder, 1997). Demgegenüber steht eine Erwerbstätigenquote aller Erwerbspersonen von ca. 80% (Destatis, 2018). Etwa drei Viertel der noch Erwerbstätigen berichten von Beeinträchtigungen bei der Arbeit; ca. 40% gehen davon aus, dass sie ihre bisherige Tätigkeit in der Zukunft aufgeben müssen. Dem entspricht, dass ein Großteil der blinden und sehbehinderten Menschen bereits früh aus dem Arbeitsmarkt ausscheidet – Langzeitarbeitslosigkeit, „stille Reserve“, Erwerbsminderungsrente. Die in der UN-Behindertenrechtskonvention geforderte Inklusion behinderter Menschen in Arbeit (§ 26 UN-BRK) liegt für die Zielgruppe noch in weiter Ferne. Experten, Fachkräfte und Betroffenenorganisationen bestätigen, dass Angebote und Leistungen bei blinden und sehbehinderten Menschen wie bei Akteuren in der Versorgungskette zu wenig bekannt und zu wenig verzahnt sind, der Weg zur Gewährung von Hilfen zu bürokratisch ist und nicht rechtzeitig erfolgt. Zudem liegen bislang nur vereinzelte Informationen zu den spezifischen beruflichen Bedarfslagen der Zielgruppe sowie zur Inanspruchnahme von LTA-Leistungen vor. Dies belegt eine insgesamt unzureichende Datenlage (BMAS, 2013, 2016).

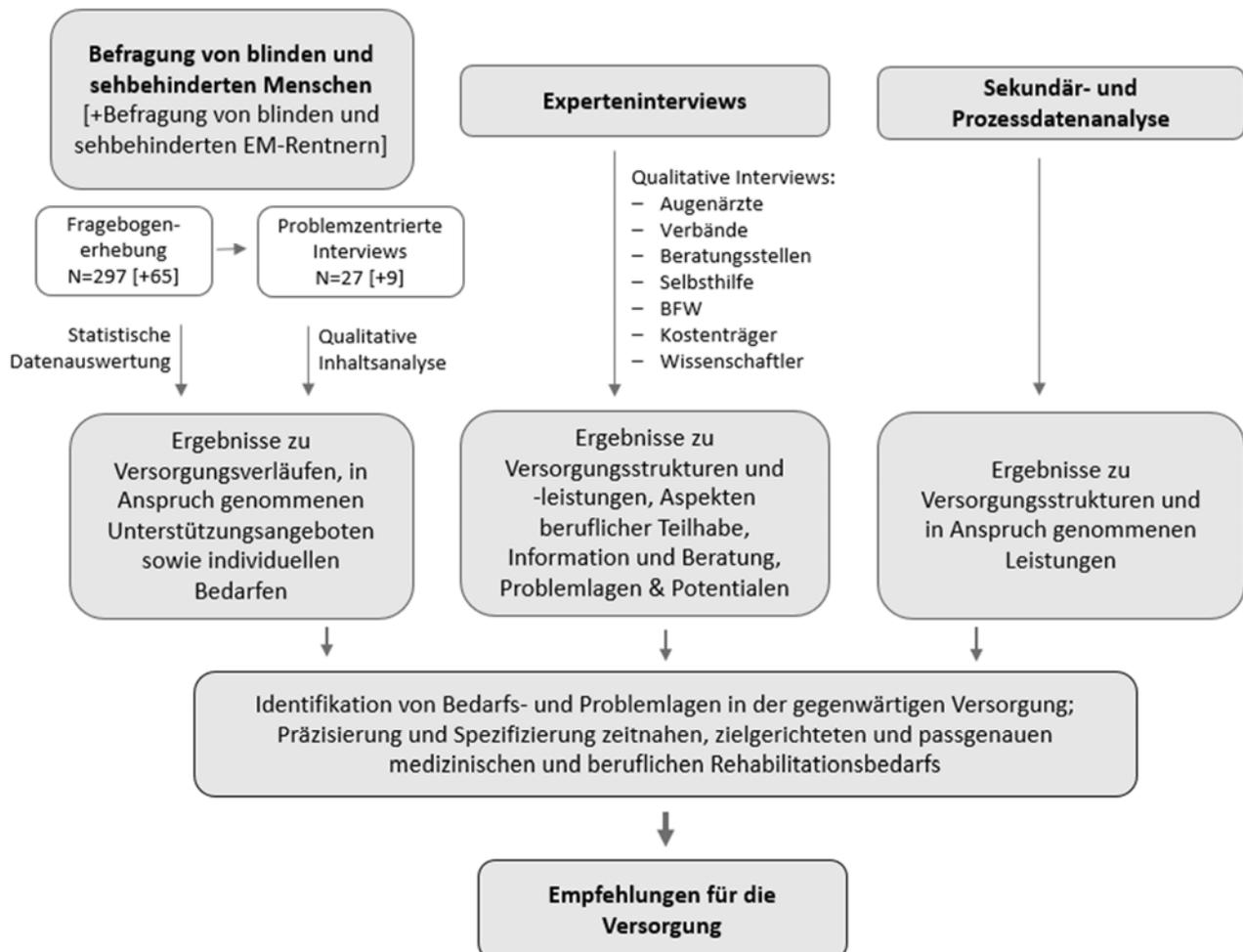
Vor diesem Hintergrund wurde untersucht,

- wie sich die Versorgungssituation für blinde und sehbehinderte Menschen mit Blick auf die berufliche Teilhabe aus Sicht der Betroffenen wie aus dem Versorgungssystem darstellt,
- welche förderlichen Faktoren den Zugang, den Erhalt und die Wiedererlangung der beruflichen Teilhabe beeinflussen,
- auf welche hemmenden Faktoren (Barrieren) Betroffene im Versorgungssystem und in der Arbeitswelt treffen,

- an welchen Stellen in der Versorgungskette Verbesserungs- und Unterstützungsbedarf besteht und
- wo Präventionsmöglichkeiten ansetzen könnten.

## Methoden

Kombinierte Fragebogen- und Interviewstudie mit Betroffenen, ergänzt durch Interviews mit zentralen Akteuren/innen und Experten/innen sowie eine Analyse von Sekundärdaten.



## Ergebnisse

Insgesamt besitzt die berufliche Teilhabe für die Mehrzahl der Befragten einen hohen Stellenwert, dem Angebote und Versorgungssystemgestaltung nur unzureichend entsprechen.

### Förderliche Faktoren

- Personenbezogene Merkmale: Berufsausbildung; langjährige Berufserfahrung; innerbetriebliche Position; Veränderungsbereitschaft (Erlernen neuer fachlicher Inhalte), Motivation und Durchhaltevermögen; Sozialkompetenz; Veröffentlichungsbereitschaft/Selbstpräsentation; aktive Nutzung von Kompensationstechniken und Hilfsmitteln.
- Berufliche Rahmenbedingungen: bestehendes Arbeitsverhältnis; flexible Arbeitsmodelle (Homeoffice) und Arbeitsorganisation; innerbetriebliche Umsetzungsmöglichkeiten; betriebliche Hilfen (BEM, Arbeitsplatzanpassung); behinderungsfreundliche Unternehmenskultur.

- Leistungsangebote: Inanspruchnahme von LTA-Leistungen (Arbeitsplatzanpassung, Blindentechnische Grundbildung, Qualifizierungsmaßnahmen).

#### Hemmende Faktoren (Barrieren)

- Personenbezogene Merkmale: höheres Lebensalter; Komorbiditäten; geringe Belastbarkeit; psychische Vulnerabilität; Versagensängste; fehlendes soziales Unterstützungsnetz; unzureichende Kenntnisse von Hilfsmitteln und anderen beruflichen (Unterstützungs-)Möglichkeiten.
- Berufliche Rahmenbedingungen: befristete Arbeitsverträge; Inkompatibilität technischer Hilfsmittel mit vorhandenen Arbeitsmitteln; fehlende Kenntnisse des Arbeitsgebers zu Unterstützungsmöglichkeiten sowie Zurückschrecken vor bürokratischen Hürden; Überforderung durch Unwissen und Vorurteile hinsichtlich der Leistungsfähigkeit und des Unterstützungsaufwands für die Zielgruppe; fehlendes Verständnis/Diskriminierung durch Kollegen.

#### Versorgungssystem

- primärärztliche Versorgung: fehlendes Bewusstsein für eine Zuständigkeit jenseits der medizinischen Behandlung, mangelnde Beratungskompetenz und Wissen sowie mangelnde Sensibilität im Umgang mit Betroffenen;
- unzureichende Verzahnung der medizinischen mit der sozialen/ beruflichen Versorgung;
- Kostenträger: komplizierte und langandauernde Antragsverfahren; oft für Antragsteller nicht nachvollziehbare Entscheidungen; teilweise Verweigerung moderner technischer Hilfsmittel; mangelnde Kooperation untereinander und den Antragstellern gegenüber;
- Leistungsangebote: fehlende technische Schulung und Nachbetreuung bei der Hilfsmittelversorgung; fehlende Angebote zur Wiedereingliederung von Akademikern; unzureichendes Angebot psychologischer Unterstützung (allerdings auch Vorbehalte bei Betroffenen).

#### Diskussion und Fazit

Die Arbeitsmarktteilhabe blinder und sehbehinderter Menschen erweist sich als multifaktorielles Zusammenspiel individueller Haltungen und struktureller Bedingungen.

Die beschriebenen Defizite an den Schnittstellen zwischen primärärztlichen, rehabilitativen und beschäftigungssichernden Angeboten verweisen auf die Notwendigkeit zur Entwicklung einer strukturierten Versorgungssteuerung mit individuellen, flexiblen und innovativen Versorgungspfaden. Damit die für eine rechtzeitige Inanspruchnahme von LTA-Leistungen zentralen Schnittstellenakteure – niedergelassene Augenärzte und Arbeitgeber – diese Aufgaben (Information, Motivation, Ermutigung, Vermittlung) wahrnehmen können, ist es erforderlich, dass

- in der primärärztlichen Versorgung Versorgungsbedarfe bei Patienten rechtzeitig identifiziert werden, u.a. durch eine Sensibilisierung für Fragen der Bewältigung des Alltags- und Berufslebens und
- Vorurteile bei Arbeitgebern durch zugehende Information abgebaut werden und sie bei der behindertengerechten Ausgestaltung und Organisation der Arbeit für die Zielgruppe Unterstützung erhalten sowie

- sämtliche Akteure Informationen zur Weitervermittlung erhalten, z.B. durch Fortbildungen, adressatengerechte Medien.

Darüber hinaus sind bürokratische Hürden bei der Leistungsbeantragung abzubauen; barrierefreie Antragsverfahren müssen selbstverständlich werden. Die Kommunikation ist zu intensivieren; bereichsbezogene Denkmuster sind durch Aufklärung aufzubrechen.

## **Literatur**

Bach (2015): Blinde Menschen im Erwerbsleben (Teil III). Erschienen in: Horus, Heft 1, S. 18 – 21. Marburg.

BMAS (2013): Erster Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen in Deutschland. [http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a125-13-teilhabebericht.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a125-13-teilhabebericht.pdf?__blob=publicationFile&v=2)

BMAS (2016): Zweiter Teilhabebericht über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen in Deutschland. <https://www.bmas.de/DE/Service/Medien/Publikationen/a125-16-teilhabebericht.html>

Destatis (2018): Arbeitsmarkt auf einen Blick. Deutschland und Europa. S. 6. Wiesbaden.

Müther-Lange, H. (1998): Die berufliche Integration von Blinden (Blindenbefragung). GESIS Datenarchiv, Köln.

Schröder, H. (1997): Die Beschäftigungssituation von Blinden. Ausgewählte Ergebnisse einer Befragung von Blinden und Unternehmen. Erschienen in: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (MittAB). Stuttgart.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

## **Unterscheiden sich arbeitslose und in Arbeit befindliche Versicherte in Bezug auf ihre LTA-Leistungen und Reintegration?**

*Jens Knispel; Viktoria Arling*

RWTH Aachen

### **Hintergrund und Zielstellung**

Menschen, die auf Grund einer gesundheitlichen Problemlage Unterstützungsbedarf zur Absicherung der langfristigen beruflichen Beschäftigungsfähigkeit haben, erarbeiten gemeinsam mit den Leistungsträgern (z.B. DRV) in der Reha-Fachberatung Lösungsansätze für die berufliche Teilhabe. Dabei lassen sich die Versicherten in zwei Gruppen unterteilen: solche, die entsprechende Leistungen zur Teilhabe aus einem (gefährdeten) Arbeitsverhältnis heraus in Anspruch nehmen, und solche, die (z.T. länger) arbeitslos sind. Dabei zeigen Studien, dass Arbeitslosigkeit längsschnittlich nicht nur mit einer niedrigeren Lebenszufriedenheit assoziiert ist (Kassenboehmer et al., 2009), sondern auch mit einer allgemein verringerten Beschäftigungsfähigkeit einhergeht (Koen et al., 2013).

Aufgrund dessen bestand die Fragestellung der Studie darin, zu überprüfen, ob arbeitslose und in Arbeit befindliche Versicherte qualitativ unterschiedliche LTA-Leistungen erhalten und

ob beide Gruppen im Anschluss an die LTA-Maßnahme über einen Zeitraum von 12 Monaten unterschiedlich erfolgreich reintegriert werden.

## **Methoden**

Grundlage der Auswertung war der SUF 2004-2011 (FDZ-RV, 2012). Es wurden alle Versicherten mit eingeschlossen, die im Jahr 2009 eine LTA-Maßnahme aus dem Bereich der Qualifizierung, Aus(Weiter-)Bildung oder Integrationsmaßnahme erfolgreich beendet hatten. Ein weiteres Einschlusskriterium war, dass die Personen den Status ‚arbeitslos‘ bzw. ‚in Arbeit‘ zum Zeitpunkt der Bewilligung der in 2009 abgeschlossenen LTA-Maßnahme hatten.

Zum Zeitpunkt der LTA-Antragstellung lagen 2.433 (34,5%) arbeitslose und 4.612 (65,5%) in Arbeit befindliche Versicherte vor. Das Alter fiel in beiden Gruppen vergleichbar aus (arbeitslos: AM = 43,27 Jahre, SD = 7,53 Jahre; in Arbeit: AM = 42,65 Jahre, SD = 7,48 Jahre,  $d = 0,08$ ). In der Gruppe der arbeitslosen Versicherten waren anteilig ( $d = 0,13$ ) etwas mehr Männer (N = 1720, 70,7%) als zu LTA-Antragstellung in Arbeit befindlichen Versicherten vertreten (N = 2942, 63,8%).

## **Ergebnisse**

Beide Gruppen erhielten in ihrer LTA-Leistungskette circa drei Leistungen (arbeitslos zu LTA-Antragstellung: AM = 3,01, SD = 1,63; in Arbeit zu LTA-Antragstellung: AM = 2,99, SD = 1,65;  $d = 0,012$ ). Die LTA-Leistungsketten waren inhaltlich nachvollziehbar (z.B. 1. Verfahren zur Auswahl von Leistungen 2. Fahrkostenzuschuss 3. Integrationsmaßnahme).

Hinsichtlich der LTA-Leistungsformen wiesen beide Gruppen eine große Schnittmenge auf. Darüber hinaus ließen sich im Sinne einer inhaltlich begründeten Versicherten-Leistungszuweisung Schwerpunkte in beiden Gruppen erkennen. So erhielten zu LTA-Antragstellung in Arbeit befindliche Versicherte häufiger (29%) eine Aus(Weiter-)Bildung ohne rehabilitative Maßnahmen als arbeitslose Versicherte (21%). Demgegenüber erhielten zu LTA-Antragstellung arbeitslose Versicherte häufiger (21%) eine Integrationsmaßnahme mit partiellen rehabilitativen Hilfen als Versicherte mit einem (noch) bestehenden Arbeitsverhältnis (12%).

Hinsichtlich der Reintegration nach Abschluss der LTA-Maßnahme zeichnet sich ab, dass arbeitslose Versicherte über einen Zeitraum von 12 Monaten im Schnitt ca. 0,5 Monate weniger Pflichtbeiträge eingezahlt hatten (ungleich Arbeitslosengeld I und II). Dabei weisen die Statistiken auf eine große Heterogenität beider Gruppen hin. Zu LTA-Antragstellung arbeitslose Versicherte zahlten im Durchschnitt 7,48 Monate Pflichtbeiträge (SD = 4,65 Monate, Spanne: 0-12 Monate). Zu LTA-Antragstellung in Arbeit befindliche Versicherte zahlten im Schnitt 8,05 Monate Pflichtbeiträge (SD = 4,45 Monate, Spanne: 0-12 Monate).

## **Diskussion und Fazit**

Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass die LTA-Leistungsketten einem nachvollziehbaren Muster folgten. Die LTA-Maßnahmen der Qualifizierung, Aus(Weiter-)Bildung oder Integrationsmaßnahme bilden i.d.R. den „Höhepunkt“ der LTA-Kette. Die Gruppe zu LTA-Antragstellung arbeitsloser Versicherter ist hinsichtlich ihrer beruflichen Reintegration weniger erfolgreich; allerdings fällt der Unterschied zwischen beiden Gruppen nicht so groß aus wie zunächst vermutet. Ein möglicher Grund hierfür könnte sein, dass das Selektionskriterium „arbeitslos / in Arbeit befindlich zu LTA-Antragstellung“ durchaus Freiheitsgrade aufweist, weil

auch jemand mit zunächst bestehendem Arbeitsplatz kurz nach dem Antrag arbeitslos werden kann bzw. aufgrund der gesundheitlichen Einschränkung nicht mehr auf den Arbeitsplatz zurückkehren kann. Grenzen des Routinedatensatzes zeichnen sich dahingehend ab, als dass hieraus keine Erklärungen für eine (nicht) erfolgreiche Reintegration abgeleitet werden können. Darüber hinaus gilt es, die Relevanz psychologischer Selbsteinschätzungen (z.B. Motivation, Selbstwirksamkeit) für den Reintegrationserfolg nicht zu vernachlässigen.

## **Literatur**

Forschungsdatenzentrum der Rentenversicherung (FDZ-RV) (2012): Scientific Use File (SUF) „Abgeschlossene Rehabilitation im Versicherungsverlauf 2004-2011“ (RV-SUFRSDLV04-11B).

Kassenboehmer, S.C., Haisken-DeNew, J.P. (2009): You're Fired! the Causal Negative Effect of Entry Unemployment on Life Satisfaction. *The Economic Journal*, 119. 448–462.

Koen, J., Klehe, U.-C., Van Vianen, A.E.M. (2013): Employability among the long-term unemployed: A futile quest or worth the effort? *Journal of Vocational Behavior*, 82. 37-48.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Westfalen

## **Verläufe von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach Bewilligung bei der Deutschen Rentenversicherung Bund**

*Annika Sternberg; Matthias Bethge*

Universität zu Lübeck

### **Hintergrund und Zielstellung**

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

## Methoden

Eingeschlossen wurden Personen, deren Antrag auf LTA im ersten Halbjahr 2016 von der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund) dem Grunde nach bewilligt wurde. Die Studienteilnehmer hatten in den vorangegangenen zwei Jahren keine LTA abgeschlossen und keine Rentenanträge gestellt oder entsprechende Leistungen in Anspruch genommen. Administrative Daten zu LTA (Leistungsart, Leistungsbeginn und Leistungsende) wurden nach Zustimmung der Studienteilnehmenden für die Jahre 2016, 2017 und 2018 von der DRV Bund aus den Versichertenkonten zur Verfügung gestellt. Die Leistungen wurden in fünf Leistungskategorien (Arbeitserprobung/Berufsvorbereitung, Qualifizierung, Integrationsmaßnahme, Leistungen an den Arbeitgeber und andere Leistungen) gruppiert. Eine zusätzliche Kategorie beschrieb den Zustand ohne Leistung. Für den Zeitraum 1. Januar 2016 bis 31. Dezember 2018 wurde jedem Fall monatsweise einer dieser sechs Zustände zugewiesen. Ausgeschlossen wurden Personen, die über den gesamten Zeitraum keine Leistung erhalten hatten. Mittels Fragebogen wurden nach der Bewilligung im ersten Halbjahr 2016 soziodemografische, gesundheits- und erwerbsbezogene Daten erhoben. Es wurden Sequenzanalysen (Halpin, 2017) zur Darstellung der individuellen Verläufe durchgeführt. In Clusteranalysen wurden typische Leistungsverläufe identifiziert und die entsprechenden Personengruppen anhand der erhobenen Daten beschrieben.

## Ergebnisse

Bei 1608 Rehabilitanden fand mindestens eine LTA im Zeitraum 2016 bis 2018 statt und lagen zugleich die Daten aus der schriftlichen Befragung vor. 67,9 % der Rehabilitanden waren weiblich. Die Teilnehmenden waren im Durchschnitt 48,6 Jahre alt (SD = 9,2). 944 Rehabilitanden (58,7 %) hatten eine Leistung erhalten, 664 (41,3 %) mehrere Leistungen. Leistungsketten bestanden aus bis zu fünf aufeinanderfolgenden Leistungen. Für die 944 Personen mit nur einer Leistung waren Integrationsmaßnahmen (45,2 %) am häufigsten, gefolgt von Arbeitserprobungen/Berufsvorbereitungen (21,0 %). Bei den 664 Personen mit Mehrfachleistungen traten als häufigste Kombination unterschiedlicher Leistungsarten Arbeitserprobungen/Berufsvorbereitungen mit anschließenden Qualifizierungen (20,8 %) und Integrationsmaßnahmen mit anschließenden Leistungen an den Arbeitgeber (13,1 %) auf. Es ließen sich sechs typische Verlaufsmuster voneinander unterscheiden: kürzere Qualifizierungen (Cluster 1; n = 202), andere Leistungen, darunter insbesondere Leistungen in Werkstätten (Cluster 2; n = 70), längere Integrationsleistungen (Cluster 3; n = 373), längere Qualifizierungen (Cluster 4; n = 115), kürzere Integrationsmaßnahmen (Cluster 5; n = 454) und Arbeitserprobungen/Berufsvorbereitungen ohne anschließende weiterführende Leistungen (Cluster 6; n = 394). Personen aus den Clustern 3 und 5 (Integrationsleistungen) waren geringfügig älter, Personen der Cluster 1 und 4 (Qualifizierungen) sowie des Clusters 2 (andere Leistungen) beschrieben eine leicht bessere allgemeine Gesundheit und Arbeitsfähigkeit und etwas häufiger eine günstige subjektive Erwerbsprognose als Personen der anderen Cluster.

## Diskussion und Fazit

Die Analysen beschreiben Verläufe von LTA über einen Zeitraum von bis zu drei Jahren nach der Bewilligung. Integrationsmaßnahmen zählen sowohl bei Einzel- als auch bei Mehrfachleistungen zu den häufigsten Leistungen. Die Ergebnisse stimmen mit der

berichteten Zunahme von Integrationsleistungen in den letzten Jahren überein (Radoschewski et al., 2014). Die typischen Verlaufsmuster spiegeln trotz der Vielfalt möglicher LTA ein relativ schematisches Leistungsgeschehen wider, das sich im Wesentlichen zwischen Integrationsleistungen, Qualifizierungen und ab- oder unterbrochenen Verläufen bewegt. Knapp die Hälfte der Qualifizierungen wird durch Arbeitserprobungen/Berufsfindungen vorbereitet. Bei einem Fünftel der Integrationsmaßnahmen werden im Anschluss Leistungen an den Arbeitgeber übernommen. Im bislang beobachteten Zeitraum überwiegen Einzelleistungen. Insbesondere bei Personen mit Arbeitserprobungen/Berufsfindungsmaßnahmen als Einzelleistung sind weitere, aber noch nicht dokumentierte Leistungen wahrscheinlich. Dringend zu klärende Fragen sind, wie häufig eine Arbeitserprobung/Berufsfindung tatsächlich durchgeführt wird, ohne dass eine weitere Leistung folgt, und ggf. warum der Zeitraum bis zum Beginn einer Folgeleistung so lang ist. Möglichweise deuten sich hier vermeidbare Versorgungsbrüche an.

### **Literatur**

- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2018): Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA). Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung. Berlin
- Halpin, B. (2017): SADI: Sequence analysis tools for Stata. *The Stata Journal*. 17(3).546-572.
- Lindholdt, L., Labriola, M., Nielsen, C.V., Allerslev Horsbøl, T., Lund, T. (2017): Sequence analysis to assess labour market participation following vocational rehabilitation: an observational study among patients sick-listed with low back pain from a randomised clinical trial in Denmark. *BMJ Open*, 7(7):e015661.
- McLeod, C. B., Reiff, E., Maas, E., Bültmann, U. (2018): Identifying return-to-work trajectories using sequence analysis in a cohort of workers with work-related musculoskeletal disorders. *Scand J Work Environ Health*, 44(2).147-155.
- Radoschewski, F.M. et al. (2014): Leistungsketten und Leistungsallokation in der Rehabilitation der Rentenversicherung. Charité – Universitätsmedizin Berlin. Berlin

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

## **Wege in die berufliche Rehabilitation – retrospektive Interviews mit Teilnehmern beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen**

*Viktoria Arling; Ann-Kathrin Grotenburg; Paula Küppers; Jens Knispel*  
RWTH Aachen

### **Hintergrund und Zielstellung**

Versicherte, die über eine medizinische Rehabilitation hinaus weiterhin besondere berufliche Problemlagen (BBPL) haben, können zur langfristigen Absicherung der Beschäftigungsfähigkeit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) bzw. eine berufliche Rehabilitation beantragen. Statistiken geben Hinweis darauf, dass circa 30% der Patienten in medizinischen Rehabilitationskliniken BBPL-Bedarf haben (DRV Bund, 2015), wobei es indikationsspezifische Unterschiede zu berücksichtigen gilt. Der LTA-Antrag ist

eigenverantwortlich von Betroffenen zu stellen (G0130-Bogen), bevor die Prüfung eines Anspruchs auf LTA von dem jeweils zuständigen Kostenträger realisiert wird.

Es gibt Hinweise darauf, dass die Schnittstelle von der medizinischen zu ggf. erforderlichen beruflichen Rehabilitationsleistungen schwierig ausfallen kann (z.B. lange Wartezeiten). So fanden Jankowiak et al. (2013), dass die Zeitspanne zwischen der medizinischen Rehabilitation und der Beantragung, Bewilligungen und Aufnahme von LTA-Maßnahmen ca. sechs Monate (Median) beträgt. Konkret entfallen auf den Zeitraum zwischen Rehabilitationende und LTA-Antrag 61 Tage, auf die Zeitspanne zwischen LTA-Antrag und LTA-Bewilligung weitere 54 Tage. Von der LTA-Bewilligung bis zur Aufnahme der LTA-Maßnahme selbst dauert es weitere 30 Tage.

Vor diesem Hintergrund war die zentrale Fragestellung der Studie, welche Herausforderungen auf dem Weg in die berufliche Rehabilitation aus Teilnehmersicht insbesondere bei der LTA-Antragstellung zu bewältigen sind.

## **Methoden**

Zur Beantwortung der Fragestellung wurden insgesamt 39 teilstandardisierte Interviews mit Teilnehmern einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme des freien Bildungsträgers Reha & Beruf geführt (18 männlich, 21 weiblich; durchschnittliches Alter: 43,44 Jahre, SD = 9,87; Erstdiagnose: 29 körperlich, 3 psychisch, 7 komorbid). Die mittlere Dauer der Interviews betrug 16,08 Minuten (Spanne: 5,24 – 33,38 Minuten).

Übergeordnet zielten die Interviews darauf ab, den Weg von der medizinischen in die berufliche Rehabilitation abzubilden. Gegenstand des Interviews waren daher Fragen zur medizinischen Rehabilitation, der Feststellung des LTA-Bedarfs, dem LTA-Antrag und dem Zugang zur beruflichen Rehabilitation.

## **Ergebnisse**

Im Schnitt dauerte es 11,22 Monate (SD = 6,93 Monate, Spanne: 1,5-38 Monate, Md = 11 Monate) ab Ende der medizinischen Rehabilitation bis Aufnahme der LTA-Maßnahme. Der grundsätzliche LTA-Bedarf wurde in fünf Fällen vor, in 24 Fällen während und in fünf Fällen nach der medizinischen Rehabilitation festgestellt (5x kA). Die Antragstellung erfolgte in 10 Fällen direkt in der medizinischen Rehabilitation und in 25 Fällen nach der medizinischen Rehabilitation (2x vor medizinischer Rehabilitation, 2x kA).

15 Interviewpartner gaben an, Hilfe bei der LTA-Antragstellung erhalten zu haben (7x Rente/BG, 5x Mitarbeiter der medizinischen Rehabilitation, 5x privates Umfeld, 2x Arbeitsamt, 1x Tertia). Demgegenüber erhielten 19 Personen keine Hilfe beim LTA-Antrag (5x kA). 16 Teilnehmer der beruflichen Rehabilitation gaben an, Probleme im Zuge der LTA-Antragstellung gehabt zu haben (z.B. lange Wartezeiten, Schwierigkeiten in der Kommunikation mit dem Leistungsträger).

In Bezug auf Verbesserungspotenziale (Mehrfachnennungen möglich) wünschten sich 13 Personen mehr Informationen zum LTA-Verfahren und sieben Teilnehmer fänden eine zentrale Anlaufstelle mit einem ganzheitlichen Beratungsangebot hilfreich. Weitere Punkte bezogen sich beispielsweise auf eine verschlankte Bürokratie (4x) bzw. einen beschleunigten Ablauf der LTA-Antragstellung (4x) sowie eine bessere Zusammenarbeit im Reha-System.

## **Diskussion und Fazit**

Obwohl die LTA-Bedarfsfeststellung in den meisten Fällen in der medizinischen Rehabilitationsklinik erfolgte, fand die eigentliche LTA-Antragstellung überwiegend erst nach Ende der medizinischen Rehabilitation statt. Bei der LTA-Antragstellung erhielten viele Teilnehmer keine professionelle Hilfe und berichteten im Zuge dessen von Schwierigkeiten. Unter Berücksichtigung der Wünsche von Teilnehmern nach mehr Informationen zum LTA-Antragsverfahren, kürzeren Wartezeiten und einer zentralen Anlaufstelle weisen die Ergebnisse darauf hin, dass eine regelhafte LTA-Antragstellung unmittelbar aus den medizinischen Rehabilitationskliniken heraus sinnvoll erscheint (z.B. durch den soz.-med. Dienst/ Sozialdienst). Auf diese Weise kann die Schnittstelle zwischen medizinischer Rehabilitation und möglicherweise notwendigen beruflichen Rehabilitationsleistungen optimiert werden.

## **Literatur**

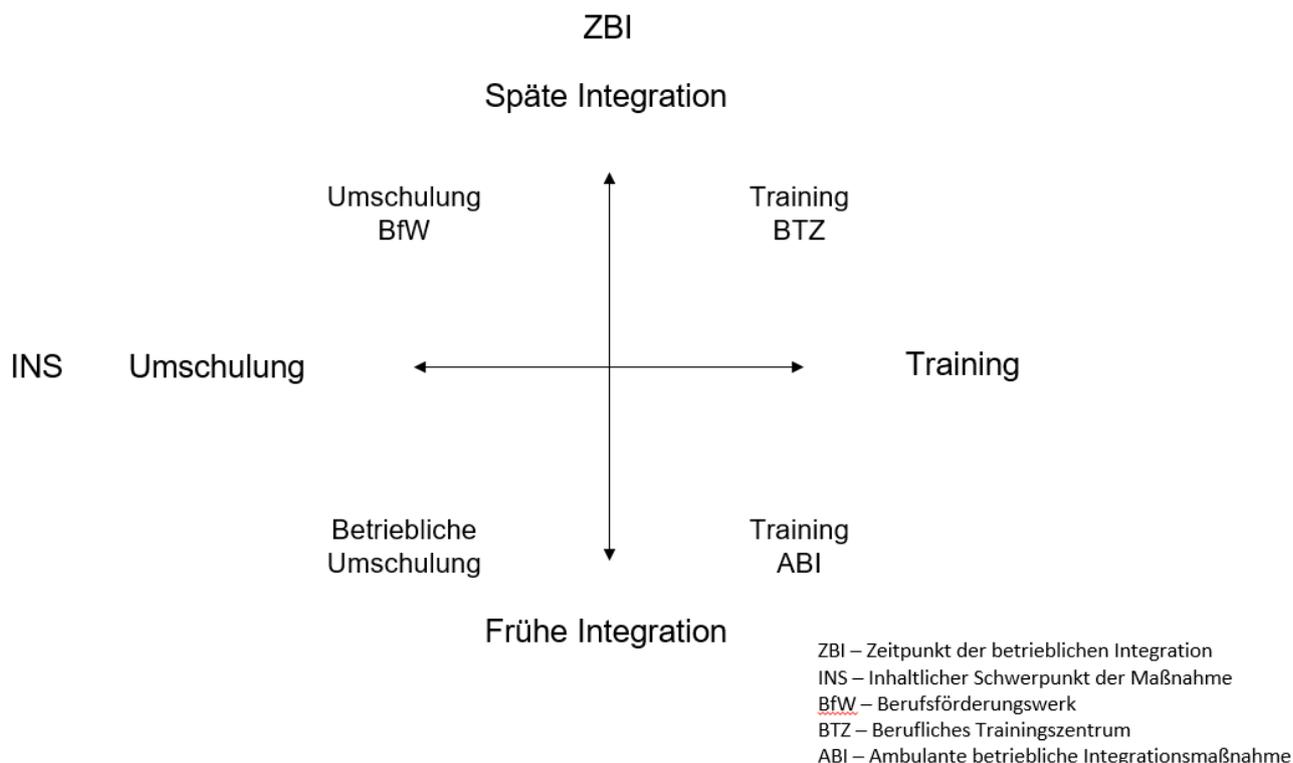
- DRV Bund (2015): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. URL: [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3\\_Infos\\_fuer\\_Experten/01\\_sozialmedizin\\_forschung/downloads/konzepte\\_systemfragen/konzepte/mbor\\_datei.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=19](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/konzepte_systemfragen/konzepte/mbor_datei.pdf?__blob=publicationFile&v=19), Abruf: 23.10.2019.
- Jankowiak, S., Kaluscha R., Holstiege, J., Holstiege, G. (2013): Welche Faktoren beeinflussen die Dauer des Übergangs zwischen medizinischer Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben? In DRV Bund (Hrsg.). Tagungsband des 22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium in Mainz, 180-182.

### Betriebsorientierte ambulante berufliche Rehabilitation psychisch kranker Menschen - Ein Update

Hans-Christoph Eichert  
TERTIA Berufsförderung GmbH

#### Hintergrund und Zielstellung

Verschiedene Ansätze der beruflichen Rehabilitation psychisch kranker Menschen lassen sich anhand des Zeitpunkts der betrieblichen Integration (früh oder spät) charakterisieren. Während sie bei „klassischen“ Ansätzen am Ende des Rehabilitationsprozesses nach Training oder Umschulung steht, folgen bei Ansätzen des „supported employments“ dem Arbeitsplatz angepasste rehabilitative Maßnahmen erst nach der Betriebsintegration (Bond et al., 1997; Burns et al., 2007). Das hier untersuchte Integrationsseminar, das Elemente beider Ansätze integriert und stark betrieblich orientiert ist, wurde erstmals 2013 auf der Basis der Daten bis 2009 vorgestellt (Eichert 2011, 2013). In diesem Beitrag wird die weitere Entwicklung von TeilnehmerInnenstruktur und Rehabilitationserfolg bis 2018 dargestellt.



Das Seminar dauert ein Jahr und besteht aus zwei zeitlich flexiblen Modulen. Modul 1 dauert bis zu vier Monate und dient der Bestandsaufnahme, der Entwicklung einer Berufsperspektive und der Planung des individuellen Seminarverlaufs. Modul 2 dauert bis zu acht Monate und findet vor allem in Form betrieblicher Praktika statt. Während des gesamten Seminars finden wöchentliche Einzelgespräche mit einem/r BetreuerIn statt. Er/Sie entwickelt mit dem/der

TeilnehmerIn eine Berufsperspektive und begleitet deren Umsetzung. Dabei kommen der Akquise betrieblicher Praktikumsmöglichkeiten und der kontinuierlichen Praktikumsbetreuung eine besondere Bedeutung zu. Eine wichtige Basis der betrieblichen Rehabilitationsphase bildet eine Praktikumsdatenbank mit aktuell 580 kommentierten Stellen in 139 Berufen, die auf der Basis der Praktikuserfahrungen ständig aktualisiert wird.

## **Methoden**

Zur Auswertung wurden die Abschlussjahrgänge in Fünf-Jahres-Zeiträume aufgeteilt. Untersucht wurden die Entwicklung von TeilnehmerInnenstruktur und Rehabilitationserfolg (1994-2018, N=1.067). Eingeschlossen wurden alle TeilnehmerInnen, die den Lehrgang bis 2018 abgeschlossen haben mit Ausnahme von neun TeilnehmernInnen, die den Lehrgang alleine aus verwaltungsrechtlichen Gründen nicht abschließen konnten. Der Rehabilitationserfolg wurde am Maßnahmeende sowie sechs und zwölf Monate nach Maßnahmeende erhoben. Veränderungen von TeilnehmerInnenstruktur und Rehabilitationserfolg wurden je nach Datenniveau mit Kreuztabellen bzw. Varianzanalysen untersucht. Stabilität und Prädiktoren des Rehabilitationserfolgs wurden mit Korrelations- und logistischen Regressionsanalysen ermittelt.

## **Ergebnisse**

TeilnehmerInnenstruktur. Das Durchschnittsalter lag insgesamt bei 38,2 Jahren und ist von 33 im ersten auf 41 Jahre im letzten Erhebungszeitraum angestiegen. Der Anteil der Frauen lag insgesamt bei 52,9% und hat sich im letzten Untersuchungszeitraum auf 60,4% erhöht. 94% aller TeilnehmerInnen verfügten über Schulabschlüsse, wobei der Anteil mit höheren Abschlüssen seit 2009 kontinuierlich zugenommen hat. 73,4% hatten einen Berufsabschluss, wobei seit 2009 der Anteil von TeilnehmernInnen ohne Berufsabschluss zurückgegangen und derer mit Hochschulabschluss angestiegen ist. Seit 2009 hat sich der Anteil von TeilnehmernInnen mit schwereren affektiven Erkrankungen deutlich erhöht und lag im letzten Untersuchungszeitraum bei 69,3%. Angestiegen ist auch der Anteil der nur eingeschränkt belastbaren TeilnehmernInnen, im letzten Untersuchungszeitraum lag er bei 43%. Insgesamt 66,6% waren langzeitarbeitslos, seit 2009 ist ihr Anteil zurückgegangen und lag im letzten Untersuchungszeitraum bei 58,9%.

Rehabilitationserfolg. Der Anteil erfolgreicher TeilnehmerInnen hat sich seit 2009 nicht wesentlich verändert und lag bei insgesamt 54% (65% ohne AbbrecherInnen). Bei der Nachbefragung 1 waren 60% (68,2% ohne AbrecherInnen) in Arbeit oder Ausbildung. In der Nachbefragung 2 waren es 63,8% (70,3% ohne AbbrecherInnen). Der Rehabilitationserfolg hat sich darüber hinaus als stabil erwiesen ( $r_s=0,56-0,78$ ).

Erfolgsprädiktoren. Prädiktoren des Rehabilitationserfolgs am Maßnahmeende waren Alter, Dauer der Arbeitslosigkeit, Schulabschluss, Belastbarkeit und Teilnahmedauer. Für den Rehabilitationserfolg nach sechs Monaten waren Alter, Dauer der Arbeitslosigkeit, Schulabschluss und Belastbarkeit signifikante Prädiktoren. Für den Rehabilitationserfolg nach 12 Monaten waren Alter, Dauer der Arbeitslosigkeit, Schwerbehinderung, Belastbarkeit und Teilnahmedauer signifikante Prädiktoren.

## **Diskussion und Fazit**

Trotz deutlich veränderter TeilnehmerInnenstruktur (ältere TeilnehmerInnen, vermehrt schwere depressive Erkrankungen, eingeschränkte Belastbarkeit) zeigte sich auch in den Daten bis 2018 ein relativ hoher und zeitlich stabiler Rehabilitationserfolg. Neben der positiven Arbeitsmarktentwicklung der letzten Jahre und der insgesamt verbesserten Qualifikationsstruktur der TeilnehmerInnen ist für dieses Ergebnis vor allem die flexibel gestaltete und betrieblich orientierte berufliche Rehabilitation im Seminar verantwortlich.

## **Literatur**

- Bond, G.R., Drake, R.E., Mueser, K.T., Becker, D.R. (1997): An update on supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatric services* 1997; 48: 335-346
- Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, R.E., Fioritti, A., Knapp, M., Lauber, C., Rössler, W., Tomov, T., v Busschbach, J., White, S., Wiersma, D. (2007): The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet*; 370: 1146-1152
- Eichert, H.C. (2011): Ambulante berufliche Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen. *Die Rehabilitation* (2011) DOI: 10.1055/s-0031-1273708
- Eichert, H.C. (2013): Ambulante berufliche Rehabilitation psychisch kranker Menschen: Konzept, Teilnehmerstruktur und Rehabilitationserfolg eines beruflichen Integrationsseminars, in DRV-Bund (Hrsg.) 22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Teilhabe 2.0 Reha neu denken? (Tagungsband) Berlin: DRV-Bund: 284–286

## **Das Teilhabemanagement der DRV nach med. Reha: was passiert wie schnell und mit welcher Zufriedenheit?**

*Thomas Drüke; Christian Wiese*

Dr. Becker Klinik Norddeich

## **Hintergrund und Zielstellung**

Neben etablierten Verfahren wie der stufenweisen Wiedereingliederung (SWE) und den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) gibt es – zunächst im Bereich regionaler DRVen – neuere Konzepte für das Teilhabemanagement leistungsgeminderter Rehabilitanden nach medizinischer Rehabilitation. Unter Berücksichtigung der eigenen Patientenklientel handelt es sich hierbei exemplarisch um das Fallmanagement der DRV Braunschweig-Hannover (Fallmanagement MBOR durch Fachberatungsdienst Reha, 2019) und das RehaFuturReal-Konzept der DRV Westfalen (Arling et al., 2017). Beide Verfahren sind evaluiert und mittlerweile in die Routine überführt worden. Neben bereits vorliegenden Studien, die die Wirksamkeit einer telefonischen Nachsorge vom Sozialdienst der Reha-Klinik nach med. Reha belegen (Fröhlich et al., 2017) hinterfragt die vorliegende Studie die zeitliche Latenz, patientenseitige Zufriedenheit und eingehaltene Konsequenz in der Umsetzung der – üblicherweise im Rahmen von MBOR-Verfahren – nach medizinischer Reha empfohlenen Maßnahmen.

## **Methoden**

Über einen Zeitraum von 10 Monaten erfolgte eine telefonische Nachbefragung der Rehabilitanden der Dr. Becker Klinik Norddeich nach erfolgter medizinischer Rehabilitation in den Fachgebieten Orthopädie und Psychosomatik. Die Befragung führten die Mitarbeiter des Sozialdienstes der Klinik durch, nachdem durch sie und den ärztlichen Dienst erfolgter Antragsstellung folgender Teilhabeleistungen mit der jeweils dargestellten Resonanz. Die Befragungen erfolgten ca. 3 Monate nach Reha-Ende für SWE und Fallmanagement, 6 Monate nach Reha-Ende für LTA.

## **Ergebnisse**

1. Die stufenweise Wiedereingliederung stellt ein mittlerweile etabliertes Verfahren nach medizinischer Reha dar (Bürger et al., 2011). In der vorliegenden Studie wurde in 79 Fällen eine SWE eingeleitet. Die Maßnahme wurde meist wie geplant durchgeführt und ist mit einer RTW-Quote von 84,8% erfolgreich. 3 Patienten fühlten sich in die Maßnahme „gedrängt“, sonst überwiegt die Zufriedenheit mit der Maßnahme.

2. Das Fallmanagement (FM) MBOR der DRV Braunschweig-Hannover wird durch den Fachberatungsdienst Reha koordiniert und bietet eine persönliche Unterstützung zur Erhaltung der Erwerbsfähigkeit an. Dies beinhaltet u.a. persönliche Begleitung, Arbeitsplatzanpassungen und Beratung des Arbeitgebers. In 84 eingeleiteten Fällen fiel insbesondere eine zügige Umsetzung auf: in 91,4% erfolgte die erste Kontaktaufnahme innerhalb von 4 Wochen nach Entlassung aus der med. Reha, in 70,2% wurde das erste persönliche Gespräch innerhalb von 2 Monaten nach Reha geführt. In einem Drittel der Fälle erfolgte die Einleitung von LTA aus dem FM, 2 Patienten „machten so weiter“, 3 Patienten stellten nach dem FM einen Antrag auf EM-Rente.

In 2/3 der Fälle wird eine große Zufriedenheit mit dem Verfahren angegeben (Schulnote 1-3). Problemfall Arbeitslose: hier sind die Rehabilitanden zur Erstkontaktaufnahme verpflichtet, was meist nicht erfolgt (fehlende Motivation?).

3. Die Einleitung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (53 Fälle) erfolgte in deutliche Latenz im Vergleich zum Fallmanagement: Der Erstkontakt durch die DRV-Sachbearbeiter erfolgte nach 2 Monaten erst in 60%, ein Erstgespräch war erst in 33% der Empfehlungen durchgeführt worden. Eine Umsetzung in konkrete LTA-Anträge aus den von der Klinik initiierten Empfehlungen erfolgte in 75% der Fälle. Diese Quote liegt deutlich über der Vergleichsklientel der DRV: hier wurden gemäß letztem Bericht (Rehabilitandenstruktur – Bericht, 2019) für die Orthopädie nur in 15% der Fälle Prüfungen von den Kliniken vorgeschlagen und nur in 10% durch die DRV eingeleitet. 4 Monate nach med. Reha war lediglich eine LTA-Maßnahme bereits konkret gestartet. In den Nachfragen wurde in 50% eine Unzufriedenheit mit dieser Teilhabemaßnahme geäußert, häufig mit der Schulnote 6.

4. In 3 Einzelfällen wurden Anträge für RehaFuturReal der DRV Westfalen gestellt, die aus individuellen Gründen jeweils auf der Ebene der betrieblichen Umsetzung gescheitert sind. Die kleine Stichprobe erlaubt jedoch keine weitere Bewertung.

## **Diskussion und Fazit**

Insbesondere in Zeiten des routinierten und zielgerichteten Einsatzes von MBOR-Stufe B-Maßnahmen wollen Rehabilitanden und Reha-Team so früh wie möglich Klarheit über das

weitere berufliche Procedere. Die hierfür der Reha-Klinik zur Verfügung stehenden Mittel zeigen sehr unterschiedliche Umsetzungsquoten und eine sehr differenzierte Akzeptanz:

- Die Einleitung der stufenweisen Wiedereingliederung wird im Regelfall wie geplant umgesetzt und zeigt mit einer RTW-Quote von 84,8% den größten Erfolg.
- Das Fallmanagement der DRV Braunschweig-Hannover beschleunigt messbar das im Bedarfsfall erforderliche Verfahren einer Anpassung im beruflichen Umfeld bis hin zu LTA-Maßnahmen.
- Die Hilfe für Arbeitslose ist im Fallmanagement unzureichend geregelt.
- Die Akzeptanz und Zufriedenheit für das Fallmanagement ist insgesamt hoch.
- Die primär initiierte Einleitung von LTA-Maßnahmen zeigt eine lange Latenz in der Umsetzung und senkt die Motivation und Zufriedenheit der Rehabilitanden.

### **Literatur**

Arling, V., Knispel J., Pasch S., Schäfer S., Spijkers W. (2017): RehaFuturReal: Wissenschaftliche Evaluation der formalen Implementierung und inhaltlichen Umsetzung, DRV-Schriften, Bd. 111, 269-272

Berichte zur Reha-Qualitätssicherung (QS) der DRV, hier: Rehabilitandenstruktur – Bericht 2019

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

Fallmanagement MBOR durch Fachberatungsdienst Reha: Aktuelles Faltblatt der DRV Braunschweig Hannover, Drucksache 25.01.2019

Fröhlich S., Niemeyer R., Greitemann B. (2017): Effekte der telefonischen Nachsorge durch den Sozialdienst einer Reha-Klinik für MBOR-Rehabilitanden sechs Monate nach Ende der Reha-Maßnahme, DRV-Schriften, Bd. 111, 144-146

## **Die Relevanz des erwerbsbiografischen Bewältigungsprozesses für den Umschulungskontext**

*Jens Knispel; Viktoria Arling*

RWTH Aachen, Institut für Psychologie

### **Hintergrund und Zielstellung**

Für Menschen, die auf Grund einer gesundheitlichen Einschränkung nicht mehr in der Lage sind, ihrem Beruf nachzugehen, besteht die Möglichkeit einer zweijährigen Umschulungsmaßnahme in einem Berufsförderungswerk (BFW). Eine solche berufliche Umorientierung bedeutet für den Teilnehmer einen Bruch in der bisherigen Erwerbsbiografie und ihrer autobiografischen Lebensgeschichte (Habermas et al., 2000). Im Sinne eines Bewältigungsprozesses stellen narrative Motive psychologisch wirksame Bewertungsmuster von Lebensabschnitten dar (McAdams et al., 2013). So sind positive Bewertungsmuster (z.B. Sinnfindung in einem neuen Lebensabschnitt) longitudinal mit besserem Wohlbefinden

assoziiert, negative Motive (z.B. Nachtrauern des früheren Lebens) korrelieren mit einer stärkeren psychischen Belastung und Identitätsschwierigkeiten (Merrill et al., 2016).

Vor diesem Hintergrund war die zentrale Fragestellung der vorliegenden Studie, welche Relevanz der individuelle erwerbsbiografische Bewältigungsprozess für den Umschulungskontext von Teilnehmern der beruflichen Rehabilitation hat (Zufriedenheit mit der Umschulung und Abbruchgedanken).

## Methoden

Für die Studie wurden insgesamt 107 Teilnehmer des BFW Köln und BFW Oberhausen aus unterschiedlichen Umschulungsklassen befragt (59 Männer und 48 Frauen; Alter: AM = 35,85 Jahre, SD = 8,32, Spanne: 23 – 55). 44 Teilnehmer hatten eine körperliche Einschränkung, 29 Personen gaben eine psychische Erstdiagnose an und 30 Befragte hatten eine komorbide Problemlage (4x keine Angabe).

Zur Erfassung der narrativen Motive (McAdams et al., 2013) kamen je zwei Items für das Motiv der Sinnfindung (z.B.: ‚Die berufliche Rehabilitation ist für mich eine positive Entwicklung in meiner Erwerbsbiografie.‘) und das Motiv des Nachtrauerns (z.B.: ‚Ich trauere meiner ursprünglichen Beschäftigung nach.‘) zum Einsatz (Skala von ‚1‘: trifft überhaupt nicht zu bis ‚6‘: trifft voll und ganz zu).

Die Zufriedenheit mit der Umschulung wurde mit dem Globalindikator ‚Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrer Umschulung?‘ erfasst (sechsstufig von ‚1‘: sehr unzufrieden bis ‚6‘: sehr zufrieden). Die Abbruchgedanken wurden anhand der ins Deutsche übersetzten und auf den Umschulungskontext bezogenen Turnover-Intention-Scale erhoben (sechs Items, z.B.: ‚Wie oft haben Sie es in Erwägung gezogen, die Umschulung abzubrechen?‘; Skala von ‚1‘: nie bis ‚5‘: immer; Bothma & Roodt, 2013).

Tab. 1: Deskriptionen (AM/ SD) und Zusammenhänge der narrativen Motive (Sinnfindung/ Nachtrauern) und Bewertung der Umschulungssituation (Zufriedenheit/ Abbruchgedanken)

	Interkorrelationen				Deskriptionen		
	1. SF	2. NT	3. ZU	4. AG	AM	SD	Theor. Spanne
1. Sinnfindung in Umschulung (SF)	-				4,69	1,00	1-6
2. Erwerbsbiografisches Nachtrauern (NT)	-0,241**	-			2,83	1,64	1-6
3. Zufriedenheit mit Umschulung (ZU)	0,282**	-0,008	-		4,69	1,21	1-6
4. Abbruchgedanken bzgl. Umschulung (AG)	-0,276**	0,261**	-0,276**	-	2,15	0,66	1-5

Anmerkungen: Pearson-Korrelationen, einseitige Testung auf  $\alpha = 0,05$  – Niveau.

## **Ergebnisse**

Ein stärkeres Ausmaß an Sinnfindung für die Umschulung ging mit weniger Abbruchgedanken einher (vgl. Tabelle 1). Je höher die Sinnfindung für die Umschulung ausgeprägt war, desto zufriedener waren die Teilnehmer mit der Umschulung und desto niedriger fielen ihre Abbruchgedanken aus. Teilnehmer, die ihrer früheren erwerbsbiografischen Tätigkeit stärker nachtrauerten, berichteten mehr Abbruchgedanken als Teilnehmer, die weniger stark trauerten.

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse geben Hinweis darauf, dass ein gelungener bzw. bislang noch nicht abgeschlossener erwerbsbiografischer Bewältigungsprozess unmittelbare Relevanz für die Einschätzung der aktuellen Umschulungssituation aus Sicht des Teilnehmers hat. Konkrete Abbruchgedanken stellen einen validen Prädiktor für tatsächliches Abbruchverhalten dar (Cho et al., 2012) und sind somit als konkrete Gefährdung des Umschulungserfolges zu werten. Dies wiederum verdeutlicht die Wichtigkeit einer entsprechenden Aufarbeitung im Kontext der Biografiearbeit in Interaktion zwischen Mitarbeitern und Teilnehmern der beruflichen Rehabilitation. Im Zuge dessen kann der Teilnehmer zur Selbstreflexion über seine Haltung zur Erwerbsbiografie angeregt und gegebenenfalls darin bestärkt werden, primär positive narrative Motive zu fokussieren.

## **Literatur**

- Bothma, C. F., Roodt, G. (2013): The validation of the turnover intention scale. *SA Journal of Human Resource Management*, 11(1).
- Cho, Y. J., Lewis, G. B. (2012): Turnover Intention and Turnover Behavior: Implications for Retaining Federal Employees. *Review of Public Personnel Administration*, 32(1). 4-23.
- Habermas, T., Bluck, S. (2000): Getting a life: The emergence of the life story in adolescence. *Psychological Bulletin*, 126(5). 748–769.
- McAdams, D. P., McLean, K. C. (2013): Narrative Identity. *Current Directions in Psychological Science*, 22(3). 233–238.
- Merrill, N., Waters, T. E. A., Fivush, R. (2016): Connecting the self to traumatic and positive events: links to identity and well-being. *Memory*, 24(10). 1321–1328.

## **Medienkompetenzaufbau in Einrichtungen beruflicher Rehabilitation – Vom Betreuenden zum Teilnehmenden**

*Sabrina Lorenz; Ann Marie Wester; Eva Rothaug*  
Forschungsinstitut Betriebliche Bildung (f-bb) gGmbH

## **Hintergrund und Zielstellung**

Zwei Projekte – eine gemeinsame Vision

Mit der zunehmend voranschreitenden Digitalisierung von Arbeitsabläufen und -prozessen sowie der Nutzung digitaler Medien zu Kommunikations-, Dokumentations- und Weiterbildungszwecken verändern sich auch die auf dem Arbeitsmarkt nachgefragten

Qualifikationsprofile („Arbeit 4.0“; Dengler & Matthes 2015; Dengler & Matthes 2018). Aus diesem Grund bedarf es innovativer Konzepte, um die Teilhabechancen für Menschen mit Behinderung auch im digitalisierten Arbeitskontext weiterhin zu gewährleisten. Im Bereich der beruflichen Rehabilitation müssen deshalb verstärkt technische neue Medien und moderne Lernformate in die Bildungslandschaft integriert werden. Allerdings verfügt noch nicht jede Einrichtung beruflicher Rehabilitation über die Ressourcen oder eine Strategie im Umgang mit diesen modernen Werkzeugen, wie Smartphones, Tablets, interaktive Whiteboards oder E-Learning-Tools. Gleichzeitig bedarf es auch einer Stärkung der Medienkompetenz des Bildungspersonals, um die notwendigen Kompetenzen an die Zielgruppe vermitteln zu können.

Aus diesem Grund muss die Medienkompetenzentwicklung nicht nur auf Seiten des Teilnehmenden, sondern auch auf Seiten des Bildungspersonals sowie auf organisationaler Ebene stattfinden. Im nachfolgenden Kurzbeitrag werden zwei Gestaltungsprojekte skizziert, die sich gleichermaßen dem Thema Medienkompetenzen im Bereich der beruflichen Rehabilitation widmen, dabei jedoch an zwei verschiedenen Stellen ansetzen.

Das Projekt DIGI-ComLAB setzt auf der Seite der Teilnehmenden an. Im Fokus stehen vor allem Menschen mit Lern- und seelischen Behinderungen, deren Sicherung der Arbeitstätigkeit im Zuge der Digitalisierung gefährdet ist (Engels, 2016). Das Ziel des Projektes ist somit die Steigerung der Fach-, Medien- und Anwendungskompetenz von jungen Menschen mit Behinderung im Bereich „Arbeit 4.0“, um sie auf die veränderten Anforderungen der digitalisierten Arbeitswelt vorzubereiten.

Das Projekt meko@reha fokussiert den Aufbau von Medien- und medienpädagogischen Kompetenzen der in der Qualifizierungs- und Betreuungsarbeit Tätigen und unterstützt die Bereitstellung entsprechender förderlicher Rahmenbedingungen auf organisationaler Ebene. Hierzu wurde ein Rahmenkonzept zur Implementierung einer digitalen Lernkultur und der Stärkung rehabilitationsspezifischer (medien-)pädagogischer Kompetenz konzipiert und bei vier Leistungserbringern beruflicher Rehabilitation umgesetzt.

## **Methoden**

### **DIGI-ComLAB und meko@reha in der Umsetzung**

Im Projekt DIGI-ComLAB wurden mit Hilfe eines iterativen Entwicklungsprozesses digitale und analoge Lerneinheiten für Menschen mit Behinderung entwickelt und erprobt. Ein überfachlicher und drei fachliche Themenbereiche (Lagerwirtschaft/Transport, Fertigung/Montage im Metall- und Kunststoffbereich sowie Kaufmännischer Bereich/Verkauf) vermitteln Kompetenzen, die im Zuge der Digitalisierung für die Zielgruppe notwendig werden, um sie langfristig in den digitalisierten Arbeitsmarkt zu integrieren. Dabei fokussierte das Projekt einen ganzheitlichen Handlungsansatz mit dem Schwerpunkt auf Qualifizierung. Der Handlungsansatz umfasste sowohl die Entwicklung digitaler methodisch/didaktisch innovativer Lerneinheiten, die Erstellung eines zielgruppengerechten Lernsettings durch eine konstante Prozessbegleitung und Betreuung der Teilnehmenden sowie die Einbindung und Information verschiedener Akteure, um im Ergebnis ein in die Zukunft transferables Angebot bereitzustellen. Eine formative Evaluation lieferte Erkenntnisse aus der Erprobung, die direkt in die Weiterentwicklung der Lerneinheiten einfließen konnten.

Innerhalb des Projekts meko@reha werden neben strukturellen Rahmenbedingungen der Bildungseinrichtungen auch die individuellen Voraussetzungen und Bedarfe der Beschäftigten in Bezug auf ihre Klienten (Menschen mit verschiedenen Behinderungen) berücksichtigt. Basierend auf einer umfassenden Ausgangsanalyse, welche die oben genannten Aspekte umfasst, entstehen Qualifizierungsmaßnahmen und -einheiten, die den gezielten Medienkompetenzaufbau von Mitarbeitenden verfolgen. Zur nachhaltigen Verankerung dieser Personalentwicklungsmaßnahme und zur Schaffung förderlicher Rahmenbedingungen wird das gesamte Projekt durch einen partizipativ angelegten Organisationsentwicklungsprozess flankiert.

## **Ergebnisse**

Praxisrelevante Produkte für die Zukunft

Beide Projekte liefern Ergebnisse, die das System der beruflichen Rehabilitation positiv beeinflussen und in Zukunft weiterhin genutzt werden können.

Menschen mit Lern- oder seelischen Behinderungen können zukünftig von den niederschwellig angelegten, digitalen und analogen Lerneinheiten aus dem Projekt DIGI-ComLAB profitieren. Durch das Projekt wurden neuartige, pädagogische und didaktische Zugänge zur Zielgruppe eröffnet und didaktisch/methodisch innovative Wege des Lernens beschritten.

Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation erhalten durch den im Projekt meko@reha entstandenen Leitfaden eine Orientierungshilfe zur Implementierung einer digitalen Lernkultur. Gleichzeitig dient der Meko-OrgaCheck den Einrichtungen zur Überprüfung, inwieweit sie für die Digitalisierung gerüstet sind.

## **Diskussion und Fazit**

Zum Zeitpunkt des Reha-Kolloquiums sind beide Projekte nahezu abgeschlossen. Dadurch ist es möglich gute Praxisansätze beider Projekte gebündelt darzustellen und auf konkrete Handlungsfelder im Bereich Qualifizierung und Organisationsentwicklung sowie auf Anforderungen und Handlungsbedarfe im Bereich digitales Lernen für Menschen mit geistiger und seelischer Beeinträchtigung hinzuweisen.

Mit Hilfe der zusammenhängenden Betrachtung beider Projekte wird das Thema Digitales Lernen in der beruflichen Rehabilitation ganzheitlich unter Berücksichtigung verschiedener Ebenen und Zielgruppen beleuchtet und konkrete Handlungsansätze auf dem Weg ins digitale Zeitalter benannt. Durch die Verknüpfung verschiedener Zielgruppen und Handlungsebenen kann das nachhaltige digitale Lernen in der beruflichen Rehabilitation gefördert und punktuellen Maßnahmen, die langfristige Effekte vermissen lassen, entgegengewirkt werden.

## **Literatur**

Engels, D. (2016): Chancen und Risiken der Digitalisierung der Arbeitswelt für die Beschäftigung von Menschen mit Behinderung. In: Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (Hrsg.) Forschungsbericht 467.

Dengler, K., & Matthes, B. (2015): Folgen der Digitalisierung der Arbeitswelt. Nürnberg: IAB-Forschungsbericht.

Dengler, K., & Matthes, B. (2018): Substituierbarkeitspotenziale von Berufen. Wenige Berufsbilder halten mit der Digitalisierung Schritt. IAB-Kurzbericht 4/2018.

Förderung: Bayerisches Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales;  
Bundesministerium für Bildung und Forschung

## **RehaFuturReal®: Welche Selbsteinschätzungsmaße spielen eine Rolle für den Arbeitsstatus nach dem LTA-Prozess?**

*Jens Knispel; Viktoria Arling*

RWTH Aachen, Institut für Psychologie

### **Hintergrund und Zielstellung**

Mit dem Beratungskonzept RehaFuturReal® überführte die Deutsche Rentenversicherung (DRV) Westfalen wegweisende Empfehlungen aus dem Entwicklungsprozess RehaFutur in die Praxis. Im Zuge dessen wurde die Beratungsleistung der Reha-Fachberater (RFB) - als zentrale Akteure im beruflichen Rehabilitationsprozess – auf eine am Case Management (CM) orientierte Arbeitsweise angepasst (vgl. Monzer, 2013). Mit RehaFuturReal-II (RFR-II) rückte die Zielgruppe der zum Zeitpunkt der LTA-Beratung durch die DRV Westfalen arbeitslosen Versicherten in den Fokus.

Um eine (nicht) erfolgreiche Reintegration der Versicherten nach dem LTA-Prozess besser verstehen zu können, gilt es, der individuellen Situation Rechnung zu tragen. Ziel dieses Beitrages ist es daher, für den Arbeitsstatus relevante psychologische Selbsteinschätzungsmaße zu identifizieren.

### **Methoden**

RFR-II wurde vom 01.05.2016 bis zum 30.06.2018 in den Interventionsbezirken Münster und Bielefeld erprobt. Insgesamt erhielten 719 Versicherte eine RFR-II-spezifische Beratungsleistung. Alle Versicherten wurden im Zuge einer zweiwelligen Nachbefragung (aufgeteilt in die 1. und 2. Projekthälfte) zur Beratungsleistung, ihrer Befindlichkeit und dem aktuellen Arbeitsstatus befragt. Die Rücklaufquote für die Nachbefragung lag bei 47,43%.

Gegenstand der Auswertung waren hiervon 231 Versicherte, deren Arbeitsstatus zum Nachbefragungszeitpunkt eindeutig „in Arbeit“ (N=85, 24,93%) bzw. „arbeitslos“ (N=146, 42,82%) war. Bei den restlichen Versicherten (N=110, 32,25%) lagen heterogene Status vor (z.B. Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben: Weiterbildung, Umschulung o.Ä., Berentung), sodass sie in der Analyse keine Berücksichtigung fanden. Die soziodemografische Zusammensetzung der im Zuge dieser Untersuchung berücksichtigten Nachbefragungs-Stichprobe (N=231) entsprach weitgehend der Grundgesamtheit von RFR-II (Knispel & Arling, 2019): vertreten waren 178 Männer (77,1%) und 53 Frauen (22,9%) mit einem mittleren Alter von 49,55 Jahren (SD = 7,89, Spanne: 24-64).

Im Nachbefragungsbogen schätzten die Versicherten u.a. ihrer berufliche Selbstwirksamkeitserwartung (BSW, Abele et al., 2000), den aktuellen Gesundheitszustand und ihre Lebenszufriedenheit (L1, Beierlein et al., 2014) ein.

## Ergebnisse

Mittels univariater binär-logistischer Regressionen wurden in einer Vorprüfung relevante psychologische Selbstbewertungen für den Status „arbeitslos“ (1) und „in Arbeit“ (0) identifiziert ( $p < .010$ ). Die Vorprüfung ist in Tabelle 1 dargestellt.

Tab. 1: Zentrale Ergebnisse der Vorprüfung mit univariaten binär-logistischen Regressionen zur Vorhersage der Reintegration (Arbeitsstatus) anhand von psychologischen Selbsteinschätzungen

<b>Univariate binär-logistische Regressionen für den Verbleib</b>	
[N = 77 in Arbeit; N = 119 nicht in Arbeit]	
<b>Relevante Selbstbewertungen (<math>p &lt; .10</math>)</b>	
Lebenszufriedenheit <sup>a</sup>	< 0,001
Seelisches Leiden <sup>b, c</sup>	0,001
Körperliches Leiden <sup>b, c</sup>	< 0,001
Berufliche Selbstwirksamkeit (Motivation) <sup>c, d</sup>	< 0,001
Berufliche Selbstwirksamkeit (Fähigkeit) <sup>c, d</sup>	< 0,001
Allgemeiner, aktueller Gesundheitszustand <sup>e</sup>	< 0,001
Zufriedenheit mit dem Beratungsergebnis (RFR-II) <sup>c</sup>	0,015

Anmerkungen: a 11-stufig von ,0' – überhaupt nicht zufrieden bis ,10' – völlig zufrieden; b PAREMO-20-Subskalen; c 4-stufig von ,1' trifft nicht zu bis ,4' trifft zu; d Skala zur Erfassung der Beruflichen Selbstwirksamkeit (Abele, Stief & Andrä, 2000); e 5-stufig von ,1' sehr schlecht bis ,5' sehr gut

Die bedeutsamen Prädiktoren wurden zusammen in einer multivariaten binär-logistischen Regression mit einbezogen, um mittels backward-Selektion die wichtigsten psychologischen Selbstbewertungen zur Vorhersage des Arbeitsstatus zu identifizieren (N = 145 vollständige Datensätze,  $p < .05$ ). Die zentralen Ergebnisse sind in Tabelle 2 dargestellt.

Tab. 2: Zentrale Ergebnisse des finalen multivariaten binär-logistischen Regressionsmodells zur Vorhersage des Verbleibs (Arbeitsstatus) nach backward-Selektion

<b>Finales binär-logistisches, multivariates Prognosemodell für den Verbleib</b>					
[N = 77 in Arbeit; N = 119 nicht in Arbeit]					
<b>Variable</b>	<b>AM (SD)</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>Standardfehler</b>	<b>p</b>	<b>OR</b>
Lebenszufriedenheit <sup>a</sup>	5,12 (2,47)	-0,265	0,086	0,002	1,30
Allgemeiner, aktueller Gesundheitszustand <sup>b</sup>	2,71 (0,86)	-0,706	0,301	0,009	2,03

Anmerkungen: a 11-stufig von ,0' – überhaupt nicht zufrieden bis ,10' – völlig zufrieden, b 5-stufig von ,1' sehr schlecht bis ,5' sehr gut

Im finalen Vorhersagemodell verbleiben zwei Selbsteinschätzungsmaße, mit denen sich Arbeitslosigkeit vorhersagen lässt: die (ungünstige) Bewertung des aktuellen Gesundheitszustandes (Odds Ratio: 2,03) und die (niedrige) Einschätzung der Lebenszufriedenheit (Odds Ratio: 1,30).

Das Vorhersagemodell hat eine relativ hohe prädiktive Genauigkeit: Anhand des Modells können 81,0% arbeitslosen Teilnehmer korrekt vorhergesagt werden (Sensitivität). 51,9% der in Arbeit befindlichen Versicherten werden durch das Modell richtig klassifiziert (Spezifität). Insgesamt 68,6% des Arbeitsstatus der Teilnehmer kann auf Basis beider psychologischer Selbsteinschätzungen korrekt klassifiziert werden (Varianzaufklärung von Nagelkerkes  $R^2 = 25,9\%$ ).

## **Diskussion und Fazit**

Für den Arbeitsstatus der Versicherten sind die gesundheitliche Situation und die allgemeine Lebenszufriedenheit am bedeutsamsten. Entsprechende Einschätzungen geben Hinweis darauf, dass sich der objektive Status „Arbeitslosigkeit“ primär in psychologischen Zustandsbeschreibungen der aktuellen Situation widerspiegelt. Auf Grund der ausgewiesenen Relevanz der Lebenszufriedenheit z.B. für die psychische Gesundheit (vgl. Lombardo et al., 2018) gilt es, der Gruppe arbeitsloser Versicherter besondere Bedeutung zu widmen. Es sollte in Betracht gezogen werden, die Versicherten nach der LTA-Beratung DRV-seitig regelhaft erneut zu kontaktieren und ggf. weitere Lösungsansätze zugunsten einer erfolgreichen beruflichen Reintegration zu erarbeiten.

## **Literatur**

- Abele, A.E., Stief, M., Andrä, M.S. (2000): Zur ökonomischen Erfassung beruflicher Selbstwirksamkeitserwartungen – Neukonstruktion einer BSW-Skala. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 44. 145–151.
- Beierlein, C., Kovaleva, A., László, Z., Kemper, C.J., Rammstedt, B. (2014): Eine Single-Item-Skala zur Erfassung der Allgemeinen Lebenszufriedenheit: Die Kurzskala Lebenszufriedenheit-1 (L-1). URL: [https://www.gesis.org/fileadmin/kurzskalen/working\\_papers/L1\\_WorkingPapers\\_2014-33.pdf](https://www.gesis.org/fileadmin/kurzskalen/working_papers/L1_WorkingPapers_2014-33.pdf), Abruf: 25.10.2019.
- Knispel, J., Arling, V. (2019): RehaFuturReal®: Psychologische Selbsteinschätzung von arbeitslosen Versicherten ohne und mit Case-Management-Einstufung im Vergleich. DRV-Schriften, 113. 241 - 243.
- Lombardo, P., Jones, W., Wang, L., Shen, X., Goldner, E.M. (2018): The fundamental association between mental health and life satisfaction: Results from successive waves of a Canadian national survey. BMC Public Health, 18. 1-9.
- Monzer, M. (2013): Case Management – Grundlagen. Heidelberg: medhochzwei.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Westfalen

### **Einfluss kognitiver Dysfunktionen auf die Motorik und Mobilität im Verlauf der neurologischen Rehabilitation nach Schlaganfall**

*Juliane Lamprecht<sup>1</sup>; Monika Froß<sup>1</sup>; Michael Sailer<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> An-Institut für Neurorehabilitation OvGU Magdeburg; <sup>2</sup> MEDIAN Klinik NRZ Magdeburg

#### **Hintergrund und Zielstellung**

Ein primäres Ziel der neurologischen Rehabilitation nach Schlaganfall ist die Wiederherstellung des körperlichen und kognitiven Funktionsniveaus. Bisherige Studien haben gezeigt, dass kognitive Dysfunktionen die Rehabilitationsergebnisse im Bereich der Motorik und Mobilität beeinflussen (Verstraeten et al., 2016; Jung et al., 2017). Allerdings erfolgt die Einschätzung der kognitiven Beeinträchtigung häufig sehr global oder es werden nur einzelne Domänen berücksichtigt. Im Bereich der Motorik wurden bisher überwiegend die funktionelle Beinmotorik, insbesondere spezifische Gangparameter, analysiert. Die vorliegende Studie adressiert daher umfänglicher den Einfluss spezifischer kognitiver Domänen auf die Verbesserung der motorischen Funktionsfähigkeit der oberen und unteren Extremitäten sowie auf die Mobilität im Verlauf der Rehabilitation.

#### **Methoden**

Insgesamt wurden die Sekundärdaten von N=165 Schlaganfallpatienten der Rehabilitationsphase D, die in den letzten vier Jahren eine medizinische Rehabilitation in der MEDIAN Klinik NRZ Magdeburg in Anspruch genommen haben, analysiert. Im Rahmen des Klinikaufenthaltes werden routinemäßig standardisierte Reha-Assessments zur Erfassung der Kognition, Motorik und Mobilität eingesetzt. Im kognitiven Bereich wurden zu Reha-Beginn: a) die tonische und phasische Alertness, die Verarbeitungskapazität sowie die Daueraufmerksamkeit (Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung TAP) b) das Kurz- und Langzeitgedächtnis (Wechsler Memory Scale) sowie c) die Exekutivfunktionen mit den Bereichen divergentes Denken (Regensburger Wortflüssigkeitstest, Hamasch 5 Punkt Test) und konvergentes Denken (Standardisierte Link'sche Probe) getestet. Im Bereich der Motorik wurden zu Reha-Beginn und Reha-Ende folgende Assessments eingesetzt: i) motorisches Funktionsniveau der oberen Extremität (Motricity Index), ii) motorisches Funktionsniveau der unteren Extremität (Motricity Index), iii) Mobilität (Rivermead Mobility Index). Des Weiteren wurden als patientenbezogene Variablen Geschlecht, Alter, Rehabilitationsdauer sowie die durch den Schlaganfall betroffene Hemisphäre der Patienten erhoben. Die Assessments wurden zunächst deskriptiv ausgewertet. Verbesserungen im Verlauf der Rehabilitation wurden für den Bereich Motorik und Mobilität mittels verbundener t-Tests geprüft. Der Einfluss der verschiedenen kognitiven Domänen auf die motorische Funktionsverbesserung und Mobilität wurde unter Kontrolle der patientenbezogenen Variablen jeweils mittels Regressionsanalyse getestet.

## Ergebnisse

Die untersuchte Stichprobe war zu 70% männlich und durchschnittlich 53 Jahre alt (SD = 7.53). Die Rehabilitation dauerte im Durchschnitt 33 Tage (SD = 10.93, Modus = 28 Tage). Die prozentuale Verteilung der unterdurchschnittlichen Leistungen in den verschiedenen Domänen (s. Abb. 1) zeigt, dass ca. 30 % der Patienten in den Aufmerksamkeitsdomänen tonische Alertness, Verarbeitungskapazität und Daueraufmerksamkeit sowie in den Gedächtnisfunktionen unterdurchschnittliche Leistungen erbringen. Am schlechtesten schnitten die Patienten in den Exekutivfunktionen ab, hier lagen ca. 50% im Bereich des divergenten Denkens unter der Norm.

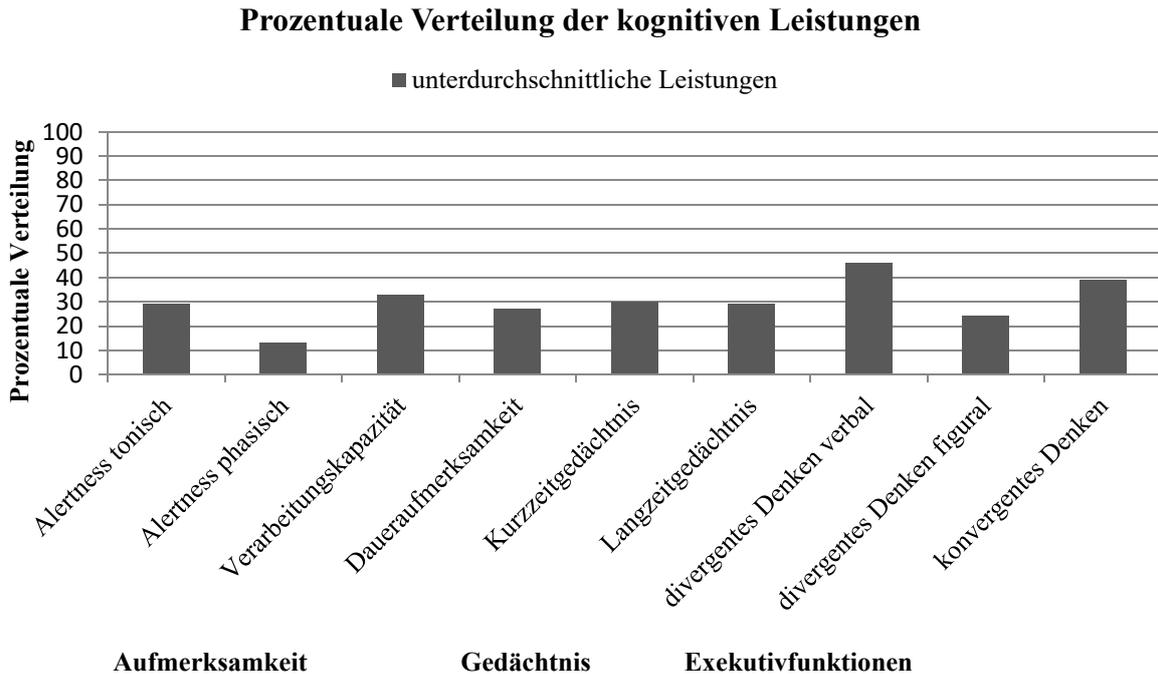


Abb. 1: Prozentuale Verteilung der unterdurchschnittlichen Leistungen entsprechend der kognitiven Domänen

Hinsichtlich der Verlaufsbeobachtung der motorischen Funktionen und der Mobilität zeigten sich weitere Verbesserungen der Arm- und Beinmotorik sowie der Mobilität (s. Tabelle 1), obwohl die Werte bereits zu Beginn der Rehabilitation schon recht gut waren (Phase D). Prozentual betrachtet haben sich 20% in ihrer motorischen Funktionsfähigkeit der Beine weiter verbessert. Bei 27% konnte in der Armmotorik und bei 34% eine weitere Verbesserung der Mobilität festgestellt werden.

Tab. 1: Motorik und Mobilität im Verlauf der Rehabilitation

Motorik	Messzeitpunkt 1		Messzeitpunkt 2		p	Cohens  d
	M	SD	M	SD		
Motorik obere Extremität	93.04	11.43	96.30	8.47	<.001	0.45
Motorik untere Extremität	93.55	11.73	96.06	9.58	<.001	0.38
Mobilität	13.48	2.25	14.24	1.00	<.001	0.42

Anmerkungen: N = 161, Motorik gemessen mit Motricity Index, Wertebereich: 0-100, Mobilität gemessen mit Rivermead Mobility Index, Wertebereich: 0-15.

Die Regressionsanalysen zeigen, dass weder Alter, Geschlecht, Rehabilitationsdauer noch die betroffene Hemisphäre Einflussfaktoren der Verbesserung der Motorik in Armen und Beinen sowie der Mobilität der Patienten darstellen. Einen Einfluss der Kognition konnte nur für die Mobilität nachgewiesen werden. Hier zeigte sich, dass unterdurchschnittliche Leistungen im konvergenten Denken ( $b = -5.36$ ,  $p = .030$ ), welches als Teilaspekt der Exekutivfunktionen das Planen und die Organisation von Handlungsfolgen abbildet, einen negativen Einfluss auf die Mobilitätsverbesserung im Rehabilitationsverlauf haben.

### **Diskussion und Fazit**

Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass zu Beginn der Rehabilitationsphase D noch Einschränkungen im Bereich der Kognition, vor allem in den Exekutivfunktionen bestehen. Im Bereich der Motorik und Mobilität zeigen sich nur noch geringe Einschränkungen, die sich während der Rehabilitation aber dennoch weiter verbessern. Eine domänenspezifische Erhebung der Kognition ist trotz des zeitlichen Mehraufwandes einer globalen Erhebung vorzuziehen. So zeigte sich ein relevanter Einfluss einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit im Bereich des konvergenten Denkens auf die Mobilitätsverbesserung. Das Wissen um die Defizite in diesem Kognitionsbereich zu Beginn der Rehabilitation sollte gezielt genutzt werden, um die Aufgabenstellung und Anforderungen in der Therapie anzupassen. Beispielsweise können eingeschränkte Exekutivfunktionen die Sturzgefährdung während des Mobilitätstrainings erhöhen, insbesondere dann, wenn die Patienten durch andere Umgebungsreize abgelenkt werden.

### **Literatur**

- Jung, S. H., Lee, S. U. & Park, J. (2017): Prediction of post-stroke functional mobility from the initial assessment of cognitive function. *NeuroRehabilitation*, 41.169-177.
- Verstraeten, S. M., Mark, R. E. & Sitskoorn, M. M. (2016): Motor and cognitive impairment after stroke: A common bond or a simultaneous deficit? *Stroke Research & Therapy*, 1. S. 1-10.

## **Fatigue bei Multipler Sklerose (MS) als dissoziativer Bewältigungsmechanismus? Eine Studie an 571 Patienten mit MS**

*Gesa Pust<sup>1</sup>; Roger Schmidt<sup>2</sup>; Roland Weierstall-Pust<sup>3</sup>; Christoph Heesen<sup>1</sup>;  
Jennifer Randerath<sup>2</sup>; Christian Dettmers<sup>2</sup>; Stefan Gold<sup>4</sup>*

<sup>1</sup> Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; <sup>2</sup> Universität Konstanz;

<sup>3</sup> Klinik Dr. Amelung; <sup>4</sup> Charité Berlin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

### **Hintergrund und Zielstellung**

Bei Multipler Sklerose (MS) zählt Fatigue nach wie vor zu den häufigsten und am meisten belastenden Symptomen (Penner & Paul, 2017). Fatigue gilt darüberhinaus als einer der Hauptgründe für Frühberentungen im Zusammenhang mit MS (Gerhard et al., 2018). Die Pathophysiologie von Fatigue ist jedoch schlecht verstanden und vermutlich heterogen. Ziel der vorliegenden Studie war es, potentielle psychische Faktoren zu identifizieren, die für Funktionalität bzw. die Genese von Fatigue bedeutsam sein könnten.

## Methoden

571 Patienten mit MS nahmen an der Online-Umfrage über den Bundesverband der Selbsthilfe teil (438 Frauen; Fatigue Scale for Motor and Cognitive Functions (FSMC):  $M = 72.3$ ,  $SD = 16.2$ ). Es wurden etablierte und validierte Maße zur Erhebung von 1) frühen Missbrauchs- und Traumaerfahrungen (Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)), 2) psychopathologischen Komorbiditäten von Fatigue (Depression (Beck Depression Inventory (BDI-II)), Angstsymptomatik (State-Trait Anxiety Inventory (STAI)) Alexithymie (Toronto-Alexithymia-Scale-26 TAS-(26)), 3) schematherapeutischen Konstrukten zur Erfassung spezifischer Persönlichkeitsakzentuierungen und Bewältigungsmuster (Young Schema-Questionnaire – Short Form 3 (YSQ-S3); Schema-Mode-Inventary (SMI), sowie 4) der aktuell vorliegenden Fatigue-Symptomatik verwendet (Fatigue Scale for Motor and Cognitive Functions (FSMC); Chalder Fatigue Questionnaire (CFQ)). Für die Auswertung wurden multivariate statistische Verfahren sowie Latente Profilanalyse und Pfadanalysen eingesetzt.

## Ergebnisse

Von den fünf CTQ-Skalen (emotionaler Missbrauch, körperlicher Missbrauch, sexueller Missbrauch, körperliche Vernachlässigung und emotionale Vernachlässigung) sagten konsistent nur der erlebte emotionale Missbrauch und die erfahrene emotionale Vernachlässigung die Psychopathologie vorher, welche mit der auftretenden Fatigue-Symptomatik assoziiert war.

Im Zusammenhang mit unterschiedlichen Bewältigungsmustern der PwMS war Dissoziation als Coping-Strategie zum Umgang mit belastenden Erfahrungen der einzige Faktor, welcher einen Einfluss auf die Fatigue-Symptomatik besaß (28% der FSMC Gesamtvarianz). Der Effekt für den Einfluss von Dissoziation auf die Fatigue-Symptomatik ( $\beta = .34$ ) entsprach dabei in der Stärke dem Effekt der körperlichen Einschränkungen auf die Fatigue-Symptomatik ( $\beta = .33$ ; 23% der FSMC Gesamtvarianz). Alle statistischen Modelle für beide Fatigue-Skalen (FSMC; CFQ) und nach Ausschluss von Patienten mit klinisch bedeutsamer Depression-Symptomatik bestätigten die Effekte.

## Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass psychische Faktoren, insbesondere Dissoziation als Bewältigungsmechanismus, einen ebenso großen Anteil an der Fatigue-Symptomatik haben könnten wie körperliche Faktoren. Zudem legen die Ergebnisse nahe, dass psychotherapeutische Interventionen eine mögliche ergänzende Behandlungsstrategie für Fatigue bei MS darstellen.

## Literatur

- Gerhard, L., Dorstyn, D.S., Murphy, G., Roberts, R.M. (2018): Neurological, physical and sociodemographic correlates of employment in multiple sclerosis: A meta-analysis. *Journal of health psychology*. <https://doi.org/10.1177/1359105318755262>
- Penner, I.K., Paul, F. (2017): Fatigue as a symptom or comorbidity of neurological diseases. *Nature Reviews Neurology*. <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2017.117>

Interessenkonflikt: GEAP received speaker honoraria and project funding from Genzyme Sanofi.

# Psychische Komorbidität und funktionelle Symptombildung bei Multipler Sklerose

*Kateryna Piliavska<sup>1</sup>; Dominik Maier-Ring<sup>2</sup>; Michael Dantlgraber<sup>2</sup>; Roger Schmidt<sup>3</sup>;  
Christian Dettmers<sup>4</sup>*

<sup>1</sup> Kliniken Schmieder Allensbach; <sup>2</sup> Universität Konstanz; <sup>3</sup> Lurija Institut;

<sup>4</sup> Kliniken Schmieder Konstanz

## Hintergrund und Zielstellung

Bei 60% der neurologisch Kranken findet man körperliche Symptome ohne ausreichenden organmedizinischen Befund (Fink et al., 2005). Die sogenannten funktionellen Symptome (FS) verursachen mehr Leidensdruck bei Betroffenen und höhere Kosten für das Gesundheitssystem als vergleichbare organische Symptome, weswegen sie eine ernstzunehmende Komplikation bei einer primär organischen Erkrankung darstellen können. Bei Patienten mit Multipler Sklerose (MS) wurde diese Symptomart bisher kaum empirisch untersucht. Da ein großer Anteil der MS-Patienten komorbide psychische Störungen aufweist und diese nicht nur eine negative Auswirkung auf die Lebensqualität und Krankheitsverlauf haben (Marrie & Horwitz, 2010), sondern auch die Entwicklung der FS begünstigen können (Leiknes et al., 2007), sind psychische Komorbiditäten für MS im gleichen Maße relevant wie für funktionelle Symptombildungen. Chronischer Stress, der durch negative bzw. traumatische Lebensereignisse in der Kindheit und im Erwachsenenalter verursacht werden kann, agiert nicht nur als ein Risikofaktor für FS (Brown, 2006), sondern stellt einen negativen Faktor für Schubaktivität bei MS dar und ist potentiell für die MS-Entstehung relevant (Briones-Buixassa et al., 2015). Dissoziation, womit die Unterbrechung der Integration des Erlebens und Verhaltens beschrieben wird, tritt komorbid bei FS auf und ist ätiologisch für funktionelle Symptombildung von Relevanz. Da funktionelle Symptombildungen und Auswirkungen psychopathologischer Symptomatik im klinischen Alltag v.a. bei angeblich rein organischen Erkrankungen wie MS oft vernachlässigt werden, hatte die vorliegende Studie das Ziel, die Vorkommensrate der FS bei MS festzustellen. Ein weiterer Schwerpunkt der Studie lag auf der Untersuchung möglicher Zusammenhänge zwischen FS und damit assoziierten psychosozialen Faktoren.

## Methoden

Es wurden Daten der 120 MS-Patienten in den Schmieder Kliniken in Konstanz erhoben. Zuerst haben Studienteilnehmer Angaben in diversen psychologischen Fragebögen und im sogenannten Anamnese-Bogen gemacht, in dem das Vorhandensein verschiedener körperlicher Symptome und das Ausmaß dadurch verursachter Belastung erfragt wurde. Die ausgefüllten Anamnese-Bögen wurden an die zuständigen Neurologen weitergeleitet, die auf einer vierstufigen Likert-Skala beurteilt haben, inwiefern das gesamte Krankheitsbild und die einzelnen Symptome durch die organische Pathologie erklärt werden können. Darüber hinaus wurden auch die Funktionstherapeuten nach der Organizitätsbeurteilung gefragt. In den psychologischen Fragebögen wurden für funktionelle Symptombildung relevante Variablen wie Angst, Depression, Dissoziation, traumatische Kindheitserfahrungen und negative Life-Events erhoben.

## **Ergebnisse**

52,5% der untersuchten MS-Patienten weisen zusätzlich zu der organisch begründeten Symptomatik eine fluktuierende funktionelle Verstärkung der organischen Symptomatik auf. Bei 7,5% der Studienteilnehmer liegen inkonsistente Befunde vor, die sich medizinisch nicht erklären lassen. Die Symptome der MS-Patienten mit klinisch relevanter Angst, Dissoziation, emotionalem und sexuellem Missbrauch in der Kindheit sind weniger organisch erklärbar als bei Patienten mit Werten unter den Cut-Off Werten. Außerdem gibt es signifikante Zusammenhänge zwischen Symptomschwere bzw. -anzahl sowie Angst, Depression, negativen Life-Events und Dissoziation. Weiter konnte eine Übereinstimmung in der Organizitätseinschätzung zwischen Ärzten und Funktionstherapeuten festgestellt werden.

## **Diskussion und Fazit**

Die Studienergebnisse demonstrieren, dass ein erheblicher Anteil der MS-Patienten funktionelle Symptome aufweist und psychosoziale Faktoren dabei als mögliche Warnzeichen derartiger Symptomatik agieren können bzw. diese begünstigen. Darüber hinaus können psychopathologische Faktoren potentiell einen negativen Einfluss auf empfundene Symptomschwere und Anzahl der Beschwerden haben, wobei ein bidirektionaler Zusammenhang nicht auszuschließen ist. Die Studie macht außerdem deutlich, dass man einem in erster Linie organisch bedingten Krankheitsgeschehen wie MS aus einer rein somatisch-medizinischen Perspektive nicht hinreichend gerecht werden kann. Aus diesem Grund ist ein multidisziplinärer Ansatz in Behandlung der MS sinnvoll, welcher der psychischen Belastung der MS-Patienten Rechnung tragen kann und medizinische, funktionstherapeutische sowie psychologische Interventionen integriert.

## **Literatur**

- Briones-Buixassa, L., Milà, R., Aragonès, J., Bufill, E., Olaya, B., & Arrufat, F. X. (2015): Stress and multiple sclerosis: A systematic review considering potential moderating and mediating factors and methods of assessing stress. *Health psychology open*, 2(2), 2055102915612271.
- Brown, R. J. (2006): *Medically unexplained symptoms. Case formulation in cognitive behaviour therapy*. London: Routledge, 263-92.
- Fink, P., Hansen, M. S., & Søndergaard, L. (2005): Somatoform disorders among first-time referrals to a neurology service. *Psychosomatics*, 46(6), 540-548.
- Leiknes, K. A., Finset, A., Moum, T., & Sandanger, I. (2007): Current somatoform disorders in Norway: prevalence, risk factors and comorbidity with anxiety, depression and musculoskeletal disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(9), 698-710.
- Marrie, R. A., & Horwitz, R. I. (2010): Emerging effects of comorbidities on multiple sclerosis. *The Lancet Neurology*, 9(8), 820-828.

# Wirksamkeit neuropädiatrischer Rehabilitation - eine retrospektive Analyse von Daten aus der St. Mauritius Therapieklinik in Meerbusch

*Hannah Stadler<sup>1</sup>; Kristina Müller<sup>2</sup>; Gerhard Kurlemann<sup>3</sup>; Michael Lendt<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Medizinische Fakultät der WWU Münster; <sup>2</sup> St. Mauritius Therapieklinik;

<sup>3</sup> Kinderklinik Bonifatius Hospital

## Hintergrund und Zielstellung

Rehabilitation (Reha) spielt nicht nur im Erwachsenenesektor eine wichtige Rolle: laut dem Statistikportal der Deutschen Rentenversicherung kam es 2018 zu 32.757 abgeschlossenen Leistungen medizinischer Reha bei Kindern, davon ca. 2% neuropädiatrische Reha (Deutsche Rentenversicherung, 2019). Einige Studien liefern Hinweise darauf, dass Kinder und Jugendliche mit angeborenen oder erworbenen Hirnschäden ihre Fähigkeiten durch Reha verbessern (z.B. Chen et al., 2004). Trotzdem gibt es vor allem im deutschsprachigen Raum sehr wenige Studien zur Wirksamkeit neuropädiatrischer Reha.

Die retrospektive Analyse von Daten aus der St. Mauritius Therapie-Klinik in Meerbusch soll untersuchen, ob und in welchem Maße eine Verbesserung kindlicher Fähigkeiten durch stationäre neuropädiatrische Reha erreicht wird.

## Methoden

In die Studie eingeschlossen wurden 738 Patient\*innen im Alter von 0-18 Jahren (Mittelwert 9,2 Jahre, SD 5,1) mit den Diagnosen Zerebralparese (n = 503), Schädel-Hirn-Trauma (n = 143) und Schlaganfall (n = 92) sowie einer stationären Reha von mindestens 21 Tagen (Mittelwert 53,8 Tage, SD 33,7).

Als Messinstrumente der Fähigkeiten wurden der "Pediatric Evaluation of Disability Inventory" (PEDI) und der "Gross Motor Function Measure" (GMFM) herangezogen.

Der PEDI-Fragebogen ist ein etabliertes Messinstrument zur Evaluation von Fähigkeiten in den Bereichen „Selbstständigkeit“, „Mobilität“ und „Soziale Funktion“; es können damit sowohl "Scaled Scores" für alle Patient\*innen errechnet werden, welche die gezeigten Fähigkeiten relativ zum maximal erreichbaren Scorewert von 100 Punkten beschreiben, als auch "Standardwerte" für Patient\*innen von 0.6-7.5 Jahren, welche die gezeigten Fähigkeiten im Bezug zur Altersgruppe einordnen (Haley et al., 1992; Nichols et al., 1996). Der PEDI wird von den Eltern oder bei älteren Kindern/ Jugendlichen auch von diesen selbst ausgefüllt.

Der GMFM ist ein Messinstrument zur Evaluation grobmotorischer Fähigkeiten (Russell et al., 1989) mit einem Maximalwert von 100 Punkten. Er wird von den Therapeuten erhoben.

Die Werte (PEDI, GMFM) der Aufnahme- und Entlassungsuntersuchung wurden mittels Wilcoxon-Tests auf statistische Unterschiede geprüft.

Bei einer Untergruppe von Patient\*innen (n = 96), die zu einer zweiten Reha nach durchschnittlich 1,6 Jahren aufgenommen worden waren, wurden die Veränderungen der Werte innerhalb der ersten Reha mit denen in der Zeit zwischen Entlassung aus der ersten Reha und Aufnahme zur zweiten Reha verglichen.

## **Ergebnisse**

Es zeigte sich sowohl im GMFM als auch im PEDI ("Scaled Scores" und "Standardwerte") eine hochsignifikante Veränderung der Scores von Aufnahme bis Entlassung (jeweils  $p < 0,001$ ). So verbesserte sich der Median der GMFM-Scores um 24,1 Punkte. Im PEDI ("Scaled Scores") zeigte sich die größte Steigerung im Bereich „Mobilität“ (11,9 Punkte), gefolgt von „Selbstständigkeit“ (6,1 Punkte) und „Soziale Funktion“ (3,6 Punkte).

Der Vergleich der ersten Reha mit der Zeit zwischen erster und zweiter Reha zeigte, dass vor allem in den motorischen Fähigkeiten (PEDI-Mobilität bzw. GMFM) durch die Reha hochsignifikant größere Verbesserungen erzielt wurden als in der Zeit zwischen den Rehas (je  $p < 0,001$ ). Auch im Bereich „Selbstständigkeit“ des PEDI konnten sich die Patient\*innen durch die Reha signifikant mehr verbessern als in der Zeit zwischen den Rehas ( $p = 0,047$ ), nur im Bereich „Soziale Funktion“ des PEDI brachte die Reha keine signifikant größere Verbesserung ( $p = 0,181$ ).

## **Diskussion und Fazit**

Durch die Ergebnisse konnte die Hypothese bestätigt werden, dass sich die untersuchten Fähigkeiten von Kindern und Jugendlichen durch neuropädiatrische Reha signifikant verbessern. Auch konnte bestätigt werden, dass der in der Reha erzielte Erfolg nach der Reha weiter besteht. So erzielten die Patient\*innen in dem mehrmonatigen poststationären Zeitraum leichte Fortschritte, diese lagen aber größtenteils deutlich unter denen der stationären Reha.

Als Einschränkung der Studie sind das Fehlen einer Kontrollgruppe und das inhomogene Patientenkollektiv zu nennen. Im Folgenden wäre es daher wichtig und interessant zu untersuchen, welche Patientengruppen von Reha besonders profitieren und welche Faktoren den Reha-Erfolg beeinflussen.

## **Literatur**

- Chen, C. C., Heinemann, A. W., Bode, R. K., Granger, C. V., & Mallinson, T. (2004): Impact of pediatric rehabilitation services on children's functional outcomes. *American Journal of Occupational Therapy*, 58. 44–53
- Deutsche Rentenversicherung (2019): Rehabilitation 2018. Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Bd. 216, S. 97, verfügbar unter: <http://www.statistik-rente.de>
- Haley, S.M., Coster, W.J., Ludlow, L.H., Haltiwanger, J.T., Andrellos, P.A. (1992): *Pediatric Evaluation of Disability Inventory: Development, Standardization and Administration Manual*. Boston, MA. New England Medical Center Hospitals/ PEDI Research Group
- Nichols, D. S., Case-Smith, J. (1996): Reliability and validity of the Pediatric Evaluation of Disability Inventory. *Pediatric Physical Therapy*, 8. 15-24
- Russell D.J., Rosenbaum P.L., Cadman D.T., Gowland C., Hardy S., Jarvis S. (1989): The gross motor function measure: a means to evaluate the effects of physical therapy. *Dev Med Child Neurol.*, 31. 341–352

# Zufriedenheit mit der neurologischen Rehabilitation. Was berichten Rehabilitanden in den sozialen Medien?

*Susann Kiss<sup>1</sup>; Felix Hopf<sup>1</sup>; Christiane Patzelt<sup>1</sup>; Martin Emmert<sup>2</sup>; Uwe Sander<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Hochschule Hannover; <sup>2</sup> Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU)

## Hintergrund und Zielstellung

Neurologische Erkrankungen bildeten 2016 mit 5% (Deutsche Rentenversicherung, 2018) nur einen kleinen Teil der Rehabilitationsleistungen in Deutschland ab, jedoch sind die Auswirkungen für die Betroffenen und Gesellschaft, sowie die Kosten von hoher Bedeutung (Pichler, 2018). Die neurologische Rehabilitation ist nach dem Phasenmodell für die gestufte Versorgung von Schlaganfallpatienten gegliedert und bietet in Deutschland ein breites, partiell oder sequenziell nutzbares Spektrum von Rehabilitationsmöglichkeiten (Knecht et al., 2011). Mit der Rehabilitandenbefragung der Deutschen Rentenversicherung (DRV) werden der subjektive Behandlungserfolg und die Rehabilitandenzufriedenheit in Stichproben kontinuierlich ermittelt und den Rehabilitationskliniken nach einem jeweils einjährigen Erhebungszeitraum zurückgemeldet. Bisher liegen keine systematischen Analysen über Onlinebewertungen von Rehabilitanden für neurologische Rehabilitationskliniken in Deutschland vor. Die Studie ZURESO (Zufriedenheit von Rehabilitanden in Erfahrungsberichten der sozialen Medien) untersucht erstmalig Rehabilitandenbewertungen und Erfahrungsberichte der Plattform Klinikbewertungen.de für acht QS-Vergleichsgruppen. Zielsetzungen sind u.a. die Themenidentifikation zur Zufriedenheit mit der Rehabilitation sowie ein Vergleich zur Rehabilitandenbefragung und daraus abgeleitete Handlungspotentiale für die Praxis.

## Methoden

Für den Zeitraum 10/2014 bis 09/2017 wurden Erfahrungsberichte von Rehabilitanden aus den sozialen Medien, von eigenen und federführend belegten Rehabilitationskliniken der Deutschen Rentenversicherung, quantitativ und qualitativ analysiert. Die Erfahrungsberichte und Bewertungen der Neurologie machen 7,1% (n=1.772) der Extraktion von Klinikbewertungen.de aus (n=24.806). Die Zufallsstichprobe der Neurologie mit n=120 Erfahrungsberichten wurde nach der Gesamtzufriedenheit mit jeweils 30 sehr zufriedenen, zufriedenen, weniger zufriedenen und unzufriedenen Bewertungen geschichtet. In der qualitativen Inhaltsanalyse wurde zur Themenidentifikation ein deduktiv-induktives Kategoriensystem entwickelt, welches sich am methodischen Vorgehen nach Kuckartz (2012) orientiert.

## Ergebnisse

Das Kategoriensystem der qualitativen Inhaltsanalyse ist in drei Oberkategorien gegliedert (Thema, Personal, Sentiment). Von den untersuchten neurologischen Rehabilitanden (n=120) äußerten sich die meisten (s. Tabelle 1) über die „Verpflegung“ (n=70; 68,6% davon positiv). Viele beschrieben das „Essen“ als „gut“, „lecker“ oder äußerten sich über dessen Qualität und Auswahl. Bei den „Rehamaßnahmen“ (n=54; 53,7% davon negativ) wurden die Anwendungshäufigkeit und Abläufe kritisiert. Häufig berichteten Rehabilitanden über den „Rehaplan\_Rehaziele“ (n=45; 64,4% davon negativ). Kritisiert wurden neben der

Therapieplanung auch die Auswirkungen auf das Erreichen der individuellen Rehaziele bei kurzfristigen Terminausfällen. Berichte über den „Rehaerfolg“ (n=44; 56,8% davon positiv) beinhalten Äußerungen zur „Besserung“ und wie die Rehabilitation ihnen „geholfen“ hat Gesundheit zu erlangen oder den Alltag besser bestreiten zu können.

Tab. 1: Absolute Anzahl der kodierten Fälle je Sentiment und Thema (Auswahl) in der Neurologie.

Thema (Fallebene)	negativ	neutral	positiv	Gesamt
Verpflegung	21	1	48	70
Rehamaßnahmen	29	0	25	54
Rehaplan_Rehaziele	29	2	14	45
Rehaerfolg	18	1	25	44

Das „Zimmer“ (n=41; 48,8% davon positiv) wird als „schön“ und „geräumig“ gelobt. Bei „Verwaltungsabläufe\_Klinikmanagement“ (n=36; 77,8% davon negativ) werden „Personalmangel“ und „Organisation“ erwähnt. Das „Allg\_Erscheinungsbild“ (n=30; 53,3% davon negativ) enthält Berichte über das „Ambiente“. Beim Thema „Service\_allgemein“ (n=27; 56,0% davon negativ) wird beispielsweise über den Handtuchwechsellservice geschrieben. Häufig wird die „Hygiene“ (n=25; 68% davon negativ) in den Zimmern kritisiert. Die „Lage\_Umgebung“ (n=23; 83,0% davon positiv) wird als „schön“ beschrieben. In vielen Berichten werden Erfahrungen zum Personal geäußert (s. Tabelle 2): Die „Ärzte“ (n=74; 59,5% davon negativ) wurden für ihre Umgangsweise mit den Rehabilitanden, die schlechte „ärztliche Betreuung“ oder ihre fehlenden Sprachkenntnisse kritisiert. Die „Therapeuten\_allgemein“ (n=69; 91,3% davon positiv) werden bezüglich der Behandlung, Kompetenz und Freundlichkeit überwiegend gelobt. Bei den „Therapeuten\_allgemein“ handelt es sich um von den Rehabilitanden nicht näher bezeichnete und keiner spezifischen Fachgruppe (Bsp. Physiotherapeuten etc.) zuweisbare Therapeuten. Bei der „Pflege“ (n=47; 66,0% positiv) wird die Betreuung als „freundlich“, „gut“ und „kompetent“ beschrieben.

Tab. 2: Absolute Anzahl der kodierten Fälle je Sentiment und Personal (Auswahl) in der Neurologie.

Personal (Fallebene)	negativ	neutral	positiv	Gesamt
Ärzte	44	3	27	74
Therapeuten_allgemein	6	0	63	69
Pflege	16	0	31	47

## Diskussion und Fazit

Die am häufigsten berichteten Themen in der neurologischen Rehabilitation sind „Verpflegung“, „Rehamaßnahmen“, „Rehaplan\_Rehaziele“, „Rehaerfolg“, „Zimmer“, „Verwaltungsabläufe\_Klinikmanagement“, „Allg\_Erscheinungsbild“, „Service\_allgemein“, „Hygiene“ sowie „Lage\_Umgebung“. Fünf dieser Themen werden auch in der Rehabilitandenbefragung der DRV zumindest teilweise erfasst: „Verpflegung“ (DRV: Bewertung des Essens), „Rehamaßnahmen“ (DRV: Zufriedenheit mit den Behandlungen, Schulungen etc.), „Rehaplan\_Rehaziele“ (DRV: Zufriedenheit mit der Planung und Abstimmung der Reha), „Rehaerfolg“ (DRV: Behandlungserfolg aus Sicht der Rehabilitanden) und „Verwaltungsabläufe\_Klinikmanagement“ (DRV: Bewertung der Organisation). Für die in den sozialen Medien identifizierten Themen „Zimmer“, „Allg\_Erscheinungsbild“, „Service\_allgemein“, „Hygiene“ und „Lage\_Umgebung“ konnten keine direkten Entsprechungen in der Rehabilitandenbefragung der DRV Bund festgestellt werden.

Limitationen: Durch die Schichtung der Zufallsstichprobe ist keine Repräsentativität für neurologische Rehabilitanden gegeben. Zudem sind in den sozialen Medien keine systematischen Erfassungen soziodemografischer Daten möglich.

### **Literatur**

- Deutsche Rentenversicherung (2018): Anteil medizinischer Rehabilitationsleistungen in Deutschland nach Krankheitsart im Jahr 2000 und 2016. Statista. Statista GmbH. Online abrufbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/568918/umfrage/verteilung-medizinischer-rehabilitationsleistungen-nach-krankheitsart/> Zuletzt geprüft am 30.10.2019.
- Knecht, S., Hesse, S., Oster, P. (2011): Rehabilitation nach Schlaganfall. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 108, Heft 36, S. 601. Online abrufbar unter <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=104395>, Zuletzt geprüft am 25.10.2019.
- Kuckartz, U. (2012): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung., 2. Aufl. Weinheim: Beltz Juventa, S. 44.
- Pichler, J. (2018): Nervensystem. In: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (Hrsg.). Rehabilitation. Vom Antrag bis zur Nachsorge – für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe. Berlin: Springer Verlag, S. 48.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

### **Barrieren bei der Beantragung von onkologischen Rehabilitationsleistungen – quantitative Ergebnisse einer Expertenbefragung**

*Carolin Dresch<sup>1</sup>; Joachim Weis<sup>2</sup>; Hans Helge Bartsch<sup>1</sup>; Phillip Maiwald<sup>1</sup>; Jan Valentini<sup>3</sup>;  
Vitali Heidt<sup>4</sup>; Ulrich Kurlemann<sup>5</sup>*

<sup>1</sup> Klinik für Onkologische Rehabilitation, Universitätsklinikum Freiburg; <sup>2</sup> Tumorzentrum/CCC Freiburg, Universitätsklinikum Freiburg; <sup>3</sup> Universitätsklinikum Tübingen;

<sup>4</sup> Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (WINHO);

<sup>5</sup> Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG) & Universitätsklinikum Münster

#### **Hintergrund und Zielstellung**

Vor dem Hintergrund der in den westlichen Ländern zunehmenden Anzahl an Krebsüberlebenden ist von einem steigenden Bedarf an onkologischen Rehabilitationsleistungen auszugehen. Entgegen dieser Annahme sind im Bereich der onkologischen Rehabilitationsleistungen stagnierende bis rückläufige Antragszahlen festzustellen. Als mögliche Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme benennen Patienten beispielsweise Zeitmangel aufgrund von familiären Verpflichtungen (Miedema & Easley, 2012). Nur wenige Forschungsarbeiten (z. B. Virgo et al., 2013) schließen derzeit die Sichtweise von beteiligten Behandlern (z. B. Ärzten) oder Beratern (z. B. Sozialarbeitern) ein. Da diese Experten die Antragstellung jedoch über Informationsweitergabe und andere Maßnahmen wesentlich steuern, sollte zukünftig vermehrt die Expertenperspektive berücksichtigt werden.

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

#### **Methoden**

Es handelt sich um eine Querschnittserhebung mit qualitativer und quantitativer Methodik. Auf Grundlage von 61 Leitfadeninterviews wurde ein Fragebogen zu Barrieren bei der Antragstellung konzipiert und nach erfolgten Prä-Testungen (Expertenurteil und Think-aloud-Methode) online eingesetzt. Der Fragebogen umfasste insgesamt 68 Items zu möglichen Barrieren. Die Bewertung erfolgte auf einer sechsstufigen Skala (1-6), wobei hohe Werte anzeigen, dass der abgefragte Aspekt als Barriere wahrgenommen wurde. Teilnehmende mit mehr als 1/3 fehlenden Werten wurden ausgeschlossen und fehlende Werte mittels EM-Algorithmus ersetzt. Im Rahmen der statistischen Analysen mit SPSS wurden anhand von Mittelwertanalysen die relevantesten Barrieren identifiziert sowie eine explorative Faktorenanalyse (EFA, Hauptkomponentenanalyse mit Oblimin-Rotation) durchgeführt.

## **Ergebnisse**

Nach erfolgter Datenbereinigung konnten 606 Personen aus den folgenden Berufsfeldern in die Analyse eingeschlossen werden: 249 Ärzte (41.09%), 194 Sozialarbeiter (32.01%), 105 MFA/Pflegepersonal (17.33%), 55 Psychologen (9.08%) und drei Sonstige (0.50%). Die befragten Experten waren im Mittel 50.82 (SD=10.39) Jahre alt und seit 17.48 (SD=9.75) Jahren im Bereich der Onkologie tätig. Die folgenden Items wiesen die höchsten Mittelwerte auf: die zu starre Frist zur Anschlussheilbehandlung (AHB) (M=4.21, SD=1.42), das für Patienten mit Migrationshintergrund schlecht verständliche Antragsverfahren (M=4.27, SD=1.34) und die zu schwierige Vermittlung von multimorbiden Patienten (M=4.55, SD=1.31). Bevor die EFA zum Einsatz kam, wurde die Anzahl an zu generierenden Faktoren mittels einer Parallelanalyse bestimmt. Es ergab sich eine siebenfaktorielle Lösung mit der insgesamt 57.22% der Varianz erklärt werden konnte. Für die per Mittelwert gebildeten Skalen lag Cronbachs Alpha mit Ausnahme einer Skala über 0.70. Die Faktoren wurden wie folgt benannt: Geringer Stellenwert, Soziale Verpflichtungen, Unerfüllte Patientenwünsche, Antragsverfahren, Rehafähigkeit, Zuweisungssystem sowie Krankheitsverarbeitung. Die drei letztgenannten Skalen hatten mit >3.0 die höchsten Mittelwerte. Die Krankheitsverarbeitung der Patienten stellte aus Sicht der Experten mit einem Mittelwert von 3.73 (SD=0.89) die größte Barriere dar und umfasste u. a. den Wunsch nach Normalität, die Überzeugung sich anderweitig besser erholen zu können sowie die Sorge durch andere Patienten zusätzlich belastet zu werden.

## **Diskussion und Fazit**

Auf Grundlage von 61 Experteninterviews wurde ein standardisiertes Fragebogeninstrument entwickelt und online eingesetzt. Die Ergebnisse der quantitativen Erhebung verdeutlichen, dass vorrangig Aspekte des Antragsverfahrens, eine eingeschränkte Rehafähigkeit, ein mangelndes Zuweisungssystem sowie Aspekte der Krankheitsverarbeitung den Zugang zur onkologischen Rehabilitation erschweren. Aus den Ergebnissen lassen sich die folgenden Handlungsempfehlungen zur Optimierung des Rehabilitationszugangs ableiten: Flexibilisierung der AHB-Frist, Vereinfachung der Antragstellung (z. B. Einführung eines elektronischen Antragstellungsverfahrens), Bereitstellung von Anträgen/Informationsmaterialien in weiteren Sprachen, Ausrichtung der Reha-Kliniken auf spezifische Patientengruppen sowie Ausbau von ambulanten Rehaangeboten und verbesserte Patientenaufklärung über die Inhalte der onkologischen Rehabilitation.

## **Literatur**

- Miedema, B. & Easley, J. (2012): Barriers to rehabilitative care for young breast cancer survivors: a qualitative understanding. *Supportive Care in Cancer*, 20(6). 1193–1201.
- Virgo, K. S., Lerro, C. C., Klabunde, C. N., Earle, C. & Ganz, P. A. (2013): Barriers to Breast and Colorectal Cancer Survivorship Care: Perceptions of Primary Care Physicians and Medical Oncologists in the United States. *Journal of Clinical Oncology*, 31(18). 2322–2336.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

# Nicht-geäußerte psychosoziale Bedürfnisse von Krebspatienten im Aufnahmegespräch der Rehabilitation: Prävalenz, Zusammenhänge und Prädiktoren

Verena Heß<sup>1</sup>; Karin Meng<sup>1</sup>; Thomas Schulte<sup>2</sup>; Silke Neuderth<sup>3</sup>; Hermann Faller<sup>1</sup>;  
Michael Schuler<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universität Würzburg; <sup>2</sup> Klinik Bad Oexen;

<sup>3</sup> Hochschule für angewandte Wissenschaften Würzburg-Schweinfurt (FHWS)

## Hintergrund und Zielstellung

Krebspatienten sind vielen Belastungen ausgesetzt (Mehnert et al., 2017), die ihre psychische Gesundheit und Lebensqualität beeinträchtigen (Hartung et al., 2017). Das Aufnahmegespräch in der onkologischen Rehabilitation ist ein guter Zeitpunkt, um nach der Akutbehandlung psychosoziale Bedürfnisse von Krebspatienten zu erkennen und bei Bedarf entsprechende Interventionen in die Wege zu leiten. Jedoch äußert ein relevanter Anteil von Krebspatienten diese Bedürfnisse nicht bzw. lehnt angebotene Unterstützung ab (Faller et al., 2017). Im Projekt UNSAID (DRKS-ID: DRKS00012998) haben wir im ersten Studienteil Themen und Gründe nicht-geäußerter Bedürfnisse qualitativ exploriert (Heß et al., 2019). Zur Quantifizierung der bisherigen Ergebnisse wollen wir nun im zweiten Studienteil unter anderem folgende Fragen beantworten:

- Wie hoch ist der Anteil von Krebspatienten, die im Aufnahmegespräch der Rehabilitation psychosoziale Bedürfnisse und Belastungen nicht äußern?
- Wie häufig werden bestimmte Themen und Gründe nicht-geäußerter Bedürfnisse angegeben?
- Welche Zusammenhänge gibt es zwischen Nicht-Äußern von Bedürfnissen und soziodemographischen, klinischen und gesundheitsbezogenen Variablen?
- Gibt es Prädiktoren, die üblicherweise im Aufnahmegespräch vorliegen, um Krebspatienten mit nicht-geäußerten Bedürfnissen besser zu identifizieren?

## Methoden

In der Studie wurden 449 Krebspatienten (Alter: M=58.8 Jahre; Geschlecht: 63.3% weiblich; 53.0% Brustkrebs, 29.8% Prostatakrebs, 17.1% Darmkrebs) einer onkologischen Rehabilitationsklinik am Ende (T1) der Rehabilitation zu nicht-geäußerten Bedürfnissen und Belastungen im Aufnahmegespräch mit einem selbst entwickelten Fragebogen befragt. 77.9% der Patienten waren in einer festen Partnerschaft, 78.1% hatten Kinder, 27.7% hatten einen Volks-/Hauptschulabschluss und 49.3% waren erwerbstätig, 71.3% befanden sich in einer Anschlussrehabilitation, 76.0% wurden kurativ behandelt. Mit standardisierten Fragebögen wurden gesundheitsbezogene Lebensqualität (EORTC-QLQ C30), Depressivität und Ängstlichkeit (PHQ-4), Anpassungsstörung (ADNM 20), Progredienzangst (PA-F-KF) und Gesundheitskompetenz (HLS-EU-6) erhoben. Zu Beginn (T0) der Rehabilitation lagen aus der Standarddiagnostik der Rehabilitationsklinik Daten zu Depressivität und Ängstlichkeit, emotionaler Funktion und Progredienzangst vor. Wir berechneten Mittelwerte und Häufigkeiten mit 95%-Konfidenzintervallen, bivariate Korrelationen nach Spearman sowie ordinale logistische Regressionsmodelle mittels SPSS V25 (LIT IBM) und R (Version 3.6.1).

## Ergebnisse

(1) Zu T1 gaben 3.8% und 20.3% der Rehabilitanden an, im Aufnahmegespräch „überhaupt nicht“ und „eher nicht“ alle behandlungsrelevanten Bedürfnisse geäußert zu haben. (vgl. Abbildung 1).

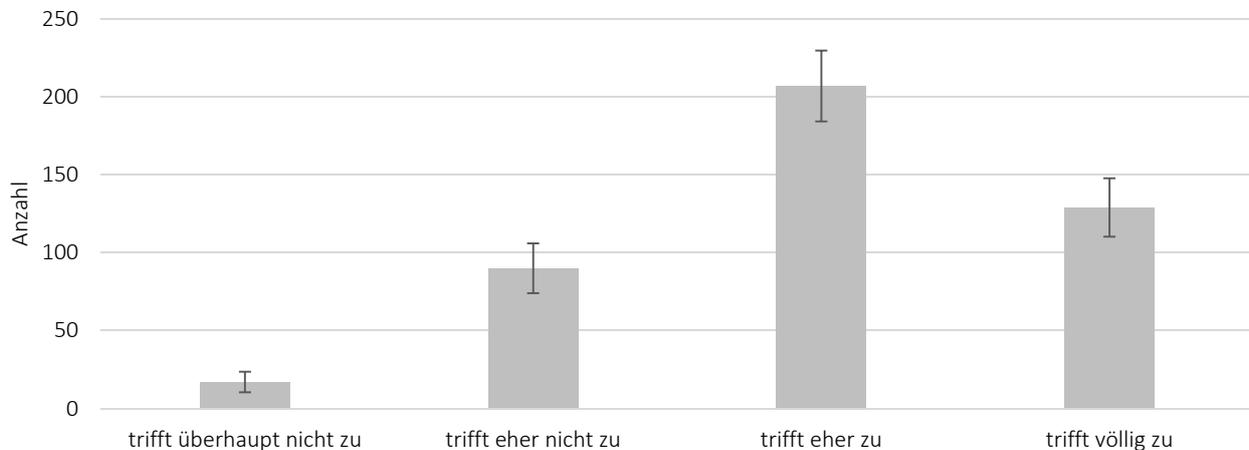


Abb. 1: Anteil der Krebspatienten mit nicht-geäußerten Bedürfnissen im Aufnahmegespräch der Rehabilitation. Krebspatienten beantworteten das Item „Ich habe im Aufnahmegespräch alle meine Sorgen und Belastungen angesprochen“ mit den vier abgebildeten Antwortkategorien „trifft überhaupt nicht zu“ (3.8%; 95%KI= 2.4%-6.1%), „trifft eher nicht zu“ (20.3%; 95%KI= 16.8%-24.3%), „trifft eher zu“ (46.7%; 95%KI= 42.1%-51.4%) und „trifft völlig zu“ (29.1%; 95%KI= 25.1%-33.5%). Dargestellt sind absolute Häufigkeiten (Balken) und 95%-Konfidenzintervalle (Fehlerbalken).

(2) Am häufigsten nicht geäußert wurden krebspezifische Themen im engeren Sinne: Angst, dass der Krebs zurückkommt (45.7%), körperliche Veränderungen und Behandlungsfolgen (34.3%), sowie Angst vor dem weiteren Verlauf der Erkrankung (29.4%).

Die häufigsten im Patienten verankerten Gründe, die mit „trifft eher/völlig zu“ beantwortet wurden, waren „weil die körperlichen Folgen der Krebserkrankung für mich im Aufnahmegespräch im Vordergrund standen“ (49.2%), „weil mir einige Sorgen und Belastungen erst im weiteren Verlauf der Reha bewusstgeworden sind“ (43.9%), sowie „weil ich nicht wusste, dass ich im Aufnahmegespräch auch Sorgen und Belastungen ansprechen kann“ (29.6%). Der häufigste auf ärztliches Verhalten bezogene Grund war „weil der Arzt nicht nach meinen Sorgen und Belastungen gefragt hat“ (23.4%). Als Setting-bezogenen Grund stimmten 14.0% der Patienten zu „weil es nicht genügend Zeit gab, um über Sorgen und Belastungen zu sprechen“.

(3) Nicht-Äußern von Bedürfnissen im Aufnahmegespräch war nicht assoziiert mit soziodemographischen oder klinischen Merkmalen, jedoch mit geringerer globaler gesundheitsbezogener Lebensqualität ( $r = 0.15$ ,  $p < 0.05$ ), geringerer psychischer Gesundheit (Depressivität und Ängstlichkeit:  $r = 0.23$ ,  $p < 0.05$ , Anpassungsstörung:  $r = 0.27$ ,  $p < 0.05$ , Progredienzangst:  $r = 0.26$ ,  $p < 0.05$ ) und geringerer Gesundheitskompetenz ( $r = 0.22$ ,  $p < 0.05$ ). Patienten, die Bedürfnisse nicht äußerten, waren weniger zufrieden mit dem Aufnahmegespräch ( $r = 0.42$ ,  $p < 0.05$ ) und fühlten sich vom Arzt weniger verstanden ( $r = 0.37$ ,  $p < 0.05$ ).

(4) Depressivität (OR = 0.764, Nagelkerkes  $R^2 = 0.059$ ,  $p < 0.05$ ) und Progredienzangst (OR = 0.950, Nagelkerkes  $R^2 = 0.062$ ,  $p < 0.05$ ) zu Beginn der Rehabilitation waren in unterschiedlichen Regressionsmodellen unabhängige statistisch signifikante Prädiktoren für das Nicht-Äußern von Bedürfnissen im Aufnahmegespräch.

### **Diskussion und Fazit**

Ein relevanter Anteil von Krebspatienten gibt an, im Aufnahmegespräch der Rehabilitation behandlungsrelevante Bedürfnisse nicht geäußert zu haben. Diese Patienten weisen geringere Werte in Lebensqualität und psychischer Gesundheit auf. Relevante Gründe sind im Zeitpunkt und Setting des Aufnahmegesprächs sowie in der Arzt-Patient-Kommunikation verankert. Depressivität und Progredienzangst zeigen zwar statistisch signifikante, aber nur kleine Zusammenhänge und genügen daher nicht, um Patienten mit nicht-geäußerten Bedürfnissen zu identifizieren.

Klinische Implikationen könnten u.a. die Einführung eines eigenen psychologischen Aufnahmegesprächs, die Entwicklung eines Leitfadens für Ärzte und zielgerichteter Screenings oder der Einsatz von Question-Prompts für Patienten sein.

Limitationen der Studie sind u.a. das monozentrische Studiendesign und mögliche Verzerrungen im Antwortverhalten, aufgrund von Item-Reihenfolge und Messzeitpunkt. Längerfristige Zusammenhänge von nicht-geäußerten Bedürfnissen im Aufnahmegespräch der Rehabilitation und der Entwicklung der Patienten in Lebensqualität und psychischer Gesundheit sind bisher noch unklar. Dies wird im weiteren Verlauf der Studie untersucht.

### **Literatur**

- Faller, H., Weis, J., Koch, U., Brähler, E., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Boehncke, A., Hund, B., Reuter, K., Richard, M., Sehner, S., Wittchen, H. U., Mehnert A. (2017): Utilization of professional psychological care in a large German sample of cancer patients. *Psycho-Oncology*, 26(4). 537-543.
- Hartung, T. J., Brähler, E., Faller, H., Härter, M., Hinz, A., Johansen, C., Keller, M., Koch, U., Schulz, H., Weis, J., Mehnert, A. (2017): The risk of being depressed is significantly higher in cancer patients than in the general population: Prevalence and severity of depressive symptoms across major cancer types. *European Journal of Cancer*, 72. 46-53.
- Heß, V., Schuler, M., Meng, K., Schulte, T., Neuderth, S., Faller, H. (2019): Nicht-geäußerte Bedürfnisse und Belastungen bei onkologischen Rehabilitanden – Eine qualitative Analyse. 28. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Berlin. DRV-Schriften 117. 341-343.
- Mehnert, A., Hartung, T. J., Friedrich, M., Vehling, S., Brähler, E., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J., Koch, U., Faller, H. (2017): One in two cancer patients is significantly distressed: Prevalence and indicators of distress. *Psycho-Oncology*, 27(1). 75-82.

Förderung: Deutsche Krebshilfe

# **Regressionsanalyse zur Zufriedenheit onkologischer Rehabilitanden in den sozialen Medien**

*Uwe Sander; Irina Biedermann; Anna-Lena Hofmann; Felix Hopf; Susann Kiss;  
Christiane Patzelt; Anja Schindler*

Hochschule Hannover

## **Hintergrund und Zielstellung**

In einem patientenzentrierten und wettbewerbsorientierten Gesundheitswesen gerät die Zufriedenheit von Patienten und Rehabilitanden zunehmend in den Blickpunkt. Berichte über Erfahrungen mit Rehabilitationskliniken in den sozialen Medien können einen Beitrag dazu leisten, Gründe für die Zufriedenheit und Unzufriedenheit von Rehabilitanden zu erfassen. In Deutschland liegen derzeit keine systematischen Analysen zu online abgegebenen Bewertungen zu Rehabilitationskliniken vor. Diesem Ziel ging die Studie „Zufriedenheit von Rehabilitanden in Erfahrungsberichten der sozialen Medien“ (ZURESO) nach, welche von der Deutschen Rentenversicherung Bund von Februar 2018 bis Oktober 2019 gefördert wurde.

## **Methoden**

120 nach vier Zufriedenheitsstufen stratifizierte Berichte von Rehabilitanden und deren Angehörige aus den Jahren 2014 bis 2017 auf der Webseite Klinikbewertungen.de über ihre Erfahrungen zu onkologischen Rehakliniken wurden qualitativ inhaltsanalytisch ausgewertet (Kuckartz, 2012). Das für diese Analyse entwickelte Kategoriensystem umfasst 20 Kategorien, beispielsweise negative Statements zu Rehaerfolg, Rehamaßnahmen, Verwaltungsabläufe und Klinikmanagement, Hygiene, Lage und Umgebung und Verpflegung. Im nächsten Schritt wurden alle Kategorien ausgeschlossen, die in weniger als 10 der 120 Berichte kodiert wurden. Eine univariate Analyse des Zusammenhangs des Vorhandenseins negativer Statements zu Themen mit der Nicht-Weiterempfehlung erfolgte. Alle Kategorien, die einen signifikanten ( $p < 0,05$ ) Zusammenhang aufwiesen, wurden einer multivariaten Analyse unterzogen.

## **Ergebnisse**

Das multivariate Regressionsmodell „Zusammenhang negativer Statements mit der Nicht-Weiterempfehlung“ zeigte einen signifikanten Zusammenhang bei sieben von zwanzig Kategorien. Der auf ärztliche Leistungen bezogene Themenkomplex „Diagnose und Entlassung“ wies mit einem Odds Ratio von 12,956 den stärksten Zusammenhang auf. 11 von 13 Personen, die sich hierzu kritisch äußerten, empfahlen die jeweils entsprechende Klinik nicht weiter. Hierbei wurde von den Rehabilitanden zu den Themen Diagnose, Eingangsuntersuchung, Abschlussgespräch und Entlassungsbericht beispielsweise angegeben, dass das primäre Problem im Rahmen einer allgemeinen Standarduntersuchung nur peripher angesprochen wurde, man nicht körperlich untersucht wurde, die Diagnosen bisheriger Ärzte nicht interessierten, Untersuchungsergebnisse abhandenkamen, das Abschlussgespräch mit deutlichen Einschränkungen der deutschen Sprache stattfand, die im Abschlussbericht erwähnte Beratung nicht stattfand, man dort fälschlich als voll arbeitsfähig beschrieben wurde oder man am letzten Tag dem Arztbrief hinterherlaufen musste. Kritik am „Rehaerfolg“ hatte den zweitstärksten Zusammenhang (OR 9,364; 11 von 13 Personen Nicht-

Weiterempfehlung). Hierbei wurde von den Rehabilitanden beispielsweise angegeben, dass das Ziel der Schmerzlinderung, der Blutdrucksenkung, des Durchschlafens ohne einzunässen oder der Milderung psychischer Störungen nicht erreicht wurde. Es ging nach drei Wochen schlechter als vorher oder man musste sich wieder stationär ins Krankenhaus begeben. Kritik an der „Hygiene“ hatte den drittstärksten Zusammenhang (OR 4,627; 20 von 26 Personen Nicht-Weiterempfehlung). Themen war die Sauberkeit in den Zimmern, schimmelige Fugen, Flecken auf der Matratze, keine Seife auf dem Zimmer oder aus den Abflüssen riechenden Sanitäreinrichtungen. In der Kategorie „Verwaltungsabläufe\_Klinikmanagement“ (OR 4,247; 16 von 23 Personen Nicht-Weiterempfehlung) wurden organisatorische Probleme im Verwaltungsbereich, Probleme mit der Terminplanung, das Nicht-Ernst nehmen von angeführten Missständen und das Verschweigen von Problemen zur Aufrechterhaltung des guten Rufes genannt. Bei „Individuelle Patientenwünsche“ (OR 4,128, 15 von 20 Personen Nicht-Weiterempfehlung) wurden Wünsche nach Arztwechsel, mehr Auslastung, Sportgeräte-Training, Massagen, Zimmertausch, anderer Matratze, größeren Fernseher oder einer Thermoskanne mit heißem Wasser genannt. In der Kategorie „Rehamaßnahmen“ (OR 3,859; 21 von 31 Personen Nicht-Weiterempfehlung) wurden zu viele allgemeine Vorträge, zu wenig individuelle Anwendungen, fordernde Sportgruppen oder individuell passende Information kritisiert. Bei „Verpflegung“ (OR 3,633; 24 von 41 Personen Nicht-Weiterempfehlung) wurde "abgestandene" lauwarmer Mahlzeiten, aufbereitete Tiefkühlkost, morgens und abends das gleiche, der Gegensatz zu Ernährungs-Seminaren, fehlende Rücksichtnahme auf Behinderungen (Verengung der Speiseröhre) oder die Notwendigkeit, auswärts zu essen, genannt.

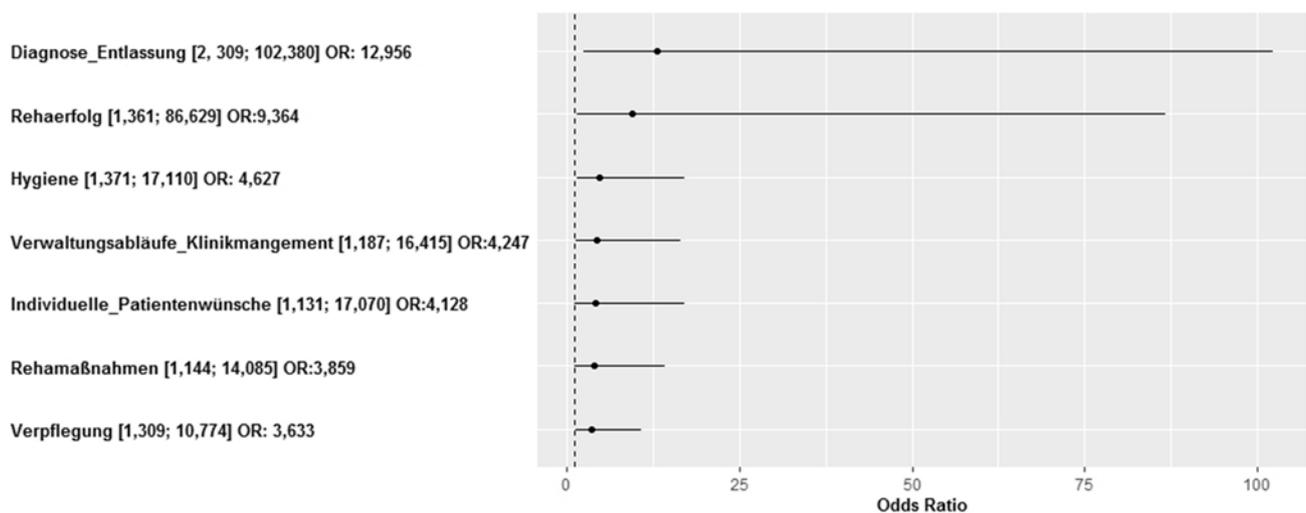


Abb.1: multivariates Regressionsmodell „negative Statements zu Themen“; Odds Ratios und 95% Konfidenzintervalle

## Diskussion und Fazit

Die Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung wird in der Rehabilitandenbefragung Somatik stationär der Deutschen Rentenversicherung Bund erfragt. In unserer Studie wurde Kritik am Themenkomplex „Diagnose und Entlassung“ (Prozessqualität), der sich auf ärztliche Leistungen bezog, vergleichsweise selten (13 von 120 Personen) geäußert, war aber der stärkste (OR 12,956) Prädiktor dafür, die jeweilige Klinik nicht weiterzuempfehlen. Die Rehabilitandenbefragung der DRV Bund erhebt auch den Behandlungserfolg aus Sicht der Rehabilitanden. In unserer Studie war die Kritik am „Rehaerfolg“ (Ergebnisqualität) ein starker

Prädiktor dafür, die jeweilige Klinik nicht weiterzuempfehlen. Die in der Rehabilitandenbefragung zum Behandlungserfolg aus Sicht der Rehabilitanden abgefragten Teilbereiche (Gesundheitszustand, psychosomatische Beschwerden, Leistungsfähigkeit, gesundheitsförderliche und körperliche Beschwerden) waren auch in unseren erfassten Berichten in den sozialen Medien vorhanden.

Auch weitere in unserer Studie mit der Nicht-Weiterempfehlung assoziierte Themen wie „Verwaltungsabläufe\_Klinikmanagement“, „Rehamaßnahmen“ oder „Verpflegung“ haben Entsprechungen in der Rehabilitandenbefragung der DRV Bund. Dagegen sind die Themen „Hygiene“, und „Individuelle Patientenwünsche“ nicht unmittelbar in der Rehabilitandenbefragung der DRV Bund abgebildet.

Die multivariate Regressionsanalyse des Zusammenhangs von negativen thematischen Kategorien und der Nicht-Weiterempfehlung ermöglichte, für Rehabilitanden und deren Angehörige Themen zu identifizieren, die mit der Nicht-Weiterempfehlung der Klinik assoziiert waren. Diese Themen entsprachen nicht den am häufigsten genannten Themen in den Erfahrungsberichten. Einige dieser Themen, aber nicht alle, werden auch in der Rehabilitandenbefragung der DRV Bund abgefragt. Die Aussagekraft von Social Media Analysen ist allerdings eingeschränkt. So konnten für die onkologischen Rehabilitanden und deren Angehörige, die auf der Klinikbewertungsplattform Klinikbewertungen.de schrieben, keine demografischen Daten erfasst werden. Unsere Stichprobe war zudem keine repräsentative Stichprobe für onkologische Rehabilitanden und deren Angehörige, da diese nach Zufriedenheitsstufen zuvor geschichtet wurde. Weitergehende confirmatorische und repräsentative Studien wären notwendig, um den Zusammenhang bestimmter Themen mit der Zufriedenheit onkologischer Rehabilitanden zu analysieren und damit Gründe für Zufriedenheit und Unzufriedenheit zu identifizieren.

## **Literatur**

Deutsche Rentenversicherung (2019): Rehabilitandenfragebogen für die somatischen Indikationen in der stationären medizinischen Rehabilitation (eingesetzt ab Oktober 2007)  
Kuckartz, U. (2012): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung., 2. Aufl. Weinheim: Beltz Juventa, S. 44.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

## **Retrospektive Befragung zur subjektiven Langzeitkontinenz 4 Jahre nach Prostatovesikulektomie – ein Vergleich der verschiedenen OP-Methoden**

*Anika Biel; Jürgen Freund*  
Müritz Klinik

### **Hintergrund und Zielstellung**

Das Prostatakarzinom ist der häufigste Tumor bei Männern. Im Jahr 2013 wurden in Deutschland knapp 60.000 Neuerkrankungen diagnostiziert. Es werden je nach Stadium, Konstitution des Patienten, Vorerkrankungen und weiteren Parametern unterschiedliche

Behandlungsmethoden angeboten. Eine davon ist die radikale Prostatovesikulektomie. Die operative Entfernung der Prostata sowie der anhängenden Samenblasen kann offen, laparoskopisch oder roboterassistiert-laparoskopisch durchgeführt werden. Eine häufige und für die Patienten oftmals belastende Folge der Operation ist eine Harninkontinenz. Ziel unserer retrospektiven Erhebung war die Beurteilung der Langzeitkontinenz nach Prostatovesikulektomie im Vergleich der drei Operationsmethoden.

## **Methoden**

Es erfolgte im Mai 2019 eine schriftliche Befragung der Patienten, die in der Müritz-Klinik eine stationäre Rehabilitation nach radikaler Prostatovesikulektomie oder eine kurative Bestrahlung im Zeitraum 2015 oder 2016 erhielten. Von 716 angeschriebenen Patienten antworteten 409 (57,12 %). Operiert wurden 337 Patienten (47,07%). Eine offene Operation durchliefen 64,39% (217), eine laparoskopische Operation erhielten 18,10% (61), eine roboterassistierte Operation 17,51% (59).

Es erfolgte eine Befragung hinsichtlich eines subjektiven Urinverlusts direkt postoperativ (innerhalb der ersten drei Monate) sowie die aktuelle Kontinenzsituation. Zudem wurde die Frage gestellt, wie viele Vorlagen aktuell verbraucht werden (auf eine durchschnittlich große Vorlage bezogen). Die Befragung endete nach 8 Wochen zum 30.06.2019.

## **Ergebnisse**

Das durchschnittliche Alter lag bei der Operation bei 68,67 Jahren, wobei Patienten, die robotisch behandelt wurden im Vergleich etwas jünger waren (66,13 Jahre) als laparoskopisch Operierte (69,37) und offen Operierte (70,53). In der frühen postoperativen Phase zeigt sich kein signifikanter Unterschied in der Kontinenz. So geben in der Frühphase 61,29% nach offener Operation eine Inkontinenz an, 62,30 % der laparoskopisch Behandelten und 62,71 nach roboterassistierter Operation.

In der Langzeitbeobachtung zeigt sich bei den Patienten nach offener Operation eine Inkontinenzrate von 50,23 % (109), bei den laparoskopisch Operierten eine Rate von 50,82 % (31). Einen signifikanten Unterschied bemerkt man bei den roboterassistierten Operierten, hier liegt die Angabe einer Inkontinenz bei 35,59%.

Nach Auswertung der quantitativen Anzahl der pro 24 Stunden benutzten Vorlagen zeigt sich ein tendenzieller Vorteil der robotischen Operation. Diese Patienten benutzen im Median 1,5 (1,85) Vorlagen pro Tag. Patienten nach offener Operation benutzen 2,26, laparoskopisch Operierte 2,16 Vorlagen pro 24 Stunden.

## **Diskussion und Fazit**

In der Frühphase zeigen alle drei Operationsmethoden vergleichbare Kontinenzraten. Nach 4 Jahren zeigt sich in unserem Patientenkollektiv eine signifikant bessere Kontinenz bei Patienten, die robotisch operiert wurden. Zudem wurde bei den Inkontinenten nachgewiesen, dass nach einer robotischen Operation der Vorlagenverbrauch tendenziell weniger hoch ist. Limitierend an der retrospektiven Befragung ist die Subjektivität der Inkontinenzempfindung.

## **Literatur**

[https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Home/homepage\\_node.html](https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Home/homepage_node.html); Zugriff am 23.10.2019

# Vorkommen von MRSA in der onkologischen Rehabilitation – Auswertung eines systematischen Aufnahmescreenings an 200 Patientinnen und Patienten

Holger G. Hass<sup>1</sup>; Johannes Hallauer<sup>2</sup>; Petra Garbe<sup>1</sup>; Claudio Kupfahl<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Paracelsus-Klinik Scheidegg; <sup>2</sup> Zentralinstitut für Hygiene, Paracelsus-Kliniken;

<sup>3</sup> Labor Gärtner

## Hintergrund und Zielstellung

Aktuell geht das Robert-Koch-Institut (RKI) davon aus, dass jährlich bis zu 600.000 nosokomiale Infektionen in Deutschland auftreten. Anhand einer europaweiten Prävalenzerhebung des Europäischen Zentrums für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten (ECDC) aus dem Jahre 2016 wird die Zahl der dadurch bedingten Todesfälle in Europa auf ca. 91.000/Jahr geschätzt. Mittels der Daten der Antibiotika-Resistenz-Surveillance (ARS) des RKI und der Prävalenzerhebung von 2011 ließ sich zudem schätzen, dass ca. 6% dieser Infektionen durch multiresistente Erreger (MRE) bedingt waren. Infolge der steigenden Inzidenz dieser Problemfektionen, der zunehmenden Berichterstattung in den öffentlichen Medien sowie wegen einer teilweise therapie-induzierten Immunschwäche nach Krebstherapie sind v.a. Patientinnen und Patienten in der onkologischen Rehabilitation besorgt über eine mögliche Ansteckung mit diesen „Krankenhauskeimen“.

Ziel dieser prospektiven Screening-Studie war daher die Evaluation der Prävalenz von Methicillin-resistenten Staphylokokken (MRSA) zu Beginn der onkologischen Rehabilitation bei asymptomatischen Rehabilitanden.

## Methoden

Nach schriftlicher Information und Einverständnis erfolgte über 6 Wochen (07-08/2019) bei allen neuangereisten Patientinnen und Patienten (n=200) nach Anreise (Tag 2) ein Nasen-Rachenabstrich. Die Abstriche wurden auf CNA-Agar und einem MRSA-Screeningagar angelegt und bei 37°C bebrütet. Nach 48 h erfolgte die Auswertung, bei Wachstum wurde *S. aureus* mittels Agglutinationstest bestätigt.

## Ergebnisse

Von den 200 gescreenten Patienten waren 185 Frauen (92,5%) und 15 Männer (7,5%), was mit dem Schwerpunkt der Klinik zusammenhängt (Mammakarzinom n=145, Gynäkolog. Onkologie n=25, Gastrointestinale Onkologie n=30). Das Durchschnittsalter betrug 56,8 +/- 10,7 Jahre, wobei die Brustkrebspatientinnen gegenüber den Patienten mit Tumoren der Verdauungsorgane signifikant jünger waren (54,6 vs. 60,5 Jahre; P=0,01). 68,5% (n=137) kamen direkt nach onkologischer Therapie zur Rehabilitation (AHB/AR). Ausgenommen implantierte venöse Portsysteme ließen sich nur in 2% (n=4) Katheteranlagen (PEG, suprapubischer Blasenkatheter) sowie in 3,5% (n=7) Wundheilungsstörungen als mögliche Risikofaktoren dokumentieren.

Bei sämtlichen Patientinnen und Patienten, unabhängig von zugrundeliegender Tumorentität, ließ sich in keiner Probe ein multiresistenter Staphylokokkus (MRSA) nachweisen.

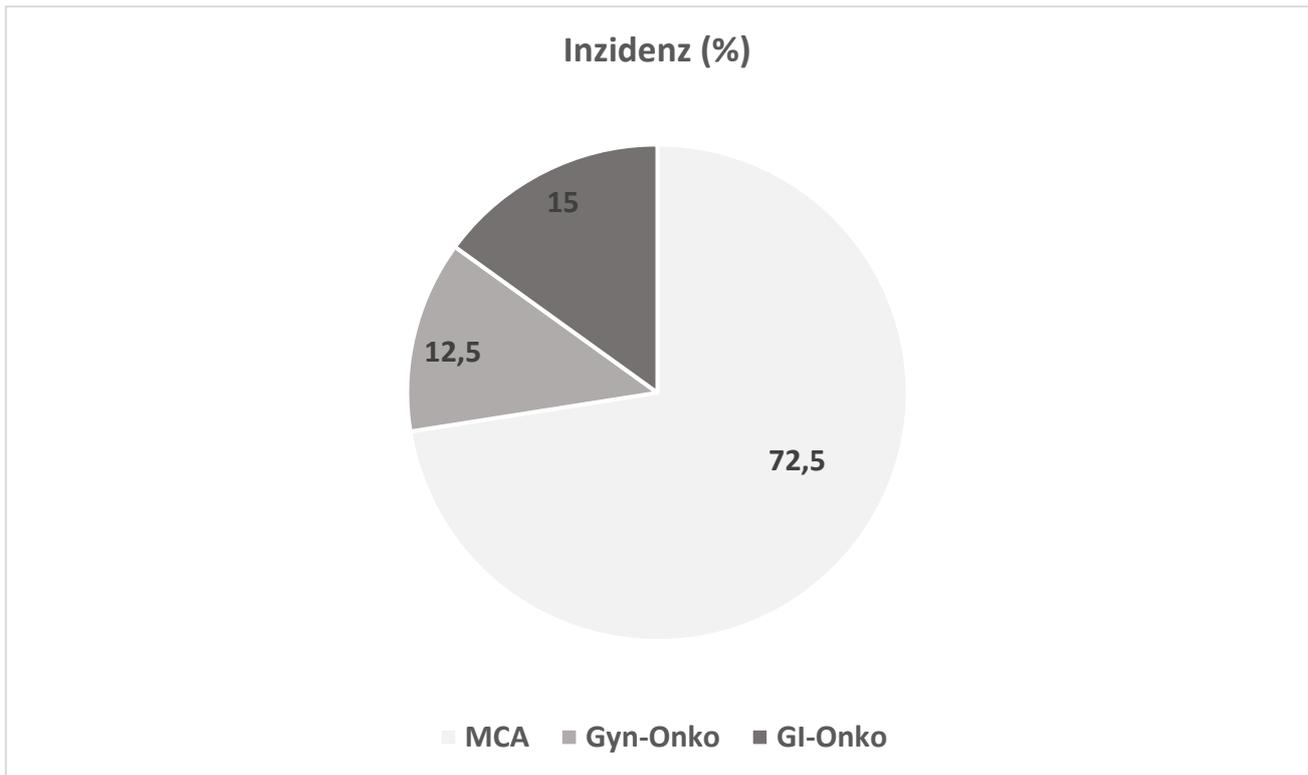


Abb. 1

### **Diskussion und Fazit**

Die vorliegenden Daten belegen, dass sich in der onkologischen Rehabilitation kein erhöhtes Risiko für asymptomatische MRSA-Infektionen nachweisen lässt. Zu bedenken ist allerdings, dass gegenüber z.B. der geriatrischen Rehabilitation bekannte Risikofaktoren wie höheres Alter, Verweildauer in Pflegeeinrichtungen oder Katheter-Anlagen insbesondere bei den Haupt-Indikationen in der onkologischen Rehabilitation (Brust-/Colon-/Prostatakarzinom) nur selten vorliegen. Daher ist nach Meinung der Autoren ein Routine-mäßiges MRSA-Screening ohne Vorliegen von individuellen Risikofaktoren in der onkologischen Rehabilitation nicht notwendig.

### **Literatur**

- ECDC. Antimicrobial resistance surveillance in Europe (2016)
- Robert-Koch-Institut. Epidemiologische Daten (2011)

### **Effektivität der Rehabilitation nach Primärimplantation einer Hüft-Totalendoprothese. Ein Vergleich der gängigen medizinischen Rehabilitation in Deutschland gegenüber der üblichen postoperativen Versorgung in den Niederlanden**

*Annet Wijnen<sup>1,2</sup>; Gesine H. Seeber<sup>2</sup>; Günter Dietz<sup>3</sup>; Aike Hessel<sup>4</sup>; Djordje Lazovic<sup>2</sup>; Sjoerd K. Bulstra<sup>1</sup>; Martin Stevens<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Department of Orthopedics, University of Groningen, University Medical Center Groningen,

<sup>2</sup> Universitätsklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie Pius-Hospital, Medizinischer Campus Universität Oldenburg; <sup>3</sup> Klinik für Orthopädische und Rheumatologische Rehabilitation, Reha-Zentrum am Meer Bad Zwischenahn; <sup>4</sup> Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-

Bremen

#### **Hintergrund und Zielstellung**

Osteoarthritis ist die häufigste Gelenkerkrankung der Welt (Arden & Nevitt, 2006). Im Endstadium der Hüftgelenksarthrose ist die Implantation einer Hüft-Totalendoprothese (H-TEP) indiziert. Die Zahl der H-TEPs wird in den kommenden Jahren – zunehmend auch in der jüngeren, noch erwerbsfähigen Bevölkerung – aufgrund multipler systemischer und mechanischer Risikofaktoren weiter ansteigen (Krischak et al., 2013; Jiang et al., 2011; Poos & Gommer, 2014). Die postoperative medizinische Rehabilitation variiert länderspezifisch stark. In den Niederlanden kehren die Patienten post-operativ innerhalb weniger Tage ohne weitere medizinische Rehabilitationsmaßnahme in die häusliche Versorgung zurück. In Deutschland dagegen folgt im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt eine ganztags-ambulante oder stationäre Anschlussheilbehandlung in einer Rehabilitationseinrichtung, ggf. gefolgt von ambulanter Reha-Nachsorge.

Das primäre Ziel dieser Studie war der medizinische und Kosteneffektivitätsvergleich zwischen der in Deutschland gängigen medizinischen Rehabilitation nach Primärimplantation einer H-TEP und dem üblichen Prozedere in den Niederlanden.

#### **Methoden**

In dieser transnationalen, prospektiven kontrollierten Beobachtungsstudie wurde die Effektivität der jeweiligen länderspezifischen medizinischen Rehabilitation im Sinne von objektiver Hüftfunktion (TUG & FTSST), subjektiver Lebensqualität (SF-36 & EQ-5D), und subjektiver hüftgelenksbezogener Funktion (HOOS) ermittelt. Alle Assessments wurden prä-operativ (T0), 4 (T1) und 12 (T2) Wochen, sowie 6 Monate (T3) post-operativ durchgeführt. Zudem wurden zum Zeitpunkt T0 und T3 die in den jeweiligen Ländern anfallenden Kosten der postoperativen medizinischen Rehabilitation ermittelt.

#### **Ergebnisse**

Für beide Länder liegen Komplettdatensätze von je 62 Patienten vor. Deutsche Patienten haben 12 Wochen nach der Operation eine doppelt so große Chance wie niederländische

Patienten als sog. Responder, d.h. als von der Operation und der anschließenden Rehabilitation profitierend, klassifiziert zu werden. Darüber hinaus erreichten deutsche Patienten 6 Monate postoperativ signifikant bessere Ergebnisse auf der ADL-Subskala des HOOS, den Subskalen für körperliche Funktion, Schmerz, Vitalität und psychische Gesundheit des SF-36 sowie im Index und der VAS des EQ-5D-3L.

In Hinblick auf die Kosten ist die deutsche Vorgehensweise fast doppelt so kostenintensiv wie die niederländische. Vergleicht man jedoch nur die Zahlen der erwerbstätigen Patienten, sinkt die Differenz auf etwa 23%. Eine Szenarioanalyse, in der Gleichheit der deutschen und niederländischen Wochenarbeitszeit und Produktivitätskosten angenommen wurde, zeigte, dass die Kosten für die postoperative medizinische Rehabilitation in Deutschland unter dieser Voraussetzung nur noch 9% höher sind als für das Vorgehen in den Niederlanden.

### **Diskussion und Fazit**

Eine intensivere Rehabilitation nach Implantation einer primären H-TEP, wie sie in Deutschland durchgeführt wird, ist sowohl medizinisch als auch bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität vorteilhaft. Ökonomische Vergleiche sind herausfordernd, da der sozioökonomische Kontext zwischen beiden Ländern unterschiedlich ist. Dennoch zeigte sich, dass sich die deutlich höheren Kosten des deutschen Vorgehens unter Einbezug und Parallelisierung berufs- und erwerbsbezogener Parameter relativieren. Für die klinische Praxis sollte überlegt werden, ob der deutsche Ansatz oder Aspekte daraus für die Niederlande nicht auch vorteilhaft wären.

### **Literatur**

- Arden, N. & Nevitt, M. C. (2006): Osteoarthritis: epidemiology. *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 20, 3-25.
- Jiang, L., Rong, J., Wang, Y., Hu, F., Bao, C., Li, X. & Zhao, Y. (2011): The relationship between body mass index and hip osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Joint Bone Spine*, 78, 150-5.
- Krischak, G., Kaluscha, R., Kraus, M., Tepohl, L. & Nusser, M. (2013): Rückkehr in das Erwerbsleben nach Hüfttotalendoprothese. *Unfallchirurg*, 116, 755-759.
- Poos, M. J. J. C. & Gommer, A. M. (2014): Neemt het aantal mensen met arthrose toe of af? *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM.

Förderung: Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Fakultät VI Medizin und Gesundheitswissenschaften / European Medical School Oldenburg – Groningen, University Medical Centers Groningen sowie Deutsche Rentenversicherung Oldenburg – Bremen

# Prädiktoren der selbsteingeschätzten Arbeitsfähigkeit und der Rückkehr zum Arbeitsplatz bei Patienten mit Unfallverletzungen der Wirbelsäule

*Bianca Biedenweg<sup>1</sup>; Maresa Buchholz<sup>1</sup>; Ute Polak<sup>2</sup>; Thomas Kohlmann<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Universitätsmedizin Greifswald, Institut für Community Medicine;

<sup>2</sup> Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung

## Hintergrund und Zielstellung

Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit sowie die Wiedereingliederung der Patienten in das Erwerbsleben sind wesentliche Ziele der Rehabilitation. Ob und in welchem Umfang diese Ziele erreicht werden, kann durch unterschiedliche Faktoren bedingt werden.

Gegenstand des vorliegenden Beitrags ist es, zu überprüfen, welche dieser Faktoren bedeutende Prädiktoren für die subjektive Arbeitsfähigkeit (Work-Ability-Index, WAI) (Hasselhorn & Freude, 2007) und die Rückkehr an den Arbeitsplatz (Return to Work, RTW) von Patienten mit Unfallverletzungen an der Wirbelsäule sind. Dabei soll insbesondere vergleichend untersucht werden, ob objektiv klinische oder subjektive Prädiktoren von Bedeutung sind.

## Methoden

Der Analyse liegen Daten einer multizentrischen Beobachtungsstudie zugrunde, an der berufstätige Patienten mit einer Unfallverletzung der Wirbelsäule teilnahmen. In der Befragungsstudie füllten Patienten zum Ende der Krankenhausbehandlung (T1) sowie sechs (T2) und zwölf (T3) Monate nach dem Unfallereignis einen Fragebogen aus. Neben der Dokumentation von klinischen und soziodemografischen Parametern durch das jeweilige Klinikpersonal beantworteten die Patienten zu T1 unter anderem die Skala zur Erfassung der subjektiven Prognose der Erwerbsfähigkeit (SPE-Skala) (Mittag et al., 2006). In den Follow-up Erhebungen T2 und T3 beantworteten die Patienten weiterhin die Kurzversion des WAI und gaben ihre aktuelle berufliche Situation (RTW) an.

In die Prädiktorenanalyse des WAI und des RTW wurden die klinischen Variablen Schweregrad der Verletzung (globales Arzturteil: gering/mäßig=0; schwer=1), Therapieart (konservativ=0; operativ=1), ISNCSCI-Funktionsscore zur Erfassung einer neurologischen Beteiligung (nein=0; ja=1), Zuordnung in das Verletzungsartenverzeichnis 9 (VAV 9; nein=0; ja=1) sowie die subjektive Variable SPE-Score betrachtet. Der SPE-Score wurde hierfür dichotom codiert (günstige subjektive Erwerbsprognose = 0; ungünstige subjektive Erwerbsprognose =  $\geq 1$ ). In allen erzeugten Modellen wurden die Variablen Alter und Geschlecht als potentielle Confounder berücksichtigt. Unter Einbezug der Variable Zeit (T2=0; T3=1) erfolgten die regressionsanalytischen Berechnungen.

Die statistische Bedeutsamkeit der zu prüfenden Einflussfaktoren wurde mit verallgemeinerten linearen Schätzungsgleichungsmodellen (GEE - Generalized Estimating Equations) analysiert. Ausgehend von einem Modell mit allen potentiellen Einflussgrößen (ModellA) wurden schrittweise die Prädiktoren mit der geringsten Erklärungskraft ausgeschlossen. Der Ausschluss erfolgte so lange, bis nur noch statistisch signifikante Prädiktoren vorlagen (ModellB).

## Ergebnisse

In die Analysen wurden N=156 Patienten einbezogen. Diese waren überwiegend männlich (59,0%) und im Mittel 48,0 ( $\pm 12,1$ ) Jahre alt. 27,6% der Patienten wiesen einen schweren Verletzungsgrad auf, 79,5 % wurden operativ behandelt. Bei 16,7% lag eine neurologische Beteiligung (ISNCSCI-Score) vor. Bei 37,8% der Patienten erfolgte eine Zuordnung zum VAV 9. Aus der Fragebogenerhebung in T1 ergab sich bei 32,1% der Patienten ein SPE-Score von  $\geq 1$ . Die subjektive Arbeitsfähigkeit (WAI) der Patienten beträgt zu T2 im Mittel 31,1 ( $\pm 9,3$ ) und zu T3 34,2 ( $\pm 8,9$ ). Insgesamt kehrten 66,0% bzw. 79,4% der Patienten nach sechs (T2) bzw. zwölf Monaten (T3) an den Arbeitsplatz (RTW) zurück.

Nach einem schrittweisen Ausschluss verblieben übereinstimmend für die beiden abhängigen Variablen RTW und WAI die Prädiktoren SPE-Score, ISNCSCI-Score und Zeit in der weiteren Modellberechnung erhalten (Tabelle 1).

Tab. 1: Ergebnisse der stufenweisen Variablenselektion mittels des generalisierten linearen Modells

<b>Abhängige Variable: RTW</b>					
<b>Modell<sub>A</sub></b>			<b>Modell<sub>B</sub></b>		
	<b>Regressions- koeffizient B</b>	<b>p-Wert</b>	<b>Regressions- koeffizient B</b>	<b>p-Wert</b>	<b>OR</b>
SPE-Score	-1,756	<0,001	-1,796	<0,001	0,166
ISNCSCI-Score	-1,203	0,043	-1,585	<0,001	0,205
Zeit	,825	<0,001	0,837	<0,001	2,310
Schwere der Verletzung	-,470	0,373			
Therapie	-,172	0,707			
VAV	0,009	0,983			
<b>Abhängige Variable: WAI</b>					
SPE-Score	-10,209	<0,001	-10,198	<0,001	
ISNCSCI-Score	-6,704	0,003	-6,274	<0,001	
Zeit	3,110	<0,001	3,114	<0,001	
Therapie	-1,551	0,343			
VAV	-,830	0,524			
Schwere der Verletzung	1,081	0,555			

Adjustiert für Alter und Geschlecht; Modell<sub>A</sub>: Modell zu Beginn des schrittweisen Ausschlusses; Modell<sub>B</sub>: Modell zum Ende des schrittweisen Ausschlusses

Die regressionsanalytischen Berechnungen für die abhängige Variable RTW ergab, dass die Chance für ein fehlendes RTW durch eine verletzungsbedingte neurologische Beteiligung um das fünf-fache erhöht ist. Eine ungünstige subjektive Erwerbsprognose (SPE-Score  $\geq 1$ ) wirkte sich ebenfalls beeinflussend auf die Rückkehr zum Arbeitsplatz (RTW) aus. Hier war die

Chance für ein fehlendes RTW um das sechsfache erhöht. Die Variable Zeit konnte ebenso als ein wichtiger Prädiktor für das RTW entdeckt werden.

Die Analyse mit der abhängigen Variable WAI zeigte vergleichbare Ergebnisse. Eine ungünstige Erwerbsprognose erwies sich ebenfalls als starker Prädiktor neben dem ISNCSCI-Funktionsscore. Statistisch signifikant zeigte sich auch die Variable Zeit auf die Ausprägung der subjektiven Arbeitsfähigkeit von Patienten mit Unfallverletzungen der Wirbelsäule (Tabelle 1).

### **Diskussion und Fazit**

Den Resultaten der regressionsanalytischen Betrachtung ist zu entnehmen, dass die Rückkehr an den Arbeitsplatz sowie die selbst eingeschätzte Arbeitsfähigkeit bei Patienten mit unfallbedingten Wirbelsäulenverletzungen nicht nur von dem klinischen Parameter ISNCSCI-Score beeinflusst wird. Für das RTW als auch den WAI erwies sich der SPE-Score als stärkster Prädiktor. Die Versorgung von unfallverletzten Patienten mit dem Ziel einer positiven Arbeitsfähigkeit sowie Wiedereingliederung in das Erwerbsleben gestaltet sich als ein komplexer Prozess, der vermehrt die Beachtung von Selbstbeurteilungskriterien einschließen sollte.

### **Literatur**

Hasselhorn, H. M., Freude, G. (2007): Der Work Ability Index – ein Leitfaden. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Mittag, O., Meyer, T., Glaser-Möller, N., Matthis, C., Raspe, H. (2006): Vorhersage der Erwerbstätigkeit in einer Bevölkerungsstichprobe von 4225 Versicherten der LVA über einen Prognosezeitraum von fünf Jahren mittels einer kurzen Skala (SPE-Skala). Gesundheitswesen, 68(5): 294-302.

Förderung: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung

## **Teilhabeeffekte der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation bei Rehabilitanden mit Muskel-Skelett-Erkrankungen: eine Propensity Score Analyse**

*David Fauser<sup>1</sup>; Martin Vogel<sup>2</sup>; Matthias Bethge<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Universität zu Lübeck; <sup>2</sup> Mühlbergklinik - Holsteinische Schweiz

### **Hintergrund und Zielstellung**

Muskel-Skelett-Erkrankungen zählen zu den häufigsten Erkrankungen, die zu Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit führen (Bevan, 2015). Um die beruflichen Teilhabechancen besonders beeinträchtigter Personen zu verbessern, wurde in Deutschland die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation entwickelt (Bethge, 2017; Streibelt & Buschmann-Steinhage, 2011). Randomisierte kontrollierte Studien bei Personen mit Muskel-Skelett-Erkrankungen haben verbesserte berufliche Wiedereingliederungschancen zugunsten der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation bestätigen können (Bethge, 2017). Während die verfügbaren

randomisierten kontrollierten Studien starke Nachweise für die Wirksamkeit der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation unter idealen Bedingungen (Efficacy) mit sorgfältig definierten Einschlusskriterien geliefert haben, konnten auch erste Hinweise zur Wirksamkeit in der realen Versorgung (Effectiveness) gefunden werden (Bethge et al., 2019). In der vorliegenden Studie wurde geprüft, ob die in der realen Versorgung erreichten Teilnehmer einer medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation ein Jahr nach Rehabilitationsende häufiger sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind als vergleichbare Teilnehmer einer herkömmlichen medizinischen Rehabilitation.

## **Methoden**

Die Daten wurden 2014 und 2015 in der Mühlenbergklinik - Holsteinische Schweiz erhoben. Zur Auswertung der Daten wurde eine As-treated-Analyse durchgeführt, in der Teilnehmer in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation klassifiziert wurden (Interventionsgruppe, IG), wenn sie, wie im Anforderungsprofil zur Durchführung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation empfohlen (Streibelt & Buschmann-Steinhage, 2011), mindestens 9,5 Stunden berufsorientierte therapeutische Leistungen erhalten hatten. In der Kontrollgruppe (KG) wurden Rehabilitanden zusammengefasst, die weniger als 9,5 Stunden berufsorientierte Leistungen erhalten hatten. Anschließend wurden die Ergebnisse von Teilnehmern der IG mit denen von vergleichbaren Teilnehmern der KG verglichen. Hierfür wurde ein Propensity Score Matching durchgeführt, um vergleichbare Kontrollen für die berücksichtigten Stichprobenmerkmale zu identifizieren (Fauser & Bethge, 2019). Für das Matching wurden 20 Variablen verwendet. Primäres Zielkriterium war die Rate sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung ein Jahr nach Rehabilitationsende. Sekundäre Zielgrößen waren Transferleistungsbezüge ein Jahr nach Rehabilitationsende. Die Zielkriterien wurden aus den administrativen Daten extrahiert. Die Behandlungseffekte wurden mit logistischen Modellen überprüft. In den Modellschätzungen wurde der Erwerbsstatus im Monat vor Beginn der Rehabilitation als Kontrollvariable berücksichtigt. Für die Ergebnisdarstellung wurden adjustierte vorhergesagte Werte berichtet sowie die absolute Risikodifferenz (ARR) zwischen IG und KG und die dazugehörige Number needed to treat (NNT) berechnet. Um zu testen, ob der Behandlungseffekt von individuellen Patientenmerkmalen beeinflusst wird, wurden für das primäre Zielkriterium stratifizierte Analysen nach dem bei Rehabilitationsbeginn erfassten Frühberentungsrisiko durchgeführt.

## **Ergebnisse**

Insgesamt konnten die Daten von 859 Rehabilitanden berücksichtigt werden. Nach dem Propensity Score Matching konnten Stichproben mit vergleichbaren Stichprobenmerkmalen generiert werden. Für die vergleichende Analyse ein Jahr nach Rehabilitationsende wurden die Daten von 312 Rehabilitanden (IG: n = 156) berücksichtigt. Die Analyse der Therapedosis ergab deutliche Unterschiede hinsichtlich berufsorientierter Therapieleistungen zwischen den beiden Behandlungsarmen. Ein Jahr nach Rehabilitationsende war der Anteil sozialversicherungspflichtig beschäftigter Rehabilitanden in der IG rund elf Prozentpunkte höher als in der KG (ARR = 0,11; 95 % KI: 0,02 bis 0,20; p = 0,020) Die NNT lag bei neun Personen (NNT = 9,05; 95 % KI: 1,40 bis 16,70). Für die weiteren sekundären Zielkriterien zeigten sich keine signifikanten Vorteile zugunsten der IG. Der Beschäftigungsvorteil zugunsten der IG betrug für Rehabilitanden mit hohem Frühberentungsrisiko

13 Prozentpunkte (ARR = 0,13; 95 % KI: 0,02 bis 0,23; p = 0,017). Für Personen mit geringem Frühberentungsrisiko konnte kein Vorteil zugunsten der IG gezeigt werden.

### **Diskussion und Fazit**

Die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation, wie in der Mühlenbergklinik implementiert und durchgeführt, führt im Vergleich zur herkömmlichen medizinischen Rehabilitation zu deutlich höheren Beschäftigungsraten nach einem Jahr. Die Ergebnisse geben Hinweise auf die Wirksamkeit der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation in der realen Versorgung. Der Effekt war ausschließlich auf die Personen zurückzuführen, die ein hohes Wiedereingliederungsrisiko hatten.

### **Literatur**

- Bethge, M. (2017): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. *Rehabilitation*, 56. 14-21.
- Bethge, M., Markus, M., Streibelt, M., Gerlich, C., Schuler, M. (2019): Effects of nationwide implementation of work-related medical rehabilitation in Germany: a propensity-score matched analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, Online First; doi: 10.1136/oemed-2019-106065
- Bevan, S. (2015): Economic impact of musculoskeletal disorders (MSDs) on work in Europe. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 29. 356-373.
- Fausser, D., Bethge, M. (2019): Propensity Score Matching zur Schätzung von Behandlungseffekten: eine Chance für die rehabilitative Versorgungsforschung. *Rehabilitation*, 58. 50-58.
- Streibelt, M., Buschmann-Steinhage, R. (2011): Ein Anforderungsprofil zur Durchführung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation aus der Perspektive der gesetzlichen Rentenversicherung. *Rehabilitation*, 50. 160-167.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Nord

## **Welchen Behandlungserfolg zeigt die verhaltensmedizinisch orthopädische Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen 24 Monate nach Rehabilitationsende?**

*Anne Köpnick; Petra Hampel*  
Europa-Universität Flensburg

### **Hintergrund und Zielstellung**

Der Einfluss von psychologischen Risikofaktoren im Chronifizierungsprozess bei Rückenschmerzen wurde in den vergangenen Jahrzehnten vielfach untersucht und bestätigt (Hasenbring et al., 2018). Chronische Rückenschmerzen (CRS) und das zusätzliche Auftreten einer psychischen Komorbidität führen zu erhöhten Arbeitsunfähigkeitstagen und aus gesundheitsökonomischer Sicht somit zu erhöhten Kosten. Eine aktuelle Studie um Allgeier und Bengel (2018) verdeutlichte zudem, dass sich erhöhte Selbstwirksamkeitserwartungen bei CRS positiv und dysfunktionale Schmerzkognitionen

negativ auf die Rückkehr an den Arbeitsplatz auswirkten. Im Rahmen der stationären verhaltensmedizinisch orthopädischen Rehabilitation (VMO) wurde das Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionstraining Debora (Mohr et al., 2017) konzipiert, das die Rehabilitanden zur funktionalen Stress- und Schmerzbewältigung befähigen sowie ihre Selbstwirksamkeit fördern soll.

Die Studie zielte darauf ab, den langfristigen Behandlungserfolg der VMO bei Rehabilitanden mit unspezifischen CRS in Abhängigkeit des kognitiv-behavioralen Gruppentrainings Debora sowie der Depressivität zu erfassen.

## **Methoden**

Die prospektive Kontrollgruppenstudie mit Cluster-Block-Randomisierung wurde in vier stationären VMO-Kliniken realisiert. Die Rehabilitanden nahmen entweder am Schmerzkompetenztraining (Kontrollgruppe, KG) oder an der kombinierten Trainingsversion Debora (Interventionsgruppe, IG) teil. Zudem wurde die Stichprobe anhand der Allgemeinen Depressionsskala (ADS, Hautzinger et al., 2012) in Rehabilitanden mit niedrigen ( $ADS \leq 22$ ) oder mit mittleren bis hohen Depressivitätswerten ( $ADS > 22$ ) eingeteilt. Die abhängige Variable Depressivität (ADS), Angst (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS-D/A), chronischer Stress (Screeningskala zum chronischen Stress (SSCS) des Trierer Inventar zum chronischen Stress, TICS), schmerzspezifische Selbstwirksamkeit (Fragebogen zur Erfassung der schmerzspezifischen Selbstwirksamkeit, FESS) und die subjektive Erwerbsprognose (SPE) wurden zu Rehabilitationsbeginn (t<sub>0</sub>), -ende (t<sub>1</sub>) sowie 6 (t<sub>2</sub>), 12 (t<sub>3</sub>) und 24 Monate (t<sub>4</sub>) nach der VMO-Maßnahme erhoben.

Die Daten von N=422 Rehabilitanden (Frauen: 81,5%; Alter: MW=53,5 Jahre, SD=5,7) wurden mit Hilfe von univariaten Varianzanalysen mit angeschlossenen Bonferroni-adjustierten paarweisen Vergleichen als per-protocol-(pp)-Analysen ausgewertet. Zur Bestätigung der pp-Befunde wurden Analysen nach multipler Imputation (MI) mit Daten von N=1225 Rehabilitanden herangezogen.

## **Ergebnisse**

Für die subjektive Erwerbsprognose (SPE) wurde eine zweifache Interaktion „Bedingung x Depressivität x Zeit“ nachgewiesen, jedoch ohne das Kriterium einer kleinen klinischen Effektstärke zu erreichen. Dabei ließ sich lediglich bei Rehabilitanden aus der IG mit erhöhten Depressivitätswerten eine signifikante Minderung der subjektiven Gefährdung der Erwerbsfähigkeit von Rehabilitationsbeginn bis zur 24-Monatskatamnese feststellen. Rehabilitanden mit erhöhten Depressivitätswerten wiesen zu allen Erhebungszeitpunkten eine signifikant höhere subjektive Gefährdung der Erwerbsfähigkeit in beiden experimentellen Bedingungen auf. Im Gegensatz zu den weiteren Befunden, konnte diese Interaktion nicht in den MI-Daten bestätigt werden.

Für die schmerzspezifische Selbstwirksamkeit (FESS) ergab sich eine signifikante Interaktion „Bedingung x Zeit“. Zur 24-Monatskatamnese profitierte sowohl die IG mit einer kleinen klinischen Effektstärke als auch die KG, jedoch ohne klinische Relevanz. Abschließend verdeutlichte der Haupteffekt „Depressivität“, dass Rehabilitanden mit erhöhten Depressivitätswerten eine signifikant niedrigere schmerzspezifische Selbstwirksamkeit aufwiesen als Rehabilitanden mit niedrigen Depressivitätswerten.

Darüber hinaus zeigte sich jeweils für die Depressivität (ADS), Angst (HADS) und dem chronischen Stress (SSCS) eine signifikante einfache Interaktion „Depressivität x Zeit“. Rehabilitanden mit niedrigen und erhöhten Depressivitätswerten profitierten mit kleinen bis hohen klinischen Effektstärken in der Angst und im chronischen Stress zur 24-Monatskatamnese. In Bezug auf die Depressivität zeigten sich lediglich bei Rehabilitanden mit hohen Depressivitätswerten langfristige Verbesserungen. Zudem wiesen Rehabilitanden mit erhöhten Depressivitätswerten zu allen Messzeitpunkten ungünstigere Werte in der Angst und im chronischen Stress auf.

### **Diskussion und Fazit**

Insgesamt ist festzuhalten, dass ein Behandlungserfolg in den psychologischen und arbeitsbezogenen Kennwerten zwei Jahre nach einer stationären VMO erzielt werden konnte. Die langfristig festgestellten Befunde zeigten zwar nicht den angenommenen zusätzlichen Effekt der kombinierten Trainingsversion auf die insbesondere psychologischen Kennwerte der Rehabilitanden auf, dennoch wurde die Bedeutung der Depressivität in Bezug auf die subgruppenspezifische Nachhaltigkeit der Reha-Outcomes sowie auf die Rolle der psychischen Komorbiditäten bei CRS erneut hervorgehoben. Somit ist zum einen ein frühzeitiges Screening depressiver Symptome vor Behandlungsbeginn indiziert. Aufgrund der rückläufigen Effekte sind zum anderen entsprechende psychologische postrehabilitative Nachsorgeangebote erforderlich, um insgesamt der Schmerzchronifizierung bei Rückenschmerzen entgegenzuwirken und weiterführend die Erwerbsfähigkeit abzusichern.

### **Literatur**

- Allgeier, L. & Bengel, J. (2018): Einflussfaktoren auf die Rückkehr zur Arbeit bei chronischen Rückenschmerzen. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*. 28. 103–113. <https://doi.org/10.1055/s-0043-124440>
- Hasenbring, M., Levenig, C., Hallner, D., Puschmann, A.-K., Weiffen, A., Kleinert, J. et al. (2018): Psychosoziale Risikofaktoren für chronischen Rückenschmerz in der Allgemeingesellschaft und im Leistungssport: Von der Modellbildung zum klinischen Screening – ein Review aus dem MiSpEx-Netzwerk. *Schmerz*. 32. 259–273. <https://doi.org/10.1007/s00482-018-0307-5>
- Hautzinger, M., Bailer, M., Hofmeister, D. & Keller, F. (2012): *Allgemeine Depressionsskala (ADS)*. (2., überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Mohr, B., Korsch, S., Roch, S. & Hampel, P. (2017): *Deborä - Trainingsmanual Rückenschmerzkompetenz und Depressionsprävention*. Berlin: Springer.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

# Wirksamkeit der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation bei Muskel-Skelett-Erkrankungen zehn Monate nach der Rehabilitation

*Miriam Markus; Matthias Bethge*

Universität zu Lübeck

## Hintergrund und Zielstellung

Mit fast 60 % ist die Lebenszeitprävalenz für das Vorliegen einer psychischen Störung bei Patienten mit Muskel-Skelett-Erkrankungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht (Baumeister et al., 2004). Sind Rehabilitanden mit Muskel-Skelett-Erkrankungen von psychischen Störungen betroffen, ist ihr Risiko für den Bezug einer Erwerbsminderungsrente 1,6-mal höher als das Risiko vergleichbarer Rehabilitanden ohne psychische Störungen (Schmidt et al., 2014). Um die Behandlungs- und Versorgungsqualität in der somatischen Rehabilitation auch bei psychischer Komorbidität sicherzustellen, wurde mit der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation ein multidisziplinäres Programm für Rehabilitanden mit psychischer Komorbidität und Problemen bei der Krankheitsbewältigung entwickelt. Befunde aus kontrollierten und randomisierten kontrollierten Studien geben explizite Hinweise auf die klinische Wirksamkeit von verhaltensmedizinisch orientierten Programmen (Bethge et al., 2008; Hampel et al., 2019). Ein klarer Nachweis für die Wirksamkeit der in der realen Versorgung implementierten verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation liegt bislang nicht vor. Ziel unserer Analysen war die Evaluation der Wirksamkeit zehn Monate nach der Rehabilitation (Deutsches Register Klinischer Studien: DRKS00016404).

## Methoden

Eingeschlossen wurden 18- bis 65-jährige Rehabilitanden mit Muskel-Skelett-Erkrankungen, die eine verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (VOR) oder eine herkömmliche medizinische Rehabilitation (MR) erhalten haben. Um vergleichbare Kontrollen für Teilnehmer der VOR zu identifizieren, wurde ein Propensity Score Matching durchgeführt. Zielkriterien wurden mittels Fragebogen zehn Monate nach Rehabilitationsende erhoben. Primäres Zielkriterium war die stabile Rückkehr in Arbeit. Als sekundäre Zielkriterien wurden verschiedene Aspekte von Gesundheit, beruflicher Situation und Bewältigungsstrategien erfasst. Um zu testen, ob der Behandlungseffekt von individuellen Patientenmerkmalen beeinflusst wird, wurden zusätzlich stratifizierte Analysen nach der vor Rehabilitationsbeginn erfassten psychischen Komorbidität durchgeführt. Um zu zeigen, dass der Effekt zugunsten der VOR höher sein kann, wenn die Behandlungstreue verbessert wird, haben wir außerdem eine Per-Protocol-Analyse durchgeführt und nur Patienten einbezogen, die entsprechend der Empfehlungen des Anforderungsprofils (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2016) behandelt wurden und tatsächlich die minimale Behandlungsdosis von 34,5 Stunden in der VOR bzw. weniger als 34,5 Stunden verhaltensmedizinisch orientierte Therapien in der MR erhalten haben.

## Ergebnisse

Insgesamt konnten die Daten von 3.550 Rehabilitanden berücksichtigt werden. Studienteilnehmer waren im Durchschnitt 53,5 Jahre alt (SD = 7,0). Drei Viertel waren Frauen.

Mittels Propensity Score Matching konnten Stichproben mit vergleichbaren Stichprobenmerkmalen generiert werden. Für die vergleichenden Analysen wurden die Daten von 720 Teilnehmern berücksichtigt (VOR: n = 360). Zehn Monate nach der Rehabilitation waren die Teilnehmer der VOR nicht häufiger in Arbeit (-0,01 Prozentpunkte; 95 % KI: -0,06 bis 0,04). Sie berichteten aber von einer um 0,48 Punkte (95 % KI: 0,05 bis 0,91) besseren subjektiven Arbeitsfähigkeit und von einer um 0,28 Punkte besseren körperlichen Funktionsfähigkeit (95 % KI: 0,00 bis 0,57). Selbstmanagementfähigkeiten waren um 0,41 Punkte verbessert (95 % KI: 0,15 bis 0,67). Zudem waren Schmerzbeeinträchtigungen um 3,90 Punkte (95 % KI: -7,21 bis -0,59) und Angst-Vermeidungs-Überzeugungen um 0,45 Punkte (95 % KI: -0,82 bis -0,09) zugunsten der VOR reduziert. Die Unterschiede waren mit Effektstärken von 0,13 bis 0,22 jedoch gering.

Stratifizierte Analysen nach psychischer Belastung zeigten deutlich höhere Vorteile der VOR bei stark belasteten Rehabilitanden. Zusätzlich konnten für diese Teilnehmer mit erhöhten Depressivität- oder Angstwerten bei Rehabilitationsbeginn in der Nacherhebung geringere Depressivitätswerte als bei vergleichbaren Teilnehmern der MR beobachtet werden. Eine Per-Protocol-Analyse zeigte bis zu zweimal höhere Effekte für die subjektive Arbeitsfähigkeit, die körperliche Funktionsfähigkeit, Angst-Vermeidungs-Überzeugungen und Selbstmanagementfähigkeiten, wenn die empfohlene Mindestdosis verhaltensmedizinisch orientierter Therapien tatsächlich erbracht wurde.

## **Diskussion und Fazit**

Unsere Studie konnte leichte Vorteile der VOR nach zehn Monaten zeigen. Teilnehmer der VOR berichteten eine bessere subjektive Arbeitsfähigkeit, eine bessere körperliche Funktionsfähigkeit, geringere Schmerzbeeinträchtigungen, geringere Angst-Vermeidungs-Überzeugungen und bessere Selbstmanagementfähigkeiten als vergleichbare Teilnehmer einer MR. Unsere Subgruppenanalysen zeigten, dass sich die Effekte offenbar verdoppeln lassen, wenn die intendierte Zielgruppe tatsächlich erreicht wird. Teilnehmer ohne Angst oder Depressivität vor Rehabilitationsbeginn konnten hingegen kaum von der VOR profitieren. Eine Per-Protocol-Analyse zeigte bis zu zweimal höhere Effekte zugunsten der VOR, wenn die empfohlene Mindestdosis verhaltensmedizinisch orientierter Therapien tatsächlich erbracht wurde.

Die Ergebnisse liefern erste Hinweise, dass die VOR auch in der realen Versorgungspraxis im Hinblick auf Schmerz- und Krankheitsbewältigungskompetenzen wirkt. Die Effekte sind vor allem auf Personen mit erhöhter Depressivität oder Angst vor Rehabilitationsbeginn zurückzuführen. Die Vorteile sind allerdings gering und ein Effekt auf die berufliche Wiedereingliederung zeigt sich nicht. Eine konsequentere Umsetzung der im Anforderungsprofil beschriebenen Empfehlungen bietet die Chance, die Effekte in der realen Versorgung zu verdoppeln.

## **Literatur**

Baumeister, H., Höfler, M., Jacobi, F., Wittchen, H. U., Bengel, J., Härter, M. (2004): Psychische Störungen bei Patienten mit muskuloskelettalen und kardiovaskulären Erkrankungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 33. 33-41.

- Bethge, M., Müller-Fahrnow, W. (2008): Wirksamkeit einer intensivierten stationären Rehabilitation bei muskuloskelettalen Erkrankungen: systematischer Review und Meta-Analyse. *Rehabilitation*, 47. 200-209.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2016): Anforderungsprofil der Deutschen Rentenversicherung Bund für die verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (VOR). 2., überarbeitete Auflage. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Hampel, P., Köpnick, A., Roch, S. (2019): Psychological and work-related outcomes after inpatient multidisciplinary rehabilitation of chronic low back pain: a prospective randomized controlled trial. *BMC Psychology*, 7. 6.
- Schmidt, C., Bernert, S., Spyra, K. (2014): Zur Relevanz psychischer Komorbiditäten bei chronischem Rückenschmerz: Häufigkeitsbild, Erwerbsminderungsrenten und Reha-Nachsorge im Zeitverlauf der Reha-Kohorten 2002–2009. *Rehabilitation*, 53. 384-389.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

### **Das Peer Review der medizinischen Rehabilitation – Ergebnisse des Pilotverfahrens Orthopädie**

*Stefanie Märtin; Niels Baumann; Luise Kayser*

Deutsche Rentenversicherung Bund

#### **Hintergrund und Zielstellung**

Das Peer Review der medizinischen Rehabilitation ist ein etabliertes Instrument der Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung. Es dient der Bewertung der Prozessqualität der medizinischen Rehabilitation.

Das frühere Papierverfahren wurde vor dem Hintergrund des damit verbundenen hohen Aufwands (u. a. Raum- und Personalbedarf, Kosten für mehrfachen Postversand, körperliche Anstrengung) auf ein elektronisches Verfahren umgestellt. Ein dazu entwickeltes PRV-System erlaubt die Verwaltung, Prüfung und den Versand der zu begutachtenden Fälle. Die Begutachtung kann online erfolgen. Das elektronische Verfahren wurde im Zuge des regulären Begutachtungsverfahrens 2018/ 2019 pilotiert (Peer Review – Pilot Orthopädie).

#### **Methoden**

Die Prozessqualität wird im Peer Review erfasst, indem anonymisierte Reha-Entlassungsberichte und Therapiepläne durch sog. Peers der gleichen Indikation begutachtet werden. Bei den Peers handelt es sich um erfahrene Chef- oder Oberärzte der Reha-Einrichtungen, die für die Tätigkeit geschult wurden. Die Begutachtung erfolgt mittels einer standardisierten Checkliste (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund, 2016).

Am Peer Review nehmen grundsätzlich alle von der Rentenversicherung federführend belegten Reha-Fachabteilungen teil. Die Pilotierung des elektronischen Verfahrens erfolgte für die Orthopädie / Rheumatologie. Es nahmen 539 Fachabteilungen teil.

Für jede der genannten Fachabteilungen wurde eine Zufallsstichprobe von 18 Fällen gezogen, welche folgende Einschlusskriterien erfüllte: Medizinische Rehabilitation der Fachrichtung Orthopädie/ Rheumatologie, Reha-Dauer mind. 15 Tage, Reha-Ende zwischen dem 01.02. und 31.07.2018, Entlassungsform regulär oder vorzeitig, erwachsene Versicherte, keine Altersrentner.

Insgesamt gingen 9.216 Fälle in die Begutachtung ein. Darunter waren 572 Kontrollberichte, mit denen die Gutachterübereinstimmung berechnet wird, die aber nicht in die inhaltliche Auswertung eingehen. Datengrundlage für die Auswertung waren 7.460 bewertete E-Berichte.

#### **Ergebnisse**

Das elektronische Verfahren mit Einsatz des entwickelten PRV-Systems lief bis auf kleinere Punkte, an denen nachjustiert werden muss, reibungslos.

Die Ergebnisse der Bewertung der Entlassungsberichte und Therapiepläne werden jeder Fachabteilung in Form vergleichender QS-Berichte zurückgemeldet. In der Gesamtschau wird deutlich, dass in den untersuchten Reha-Prozessen insgesamt vorwiegend keine bzw. leichte Mängel vorlagen (Tabelle 1).

Tab. 1: Orthopädie (n = 7.460): Mängelbewertung in den Prozessbereichen

Prozessbereich	keine Mängel	leichte Mängel	deutliche Mängel	gravierende Mängel
Anamnese	27 %	59 %	13 %	1 %
Diagnostik	39 %	50 %	10 %	1 %
Reha-Ziele, Reha-Verlauf und Reha-Ergebnis	28 %	57 %	14 %	1 %
Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise	42 %	41 %	15 %	2 %
Weiterführende Maßnahmen und Nachsorge	56 %	34 %	9 %	1 %
Gesamter Reha-Prozess	18 %	66 %	15 %	1 %

Die geringsten Mängel wurden in den Prozessbereichen „Weiterführende Maßnahmen und Nachsorge“ sowie „Diagnostik“ (90 % bzw. 89 % keine/leichte Mängel) gesehen. In den Bereichen „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise“ sowie „Reha-Ziele, Reha-Verlauf und Reha-Ergebnis“ (17 % bzw. 15 % deutliche/gravierende Mängel) wurden die meisten Mängel vergeben.

Tab. 2: Orthopädie (n = 7.460): Prozessbereiche im Überblick: Bewertungspunkte

Prozessbereich	Mittelwert	Median
Anamnese	7,6	7,7
Diagnostik	7,9	8,1
Reha-Ziele, Reha-Verlauf und Reha-Ergebnis	7,5	7,6
Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise	7,7	7,8
Weiterführende Maßnahmen und Nachsorge	8,3	8,3
Gesamter Reha-Prozess	7,5	7,5

Neben der Mängelbewertung beurteilen die Peers die einzelnen Prozessbereiche auch mittels sog. Bewertungspunkte (0 = „sehr schlecht“ bis 10 = „sehr gut“). In Tabelle 2 sind die Mittel- und Medianwerte der Bewertungspunkte aufgelistet. Die Werte zeigen eine ähnliche Tendenz wie die Ergebnisse im Bereich der Mängelbewertung. Die Prozessbereiche „Weiterführende Maßnahmen und Nachsorge“ sowie „Diagnostik“ wurden am besten bewertet (Tabelle 2). Die geringsten Bewertungspunkte sind in den Bereichen „Reha-Ziele, Reha-Verlauf und Reha-Ergebnis“ sowie „Anamnese“ zu verzeichnen.

Die Prozessbereiche werden bei der Begutachtung des Weiteren in Einzelmerkmale untergliedert (Ausnahme: „Gesamter Reha-Prozess“). Diese können u. a. konkretere Hinweise darauf geben, an welchen Stellen die Qualität eines Reha-Prozesses Defizite aufweist. Ein relativ hoher Anteil deutlicher und gravierender Mängel besteht bspw. bezüglich der „Zusammenfassenden Begründung der Leistungsbeurteilung“ durch die behandelnden Ärzte (16 %), bei der „Diagnostik der Beeinträchtigung von Aktivität und Teilhabe“ (14 %) und der „Einschätzung der Rehabilitandin/des Rehabilitanden zu ihrem/seinem Leistungsvermögen“ (14 %). Insgesamt bestehen auf Ebene der Prozessmerkmale zum Teil deutliche Unterschiede in den Mängelbewertungen.

### **Diskussion und Fazit**

Das Pilotverfahren zum Peer Review Orthopädie verlief insgesamt erfolgreich. Die Ergebnisse deuten auf eine akzeptable Qualität der Reha-Prozesse in den beteiligten orthopädischen Fachabteilungen hin. Zugleich zeigen sie Prozessbereiche und -merkmale auf, die mit Blick auf Mängelbewertungen bzw. Bewertungspunkte teilweise kritisch beurteilt wurden. Für diese ist eine Verbesserung der Qualität wünschenswert.

Die beteiligten Reha-Fachabteilungen bekommen ihre Ergebnisse im Fachabteilungsvergleich detailliert zurückgemeldet. Sie haben damit die Möglichkeit, die Ergebnisse des Peer Review für das interne Qualitätsmanagement bzw. die Verbesserung des Reha-Prozesses zu nutzen.

### **Literatur**

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2016): Peer Review – Somatische Indikationen. Berlin (abrufbar unter [www.reha-qs-drv.de](http://www.reha-qs-drv.de) > Peer Review-Verfahren)

## **Der Strukturierte Qualitätsdialog in der medizinischen Reha – Wie gehen Fachabteilungen mit auffälligen QS-Ergebnissen um?**

*Markus Thiede<sup>1</sup>; Simone Flaig<sup>2</sup>; Lea Kuntz<sup>2</sup>; Aleksandra Jaworek<sup>1</sup>; Eva Maria Bitzer<sup>2</sup>;  
Anke Mitschele<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Deutsche Rentenversicherung Bund; <sup>2</sup> Pädagogische Hochschule Freiburg

### **Hintergrund und Zielstellung**

Der Strukturierte Qualitätsdialog (SQD) wurde Anfang 2018 für Fachabteilungen in der medizinischen Reha bei der Deutschen Rentenversicherung (DRV) eingeführt. Das Ziel ist, Fachabteilungen bei der Verbesserung ihrer Ergebnisse zu unterstützen.

Zu den verwendeten Qualitätsindikatoren gehören die Rehabilitandenzufriedenheit und der subjektive Behandlungserfolg aus der Rehabilitandenbefragung, die Reha-Therapiestandards (RTS), das Peer-Review und die Therapeutische Versorgung (KTL).

Absolut auffällig ist eine Fachabteilung dann, wenn das fachabteilungsbezogene Ergebnis für einen Qualitätsindikator unter dem absoluten Schwellenwert von 50 Qualitätspunkten (auf einer Skala von 0 bis 100) liegt.

Relativ auffällig ist eine Fachabteilung dann, wenn das fachabteilungsbezogene Ergebnis für zwei Qualitätsindikatoren unter einem festgelegten relativen Schwellenwert liegt. Der relative Schwellenwert eines Qualitätsindikators ist erreicht, wenn der Wert zu den 10% der schlechtesten Werte im Vergleich zu den Fachabteilungen der Vergleichsgruppe gehört (1,29 Standardabweichung vom Mittelwert der Fachabteilungen der Vergleichsgruppe).

Seit November 2017 wird der SQD von der Pädagogischen Hochschule Freiburg wissenschaftlich begleitet. Hierzu werden u.a. die Dokumentationen der DRV-Träger zum SQD ausgewertet. Diese Ergebnisse werden hier ebenfalls vorgestellt, mit dem Schwerpunkt auf den implementierten Maßnahmen.

## Methoden

Bisher wurden an die Rentenversicherungsträger drei Rückmeldungen zu Qualitätsergebnissen gegeben. Die Ergebnisse dieser Rückmeldungen werden hier dargestellt.

In einem weiteren Schritt werden die Auswertungen aus dem Projekt zu den Dokumentationen dargestellt. Dazu wurden die Stellungnahmen der Fachabteilung inhaltsanalytisch ausgewertet. Hier werden vor allem die getroffenen Maßnahmen der Fachabteilungen zur Qualitätsverbesserung betrachtet.

## Ergebnisse

Mit der Aufnahme aller fünf festgelegten Qualitätsindikatoren steigt die Fallzahl auffälliger Fachabteilungen an. In der ersten und zweiten Rückmeldung wurden die Ergebnisse zum subjektiven Behandlungserfolg, Rehabilitandenzufriedenheit und Peer Review (Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen) verschickt. In der dritten waren zusätzlich die KTL und RTS enthalten.

Die Anzahl der auffälligen Fachabteilungen bleibt auf gleichem Niveau, der prozentuale Anteil sinkt jedoch (siehe Tabelle 1). Die Anzahl der relativ auffälligen Fachabteilungen sinkt. Die Anzahl der absolut auffälligen Fachabteilungen steigt dagegen an.

Tab. 1: Häufigkeiten der Fachabteilungen mit auffälligen QS-Ergebnissen

	<b>1. Rückmeldung (Januar 2018)</b>	<b>2. Rückmeldung (August 2018)</b>	<b>3. Rückmeldung (Oktober 2019)</b>
Fachabteilungen (FA) insgesamt*	961	971	1.434
...davon FA mit auffällige QS- Ergebnissen	121 (12,6%)	114 (11,7%)	119 (8,3%)
... ..davon relativ	120 (12,5%)	112 (11,5%)	89 (6,2%)
... ..davon absolut	1 (0,1%)	2 (0,2%)	30 (2,1%)

\*Fachabteilungen mit QS-Berichten und Qualitätspunkten

Bei der Verteilung über die Indikationen zeigen sich wenige Unterschiede über die drei Rückmeldungen, die orthopädischen Fachabteilungen sind jeweils am häufigsten vertreten.

Die Fachabteilungen bekommen von den Rentenversicherungsträgern die Informationen zu den auffälligen Qualitätsergebnissen und werden gebeten, Hintergrundinformationen dazu zu liefern, wie es zu den Ergebnissen kommt und welche Maßnahmen bereits ergriffen wurden bzw. werden.

Im Folgenden werden diese Stellungnahmen genauer ausgewertet. Dies geschieht mit Dokumentation für den Zeitraum Januar 2018 bis Januar 2019. Insgesamt liegen für den Untersuchungszeitraum 25 Stellungnahmen vor, deren Umfang liegt durchschnittlich bei 5 Seiten (Median = 3 Seiten; Range = 1-34 Seiten). Diese Stellungnahmen beziehen sich auf die QS-Ergebnisse zur Rehabilitandenzufriedenheit, subjektivem Behandlungserfolg und Peer Review.

Werden die Rückmeldungen der Fachabteilungen in Gründe für Auffälligkeiten und initiierte Maßnahmen aufgeteilt, zeigt sich ein Schwerpunkt bei der Darstellung der Maßnahmen für die Qualitätsverbesserung der Fachabteilung (siehe Tabelle 2).

Tab. 2: Auswertung der Stellungnahme der Fachabteilungen

Hauptkategorien	Anzahl Codes
<b>Gründe für Auffälligkeiten</b>	<b>62</b>
<b>Initiierte Maßnahmen</b>	<b>157</b>
<i>davon bezogen auf</i>	
...Therapieangebot	56
...Personal	39
...Reha-Management	37
...Qualitätssicherung	16
...Patientinnen und Patienten	9
<b>Gesamtanzahl der Codes</b>	<b>219</b>

Die initiierten Maßnahmen der Reha-Einrichtungen thematisieren hauptsächlich das Therapieangebot, das Personal und das Reha-Management. Die meisten Maßnahmen zur Verbesserung der auffälligen Qualitätsergebnisse befassen sich mit Änderungen im Therapieangebot. Dazu gehören inhaltliche, aber auch organisatorische Veränderungen und Anpassungen des Angebots während der Reha sowie Informationen zu weiterführenden Angeboten nach der Reha. Die Qualifizierung der Mitarbeiter ist die im Bereich Personal am häufigsten genannte Maßnahme. Zusätzlich sollen auch die Arbeitsstrukturen und die Personalbindung optimiert werden. Auch wird eine Personalaufstockung bzw. die Umstrukturierung des Personals als weitere Maßnahmen genannt. Im Bereich Reha-Management werden beispielweise Umstrukturierungen im Bereich der Abläufe, der Begrüßungs- oder Verabschiedungsveranstaltungen genannt.

Die Auswertungen der bisherigen Dokumentationen zeigen, dass nach der Stellungnahme der Fachabteilungen nur wenige SQDs im Zeitraum von Januar 2018 bis Januar 2019 eröffnet wurden (n= 11).

## **Diskussion und Fazit**

Insgesamt ist die Anzahl von Fachabteilungen mit auffälligen QS-Ergebnissen auch bei Verwendung von den fünf QS-Indikatoren nicht auffällig angestiegen, der Anteil ist sogar gesunken. Bei den absolut auffälligen Fachabteilungen lässt sich der hohe Anteil absolut auffälliger QS-Ergebnisse u.a. mit einer Senkung des Quorums bei den RTS erklären. Dadurch haben mehr Fachabteilungen zum ersten Mal eine Rückmeldung zu ihren QS-Ergebnissen bekommen und mehr Fachabteilungen Ergebnisse zu fachfremden RTS mit Qualitätspunkten erhalten.

Obwohl sich bei KTL und RTS hohe Mittelwerte in den Qualitätspunkten beobachten lassen, gibt es 25 Fachabteilungen, die unter 50 Qualitätspunkten in mindestens einem dieser QS-Indikatoren liegen.

Die geringe Anzahl eröffneter SQDs zeigt, dass die RV-Träger die Ausführungen der Fachabteilungen und die ergriffenen Maßnahmen als geeignet ansehen, um die Qualität zu verbessern. Aber auch die Fachabteilungen nehmen die Hinweise ernst und setzen sich detailliert mit den QS-Ergebnissen auseinander.

## **Literatur**

-

## **Implementierung des Strukturierten Qualitätsdialogs (SQD) aus Sicht der Rentenversicherungsträger - eine qualitative Studie**

*Simone Flaig<sup>1</sup>; Lea Kuntz<sup>1</sup>; Mareike Lederle<sup>1</sup>; Anke Mitschele<sup>2</sup>; Markus Thiede<sup>2</sup>; Margarete Ostholt-Corsten<sup>2</sup>; Eva Maria Bitzer<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Pädagogische Hochschule Freiburg; <sup>2</sup> Deutsche Rentenversicherung Bund

## **Hintergrund und Zielstellung**

Die trägerübergreifende Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung (DRV) beinhaltet unterschiedliche Qualitätsindikatoren, die indikationsspezifische Qualitätsvergleiche auf Ebene der Fachabteilungen ermöglichen. Im Januar 2018 führte die DRV rentenversicherungseinheitlich den Strukturierten Qualitätsdialog (SQD) als direkte, persönliche Rückmeldung fachabteilungsbezogener Qualitätsergebnisse an die einzelne Reha-Einrichtung ein. Ausgelöst wird der SQD durch die Unterschreitung zuvor festgelegter Schwellenwerte von derzeit fünf Qualitätsindikatoren (u.a. Behandlungszufriedenheit, subjektiver Behandlungserfolg, Reha-Therapiestandards). Reha-Einrichtung und federführender Rentenversicherungsträger sollen im Dialog Ziele und Arbeitsschritte für eine Qualitätsverbesserung festlegen. Zeigt sich nach einem zweiten SQD keine Verbesserung in den auffälligen Qualitätsindikatoren, entscheidet der federführende Rentenversicherungsträger über die weitere Belegung der Fachabteilung (Deutsche Rentenversicherung, 2017).

Die 16 Träger der Rentenversicherung haben zwar von Gesetzes wegen die gleichen Aufgaben und grundsätzlich auch ähnliche, aber aus historischen Gründen nicht identische

interne Organisationsstrukturen. Auch unterscheiden sie sich in Bezug auf weitere Merkmale, z.B. Versichertenzahlen, Belegschaftsgröße. Daher ist nicht auszuschließen, dass die Rentenversicherungsträger den von der DRV vorgeschlagenen „Muster-Prozess“ unterschiedlich implementieren und die Praktikabilität des Vorgehens unterschiedlich einschätzen.

## **Methoden**

Wir befragten zwischen 02/2019 und 06/2019 SQD-Durchführende bei den jeweiligen Rentenversicherungsträgern zur Implementierung und Praktikabilität des SQD als Prozess mittels leitfadengestützten persönlichen Interviews. Als Grundlage für die Erstellung des Leitfadens dienten die „Phasen des Veränderungsprozess“ von Grol et al. (2013), nach denen die Implementierung von Versorgungsinnovationen in Organisationen in fünf Phasen untergliedert werden kann (Orientierung, Verständnis, Akzeptanz, Veränderung und Aufrechterhaltung) und das Konzept zur „organisationalen Bereitschaft zur Implementierung von Veränderungen“ (Shea et al., 2014).

Folgende Inhalte stehen im Fokus:

- Wie ist der SQD beim Rentenversicherungsträger verankert?
- Wie ist der Rentenversicherungsträger bei der Umsetzung des SQD vorgegangen?
- Wie sind die Prozessschritte des SQD bei den Rentenversicherungsträgern organisiert?
- Wie gestaltet sich die Dokumentation des Prozesses?

Geplant waren 29 teilstrukturierte Einzelinterviews mit den SQD-Durchführenden bei den Rentenversicherungsträgern mit einer durchschnittlichen Dauer von 30 Minuten. Die Anzahl der Interviews pro Träger orientiert sich an der Anzahl der jährlichen Reha-Leistungen. Die Interviews haben wir mittels Audioaufnahmegeräten aufgezeichnet, transkribiert und anschließend in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) mit MAXQDA 2018 ausgewertet.

## **Ergebnisse**

Insgesamt haben wir 26 Interviews mit n=28 Interviewpartner/innen geführt, davon waren n=21 (75,0%) weiblich und n=7 (25,0%) männlich. Diplom Verwaltungswirt/in (n=9) und Sozialversicherungsfachangestellte/r (n=5) waren die beiden am häufigsten genannten beruflichen Qualifikationen. Unterschiede zeigten sich in den Erfahrungen mit der Reha-Qualitätssicherung (25 Jahre bis 9 Monate). Die Mehrheit der Befragten schätzte ihre Kenntnisse in diesem Bereich als gut ein. In jedem Rentenversicherungsträger haben wir mindestens ein Interview geführt. Durchschnittlich dauerte ein Interview 28 Minuten (16-42 Minuten).

Eine erste Auswertung des Interviewmaterials zeigt, dass der SQD sich in der Zuständigkeit derer befindet, die auch bisher für die Reha-Qualitätssicherung zuständig waren. Die Reha-Qualitätssicherung ist in den Rentenversicherungsträgern in unterschiedlichen Sach- bzw. Arbeitsgebieten (z.B. Rehabilitation, Klinik-/Rehamanagement, ärztlicher Dienst, Reha-Strategie und -Steuerung) verortet. Aufgrund der unterschiedlichen Organisationsstrukturen der Träger und der uneinheitlichen Bezeichnung der mit dem SQD betrauten Organisationseinheiten ist eine eindeutige Aussage, auf welcher Hierarchieebene der SQD verankert ist, nicht möglich.

Die meisten Rentenversicherungsträger bereiteten sich auf die Einführung des SQD durch den Besuch einer SQD-Einführungsveranstaltung und die SQD-Broschüre vor. Wenige Rentenversicherungsträger erstellten im Vorfeld bereits Materialien (z.B. Anschreiben an Rehabilitationseinrichtungen), die im SQD-Prozess eingesetzt werden sollen und/oder bildeten eine Planungsgruppe. Manche Träger konnten bereits auf SQD-ähnliche Strukturen zurückgreifen, sodass keine intensiven Vorbereitungen notwendig waren.

Die ersten Prozessschritte im SQD „Muster-Prozess“ werden zumeist von einer Person durchgeführt. Erst bei der Bewertung der Stellungnahme werden weitere Personen in den Prozess einbezogen. Meist sind dies Leitungskräfte. Für die Dokumentation des SQD nutzen alle Rentenversicherungsträger den bereitgestellten Dokumentationsbogen. Zusätzlich führen einige Rentenversicherungsträger noch eine interne Dokumentation.

Eine erste Einordnung der Träger in die „Phasen im Veränderungsprozess“ zeigt, dass alle Träger die ersten beiden Phasen durchlaufen haben und sich nun in den Phasen Akzeptanz, Veränderung oder Aufrechterhaltung befinden.

### **Diskussion und Fazit**

Die ersten Auswertungen des Interviewmaterials zeigen, dass die Vorbereitungen auf den SQD bei den Rentenversicherungsträgern unterschiedlich intensiv verlaufen sind. Hingegen ist die Organisation der Prozessschritte zwischen den Rentenversicherungsträgern nahezu einheitlich.

In den weiteren Auswertungen möchten wir eine detailliertere Übersicht darüber erhalten, wie die einzelnen Rentenversicherungsträger den rentenversicherungseinheitlich erstellten „Muster-Prozess“ implementiert haben und wie die Bereitschaft bei den Rentenversicherungsträgern ist, den SQD in ihre Strukturen zu übernehmen.

Auf der Grundlage der Ergebnisse planen wir Empfehlungen für die optimale, langfristige Implementierung des SQD abzuleiten.

### **Literatur**

Deutsche Rentenversicherung (2017): Strukturierter Qualitätsdialog. URL: [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3\\_Infos\\_fuer\\_Experten/01\\_sozialmedizin\\_forschung/downloads/quali\\_allgemein/SQD-Broschuere.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=5](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/quali_allgemein/SQD-Broschuere.pdf?__blob=publicationFile&v=5), Abruf: 04.09.2017.

Grol, R., Wensing, M., Eccles, M., Davis, D. (Eds.) (2013): Improving Patient Care. The implementation of change in health care. Oxford: John Wiley & Sons, Ltd.

Kuckartz, U. (2018): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung (4. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Shea, C. M., Jacobs, S. R., Esserman, D. A., Bruce, K., Weiner, B. J. (2014): Organizational readiness for implementing change: a psychometric assessment of a new measure. *Implementation science*, 9.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

# Rehabilitanden- und Angehörigenzufriedenheit auf Klinikbewertungen.de Eine quantitative Analyse von Onlinebewertungen zur medizinischen Rehabilitation

*Christiane Patzelt<sup>1</sup>; Susann Kiss<sup>1</sup>; Felix Hopf<sup>1</sup>; Martin Emmert<sup>2</sup>; Uwe Sander<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Hochschule Hannover; <sup>2</sup> Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

## Hintergrund und Zielstellung

Rehabilitanden äußern sich vermehrt im Internet, um ihre Zufriedenheit mit dem Rehabilitationsaufenthalt und ihre persönlichen Erfahrungen anderen Internetnutzern mitzuteilen. Dies erfolgt in Form von Sterneratings und Erfahrungsberichten u.a. auf der Webseite Klinikbewertungen.de. Rund die Hälfte der Rehabilitanden informiert sich vor Beginn und zum Ende der Rehabilitation im Internet (Walther et al., 2017). Klinikbewertungen.de wurde in der psychosomatischen Rehabilitation von ca. jedem dritten Rehabilitanden im Vorfeld der Rehabilitation für die Informationssuche genutzt (Widera et al., 2011). Internationale und nationale Studien haben darüber hinaus gezeigt, dass Patientenberichte sowohl im niedergelassenen ärztlichen als auch im stationären Versorgungsbereich eine inzwischen nicht mehr zu vernachlässigende Bedeutung für das Qualitätsmanagement erlangt haben (Lagu et al., 2013; Emmert et al., 2014). In Deutschland lagen über Rehabilitationskliniken bisher keine systematischen Analysen zu online abgegebenen Bewertungen vor. Diesem Ziel ging die Studie „Zufriedenheit von Rehabilitanden in Erfahrungsberichten der sozialen Medien“ (ZURES0) nach, welche von der Deutschen Rentenversicherung Bund von Februar 2018 bis Oktober 2019 gefördert wurde.

## Methoden

Vollerhebung aller Bewertungen auf Klinikbewertungen.de für eigene und federführend belegte Rehabilitationskliniken der Rentenversicherung im Zeitraum von 10/2014 bis 09/2017. Die Datenbasis umfasst nach Datenbereinigung N=24.806. Deskription der Ergebnisse zu acht QS-Vergleichsgruppen: Orthopädie, Neurologie, Onkologie, Kardiologie, Psychosomatik und Psychotherapie, Innere Medizin, Pneumologie und Dermatologie, Gastroenterologie. Quantitative Analysen der Weiterempfehlung, Gesamtzufriedenheit sowie Zufriedenheit mit der Qualität der Beratung, der medizinischen Behandlung, der Verwaltung und Abläufe, der Ausstattung und Gestaltung (4er-Likert-Skalen). Vergleich mit den aggregierten Ergebnissen der Rehabilitandenbefragung der DRV Bund bzgl. des Items Gesamtzufriedenheit (nach QS-Vergleichsgruppe, Jahrgang).

## Ergebnisse

Die Bewertungen erfolgen hauptsächlich durch die Rehabilitanden (95,4%). Es geben jedoch auch Angehörige (4,0%), sonstige Betroffene, Klinikmitarbeiter und (einweisende) Ärzte Klinikbewertungen auf der untersuchten Webseite ab. In der Neurologie ist der Anteil der Angehörigenbewertungen (23,1%) höher als in den anderen QS-Vergleichsgruppen (Kardiologie 5,1%; Orthopädie 2,9%; Innere Medizin 1,3%). Die Rezensenten sind zu 84,6% gesetzlich versichert; 10,4% privat versichert; 5,0% geben den Versicherungsstatus nicht an. Die meisten Bewertungen konnten für die Orthopädie (n=9.556; 38,5%), die Psychosomatik und Psychotherapie (n=6.733; 27,1%) sowie die Onkologie (n=2.929; 11,8%) über den

Fachbereich und Angaben zum Krankheitsbild auf der Webseite identifiziert werden. 75,8% geben eine Weiterempfehlung der Rehabilitationsklinik an, und 79,7% sind mit der medizinischen Rehabilitation insgesamt sehr zufrieden bis zufrieden (N=24.806). Die Qualität der medizinischen Behandlung und Beratung wird positiver bewertet als die organisatorischen Verwaltungsabläufe und die Ausstattung. Onkologische Rehabilitanden sind zufriedener als neurologische Rehabilitanden. Die Ergebnisse zeigen sich auch in der Rehabilitandenbefragung, z.T. sind die Rehabilitanden der QS-Vergleichsgruppen auf Klinikbewertungen.de zufriedener (Onkologie 2014/2015: 86,7 vs. 77,5 Qualitätspunkte). Die Angehörigen sind unzufriedener als die Rehabilitanden (unzufrieden/weniger zufrieden: 58,4% Angehörige vs. 18,6% Rehabilitanden) und empfehlen die Rehabilitationsklinik seltener weiter (Weiterempfehlung: 37,2% Angehörige vs. 77,5% Rehabilitanden).

### **Diskussion und Fazit**

In den QS-Vergleichsgruppen konnten im Verlauf zunehmend sehr viele Bewertungen identifiziert werden. Sie können im Vergleich zu den Ergebnissen der Rehabilitandenbefragung ein zeitnahes „Barometer der Zufriedenheit“ für die Rehabilitationskliniken darstellen und sind als zusätzliche Informationsquelle für das Qualitätsmanagement nutzbar. Optimierungspotential bieten die Angehörigenbewertungen, die im Vergleich zu den Rehabilitandenbewertungen deutlich schlechter ausfallen. Limitationen sind in den fehlenden Angaben zu Alter und Geschlecht sowie der Anonymität der Nutzerangaben zu sehen. Dadurch ist die Zuordnung von Rehabilitanden und Angehörigen zu den entsprechenden Rehabilitationskliniken limitiert auf die Selbstangaben der Rezensenten.

### **Literatur**

- Emmert, M., Meier, F., Heider, A.-K., Dürr, C., Sander, U. (2014): What do patients say about their physicians? An analysis of 3000 narrative comments posted on a German physician rating website. *Health policy* 118 (1). 66–73.
- Lagu, T., Goff, S. L., Hannon, N. S., Shatz, A., Lindenauer, P. K. (2013): A mixed-methods analysis of patient reviews of hospital care in England: Implications for public reporting of health care quality data in the United States. *Joint Commission journal on quality and patient safety / Joint Commission Resources* 39 (1). 7–15.
- Walther, A. L., Schreiber, D., Falk, J., Deck, R. (2017): Subjektiver Informationsstand und Informationsbedürfnisse von Versicherten mit bewilligtem Rehabilitationsantrag und Rehabilitanden am Ende der Rehabilitation. Ergebnisse einer schriftlichen Befragung. *Die Rehabilitation* 56 (4). 240–247.
- Widera, T., Bonn, V., Klosterhuis, H. (2011): Nutzen Rehabilitanden das Internet zur Vorbereitung auf die Rehabilitation? *RVaktuell* 8. 243-250.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

# Zusammenhänge unterschiedlicher Qualitätsparameter (Kennzahlen) aus der externen Qualitätssicherung der DRV

*Jürgen Schmidt<sup>1</sup>; Udo Kaiser<sup>1</sup>; Rüdiger Nübling<sup>1</sup>; Rainer Kaluscha<sup>2</sup>; Edwin Toepler<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen (GfQG);

<sup>2</sup> Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm (IFR Ulm);

Federseeklinik, Bad Buchau; <sup>3</sup> Hochschule Bonn Rhein Sieg

## Hintergrund und Zielstellung

Kennzahlen aus internen und externen Erhebungen zählen inzwischen zum Standard in internen Qualitätsmanagementsystemen (QMS). Im Kapitel B7 des QMS-Reha stellen sie ein eigenständiges Qualitätselement dar. Anhand geeigneter, unterschiedlicher Perspektiven (z.B. Kunden, Finanzen, Struktur und Prozesse, Beschäftigte) umfassender Kennzahlen kann der Erreichungsgrad von Zielen und die Prozessqualität gemessen werden (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2019). Mittels einheitlicher Kennzahlen können Einrichtungen miteinander verglichen und Verbesserungsmaßnahmen angestoßen werden („Lernen vom Besten“). Aktuell haben Kennzahlen aus dem externen QS-Programm der DRV (z.B. Rehabilitandenbefragung, KTL- oder RTS-Indikatoren) im Rahmen des strukturierten Qualitätsdialogs (Deutsche Rentenversicherung Bund) und einer qualitätsorientierten Belegungssteuerung eine große Bedeutung erlangt. Vor diesem Hintergrund stellen sich für die Einrichtungen u.a. Fragen bezüglich des Bedeutungshorizonts und der optimalen Nutzung solcher Kennzahlen.

## Methoden

Im Rahmen der „Reha-QM-Outcome-Studie II“ (Toepler et al., 2018) wurden eine Reihe Qualitätskennwerten erhoben, u.a. fachabteilungsbezogene Indikatoren aus der externen Rehabilitandenbefragung (RB) der DRV, aus KTL- und RTS-Berichten, Belegungszahlen, Strukturmerkmale und personelle Ausstattung. Hauptziel der Studie ist die Überprüfung der Effektivität stationärer Heilbehandlungen auf der Grundlage von drei Datenbereichen (PROs, RSD, Qualitätskennzahlen) sowie die Untersuchung der Zusammenhänge zwischen diesen Bereichen. Im Beitrag werden exemplarisch Befunde für Kennwerte aus der externen QS dargestellt: 1. „Zufriedenheit mit der Rehabilitation“ (RB), 2. „Behandlungserfolg“ (RB), 3. „Therapeutische Versorgung“ (KTL) und 4. „Laufzeit der E-Berichte“ (Rehabilitandenstruktur). Die Daten stammen aus 40 Einrichtungen (davon 21 DRV-Kliniken) mit insgesamt 81 Fachabteilungen (25 Orthopädie-, 11 Kardiologie-, 11 Onkologie- und 8 Psychosomatik-Abteilungen). Die Gesamtbettenzahl der 40 Einrichtungen variiert zwischen 52 und 522 Betten. Erhoben wurden jeweils die Qualitätspunktwerte (QP) der Fachabteilungen und die jeweiligen fachabteilungsbezogenen Vergleichswerte bzw. die Laufzeit-Mittelwerte der Fachabteilungen und die entsprechenden Vergleichswerte. Zum Zwecke der relativen Positionierung wurden für alle Parameter Abweichungswerte gebildet.

## Ergebnisse

Tabelle 1 zeigt die korrelativen Zusammenhänge zwischen den einbezogenen Qualitätskennzahlen.

Tab. 1: Zusammenhang verschiedener Kennzahlen der externen Qualitätssicherung (QS-Programm der DRV), Rangkorrelationen nach Spearman, n=81 Abteilungen

Merkmals	Reha-Zufriedenheit	Reha-erfolg	KTL L-Menge	KTL L-Dauer	KTL L-Verteilung	KTL Summe
Rehabilitandenzufriedenheit	1					
Subjektiver Behandlungserfolg	,59**	1				
KTL - Leistungsmenge	-,20	-,11	1			
KTL - Leistungsdauer	-,32**	-,27*	,61**	1		
KTL - Leistungsverteilung	,01	-,19	,41**	,55**	1	
KTL - Summe	-,21	-,17	,91*	,78**	,63**	1
Laufzeit Entlassberichte	-,21	,03	,24	,18	,02	,22

Legende: \* p < .05; \*\* p < .01, jeweils Abweichungen (Residuen) von der indikativen Referenzgruppe

Zu sehen ist, dass innerhalb der Instrumente "Rehabilitandenbefragung" und "KTL" jeweils hohe und signifikante Korrelationen bestehen, zwischen diesen nur moderate, aber negative. In Abb. 1 ist exemplarisch der Vergleich bzw. den Zusammenhang der Residuen auf der Ebene der Fachabteilungen für den Reha-Erfolg und die Rehabilitandenzufriedenheit (Rangfolge des Merkmals Reha-Erfolg) dargestellt.

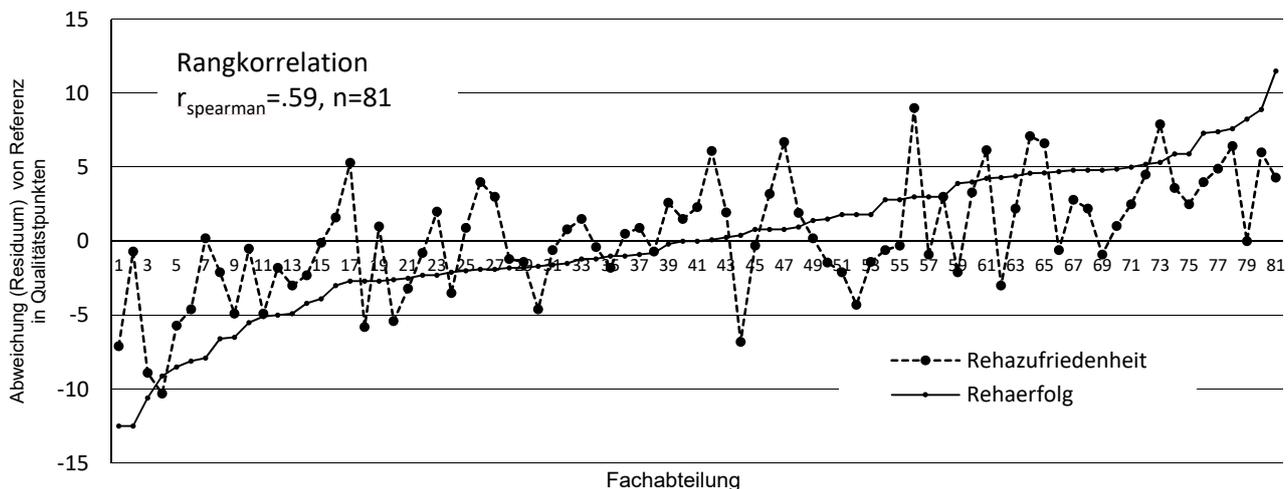


Abb. 1: Rehabilitandenzufriedenheit und Reha-Erfolg, Klinikvergleich, externer QS der DRV, Abweichungen (Residuen) von indikativen Referenzstichproben, n=81 Fachabteilungen

## Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen z.T. deutliche Zusammenhänge zwischen unterschiedlichen QM-Merkmalen, insbesondere für die beiden Kriterien Rehabilitandenzufriedenheit und Reha-Erfolg. Zwischen diesen beiden Parametern der Rehabilitandenbefragung und den Bereichen KTL sowie Laufzeit der E-Berichte bestehens moderate, hinsichtlich KTL negative Zusammenhänge. Dies deutet daraufhin, dass definierte Qualitätskennzahlen nicht unbedingt in eine einheitliche Richtung tendieren. Insbesondere die KTL-Vorgaben zielen eher auf eine Standardisierung denn eine Individualisierung der Therapien. Dies könnte bei einem nicht unerheblichen Anteil der Rehabilitanden zu weniger Zufriedenheit und v.a. auch zu einem geringeren Behandlungserfolg führen. Diese Hypothese muss allerdings noch in vertiefenden Analysen eingehender geprüft werden.

## Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund. (2017): Strukturierter Qualitätsdialog. Der Strukturierte Qualitätsdialog mit Reha-Einrichtungen als ein Instrument der Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung. Im Internet: [https://www.deutscherentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3\\_Infos\\_fuer\\_Experten/01\\_sozialmedizin\\_forschung/downloads/quali\\_allgemein/SQD-Broschuere.pdf](https://www.deutscherentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/quali_allgemein/SQD-Broschuere.pdf)

Deutsche Rentenversicherung Bund (2019): Qualitätsmanagementsystem QMS-Reha. Manual zur Einführung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems QMS-Reha für ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen. Version 3.1., Stand 01/2019. 4. Aufl. Berlin; 2019

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

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

## Das Betriebliche Eingliederungsmanagement als Motor der Rehabilitation

*Wolfhard Kohte*  
ZSH Halle/Saale

### Hintergrund und Zielstellung

Sozialwissenschaftliche Untersuchungen über den Beginn von Erwerbsminderungsrenten haben gezeigt, dass in mehr als 50 % der Fälle die Betroffenen vor der Verrentung an keinen Rehabilitationsmaßnahmen teilgenommen haben (Brussig, 2012). Dies widerspricht dem Verhältnis von Rehabilitation und Rente, denn in aller Regel sollen zunächst Rehabilitationsverfahren zur Stabilisierung der Erwerbsfähigkeit durchgeführt werden.

Ein mögliches Instrument einer solchen Stabilisierung ist das Betriebliche Eingliederungsmanagement. In § 167 Abs. 2 S. 4 SGB IX ist festgelegt worden: „Kommen Leistungen zur Teilhabe oder begleitende Hilfen im Arbeitsleben in Betracht, werden vom Arbeitgeber die Rehabilitationsträger hinzugezogen“. Eine ähnliche Regelung zur Mobilisierung des externen Sachverstands gab es bereits vor 2016 (Kohte, 2008).

### Methoden

Längere Zeit ist diese normative Anordnung in der Praxis wenig beachtet worden. Dies änderte sich, als das Bundesarbeitsgericht erstmals zu diesem Satz 2014 konkret Stellung nahm (BAG 20.11.2014 – 2 AZR 755/13, NZA 2015, 612). Das Gericht qualifizierte ein BEM-Verfahren als fehlerhaft, wenn eine solche Hinzuziehung der Rehabilitationsträger nicht erfolgte und wenn bereits bei der Einleitung des Verfahrens die Beschäftigten nicht auf diese Möglichkeit hingewiesen worden waren. Inzwischen ist dieser Grundsatz in verschiedenen Arbeitsgerichtsverfahren aufgenommen und verdeutlicht worden. Als konkretes Beispiel soll hier das Urteil des LAG Frankfurt vom 13.08.2018 – 16 Sa 1466/17, vorgestellt werden.

### Ergebnisse

Die 1958 geborene Klägerin war seit 1999 als Reinigungskraft bei der Beklagten tätig. In den Jahren 2013 bis 2017 war sie jeweils mehr als 90 Tage arbeitsunfähig erkrankt. In einem betrieblichen BEM-Verfahren fanden insgesamt vier erfolglose betriebsinterne Gespräche statt. Danach sprach die Beklagte eine personenbedingte Kündigung der Klägerin im März 2017 aus. Die Kündigungsschutzklage der Klägerin war am LAG Frankfurt erfolgreich.

Das Gericht beanstandete zunächst, dass im Einladungsschreiben zum BEM-Verfahren nicht auf die Möglichkeit der Beteiligung der Rehabilitationsträger verwiesen worden war, dazu sei der Arbeitgeber jedoch verpflichtet. Weiter beanstandete das Gericht, dass das BEM-Verfahren erfolglos abgebrochen worden war. Nach den erfolglosen internen Gesprächen hätte ein Rehabilitationsträger eingeschaltet werden müssen, denn angesichts der beachtlichen Arbeitsunfähigkeitszeiten kamen hier Leistungen der medizinischen Rehabilitation in Betracht.

Dies hatte sich während des arbeitsgerichtlichen Verfahrens bestätigt, denn die Klägerin hatte Anfang 2018 an einer von ihr initiierten medizinischen Rehabilitation teilgenommen; der im Arbeitsgerichtsverfahren eingereichte Entlassungsbericht hatte eine deutliche Stabilisierung ihrer Gesundheit dokumentiert. Die Beklagte hätte ihre Kündigung nur „retten“ können, wenn sie nachgewiesen hätte, dass ein BEM-Verfahren unter Einschaltung der Rehabilitationsträger im Jahr 2017 objektiv nutzlos gewesen wäre. Dies war angesichts des erfolgreichen Rehabilitationsverfahrens jedoch nicht der Fall. Die Kündigung wurde daher als unverhältnismäßig qualifiziert, weil die gebotene Einschaltung von Rehabilitationsträgern nicht durchgeführt worden war.

### **Diskussion und Fazit**

Der Sachverhalt und die Entscheidung zeigen deutlich, dass die seit vielen Jahren im Gesetz angeordnete Heranziehung externen Sachverständigen von den Gerichten inzwischen als eine wichtige präventive Rechtspflicht qualifiziert wird. Damit wird der Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“ sowie „Rehabilitation vor Kündigung“ nachhaltig unterstrichen. Dies wird in der Literatur deutlich befürwortet (Schmidt, 2017, S. 57 ff). Auf diese Weise erweist sich das Betriebliche Eingliederungsmanagement als ein wichtiges Instrument, mit dem die sozialrechtlichen Leistungen effektiver eingesetzt werden können (Welti, 2016, S. 43 ff).

Die Rehabilitationsträger sind durch die Neufassung des SGB IX und die Verstärkung der betrieblichen Prävention in § 3 SGB IX stärker in die Pflicht genommen worden, denn sie sind verpflichtet, die Betriebsparteien beim Betrieblichen Eingliederungsmanagement zu unterstützen (Beyer & Düwell 2017, S.107). Es ist daher geboten, dass die zum 01.01.2018 eingeführten Ansprechstellen nach § 12 SGB IX transparent organisiert und bekannt gemacht werden. So wird auch im Handlungsleitfaden der Deutschen Rentenversicherung zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement auf diese Heranziehung des externen Sachverständigen ausdrücklich hingewiesen. Damit können auch die betrieblichen Akteure im BEM-Verfahren die Chancen einer rechtzeitigen Rehabilitation besser nutzen.

### **Literatur**

- Brussig, M. (2012), Erwerbsminderung und Arbeitsmarkt, in Altersübergangs-Report 2012-04, Düsseldorf
- Düwell, F.-J. & Beyer, C. (2017), Das neue Recht für behinderte Beschäftigte, Baden-Baden
- Kohte, W. (2008), Betriebliches Eingliederungsmanagement und Bestandsschutz, DB 2008, 582 – 587
- Schmidt, B. (2017), Gestaltung und Durchführung des BEM, 2. Auflage, München
- Welti, F. (2016), Sozialrechtliche Fragen zum BEM, in Werkbuch BEM-Betriebliches Eingliederungsmanagement

# **Das Budget für Ausbildung – Unterstützung für Menschen mit Behinderung und Betriebe**

*Cindy Gast-Schimank*

Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg

## **Hintergrund und Zielstellung**

Aufbauend auf den guten Erfahrungen einiger Bundesländer wurde im Zuge des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) das Budget für Arbeit (BfA) in das Sozialgesetzbuch (SGB) IX aufgenommen. Auf Grundlage des § 61 SGB IX haben Menschen mit Behinderung seit 2018 Anspruch auf ein BfA. Dieser besteht nur für Menschen mit Beschäftigungsanspruch im Arbeitsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) (vgl. § 61 Abs. 1 S. 1 SGB IX) und damit nicht für Menschen mit Behinderung in Ausbildung. Im Gesetzgebungsverfahren stieß die Herausnahme Auszubildender aus dem leistungsberechtigten Personenkreis auf erhebliche Kritik. (Nebe & Schimank, 2016, S. 6) Mit dem Gesetz zur Entlastung unterhaltsverpflichteter Angehöriger in der Sozialhilfe und in der Eingliederungshilfe (Angehörigen-Entlastungsgesetz) soll dies nun geändert werden und ein neuer § 61a SGB IX „Budget für Ausbildung“ eingeführt werden. (BR-Drs. 395/19 und BT-Drs. 19/13399)

Das Budget für Ausbildung soll als Alternative zur WfbM denjenigen Menschen mit Behinderung zustehen, die Anspruch auf Leistungen im Eingangsverfahren oder im Berufsbildungsbereich haben. Umfasst ist ein Zuschuss zur Ausbildungsvergütung sowie die erforderliche Anleitung und Begleitung am Ausbildungsplatz und in der Berufsschule (Abs. 2). Der Anwendungsbereich beschränkt sich auf anerkannte Ausbildungsberufe nach dem Berufsbildungsgesetz (BBiG) und der Handwerksordnung (HWO). Förderungsfähig sind auch Theorie geminderte Ausbildungsgänge, sog. Fachpraktikerberufe (Abs. 1). Geplant ist, dass die Ausbildungsvergütung vollständig bezuschusst wird (Abs. 2) und das Budget für Ausbildung für die gesamte Ausbildungsdauer erbracht wird (Abs. 3).

Ziel des Beitrags ist das Budget für Ausbildung als Unterstützungsinstrument für junge Menschen mit Behinderung und für Betriebe vorzustellen und im System sozialrechtlicher Leistungen zu verorten.

## **Methoden**

Die vorgesehene Regelung zum Budget für Ausbildung als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben findet sich im Angehörigen-Entlastungsgesetz. Im Vortrag werden das Gesetzgebungsverfahren und darauf beruhende inhaltliche Hinweise sowie kritische Aspekte herausgearbeitet und diskutiert. Hierfür werden die Verbände-Stellungnahmen zum Entwurf, die Gesetzesbegründung sowie die Beratungen im Bundesrat herangezogen. Im Fokus stehen der leistungsberechtigte Personenkreis, die Leistungsinhalte sowie die zuständigen Träger. Dabei werden Bezüge zum Budget für Arbeit gem. § 61 SGB IX hergestellt und im Rahmen des Gesetzgebungsprozesses zum BTHG diskutierte Aspekte aufgegriffen, die Hinweise für die Realisierung des Budgets für Ausbildung geben können.

Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Bearbeitung sozialrechtlicher Fragestellung zum Budget für Ausbildung. Hierzu zählen u.a. die Abgrenzung zu Leistungen mit ähnlicher

Ausrichtung, wie die Assistierte Ausbildung, Kombinationsmöglichkeiten mit weiteren reha-rechtlichen Hilfen sowie die Frage, ob das Budget für Ausbildung eine volle Erwerbsminderung voraussetzt.

## **Ergebnisse**

Das Budget für Ausbildung wird seitens der Verbände sowie des Bundesrates grundsätzlich begrüßt. Gleichzeitig bestehen einige zentrale Kritikpunkte, wie die Koppelung an den WfbM-Anspruch und die damit einhergehende Einschränkung des Personenkreises. Auch die Beschränkung auf sozialversicherungspflichtige Ausbildungsverhältnisse in einem anerkannten Ausbildungsberuf bzw. in den sog. Fachpraktikerberufen werden kritisiert. Gefordert wird zudem eine koordinierende Institution zu benennen, die Leistungsberechtigte wie auch Arbeitgeber unterstützt.

## **Diskussion und Fazit**

Artikel 27 UN- Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) fordert den Ausbau eines inklusiven Arbeitsmarktes. In diesem Zusammenhang kritisierte der Fachausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderung in den abschließenden Bemerkungen aus 2015, die Segregation auf dem deutschen Arbeitsmarkt und das System der WfbM. Das Budget für Ausbildung ist aus Sicht der Verfasserin grundsätzlich geeignet die Zugangszahlen in die WfbM zu reduzieren und die Umsetzung des Art. 27 UN-BRK voranzubringen. Die erfolgreiche Umsetzung wird jedoch von einer guten Begleitung der Menschen mit Behinderung sowie (potentieller) Arbeitgeber abhängen, die bereits beim Leistungszugang ansetzt und sich durch das kontinuierliche Zusammenwirken bedarfsgerechter Sozialleistungen auszeichnen muss.

## **Literatur**

Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (2015), Abschließende Bemerkungen über den ersten Staatenbericht Deutschlands, abrufbar unter [https://www.gemeinsam-einfach-machen.de/GEM/DE/AS/UN\\_BRK/Staatenpruefung/Erste\\_Staatenpruefung/staatenpruefung\\_node.html](https://www.gemeinsam-einfach-machen.de/GEM/DE/AS/UN_BRK/Staatenpruefung/Erste_Staatenpruefung/staatenpruefung_node.html).

Gast-Schimank (2019), Das Budget für Ausbildung im Angehörigen-Entlastungsgesetz – Teil I: Analyse des Gesetzentwurfs und der Stellungnahmen, Beitrag D18-2019 unter [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de).

Nebe & Schimank (2016), Das Budget für Arbeit im Bundesteilhabegesetz; Teil 1: Darstellung der Entwicklung und kritische Betrachtung bis zur Befassung im Bundesrat; Beitrag D47-2016 unter [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de).

Nebe & Waldenburger (2014), Budget für Arbeit. Forschungsprojekt im Auftrag des Integrationsamtes des Landschaftsverbandes Rheinland, abrufbar unter [https://www.lvr.de/media/wwwlvrde/soziales/menschenmitbehinderung/arbeitundausbildung/dokumente\\_229/15\\_0456\\_Forschungsbericht\\_barrierefrei.pdf](https://www.lvr.de/media/wwwlvrde/soziales/menschenmitbehinderung/arbeitundausbildung/dokumente_229/15_0456_Forschungsbericht_barrierefrei.pdf).

Schaumberg (2018): Das Budget für Arbeit – Erste Überlegungen zur Anwendung in der Praxis; Beitrag A8-2018 unter [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de).

Stellungnahmen der Verbände zum Angehörigen-Entlastungsgesetz, abrufbar unter <https://www.bmas.de/DE/Service/Gesetze/angehoerigen-entlastungsgesetz.html>.

Förderung: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

# **Der behinderungsgerechte Einsatz von Assistenztechnologien im Betrieb - am Beispiel von Exoskeletten**

*Dörte Busch*

Hochschule für Wirtschaft und Recht Berlin

## **Hintergrund und Zielstellung**

Behinderungen werden vielfach im Laufe des (Erwerbs-)Lebens erworben. Assistenztechnologien können eine behinderungsgerechte Anpassung des Arbeitsplatzes ermöglichen und ein Erwerbsleben fördern. Im Zuge der Digitalisierung von Arbeitswelt und Medizintechnik finden Exoskelette zunehmend ihren Weg in den Betrieb. Sie erleichtern das Heben und Tragen – schwerer - Lasten, sodass sie insbesondere in der Automobilherstellung, auf Baustellen und in Werften verwendet werden. Sie verfügen über ein multifunktionales Verwendungsspektrum, wie die Judikatur der Sozialgerichte zu Exoskeletten und ihre Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 139 SGB V zur medizinische Rehabilitation deutlich zum Ausdruck bringen. Ihr behinderungsgerechter Einsatz am Arbeitsplatz ist ein konsequenter Schritt zur Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit Behinderungen. Ziel ist es, die konkreten Ansprüche der Menschen mit Behinderungen gegen Rehabilitationsträger und Arbeitgeber abzugrenzen und arbeitsschutzrechtliche Bedingungen für den Einsatz von Exoskeletten bei beruflicher Wiedereingliederung zu formulieren.

## **Methoden**

Auswertung von empirischen Studien, Rechtssprechung und Literatur zur Formulierung von Ergebnissen auf Basis der juristischen Methodenlehre

## **Ergebnisse**

Neue Studien über Exoskelette legen zum jetzigen Zeitpunkt einen unbeschränkten Einsatz im Betrieb auch für Menschen ohne Behinderungen nicht nahe. Aus ihnen ist auch zum behinderungsgerechten Einsatz bei beruflicher Wiedereingliederung die Anwendung des arbeitsschutzrechtlichen Instruments der Gefährdungsbeurteilung (§ 5 ArbSchG) ableitbar und greift damit den auf dem EFR 2019 entwickelten Ansatz auf. Aufgrund der funktionalen Bandbreite beim Einsatz von Exoskeletten sind die Ansprüche von Menschen mit Behinderungen im Einzelfall zur behinderungsgerechten Anpassung des Arbeitsplatzes als Leistungen zur Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben gegen Rehabilitationsträger und gegen Arbeitgeber abzugrenzen.

## **Diskussion und Fazit**

Der Einsatz moderner Assistenztechnologien im Betrieb, wie von Exoskeletten, fördert das Erwerbsleben von Menschen ohne und mit Behinderungen. Funktional wird es zunehmend ein fließenderer Übergang vom beabsichtigten Gesundheits- und Sicherheitsschutz im Betrieb zum behinderungsgerechten Einsatz für Menschen mit Behinderungen. Im Arbeits- und Sozialsystem werden bei beruflicher Wiedereingliederung Abrenzungsfragen für deren Einsatz die Zuständigkeit einschließlich Finanzierung beim behinderungsgerechten Einsatz am Arbeitsplatz neu aufgeworfen. Der derzeitige empirische Forschungsstand nach Art und

Einsatz von Exoskeletten verlangt darüberhinaus nach ergänzender arbeitsschutzrechtlicher Sicherung.

### **Literatur**

- Hensel, R. et. al. (2018). Erkenntnisse aus einer Feldstudie mit einem Exoskelett zur Rückenunterstützung, ASU 10.2018, 654
- Kohte, W. (2019). Hilfsmittel und Technische Arbeitshilfen im Prozess der Digitalisierung, in: E. Brameshuber, P. Aschauer (Hrsg.), Jahrbuch 2019 Sozialversicherungsrecht, Wien, Graz 2019
- Krüger, M. (2019). Exoskelette im System der gesetzlichen Krankenversicherung, NZS 2019, 441
- Schmalz, T., Bornmann, J., Schirrmeister, B., Schändlinger, J., Schuler, M. (2019). Prinzipstudie zur Wirkung eines industriellen Exoskeletts bei Überkopfarbeit, ORTHOPÄDIE TECHNIK 06/19, 36
- Steinhilber, B., Seibt, R., Luger, T. (2018). Einsatz von Exoskeletten im beruflichen Kontext – Wirkung und Nebenwirkung, ASU 10.2018, 662

## **Die verbesserte Nutzung der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter im betrieblichen Kontext**

*Claudia Beetz*

Ernst-Abbe-Hochschule Jena

### **Hintergrund und Zielstellung**

Mütter und Väter mit Erziehungsverantwortung sind im Berufsleben spezifischen Belastungen ausgesetzt, die sich vor allem durch Zeitstress und mangelnde Vereinbarkeit von Beruf und Familie zeigen (Pressemitteilung Müttergenesungswerk, 2019). Der Bedarf an Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen, die Behandlungsformen für elternspezifische Beanspruchungs- und Belastungsformen unter Berücksichtigung der Zusammenhänge zwischen Mutter- und Kind-Gesundheit bzw. Vater- und Kind-Gesundheit für Mütter und Väter vorhalten, ist hoch. Nach einer Studie des Ifes 2008 sind 2,1 Millionen Mütter und ca. 230.000 Väter potenziell kurbedürftig (Ifes 2008, S. 236). Im Jahr 2014 wurden ca. 134.000 Mutter-Väter-Kind Kuren bewilligt (BTDrs. 18/8008, S. 4), die Ablehnungsquote von Anträgen haben anschließend in Widerspruch eingelegt, wobei 2018 ca. 70 Prozent der Widersprüche erfolgreich waren (Pressemitteilung Müttergenesungswerk 2019). Insgesamt machen die Ausgaben der gesetzlichen Krankversicherungen für Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter trotz allem lediglich 0,18% der Gesamtausgaben aus (Pressemitteilung Müttergenesungswerk 2019).

### **Methoden**

Die betriebliche Realisierung von Eltern-Kind-Maßnahmen nach §§ 24, 41 SGB V ist überprüft worden anhand von arbeits- und sozialgerichtlichen Entscheidungen. Maßgeblich ist das Urteil des BAG vom 10.9.2014 – 10 AZR 651/12, in dem herausgearbeitet worden ist, dass

Beschäftigte durch die Bewilligung von sozialrechtlichen Eltern-Kind-Maßnahmen an der Arbeitsleistung auch dann verhindert sind, wenn sie nicht arbeitsunfähig sind.

## **Ergebnisse**

In dem betrieblichen Kontext ist nach § 9 EFZG die Freistellung zur Inanspruchnahme sowohl der Vorsorge- als auch einer Reha-Maßnahme rechtlich unproblematisch möglich. Erforderlich ist im Vorfeld allerdings ein sozialrechtliches Antragsverfahren. Kritisiert wird z. B. durch das Müttergenesungswerk, dass dem hohen Beratungsbedarf der Mütter und Väter wegen fehlender Finanzierung der Wohlfahrtsverbände, insbesondere aufgrund der fehlenden gesetzlichen Grundlage nicht ausreichend nachgekommen werden könne (Pressemitteilung Müttergenesungswerk, 2019). Hier bestehen Chancen aber auch Pflichten im betrieblichen Kontext.

Im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements können betriebliche Akteure auch zu den Möglichkeiten einer solchen Eltern-Kind-Maßnahme beraten und die Beschäftigten bei der Beantragung unterstützen. Spätestens aber, wenn innerhalb eines Jahres mehr als 42 ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeitstage auftreten, trifft den Arbeitgeber die Pflicht, ein betriebliches Eingliederungsmanagement – im Einverständnis mit dem Arbeitnehmer, der Arbeitnehmerin – durchzuführen; also einen verlaufs- und ergebnisoffenen Suchprozess nach Maßnahmen und Leistungen auch zur Vorbeugung von Gesundheitsrisiken und zur Überwindung von Arbeitsunfähigkeiten einzuleiten (vgl. dazu Fabricius, 2018, Rn. 21).

Hierbei kann der Betriebsarzt hinzugezogen werden. Zeigt sich in diesem Prozess, dass es sich bei den Betroffenen um Mütter oder Väter handelt, kommen auch Leistungen nach §§ 24, 41 SGB V in Betracht, unabhängig davon, ob die vorliegende Erkrankung in einem spezifischen Zusammenhang mit der familiären Belastungssituation steht (SG Osnabrück, 2018), auf die hinzuweisen und zu beraten ist. Die notwendige ärztliche Verordnung könnte ggf. auch durch die Betriebsärzte erfolgen.

## **Diskussion und Fazit**

Es gibt ein betriebliches und gesellschaftliches Interesse an der Realisierung der in §§ 24, 41 SGB normierten Maßnahmen der Vorsorge und Rehabilitation. Die Rechtspraxis ist stabil, so dass die Instrumente des BGM und des BEM erfolgreich eingesetzt werden können, um den bisher nicht hinreichend gedeckten Bedarf von Eltern an den spezifischen Maßnahmen der Vorsorge und Rehabilitation besser als bisher zu realisieren.

## **Literatur**

Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfragen der Abgeordneten Katrin Kunert und weiteren Abgeordneten – BT Drs. 18/8008 vom 30.03.2016 (BT Drs. 18/8008)

Fabricius in: jurisPK-SGB IX, 3. Aufl. 2018, § 167 (Fabricius 2018)

Ifes, Bedarfs- und Bestandsanalyse von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter in Einrichtungen des Deutschen Müttergenesungswerkes (MGW), Az. 214-1720-1/048 – Abschlussbericht, [https://www.ifes.fau.de/files/2017/07/FASSMANN\\_2008\\_ifeS-Materialienband\\_1-2008.pdf](https://www.ifes.fau.de/files/2017/07/FASSMANN_2008_ifeS-Materialienband_1-2008.pdf) (ifes 2008)

Pressemitteilung des Müttergenesungswerk und Datenreport vom 11. Juli 2019 - <https://www.muettergenesungswerk.de/news/1462/muettergenesungswerk-legt-datenreport-und-jahresbe.html> (Pressemitteilung Müttergenesungswerk 2019)

SG Osnabrück, Gerichtsbescheid vom 31. Mai 2018 – S 34 KR 423/17 – zitiert nach juris (SG Osnabrück 2018)

# **Inkludierte Gefährdungsbeurteilung – Handlungshilfe zur erweiterten Beurteilung von Arbeitsbedingungen bei Menschen mit Behinderung**

*Christoph Beyer*

Landschaftsverband Rheinland - LVR-Inklusionsamt

## **Hintergrund und Zielstellung**

Die Gefährdungsbeurteilung für Arbeitsplätze von Menschen mit Behinderung bringt gerade kleine und mittelständische Unternehmen schnell an ihre Grenzen. Deshalb hat das Inklusionsamt des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR) ein Forschungsprojekt zur „Inkludierten Gefährdungsbeurteilung“ initiiert, das Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern eine Hilfe an die Hand geben soll, um auch spezielle Gefährdungen für schwerbehinderte Beschäftigte ermitteln und bewerten zu können sowie bei speziellen Gefahren die erforderlichen Maßnahmen des Arbeitsschutzes und der Arbeitsgestaltung zu treffen.

Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sind gemäß § 5 ArbSchG verpflichtet, Gefährdungen am Arbeitsplatz zu ermitteln, zu bewerten und dafür zu sorgen, dass die Beschäftigten vor Gefahren geschützt werden (Nebe, 2016). Das Gesetz gilt auch bei der Beschäftigung von schwerbehinderten Menschen (§ 4 Nr. 6 ArbSchG). Nach Erfahrung des LVR-Inklusionsamtes in Köln sind die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber aber häufig damit überfordert.

Ziel des Forschungsvorhabens war es, das Beratungsangebot in diesem Bereich der Beurteilung der Arbeitsbedingungen (kurz: Gefährdungsbeurteilung) zu verstärken und somit dem Gebot von Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz für Menschen mit Behinderung besser entsprechen zu können.

Gemeinsam mit dem sicherheitswissenschaftlichen Institut für Arbeitsmedizin, Sicherheitstechnik und Ergonomie e.V. (ASER) in Wuppertal ist es gelungen eine Handlungshilfe zu entwickeln. Mit dieser können systematisch spezielle Gefährdungen für schwerbehinderte Menschen am Arbeitsplatz ermittelt und bewertet werden sowie erforderlichenfalls spezielle Gefahren vermieden, beseitigt oder minimiert werden können.

## **Methoden**

Bei der Durchführung des Forschungsvorhabens wurde der Schwerpunkt auf die Beurteilung der Arbeitsbedingungen von Menschen mit Höreinschränkungen gelegt. Die Methodik kann mit entsprechenden Modifikationen auch auf andere Behinderungsarten übertragen werden.

Die Praxistauglichkeit der Handlungshilfe wurde im Rahmen des Forschungsprojektes in einigen Unternehmen erprobt. Durch die Zusammenarbeit mit erfahrenen Verantwortlichen für den Arbeitsschutz, Beschäftigten mit Höreinschränkungen oder Schwerbehindertenvertretungen konnte bewertet werden, inwiefern relevante Aspekte der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes für Beschäftigte mit Höreinschränkungen ausreichend von der Handlungshilfe berücksichtigt werden (Gebhardt et al., 2017).

## **Ergebnisse**

Als Ergebnis des Forschungsprojektes ist eine Handlungshilfe entstanden, die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber bei der erweiterten Betrachtung und Beurteilung von

Arbeitsbedingungen bei Beschäftigten mit Höreinschränkungen unterstützt (Gebhardt et al., 2017). Mit der Gliederung in vier Bereiche Technische Hilfen, Zugang zum Arbeitsplatz, Umsetzung des Arbeitsauftrags und Planung von Notfallszenarien können Arbeitssysteme strukturiert auf Wechselwirkungen von Beschäftigten mit ihrer Arbeitsumwelt untersucht werden.

Bei der Durchführung kann mit vorgegebenen Leitfragen eine Entscheidung getroffen werden, ob ein Sachverhalt im betrachteten Arbeitssystem vorliegt. Bei den Leitfragen, die mit "ja" beantwortet werden, ist anschließend zu überprüfen, ob Handlungsbedarf besteht. Zusätzlich werden Hinweise zu Lösungsansätzen und Hintergründe durch Informationstexte gegeben, um beurteilen zu können, inwieweit dargestellte Sachverhalte auf das betrachtete Arbeitssystem zutreffen. Die Handlungshilfe bietet eine Übersicht, in welcher Hinsicht das Arbeitssystem angepasst werden sollte und bietet die Möglichkeit zur Dokumentation.

### **Diskussion und Fazit**

Die inkludierte Gefährdungsbeurteilung und die aus ihr erhobenen Erkenntnisse bilden ein optimales Fundament zur passgenauen Gestaltung von Arbeitsplätzen von Menschen mit Behinderung, die auch im BEM-Verfahren eingesetzt werden kann (Düwell, 2018 § 167 Rn. 45). Die neue Methode befähigt Betriebe, systematisch zu ermitteln und zu bewerten, wo spezielle Gefährdungen für Menschen mit Behinderung in den Betrieben liegen. Außerdem können sie daraus ableiten, mit welcher technischen, organisatorischen und personellen Unterstützung durch das LVR-Inklusionsamt die erkannten speziellen Gefahren vermieden, beseitigt oder minimiert werden können.

Bereits heute bietet der technische Beratungsdienst des LVR-Inklusionsamtes kompetente Hilfe an. Den direkten Draht in die Unternehmen haben auch die externen Fachberaterinnen und Fachberater für Inklusion bei den Handwerks- sowie Industrie- und Handelskammern. Sie beraten die Arbeitgebenden im Auftrag des LVR vor Ort, klären über Unterstützungsangebote auf und helfen bei den erforderlichen Anträgen.

In der neuen Richtlinie zum SGB IX hat das Land Nordrhein-Westfalen die inkludierte Gefährdungsbeurteilung verpflichtend für alle seine Dienststellen verankert (Ziff. 8.8).

Die inkludierte Gefährdungsbeurteilung trägt dazu bei, dass die Beschäftigung von schwerbehinderten Menschen auch unter Gesichtspunkten des Arbeitsschutzes immer mehr zu einer Normalität in den Unternehmen wird.

### **Literatur**

Düwell, F.J. (2018), Kommentierung zu § 167 in Dau, D./Düwell, F.J./Joussen, J. (Hrsg.), SGB IX – Kommentar, 5. Auflage, Baden-Baden.

Gebhardt, H., Heisel, B., Mühlenmeyer, C., Lang, K.-H. (2017): Inkludierte Gefährdungsbeurteilung. Köln: LVR Eigenverlag.

Nebe, K., (2016) Arbeitsschutz und Betriebliches Eingliederungsmanagement, in: Feldes/Niehaus/Faber, Werkbuch BEM – betriebliches Eingliederungsmanagement, Frankfurt, S. 191 – 203.

### **Arbeitgeber oder Rehabilitationsträger bzw. Integrationsamt: Wer hat für die Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit Behinderungen zu zahlen?**

*René Dittmann*  
Universität Kassel

#### **Hintergrund und Zielstellung**

Die Leistungen zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen nach dem SGB IX umfassen die notwendigen Sozialleistungen, um unter anderem die Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit Behinderungen entsprechend den jeweiligen Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern (§ 4 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX). Insbesondere spielen dabei die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 49 ff. SGB IX) sowie die begleitende Hilfe im Arbeitsleben der Integrationsämter (§ 185 Abs. 2 SGB IX) eine wichtige Rolle. Diese öffentlich-rechtlichen Sozialleistungen stehen jedoch nicht im luftleeren Raum, sondern treffen mit arbeitsrechtlichen Vorschriften des Arbeitsschutzes und des Schwerbehindertenrechts aufeinander. Im Rahmen dieses Beitrags wird die Frage bearbeitet, welche Ansprüche bzw. Pflichten im Konkurrenzfall vorrangig sind.

#### **Methoden**

Die Bearbeitung der aufgeworfenen Frage erfolgt durch die Auswertung rechtswissenschaftlicher Literatur sowie sozialrechtlicher Judikatur.

#### **Ergebnisse**

Zu den öffentlich-rechtlichen Grundpflichten der Arbeitgeber gehört, dass sie die erforderlichen Maßnahmen des Arbeitsschutzes unter Berücksichtigung der Umstände treffen, die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten bei der Arbeit beeinflussen (§ 3 Abs. 1 S. 1 ArbSchG). Dazu gehören Maßnahmen zur Verhütung von Unfällen bei der Arbeit und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren einschließlich Maßnahmen der menschengerechten Gestaltung der Arbeit (§ 2 Abs. 1 ArbSchG). Die im konkreten Einzelfall erforderlichen Maßnahmen sind vor allem mit Hilfe der Gefährdungsbeurteilung zu ermitteln, wobei Besonderheiten für spezifische Gefährdungen aus den speziellen Regelungen der Arbeitsschutzverordnungen, z.B. Arbeitsstättenverordnung, abzuleiten sind (Blume & Faber, in: Kohte et al., 2018, *Gesamtes Arbeitsschutzrecht*, § 3 ArbSchG, Rn. 2). Liefern Arbeitsschutz- und Unfallverhütungsrecht keine Regelung für den Einzelfall, kann § 3 Abs. 1 S. 1 ArbSchG als Auffangtatbestand dienen (Otto, in: Boecken et al., 2016, *Gesamtes Arbeitsrecht*, § 3 ArbSchG, Rn. 2).

Neben diesen vom Staat zu überwachenden Grundpflichten der Arbeitgeber (§ 21 ArbSchG) haben schwerbehinderte Menschen gegenüber ihren Arbeitgebern Ansprüche auf eine behinderungsgerechte Gestaltung des Arbeitsverhältnisses (§ 164 Abs. 4 SGB IX), z.B. auf eine fähigkeitgerechte Beschäftigung (§ 164 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB IX) oder auf

behinderungsgerechte Einrichtung und Unterhaltung des Arbeitsplatzes (§ 164 Abs. 4 S. 1 Nr. 4 SGB IX).

Diese arbeitsrechtlichen Pflichten und Ansprüche treffen auf die sozialrechtlichen Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe. Hervorzuheben sind hierbei insbesondere die von dem zuständigen Rehabilitationsträger zu übernehmenden Kosten für Hilfsmittel zur Berufsausübung (§ 49 Abs. 8 S. 1 Nr. 4 lit. a SGB IX) und für technische Arbeitshilfen (§ 49 Abs. 8 S. 1 Nr. 5 SGB IX) sowie die begleitende Hilfe im Arbeitsleben (§ 185 Abs. 2 SGB IX), die unter anderem technische Arbeitshilfen an schwerbehinderte Menschen (§ 185 Abs. 3 Nr. 1 lit. a SGB IX) und Geldleistungen an Arbeitgeber zur behinderungsgerechten Einrichtung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen für schwerbehinderte Menschen (§ 185 Abs. 3 Nr. 2 lit. a SGB IX) umfasst.

Bei der Frage, wer die Kosten für orthopädische Arbeitssicherheitsschuhe zu übernehmen hat, die wegen ihrer Beschaffenheit ausschließlich am Arbeitsplatz getragen werden können und dies aufgrund von Unfallverhütungsvorschriften werden muss, differenzierte das Bundessozialgericht (BSG) zwischen den Kosten für normale Arbeitssicherheitsschuhe, die der Arbeitgeber aufgrund von Unfallverhütungsvorschriften und arbeitsrechtlichen Grundsätzen zu stellen habe, und den behinderungsbedingten Mehrkosten (BSG, Urteil vom 26. Juli 1994 – 11 RAr 115/93 –, SozR 3-4100 § 56 Nr 15). Nicht nur im Rahmen dieses Urteils wird deutlich, dass durch das Rehabilitationsrecht den Arbeitgebern nicht ihre arbeitsschutzrechtlichen Pflichten abgenommen werden (Kohte, jurisPR-ArbR 30/2019).

Das Verhältnis von Ansprüchen schwerbehinderter Menschen gegenüber ihren Arbeitgebern zu den Leistungen der Rehabilitationsträger und Integrationsämter ist hingegen anders zu bewerten. Im Jahr 1981 hatte das BSG zu entscheiden, ob die von der schwerbehinderten Klägerin begehrte Erstattung für Aufwendungen einer hydraulischen Zeichenmaschine entweder durch den zuständigen Rehabilitationsträger im Rahmen berufsfördernder Leistungen zur Rehabilitation oder durch den Arbeitgeber im Rahmen seiner im Schwerbehindertenrecht verankerten Pflicht zur Bereitstellung erforderlicher technischer Arbeitshilfen zu erfolgen hat (BSG, Urteil vom 22. September 1981 – 1 RA 11/80 –, BSGE 52, 117-123). Das BSG entschied, dass die Ansprüche gegenüber den Arbeitgebern den Ansprüchen gegenüber den Rehabilitationsträgern subsidiär seien. Bei einer Konkurrenz zwischen Ansprüchen des Behinderten nach dem Schwerbehindertengesetz einerseits und auf sozialrechtliche Leistungen zur Rehabilitation andererseits, hätten letztere Ansprüche den Vorrang (Ebd., Rn. 27). Mit dem SGB IX wurde diese Rollenverteilung fortgeschrieben und ist auch auf das Verhältnis zwischen Arbeitgeberverpflichtungen aus dem Schwerbehindertenrecht und Leistungen der Integrationsämter zu übertragen (Kohte, jurisPR-ArbR 30/2019).

### **Diskussion und Fazit**

Wenn auch nicht unmittelbar aus dem Gesetz hervorgehend, liefern Rechtsprechung und Literatur im Falle einer Konkurrenz von Arbeitgeberverpflichtungen zu den Leistungen der Rehabilitationsträger bzw. der Integrationsämter Konfliktlösungen. Die sich aus dem Arbeitsschutzrecht ergebenden Grundpflichten der Arbeitgeber sind zwingend zu erfüllen. Bezüglich einer darüber hinaus gehenden Ausstattung mit bspw. technischen Arbeitshilfen darf der zuständige Rehabilitationsträger, z.B. ein Träger der gesetzlichen

Rentenversicherung, die Kostenübernahme nicht mit Verweis auf die Arbeitgeberpflichten aus § 164 Abs. 4 SGB IX ablehnen (vgl. Winkler, Beitrag A7-2012 unter [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de)). Der mit dem Bundesteilhabegesetz entfallene Verweis auf vorrangige Verpflichtungen des Arbeitgebers in § 49 Abs. 8 S. 1 Nr. 4 lit. a SGB IX (zuvor § 33 Abs. 8 S. 1 Nr. 4 SGB IX a.F.) ist als Klarstellung zu verstehen, dass dieser Grundsatz des Vorrangs der Rehabilitationsleistungen auch für Hilfsmittel zur Berufsausübung gilt.

### **Literatur**

- Boecken, W., Düwell, F. J., Diller, M., Hanau, H. (2016): *Gesamtes Arbeitsrecht*, Nomos Kommentar, Baden-Baden 2016.
- Kohte, W. (2019): *jurisPR-ArbR* 30/2019, Anmerkung zu SG Speyer, Urt. v. 19.10.2018, S 19 KR 650/17.
- Kohte, W., Faber, U., Feldhoff, K. (2018): *Gesamtes Arbeitsschutzrecht*, Handkommentar, 2. Auflage, Baden-Baden 2018.
- Winkler, B. (2012): *Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – technische Arbeitshilfe – behindertengerechter Bürostuhl – Anmerkung zu SG Dresden*, Urt. v. 28.02.2011 – S 24 KN 625/09; *Forum A*, Beitrag A7-2012 unter [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de); 14.03.2012.

## **Das deutsche Rehabilitationsrecht und die UN-BRK im Staatenberichtsverfahren**

*Felix Welti*

Universität Kassel

### **Hintergrund und Zielstellung**

Nach Art. 35 UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) legen die Vertragsstaaten den Vereinten Nationen mindestens alle vier Jahre einen Bericht vor. Dieser wird vom Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Art. 34 UN-BRK) geprüft (Art. 36 UN-BRK). Der Ausschuss nimmt zu den Berichten Stellung. Im Verfahren werden auch Berichte des unabhängigen Mechanismus (Art. 33 Abs. 2 UN-BRK), in Deutschland der Monitoringstelle beim Deutschen Institut für Menschenrechte, und der Zivilgesellschaft (Art. 33 Abs. 3 UN-BRK), in Deutschland insbesondere des Deutschen Behindertenrats (DBR), in die Diskussion einbezogen. Der zweite und dritte Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland wurde 2019 vorgelegt (BT-Drucks. 19/11745 vom 18.07.2019). Er reagiert insbesondere auf eine Fragenliste („list of issues“) des Ausschusses (CRPD/C/DEU/CO/-3 vom 21.09.2018). Mit der Behandlung des Staatenberichts im Ausschuss ist 2020 zu rechnen.

Die Dokumente und die Diskussion über sie sind geeignet, wichtige, auch international vergleichende Erkenntnisse über das deutsche Recht der Rehabilitation und Teilhabe zu liefern. Insbesondere sind das BGG-Weiterentwicklungsgesetz und das Bundesteilhabegesetz (BTHG) mit dem ausdrücklichen Anspruch beraten und beschlossen worden, der Umsetzung der UN-BRK zu dienen (BT-Drs. 18/9522, 188). Es kann überprüft werden, wie weit dieser Anspruch auch international vom dazu berufenen Ausschuss anerkannt wird.

## **Methoden**

Die vorgelegten Dokumente werden analysiert und es wird mit rechtswissenschaftlichen Methoden unter Einbeziehung von Literatur und Rechtsprechung untersucht, ob und wieweit das deutsche Recht den Ansprüchen der UN-BRK gerecht wird. Dies wird exemplarisch an Hand der für das Rehabilitationsrecht relevanten Artikel 19, 25 und 27 UN-BRK gemacht.

## **Ergebnisse**

Im ersten Staatenberichtsverfahren hatte der Ausschuss zum Recht auf unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft kritisiert, dass der Mehrkostenvorbehalt nach § 13 SGB XII dazu führen kann, dass auf Eingliederungshilfe angewiesene Menschen mit Behinderungen gezwungen sind, in besonderen Wohnformen zu leben (CRPD/C/DEU/CO/1 vom 13.05.2015, Ziffer 42a). Durch die Neuregelung in § 104 SGB IX ändert sich die Rechtslage zum 1.1.2020 und verlangt vom Träger der Eingliederungshilfe eindeutiger, ein solches Ergebnis zu vermeiden (vgl. BT-Drs. 18/10523, 59) Im aktuellen Fragenkatalog wird nach dem gleichberechtigten Zugang zu Pflegeversicherungsleistungen für Menschen mit Behinderungen gefragt, die in Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe leben (CRPD/C/DEU/CO/-3, Nr. 18c). Die Bundesregierung erläutert dazu im Staatenbericht die Rechtslage nach § 43a SGB XI, wonach der Leistungsanspruch in diesen Fällen unabhängig vom Pflegegrad auf 266 € beschränkt ist, rechtfertigt diese Ungleichbehandlung aber nicht (BT-Drs. 19/11745, 26 f.). Die fehlende Möglichkeit, Pflegegeld oder externe Pflegesachleistungen in Anspruch zu nehmen, beeinträchtigt aber die Wahlfreiheit der betroffenen Personen und wird in der Literatur als Verstoß gegen Art. 5 und 19 UN-BRK angesehen (Welti 2018).

Der Ausschuss fragt nach dem gleichberechtigten Zugang von Menschen mit Behinderungen zu Gesundheitsleistungen nach Art. 25 UN-BRK (CRPD/C/DEU/CO/-3, Nr. 25). Die Evaluation des BGG hatte insoweit erhebliche Handlungsbedarfe gezeigt (Welti et. al. 2014). Die Bundesregierung verweist dazu auf die Aufnahme eines zusätzlichen Zulassungskriteriums der Belange von Menschen mit Behinderungen in der vertragsärztlichen Versorgung (§ 103 Abs. 4 Satz 5 Nr. 8 SGB V) sowie die geplante finanzielle Förderung barrierefreier Arztpraxen (BT-Drs. 19/11745, 32). Es ist fraglich, ob damit das Implementationsdefizit von Art. 25 UN-BRK und der Verantwortung der Krankenkassen für die barrierefreie Gesundheitsversorgung ausgeräumt werden kann (Hlava 2018).

Der Ausschuss hatte in seinen letzten Schlussfolgerungen Deutschland aufgefordert, das System der Werkstätten für behinderte Menschen zur Realisierung des Rechts auf Arbeit auf einem inklusiven Arbeitsmarkt nach Art. 27 UN-BRK zu überprüfen und Alternativen zu ermöglichen ((CRPD/C/DEU/CO/1 vom 13.05.2015, Ziffer 50b). Hierüber ist intensiv diskutiert worden (Welti/ Nachtschatt 2018). In der neuen Fragenliste wird erneut thematisiert, wie viele WfbM-Beschäftigte auf den allgemeinen Arbeitsmarkt übergehen (CRPD/C/DEU/CO/-3, Nr. 28e). Mit dem BTHG hat der deutsche Gesetzgeber an den WfbM als Option für die Teilhabe am Arbeitsleben festgehalten und zugleich das Budget für Arbeit (§ 61 SGB IX) als Alternative eingeführt. Im Staatenbericht wird der Übergang mit Hilfe des Budgets für Arbeit im Jahr 2018 auf 1.800 Personen beziffert und damit ein deutlicher Anstieg behauptet (BT-Drs. 19/11745, 39). Ob damit die vom Ausschuss 2015 eingeforderte Transformationsstrategie als eingelöst

betrachtet werden kann, bedarf weiterer empirischer Untersuchung, politischer und rechtlicher Diskussion (Nebe, 2019).

## **Diskussion und Fazit**

Die Diskussion des deutschen Rehabilitationsrechts im Lichte der UN-BRK ist eine dauernde Aufgabe, in der rechtliche, politische und empirische Fragen zusammenwirken. Sie bietet die Chance einer laufenden Überprüfung des erreichten Standes im Lichte internationaler Diskussionen und Erkenntnisse.

## **Literatur**

- Hlava, D. (2018): Barrierefreie Gesundheitsversorgung – Rechtliche Gewährleistung unter besonderer Berücksichtigung der Rechtsdurchsetzung, 2018
- Nebe, K. (2019): Gleichberechtigte Teilhabe am Arbeitsleben – Impulse durch das Bundesteilhabegesetz, Soziales Recht 2019, 61-71
- Welti, F. (2018): Verstößt § 43a SGB XI gegen das Grundgesetz und die UN-Behindertenrechtskonvention? Soziale Sicherheit 2018, 418-422.
- Welti, F., Groskreutz, H., Hlava, D., Rambauser, T., Ramm, D, Wenckebach, J. (2014). Evaluation des Behindertengleichstellungsgesetzes – Abschlussbericht, 2014
- Welti, F., Nachtschatt E. (2018): Das gleiche Recht auf Arbeit von Menschen mit Behinderungen nach Art. 27 UN-Behindertenrechtskonvention in: Wansing, G./ Welti, F., Schäfers, M. (Hrsg.), Das Recht auf Arbeit für Menschen mit Behinderungen. Internationale Perspektiven, 2018

## **Datenschutz in der Rehabilitation – ausgewählte trägerübergreifende Aspekte**

*Marcus Schian; Mathias Sutorius*

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V.

## **Hintergrund und Zielstellung**

Für die erfolgreiche Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen ist grundsätzlich eine umfassende Bedarfsermittlung notwendig (DVfR, 2018). Besteht Reha-Bedarf, der nicht durch die Leistungen nur eines Rehabilitationsträgers gedeckt werden kann, ist für die Sicherung der Teilhabe trägerübergreifende Zusammenarbeit erforderlich. Für alle Rehabilitationsträger gültige (§ 7 SGB IX) Anforderungen an die Bedarfsermittlung sowie an die Ausgestaltung der Zusammenarbeit sind im SGB IX, Teil 1 (insbesondere Kapitel 2 bis 4) gesetzlich geregelt. Diese Vorschriften sind bereits für sich betrachtet notwendigerweise komplex (v. Boetticher, 2019). Darüber hinaus stehen sie auch in engem Zusammenhang mit (sozial)datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen zum Schutz des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung (Art. 2 Abs. 1 GG i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG, vgl. BVerfGE 65, 1). Denn die Ermittlung und Feststellung eines Reha-Bedarfs sowie die Gewährung von Leistungen „wie aus einer Hand“ in trägerübergreifenden Konstellationen sind nur dann möglich, wenn Daten über den Leistungsberechtigten erhoben und zwischen Reha-Trägern übermittelt werden. Diese Komplexität ist kein rein rechtstheoretisches Problem, sondern

beeinflusst unmittelbar die Umsetzbarkeit der umfassenden Bedarfsermittlung und der Zusammenarbeit und mithin die Sicherung der Teilhabe in der Praxis. Denn diese können nur gelingen, wenn die Rehabilitationsträger ausreichend Handlungs- bzw. Rechtssicherheit haben.

Die gesetzlichen Vorschriften zur trägerübergreifenden Zusammenarbeit im SGB IX wurden 2018 durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) weiterentwickelt und wesentlich verbindlicher gefasst (§ 7 Abs. 2 SGB IX). Die Rehabilitationsträger haben zur Konkretisierung dieser gesetzlichen Vorschriften die Gemeinsame Empfehlung (§ 26 SGB IX) „Reha-Prozess“ neu erarbeitet (BAR, 2019). Gleichzeitig haben sich 2018 die (sozial)datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen durch die unmittelbare Geltung der EU-DSGVO und die in diesem Kontext vorgenommenen Veränderungen z. B. in den §§ 67ff. SGB X wesentlich verändert (Freund & Shagdar, 2018).

Nicht zuletzt bei der Neuerarbeitung der Gemeinsamen Empfehlung Reha-Prozess zeigte sich in verstärkter Deutlichkeit: zur Umsetzung der Vorschriften des SGB IX, Teil 1, Kapitel 2 bis 4 der der Klärung zentraler datenschutzrechtlicher Fragen in einem geeigneten Format (vgl. § 89 Abs. 2 GE Reha-Prozess).

### **Methoden**

Die Klärung der einschlägigen datenschutzrechtlichen Fragestellungen im Reha-Prozess erfolgte mittels Expertenkonsensus. In einer übergreifend besetzten Projektgruppe auf Ebene der BAR haben neben Experten/innen aus dem Bereich der Reha-Träger und Integrationsämter auch Experten/innen aus dem Bereich des BMAS, des BMG, des BfDI und der Datenschutzkonferenz mitgewirkt. Maßgebliche Grundlage bildeten die einschlägigen Vorschriften des SGB IX sowie die GE Reha-Prozess einerseits sowie das geltende (Sozial)datenschutzrecht nach DSGVO und SGB X andererseits. Die einschlägigen Fragestellungen wurden entsprechend rechtswissenschaftlicher Methodik nach Wortlaut, Entstehungsgeschichte, Systematik sowie Sinn und Zweck der jeweiligen Vorschriften aufbereitet. Darauf aufbauend erfolgte die Konsensfindung zum Normverständnis mit Blick auf die Zielsetzungen des SGB IX sowie des (Sozial)datenschutzrechts unter der Prämisse einer möglichst praxisnahen Klärung.

### **Ergebnisse**

Der Fokus der entwickelten Arbeitshilfe (BAR, 2019) liegt auf den für die Zusammenarbeit der Reha-Träger zentralen Phasen des Reha-Prozesses (Zuständigkeitsklärung, Bedarfsermittlung und -feststellung, Teilhabeplanung). Dabei wurden folgende Arten der Datenverarbeitung aufgegriffen: Datenerhebung durch Reha-Träger sowie Datenübermittlung zwischen Reha-Trägern.

Im Ergebnis lässt sich festhalten, dass auch im trägerübergreifenden Reha-Prozess die Zulässigkeit jeder Erhebung und Übermittlung von Sozialdaten vorrangig davon abhängt, ob diese für eine im Sozialgesetzbuch verankerte Aufgabe erforderlich ist. Die Vorschriften im SGB IX, Kapitel 2 bis 4 SGB IX normieren „Aufgaben“ der Reha-Träger. Die Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess ist ein Maßstab für die Frage, wie genau diese gesetzliche Aufgaben zu verstehen sind und welche Schritte / Daten für die Aufgabenerfüllung erforderlich sein können. Auch die Einwilligung ist eine mögliche Legitimationsgrundlage für

Datenerhebung und -übermittlung. Im Kontext trägerübergreifender Rehabilitation bildet sie eine Ausnahme, die grundsätzlich ausdrücklich geregelt ist.

In einem weiteren Schritt sollen Datenerhebung und -übermittlung in den übrigen Phasen des Reha-Prozesses sowie die Perspektive weiterer maßgeblicher beteiligter Kreise aufgegriffen werden.

## **Diskussion und Fazit**

Vgl. Ergebnisse.

## **Literatur**

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (Hrsg.) (2019): Arbeitshilfe „Datenschutz im trägerübergreifenden Reha-Prozess“.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (Hrsg.) (2019): Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“.

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) (Hrsg.) (2018): Zum Verfahren der Bedarfsermittlung und -feststellung in der Praxis und zur Bedeutung von § 13 SGB IX. Stellungnahme auf [www.dvfr.de](http://www.dvfr.de) > Arbeitsschwerpunkte > Stellungnahmen (letzter Abruf am 30.10.2019).

Freund, R., Shagdar, A. (2018): Sozialdatenschutz - europäisch? Sozialgerichtsbarkeit, 65. 195-205 und 267-279.

von Boetticher, A. (2019): Nahtlosigkeitsideal oder Schnittstellenrealität im gegliederten Leistungssystem im Plan: Koordinierung bei Antrag und Leistung - aus einer Hand? In Sozialrecht aktuell, 23. Jhg., Sonderheft 2019. 48-52.

# **Quantitative und qualitative Analyse von Präventions- und Rehabilitationsaspekten in Inklusionsvereinbarungen**

*Constantin Eberhardt*

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Zentrum für Sozialforschung Halle (ZSH)

## **Hintergrund und Zielstellung**

Durch eine Auswertung des Inhalts von Inklusions- und Integrationsvereinbarungen gem. § 166 SGB IX verschiedener Betriebe und Dienststellen aus der Datenbank des Instituts der deutschen Wirtschaft e.V. ([www.rehadat-gutepraxis.de](http://www.rehadat-gutepraxis.de)) wurde untersucht, in welcher Häufigkeit und in welchem Umfang Gesichtspunkte von Prävention und Rehabilitation tatsächlich Berücksichtigung finden. Präventive Aspekte sind dabei grundsätzlich all jene Regelungen, die vorsorglich der Vermeidung gesundheitlicher Beeinträchtigungen schwerbehinderter Menschen unmittelbar aus dem Berufsleben dienen sollen – typischerweise durch die Vereinbarung der Einrichtung sicherer Arbeitsplätze, persönlichkeitsfördernde, angenehme Arbeitsbedingungen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung (Knittel, § 166 SGB IX Rn. 71 f.). Der Rehabilitation dienen

Vereinbarungen, die auf eine wirksame Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nach einer gesundheitlichen Beeinträchtigung, einer Behinderung oder drohenden Behinderung zielen.

Inklusionsvereinbarungen sind ihrer Natur nach Zielvereinbarungen, die untersuchten Beispiele wurden deshalb vor allem hieran gemessen. Der Fokus der Analyse lag zum einen auf der Identifizierung von übergeordneten Inklusionszielen für Betrieb/Dienststelle, darüber hinaus auf Aspekten der Durchführung bzw. Zielerreichung. Besonderes Augenmerk galt dabei Regelungen, die eine zeitliche Strukturierung der Veränderungsprozesse, respektive regelmäßige Prüffristen bezüglich der Umsetzung anstrengen (dazu Düwell, in: Dau/Düwell/Joussen, SGB IX, § 166 IX Rn. 26). Da die rechtswissenschaftliche Literatur im Rahmen einer solchen effektiven Prozessausgestaltung insbesondere Vereinbarungen zur konkreten Zusammenarbeit und Kompetenzverteilung postuliert (Feldes, 2018, SGB IX, § 166 Rn. 36), wurden auch diese Aspekte in den Blick genommen.

Unter beispielhafter Bezugnahme auf entsprechende Vereinbarungen wurden Regelungen identifiziert, die aus Beschäftigtenperspektive im Sinne der „Best practice“ effektiven Schutz vermitteln können.

### **Methoden**

Für die Betrachtung wurden vierzig Inklusionsvereinbarungen – hinsichtlich Branche sowie privatem/öffentlichem Charakter des/der ArbeitgeberIn nach dem Zufallsprinzip aus der Gute Praxis-Datenbank von rehadat.de ausgewählt – quantitativ auf das Vorhandensein von Regelungen zu Fragen der Prävention und Rehabilitation untersucht sowie solcher Regelungen, die Aussagen zur Durchführung/Zielerreichung treffen. Für eine korrespondierende qualitative Analyse wurden Anforderungen an eine progressive, vor allem aber rechtstatsächlich effektive Form der Vereinbarung formuliert und Inklusionsvereinbarungen beispielhaft daran gemessen.

### **Ergebnisse**

Insgesamt 32 der untersuchten Inklusions- und Integrationsvereinbarungen enthielten Zielvereinbarungen zu Präventionsaspekten, 22 formulierten Ziele, die sich unmittelbar der Rehabilitation schwerbehinderter Beschäftigter zuordnen ließen. Maßnahmen zur Umsetzung einer erfolgreichen stationären Rehabilitation wurden in 20 Vereinbarungen benannt. Zeitliche Vorgaben bzgl. einer Überprüfung (Berichtspflichten, Gesprächsrunden etc.) fanden sich in 26 der analysierten Texte.

Passagen zur Einbeziehung betrieblicher Stellen, oftmals in Gestalt von Unterrichtsrechten der Schwerbehindertenvertretung, fanden sich in 27 der Vereinbarungen. Darüberhinausgehende Prozessstrukturierungen durch Zuweisung von Kompetenzbereichen wurden dagegen nur in Einzelfällen vorgenommen (zur deren Relevanz Heide/Niehaus, S. 358).

Als konkretes Beispiel für die Regelung eine Kompetenzverknüpfung kann z.B. eine halbjährlich vereinbarte regelmäßige Evaluation der behindertengerechten Gestaltung konkreter Arbeitsplätze unter unmittelbarer Hinzuziehung der Ergonomie-Abteilung herausgestellt werden. Individuellen Bedürfnissen einer effektiven Rehabilitation wird im Übrigen durch die Einrichtung einer Schnittstelle von betrieblicher/dienstlicher und

medizinischer Rehabilitation Rechnung getragen werden, bspw. durch die Gestaltung der Zusammenarbeit von Betriebsärzten und Rehabilitationsklinik.

### **Diskussion und Fazit**

Eine effektive Strukturierung der Prozesse von Prävention und Rehabilitation in der Inklusionsvereinbarung kann ein entscheidender Beitrag sein, um Leistungspotentiale zu identifizieren, aufrechtzuerhalten und wiederherzustellen, anstatt mögliche Einschränkungen in den Mittelpunkt betrieblicher Analyse zu stellen. Von einer umfassenden Inklusionsvereinbarung werden deshalb stets beide Seiten profitieren. Sie etabliert Verantwortlichkeiten der involvierten Stellen so, dass der individuelle Betreuungsbedarf und die Überwachung betrieblicher Veränderungen bestmöglich gewährleistet werden. Dieser Aufgabe wird nur rund die Hälfte der Inklusionsvereinbarungen gerecht.

Gegenüber der Untersuchung von Niehaus (Niehaus & Bernhard, 2008, S. 99) lässt sich in Bezug auf Aspekte der Prävention – diese enthielten vor zehn Jahren nur die Hälfte der ausgewerteten Vereinbarungen – ein realer, wiewohl langsamer Fortschritt feststellen. Problematisch bleibt im Vergleich allerdings die oft auffällige Unschärfe vorhandener Zielformulierungen.

### **Literatur**

- Dau, D. H.; Düwell, F. J.; Jousen, J. (2019): Sozialgesetzbuch IX – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen, 5. Auflage, Baden-Baden 2019
- Feldes, W.; Kohte, W.; Stevens-Bartol, E. (2018): SGB IX – Sozialgesetzbuch Neuntes Buch, Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen, 4. Auflage, Frankfurt am Main 2018
- Knittel, Bern. (2017): SGB IX, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen und Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz – Kommentar, 11. Auflage, Köln 2017
- Niehaus, M.; Bernhard, D. (2008): Betriebliche Integrationsvereinbarungen. Forschungsbericht zur Implementierung am Beispiel der Deutschen Automobilindustrie im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, Köln 2008
- Niehaus, M.; Heide, M. S. (2019): Der Stellenwert der Schwerbehindertenvertretung in der betrieblichen Inklusion, WSI-Mitteilungen 5/2019, S. 358 ff.

## **Wissenschaftliche Qualifikation trotz chronischer Erkrankung - befristungsrechtliche Rahmenbedingungen nach WissZeitVG**

*Katja Nebe*

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

### **Hintergrund und Zielstellung**

Das Wissenschaftszeitvertragsgesetz (WissZeitVG) regelt die zulässigen Befristungen für wissenschaftliches Personal an staatlichen und staatlich anerkannten Hochschulen sowie staatlichen Forschungseinrichtungen. Nachwuchswissenschaftler\*innen sollen sich innerhalb von jeweils maximal 6 Jahren vor und nach der Promotion wissenschaftlich qualifizieren. Der Gesetzgeber nimmt an, dass innerhalb dieser Höchstgrenzen die eigenständige Qualifikation,

z.B. Promotion und Habilitation, realisierbar ist. Mit Wirkung zum 17.3.2016 ist in § 2 Abs. 1 WissZeitVG ein Satz 6 eingefügt worden. Dadurch kann über die gesetzlichen Höchstfristen die Befristungsdauer um zwei Jahre erweitert werden, wenn der/die Beschäftigte i. S. d. § 2 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) IX behindert oder von einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung betroffen ist. Der Gesetzgeber reagiert damit auf die wachsende Zahl behinderter und chronisch kranker Nachwuchswissenschaftler\*innen, die sich trotz der nach wie vor bestehenden Barrieren und Herausforderungen für einen postgradualen akademischen Bildungsweg entscheiden (dazu Bauer et al., 2017). Zugleich soll den Anforderungen der UN-BRK entsprochen und ein gleichberechtigter Zugang zu beruflicher Qualifikation und die Vereinbarkeit von Wissenschaft und Behinderung ermöglicht werden (BT-Drs. 18/6489). In der Hochschulpraxis werden erste Fälle bekannt, die belegen, dass die Rechtsanwendung für chronisch kranke Beschäftigte sehr problematisch ist. Die in der rechtswissenschaftlichen Literatur dazu überwiegend vertretenen Rechtsansichten erschweren die Wirkung der teilhabefördernden Bestimmung.

### **Methoden**

Der Gesetzgeber hat neben dem Terminus „Behinderung“ die chronische Erkrankung als Auslöser bestimmt. Damit vollzieht der Gesetzgeber die Entwicklungen im Teilhaberecht und die Rechtsprechung nach, wonach eine chronische Erkrankung eine Behinderung darstellt, wenn sie in vergleichbarer Weise wie eine körperliche, seelische, geistige oder sinnliche Beeinträchtigung zu einer Teilhabebeeinträchtigung führt/führen kann (Groskreutz & Welti, 2013).

Das hier zusätzlich normierte Merkmal der schwerwiegenden chronischen Erkrankung ist im Lichte der unions- und völkerrechtlichen Vorgaben auszulegen, also nicht tatbestandsverengend, sondern im Maß vergleichbar mit einer Behinderung. Ist ein(e) Beschäftigte(r) durch ihre/seine chronische Erkrankung an der Lebensführung beeinträchtigt und wirkt sich dies auf die wissenschaftliche Arbeit aus, dann müssen die ohnehin nicht zu großzügig gesteckten Befristungsgrenzen im Wege des § 2 Abs. 1 S. 6 WissZeitVG erweitert werden (Nebe, 2019). Dem gegenüber wollen Autoren in der arbeitsrechtlichen Literatur zur Auslegung der neuen Regelung auf Bestimmungen im Krankenversicherungsrecht oder anderer Leistungsgesetze des SGB zurückgreifen (so z.B. unter Verweis auf die Chroniker-RL des Gemeinsamen Bundesausschusses Preis & Ulber, 2017). Soweit Regelungsgegenstände über (schwerwiegende) chronische Erkrankungen im Sinne des SGB V auf die Regulierung von Leistungen bei knappen Ressourcen oder auf den Risikostrukturausgleich zwischen im Wettbewerb stehenden Krankenkassen u.ä. zielen, sind sie als Maßstab zur Beurteilung der regelhaften Verlängerung der Höchstfrist zum Schutz behinderter und chronisch kranker Menschen schlicht nicht tauglich.

### **Ergebnisse**

Bei einer zu restriktiven Anwendung der Norm riskieren die jeweiligen Hochschulen/Forschungseinrichtungen eine Diskriminierung der behinderten bzw. chronisch kranken Menschen, §§ 1, 7 AGG. Die erweiterte Höchstbefristungsdauer verlangt nicht die Anerkennung einer Schwerbehinderung oder die Gleichstellung mit einem schwerbehinderten Menschen. Die Verlängerung kommt vielmehr auch bei einer sogenannten „einfachen“ Behinderung gem. § 2 Abs. 1 SGB IX in Betracht. Die Hochschulen haben im Zusammenhang

mit der Gewährung von Nachteilsausgleichen zugunsten behinderter und chronisch kranker Studierender inzwischen eine gewisse Verwaltungsroutine erlangt (vgl. Überblick in Deinert et al., 2018). Die Feststellung der beeinträchtigungsbedingten Teilhabestörung durch sozialmedizinische Expertise, in vielen Fällen auch durch den/die behandelnde(n) Arzt/Ärztin, gehört heute zur Verfahrenspraxis. Auch im Bereich der behinderungsgerechten Beschäftigung i.S.v. 164 Abs. 4 SGB IX sowie bei einfacher Behinderung gem. § 241 Abs. 2 BGB sind inzwischen völker- und unionsrechtskonforme Maßstäbe zur Rechtsgewährung im Einzelfall entwickelt worden.

### **Diskussion und Fazit**

Auf diesen Erkenntnissen des Antidiskriminierungsrechts ist aufzubauen, wenn es um die Inanspruchnahme der behinderungsgerechten Anwendung des WissZeitVG geht.

### **Literatur**

- Bauer et al. (2017): Promovieren mit Behinderung – Rahmenbedingungen an deutschen Hochschulen im Fokus, RP Reha 2017, Heft 1, S. 35 ff.
- Deinert et al. (2018): Stichwortkommentar-Behindertenrecht § 86 Rn. 11.
- Groskreutz & Welti (2013): DVfR Diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht, Forum B, Beitrag B8-2013, [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de)
- Nebe in Däubler et al. (2019), Kündigungsschutzrecht, 11. A., WissZeitVG, § 2 Rn. 20a ff.
- Preis & Ulber (2017): WissZeitVG, § 2 Rn. 75.

## Ambulante Rehabilitation bei Sucht – Risikofaktoren und Erfolge

*Hans-Jürgen Tecklenburg*

Ambulante und Teilstationäre Suchthilfe (ATS)

### Hintergrund und Zielstellung

Seit knapp 30 Jahren gehört die ambulante Rehabilitation bei Sucht (ARS) zum Katalog der anerkannten Rehabilitationsmaßnahmen in Deutschland (Rahmenkonzept DRV, 2008). Was ist ARS, wie es Kriterien nahelegen, nur etwas für (trotz Abhängigkeitserkrankung) noch „gut integrierte“ Rehabilitanden, die noch in Arbeit stehen und /oder in Beziehungen leben? Welche Erfolgsraten lassen sich bei ARS und bei ambulanter Nachsorge nach stationärer Behandlung überhaupt feststellen?

Weiteres Ziel der Untersuchung war die Einschätzung der Relevanz von Begleitfaktoren, die neben der Suchterkrankung vorhanden sein können, wie z.B. zusätzliche psychische Belastungen oder Erkrankungen, akute Rückfälligkeit während der Antragsphase der Rehamaßnahme u.a. im Hinblick auf den erfolgreichen Abschluss der Rehamaßnahme und der später in der Katamnese berichteten Abstinenz?

### Methoden

Um diesen Fragen nachzugehen wurden in den Jahren 2007 bis 2017 sowohl prospektive Daten aus der Antragsphase einer Rehabilitation bei Sucht als auch zum Ende der ambulanten Maßnahme sowie nach 12 Monaten auch KatamneseDaten an 5 von der DRV anerkannten ambulanten Einrichtungen (mit 7 Standorten) im Rahmen einer Feldstudie erhoben. Die beteiligten Einrichtungen sind überwiegend im ländlichen Raum in Schleswig-Holstein verortet und befinden sich in Trägerschaft des Landesvereins für Innere Mission in Schleswig-Holstein (Diakonie).

Erfasst wurden 1.589 Rehabilitanden mit einer vorrangig stoffbezogenen Abhängigkeit, die den Beratungsprozess in diesen Einrichtungen von der Kontaktaufnahme und Klärung einer Rehabilitationsnotwendigkeit, der Beantragung und Bewilligung bis hin zum Antritt der Maßnahme, erfolgreich durchlaufen haben.

An Maßnahmen waren dies: Ambulante Rehabilitation (ARS), ambulante Fortsetzung der Behandlung (nach stationärer Behandlungsphase) sowie ambulante Nachsorge nach vorangegangener stationärer Rehabilitation. Zur Verbesserung der Vergleichbarkeit wurden nur die 1.456 Maßnahmen in die vertiefte Auswertung einbezogen bei denen die Abhängigkeit von Alkohol als Hauptsuchtproblematik zu Beginn der ambulanten Rehabilitation(-sphase) festgestellt wurde.

### Ergebnisse

Während im Hinblick auf den erfolgreichen Abschluss der ambulanten Maßnahme sowohl weiche Faktoren, wie die von den Beratern eingeschätzte Veränderungsmotivation,

Krankheitseinsicht als auch eine allgemein Prognose, als auch Fakten wie der Beziehungsstatus bzw. die Erwerbstätigkeit vs. Erwerbslosigkeit oder psychische Belastungen als mögliche Prädiktoren für den erfolgreichen Abschluss identifiziert werden konnten, waren im Hinblick auf den Erfolg der ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen hinsichtlich der angegebenen Abstinenz im Katamnesezeitraum nur noch eine festgestellte Rückfälligkeit bereits während der Antragsphase als hochsignifikanter Prädiktor sowohl hinsichtlich der erfolgreichen Beendigung der Reha-Maßnahme als auch der Ergebnisse der standardisierten Katamnese zu identifizieren.

## **Diskussion und Fazit**

Ambulante Rehabilitation Sucht zeigte sich in dieser Feldstudie als wirksame und effektive Maßnahme im Hinblick auf die Erreichung des Abstinenzzieles bei Abhängigkeitserkrankungen.

Ein fortgesetzter Suchtmittelkonsum bzw. eine festgestellte Rückfälligkeit in der Antragsphase sollte bei Antragstellung mitgeteilt werden um die Entwicklung bzw. den Einsatz spezifischer Angebote für diesen Personenkreis zu ermöglichen.

## **Literatur**

Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 3. Dezember 2008:[https://suchthilfe.de/basis/rahmenkonzept\\_ambulante\\_reha\\_sucht\\_12\\_2008.pdf](https://suchthilfe.de/basis/rahmenkonzept_ambulante_reha_sucht_12_2008.pdf)

## **Antritts- und Haltequote in der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitsstörungen: Eine multizentrische Untersuchung**

*Wilma Funke<sup>1</sup>; Rudolf Bachmeier<sup>2</sup>; Ursula Köstler<sup>3</sup>; Volker Weissinger<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> MEDIAN Klinik Wied; <sup>2</sup> Johannesbad Holding SE & Co. KG;

<sup>3</sup> Fachverband Sucht e.V. (FVS)

## **Hintergrund und Zielstellung**

In der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitsstörungen spielen aufgrund der Komplexität der Erkrankungen und der Vorbereitung der Rehabilitanden auf diese Maßnahmen Schnittstellen in der Versorgung vorher und nachher für einen nachhaltigen Erfolg eine bedeutsame Rolle. Auch die Belegungssteuerung und die den Kostenkalkulationen der Einrichtungen zugrunde liegenden Auslastungsquoten von 95 % sind besonders beeinflusst durch Nichtantreter einer geplanten Maßnahme sowie unplanmäßig beendete Behandlungen. Bei letzteren spielt der Abbruch durch den Rehabilitanden die zahlenmäßig bedeutsamste Rolle (Bachmeier et al., 2018). Es besteht daher im Rahmen der Qualitätsoptimierung die Herausforderung, die Antritts- und die Haltequote zu optimieren. Die vorliegende Untersuchung stellt in deskriptiver Form die Varianzen in der Antrittsquote für alkohol-, medikamenten- und drogenabhängige Patienten dar. Darüber hinaus wird der Frage nachgegangen, ob der Zeitpunkt einer durch den Patienten unplanmäßig abgebrochenen Reha-Maßnahme den Behandlungserfolg nach einem Jahr beeinflusst. Die These ist, dass

die Dauer der medizinischen Reha-Maßnahme in einem positiven Zusammenhang mit Erfolgsindikatoren steht (Dosis-Wirkungs-Zusammenhang), auch bei Abbrechern (Strie et al., 2017).

## **Methoden**

Befragt wurden im September 2019 die Mitgliedseinrichtungen des Fachverbands Sucht, die stationäre medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitsstörungen (Alkohol/Medikamente, Drogen und Mischeinrichtungen) anbieten, zu den Nichtantrittsquoten für das 1. Halbjahr 2019 sowie der Hauptgründe dafür (Terminverschiebung Patient, Entgiftung/Entzug noch nicht abgeschlossen, fehlende Erfüllung formaler Voraussetzungen, sonstiges und ohne Angabe). Es beteiligten sich 20 Einrichtungen mit differenzierten, auswertbaren Angaben.

Der Analyse der Haltequoten zugrunde liegen die Daten von fünf Entlassjahrgängen (2012-2016) von stationären Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, die sich an der Erhebung der Basisdokumentation Sucht sowie der Nachuntersuchung ein Jahr nach Behandlungsende beteiligten (26-31 Einrichtungen). Die Stichprobe umfasst insgesamt 47.894 Behandlungsfälle (zwischen 8.333 in 2015 und 10.381 in 2012). Es wurden nur Reha-Maßnahmen zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung berücksichtigt, was für mehr als 90 % der Rehabilitanden zutraf. Von diesen waren 71,4 % männlich, in einer festen Beziehung lebten zu Beginn der Maßnahme 45,5%, erwerbstätig waren 43,9 % (nicht erwerbstätig 8,9 % und erwerbslos 47,3 %). Das durchschnittliche Alter zu Behandlungsbeginn betrug 45,1 Jahre (Streuung 10,3 Jahre) und blieb konstant über die fünf Untersuchungsjahre. Die Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit (F10.2) lag bei 91,9 % der Behandlungen vor. Die Haltequote betrug 86,4 % und bleibt über die fünf Jahrgänge stabil auf diesem hohen Niveau. Die durchschnittliche Behandlungsdauer bei planmäßiger Entlassung betrug 88,0 Tage. Zur Einschätzung des Behandlungserfolgs dienten die Daten der Ein-Jahreskatamnese und die Auswertungsformeln der DGSS 3 (Katamnesestandards der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie; N = 25.310) und DGSS 4 (N = 47.894) für planmäßige Beender und Abbrecher (früh, mittel, spät).

## **Ergebnisse**

Die Nichtantrittsquoten variieren innerhalb der Einrichtungen (Alkohol/Medikamente, Drogen und gemischt) sowie zwischen den Indikationen (Nichtantreter Alkohol/Medikamente Ø 18,9 %, range 8,0 – 37,0; Drogen Ø 36,3 %; range 17,0 – 63,6; gemischt 13,8 %; range 9,0 – 18,7), wobei sich in der Kategorie „gemischt“ nur zwei Einrichtungen beteiligten. Die genauere Analyse der erfassten Gründe für den Nichtantritt zeigt ein sehr heterogenes Bild für die beteiligten Einrichtungen.

10,8 % (N = 5.172) der Rehabilitanden beendeten die Reha-Maßnahme auf eigenen Wunsch vorzeitig. Diese Gruppe bildet die Analysestichprobe der Abbrecher, die unterteilt wurden in Frühabbrecher (in den ersten 14 Tagen der Maßnahme: N = 1.267; 24,5 %), mittlere Abbrechergruppe (zwischen 15 und 49 Tagen; N = 2.060; 39,8 %) und Spätabbrecher (über 49 Tage; N = 1.845; 35,7 %). Für DGSS 3 (alle nach einem Jahr erreichten Rehabilitanden) zeigte sich eine Erfolgsquote (abstinent und abstinent nach Rückfall, mindestens 30 Tage abstinent) bei den planmäßig beendeten Maßnahmen von 77,8 %, bei den Abbrechern von 54,1 %. Diese Werte bleiben über die fünf Entlassjahrgänge stabil. Die Erfolgsquote bei den Frühabbrecher liegt bei 54,4 %, bei den Spätabbrechern bei 57,5 %. Bei mittlerer

„Behandlungsdosis“ ist der Wert mit 50,7 % der niedrigste. Für die konservative Erfolgsschätzung DGSS 4 (ITT; katamnestisch ohne Information = definiert rückfällig) liegen die Werte für die Erfolgsquote bei 43,5 % (planmäßige Beendigung) und 17,9 % (Abbruch durch Rehabilitanden). Hier zeigt sich ein linearer Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und –erfolg (13,7 % - 17,5 % - 21,2 %). Es werden weitere interessante Zusammenhänge zwischen Zeitpunkt des Abbruchs, berufliche Integration und Erwerbsfähigkeit berichtet.

## **Diskussion und Fazit**

Das sehr heterogene Bild bezüglich der (Nicht-)Antrittsquoten legt je nach Einrichtung individuelle Optimierungspotentiale nahe, es wird aber auch durch die unterschiedlichen Zielgruppen verschiedener Fachkliniken (z.B. Alkohol-, Medikamentenabhängige, Drogenabhängige) beeinflusst und kann zusätzlich durch verschiedene Zuweisungskriterien der Leistungsträger moderiert sein. Hier empfehlen sich weitere, differenziertere Untersuchungen sowie die Entwicklung von best-practice-Modellen zur Optimierung der Antrittsquote, was auch eine versorgungspolitische Aufgabe wäre.

Die differenziertere Analyse von Abbruchzeitpunkten in Relation zur Behandlungsdauer sollte einerseits vorangetrieben werden, um möglichst langes Verbleiben in der Behandlung zu sichern. Während dem frühzeitigen Behandlungsabbruch (innerhalb der ersten 14 Tage) möglicherweise Probleme in der selektiven Indikation und der Auswahl von Behandlungseinrichtungen bzw. Brüchen zwischen den Schnittstellen und Unterschieden in der Vorbereitung zugrunde liegen könnten, wird der Behandlungsabbruch im mittleren Zeitfenster einer Maßnahme (zwischen 15 und 49 Tagen) vermutlich eher mit der Haltekraft von Zielvereinbarungen und subjektiven Umsetzungserfolgen für den Rehabilitanden zusammenhängen. Die Strategie, den Rehabilitanden bei Anzeichen für einen drohenden Behandlungsabbruch in der Maßnahme zu halten, selbst wenn eine planmäßige Beendigung dann doch nicht erreicht werden sollte, scheint empfehlenswert, da auch Spätabbrecher im Durchschnitt eine bedeutsame Erfolgsquote aufweisen.

Aufgrund der im Vergleich mit anderen Indikationsbereichen vergleichsweise hohen Anzahl an Nichtantretern und Abbruchquoten ist zudem erforderlich, diese Spezifika bei der Entwicklung eines RV-weiten Belegungs- und Steuerungssystems besonders zu beachten (z.B. bei der Berechnung von Wartezeiten).

## **Literatur**

- Bachmeier R., Bick-Dreesen S., Dreckmann I., Feindel H., Kemmann D., Kersting S., Medenwaldt J., Mielke D., Missel P., Neumann E., Premper V., Sagel A., Strie M., Teigeler H., Weissinger V. (2018) Basisdokumentation 2017. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V. Teilband 1: Basisdokumentation 2017 – Fachkliniken für Alkohol-, Medikamentenabhängigkeit. (= Reihe: Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung Band 25), 6-27
- Strie M., Funke W. (2017). Behandlungsabbruch in der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankten. Charakteristika von Frühabbrechern und ihr Zusammenhang zum Behandlungsergebnis. Vortrag Deutscher Suchtkongress vom 18.-20.09.2017 in Lübeck (Präsentation und Abstract)

# Berufliche Integration und Behandlungserfolg in der stationären Suchtrehabilitation

*Rudolf Bachmeier<sup>1</sup>; Volker Weissinger<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Johannesbad Holding SE & Co. KG; <sup>2</sup> Fachverband Sucht e.V. (FVS)

## Hintergrund und Zielstellung

Zielsetzung der Auswertung ist die Untersuchung, inwieweit die Situation der beruflichen Integration, die bei Behandlungsbeginn festgestellt wurde den späteren Behandlungserfolg der stationären Entwöhnungsbehandlung beeinflusst. Hierzu wurden Basisdokumentations- und Katamnese-Daten von Rehabilitanden, die sich aufgrund einer Hauptsuchtmitteldiagnose in einer stationären Rehabilitationsbehandlung in Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige befanden, hinsichtlich der beruflichen Integration zu Beginn der Rehabilitation differenziert nach erwerbstätigen, erwerbslosen und nicht erwerbstätigen Rehabilitanden ausgewertet.

## Methoden

Grundlage für die Untersuchung waren die Basisdokumentations- und Katamnese-Daten des Fachverbandes Sucht e.V. aus den Entlassjahrgängen 2012 bis 2016 (Bachmeier et al., 2015, 2016, 2017, 2018, 2019), die den Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS), 2008) abdecken. Diese umfassen die Daten einer Totalerhebung der entsprechenden Entlassjahrgänge aus den beteiligten Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Die Berechnung der Abstinenz- und Therapieerfolgsquoten orientieren sich an den Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie, 2001).

Die Untersuchungsstichprobe umfasst insgesamt 47.894 Datensätze, wobei nur Behandlungen zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung berücksichtigt wurden. Die Untersuchungsstichprobe wird wie folgt beschrieben (über alle fünf Jahrgänge zusammengefasst) 28,6% der Rehabilitanden sind weiblich, durchschnittlich bei Aufnahme 45,1 Jahre alt, 45,5% in einer festen Beziehung lebend, 43,9% erwerbstätig, 47,3% erwerbslos und 8,9% nicht erwerbstätig, in der Hauptsuchtdiagnose zu 91,9% alkoholabhängig, mit 22,0% mit mindestens einer weiteren Suchtdiagnose neben der Hauptdiagnose erkrankt (durchschnittlich 0,38 Suchtnebendiagnosen pro Rehabilitand), mit 48,7% mit mindestens einer weiteren psychischen Diagnose (durchschnittlich 0,66 psychische Diagnosen pro Rehabilitand) und mit 74,1% mit mindestens einer weiteren somatischen Diagnose erkrankt (durchschnittlich 1,90 somatische Diagnosen pro Rehabilitand), bzgl. der Vorbehandlungen mit durchschnittlich 3,36 Entzügen pro Rehabilitand und einem Rehabilitandenanteil von 36,0% mit Therapieerfahrung in Form von stationären Entwöhnungsbehandlungen, einer durchschnittlichen Abhängigkeitsdauer von 14,7 Jahren, einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 82,3 Tagen bzw. 88,0 Tagen bei planmäßigen Beendigungen und einer Quote von 86,4% planmäßigen Beendigungen. Die Beteiligung an der Katamnese liegt bei 53,0%, die Therapieerfolgsquoten bzgl. der Abstinenz

liegen nach DGSS 3 (alle Antwortter) bei 75,8% und in der konservativen Berechnungsform DGSS 4 bei der alle Nicht-Antworter als rückfällig eingestuft werden bei 40,1%.

## Ergebnisse

Die Basisdokumentations- und Katamnese-daten wurden in der Variable berufliche Integration zum Behandlungsbeginn mit den drei Gruppierungen erwerbstätig, erwerbslos und nicht erwerbstätig ausgewertet. Im Folgenden sind die Ergebnisse für die Gruppierung erwerbslos im Vergleich zur Gesamtstichprobe dargestellt:

- Anteil Frauen mit 23,9% geringer gegenüber 28,6%
- Durchschnittsalter mit 43,0 Jahren jünger gegenüber 45,1 Jahre
- Anteil mit fester Beziehung mit 35,9% geringer gegenüber 45,5%
- Anteil mit Hauptdiagnose Alkohol mit 90,5% geringer gegenüber 91,9%
- Anteil an Suchtneben Diagnosen mit 27,1% (0,48 Diagnosen/Rehabilitand) höher gegenüber 22,0% (0,38 Diagnosen(Rehabilitand))
- Anteil psychischer Diagnosen mit 48,9% (0,67 psychische Diagnosen/Rehabilitand) beinahe gleich gegenüber 48,7% (0,66 psychische Diagnosen/Rehabilitand)
- Anteil somatischer Diagnosen mit 72,1% (1,83 somatische Diagnosen/Rehabilitand) etwas geringer gegenüber 74,1% (1,90 psychische Diagnosen/Rehabilitand)
- Durchschnittliche Anzahl an Entzügen mit 4,30 deutlich höher gegenüber 3,36
- Anteil von Rehabilitanden mit stationären Entwöhnungsbehandlungen in der Vorgeschichte mit 42,8% (0,69 stationäre Entwöhnungen/Rehabilitand) deutlich höher gegenüber 36,0% (0,55 stationäre Entwöhnungen/Rehabilitand)
- Durchschnittliche Abhängigkeitsdauer mit 15,2 Jahren länger gegenüber 14,7 Jahren
- Durchschnittliche Behandlungsdauer mit 82,6 Tagen (90,8 Tagen bei planmäßigen Beendigungen) länger gegenüber 82,3 Tagen (88,0 Tagen)
- Anteil an planmäßigen Beendigungen mit 82,2% geringer gegenüber 86,4%
- Rücklaufquote in der Katamnese mit 45,8% geringer gegenüber 53,0%
- Therapieerfolgsquote nach DGSS 3 (DGSS 4) mit 70,2% (32,1%) geringer gegenüber 75,8% (40,1%)

Tab. 1

Therapieerfolg nach DGSS 3		berufliche Integration Katamnesezeitpunkt		
		erwerbstätig	erwerbslos	nicht erwerbstätig
berufliche Integration bei Beginn	erwerbstätig	83,4%	69,5%	75,5%
	erwerbslos	80,0%	65,5%	71,3%
	nicht erwerbstätig	82,6%	67,6%	73,4%

Für eine Teilstichprobe mit Dokumentation der beruflichen Integration zu den beiden Messzeitpunkten Behandlungsbeginn und Katamnesezeitpunkt (Angaben der Katamneseantworter) wurden jeweils die Therapieerfolgsquoten nach DGSS 3 (alle Antwortter) berechnet. Die höchsten Therapieerfolgsquoten mit 83,4% zeigen sich bei Erwerbstätigkeit

zu beiden Messezeitpunkten, die geringsten mit 65,5% bei Erwerbslosigkeit zu Beginn und zum Katamnesezeitpunkt.

## **Diskussion und Fazit**

Die Auswertung zeigt, dass sich die Gruppe der erwerbslosen Rehabilitanden teilweise deutlich von der Gesamtstichprobe der behandelten Rehabilitanden in Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit unterscheiden, mit geringeren Quoten bei Frauen, bei festen Beziehungen, bei planmäßigen Beendigungen, bei der Katamneseteilnahme und beim Katamneseerfolg nach DGSS 3 und 4. Gleichzeitig mit längeren Abhängigkeits- und Behandlungsdauern und höheren Quoten bei der Inanspruchnahme von Vorbehandlungen. Vor dem Hintergrund eines hohen Anteils Arbeitsloser unter den suchtkranken Menschen stellen sich im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung folgende grundsätzlichen Zielsetzungen: Zum einen sollte ein vorhandener Arbeitsplatz möglichst erhalten bleiben und - bei Einverständnis des Patienten - der Kontakt zum Arbeitgeber während der Behandlung gehalten und gemeinsam mit diesem die berufliche Wiedereingliederung geplant werden. Zum anderen sollte bei vorhandener Arbeitslosigkeit die Kooperation mit den Jobcentern und den Agenturen für Arbeit sowie bei Bedarf entsprechenden Bildungsträgern während der Suchtrehabilitation hergestellt werden, um nahtlose Übergänge im Anschluss an die Behandlung hinsichtlich der Förderung der beruflichen Integration zu schaffen. Verwiesen sei hierzu auf die Umsetzung der von der Rentenversicherung und den Suchtverbänden gemeinsam herausgegebenen BORA-Empfehlungen. Insgesamt belegt die Studie eine hohe Wirksamkeit der stationären Rehabilitation Abhängigkeitskranker über die fünf Jahrgänge hinweg.

## **Literatur**

- Bachmeier, R., Bick-Dresen, S., Dreckmann, I., Feindel, H., Funke, W.; Kemmann D., Kersting, S., Medenwaldt, J., Missel, P., Neumann, E., Premper, V., Sagel, A., Teigeler, H., Weissinger, V. (2019). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2016 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. *Sucht aktuell*, 26/1, 34-50
- Bachmeier, R., Bick-Dresen, S., Dreckmann, I., Feindel, H., Kemmann, D., Kersting, S., Kreutler, A., Lange, N., Medenwaldt, J., Mielke, D., Missel, P., Premper, V., Regenbrecht, G., Sagel, A., Schneider, B., Strie, M., Teigeler, H., Weissinger, V. (2018). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2015 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. *Sucht aktuell*, 25/1, 49-65.
- Bachmeier, R., Bick, S., Funke, W.; Herder F., Jung Ch., Kemmann D., Kersting, S., Lange, N., Medenwaldt, J., Mielke, D., Missel, P., Schneider, B., Seeliger Ch., Verstege, R., Weissinger, V. (2015). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2012 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. *Sucht aktuell*, 22/1, 53-67.
- Bachmeier, R., Feindel, H., Herder F., Kemmann D., Kersting, S., Kreutler A., Lange, N., Medenwaldt, J., Mielke, D., Missel, P., Premper, V., Schneider, B., Strie M., Verstege, R., Weissinger, V. (2017). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2014 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. *Sucht aktuell*, 24/1, 53-69.

Bachmeier, R., Herder F., Kemmann D., Kersting, S., Kreutler A., Lange, N., Medenwaldt, J., Mielke, D., Missel, P., Schneider, B., Strie M., Verstege, R., Weissinger, V. (2016). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2013 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. *Sucht aktuell*, 23/1, 5-20.

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (Hrsg.) (2001): Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen. *SUCHT*, 47. Jahrgang, Sonderheft 2.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) (Hrsg.) (2008): Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Stand: 05.10.2010. [www.dhs.de](http://www.dhs.de).

## **Diskriminative Analyse der Symptomatologie des Schädlichen Substanzgebrauchs**

*Monika Vogelgesang*  
Median Klinik Münchwies

### **Hintergrund und Zielstellung**

Im Unterschied zum DSM 5, das dimensional zwischen verschiedenen Schweregraden der Substanz bezogenen Störungen differenziert, unterscheidet auch zukünftig das ICD 11 ebenso wie bislang das ICD 10 kategorial zwischen einem Schädlichen Gebrauch und Substanzabhängigkeit.

Die Diagnoseschwelle des Abhängigkeitssyndroms nach ICD 10 liegt bei mindestens drei von sechs spezifischen Symptomkomplexen. Dementsprechend können bei Schädlichem Substanzgebrauch bis zu zwei Symptomkomplexe des Abhängigkeitssyndroms vorliegen.

Ziel der Untersuchung war es, durch einen Vergleich der bei Substanzabhängigkeit bzw. Schädlichem Gebrauch vorliegenden Symptomkomplexe des Abhängigkeitssyndroms, festzustellen, ob die beiden Störungen sich lediglich dimensional oder auch kategorial unterscheiden. dabei sollte sowohl eine quantitative als auch eine qualitative Analyse vorgenommen werden.

### **Methoden**

In Form einer sowohl quantitativen als auch qualitativen Analyse wurden Art und Häufigkeit der spezifischen Symptomkomplexe der Substanzabhängigkeit bei einer klinischen Zufallsstichprobe von jeweils 100 schädlichen GebraucherInnen sowie 100 Alkoholabhängigen diskriminativ verglichen. Dabei wurde bei beiden Vergleichsgruppen auf eine gleiche Geschlechtsverteilung (jeweils 60 Männer und 40 Frauen) geachtet. Die Ergebnisse wurden prozentual umgerechnet und ihr Signifikanzniveau wurde bestimmt.

### **Ergebnisse**

Inkaufnahme der Selbstschädigung: 92% der Schädlichen GebraucherInnen versus 97% der Substanzabhängigen; Craving: 20% der Schädlichen GebraucherInnen versus 86% der Substanzabhängigen; Kontrollverlust: 18% der Schädlichen GebraucherInnen versus 98%

der Substanzabhängigen; Vernachlässigung: 11% der Schädlichen GebraucherInnen versus 87% der Substanzabhängigen; Toleranz: 1% der Schädlichen GebraucherInnen versus 96 % der Substanzabhängigen, Entzugserscheinungen: 0% der Schädlichen GebraucherInnen versus 70% der Substanzabhängigen.

Im Vergleich der beiden Störungsgruppen ergaben sich signifikante Unterschiede nicht nur hinsichtlich der Häufigkeit sondern auch hinsichtlich der Art der Symptomkomplexe: Während bei den Substanzabhängigen alle Symptomkomplexe des Abhängigkeitssyndroms vertreten waren, fehlten bei den Schädlichen GebraucherInnen die Hinweise auf neuroadaptive Gegenregulationsmechanismen in Form von Toleranzentwicklung und Entzugserscheinungen. Dies war auch bei langjährigen Schädlichen GebraucherInnen der Fall. Hingegen fanden sich hier, wenn auch deutlich seltener als bei der Substanzabhängigkeit, alle Symptomkomplexe des beeinträchtigten Reward Systems inklusive Kontrollverlust.

### **Diskussion und Fazit**

Klassifikatorische Implikationen: Die Ergebnisse der Untersuchung stützen die kategoriale Unterscheidung zwischen Schädlichem Gebrauch und Substanzabhängigkeit als zwar verwandte aber dennoch verschiedenartige Krankheitsbilder und damit die Einschätzung, dass der Schädliche Gebrauch nicht lediglich eine schwächere Ausprägung oder frühere Manifestation einer Substanzabhängigkeit ist.

Therapeutische Implikationen: Die Therapie des Schädlichen Gebrauchs sollte sich nach der vorliegenden Symptomatik richten, das bedingt auch, dass das grundsätzliche Ziel eines unschädlichen Substanzgebrauchs zumindest in den Fällen, in denen Kontrollverlust vorliegt, durch das Anstreben einer kompletten Abstinenz zu ersetzen ist.

### **Literatur**

- Schuhler, P. (2007) Schädlicher gebrauch im komorbiden Krankheitsbild: Merkmale und Diagnose in Abgrenzung zur Abhängigkeit. In: P. Schuhler, (Hrsg.) Schädlicher Gebrauch von Alkohol und Medikamenten Diagnose - Komorbidität - Psychotherapie. S. 10-18 , Beltz, Weinheim
- Vogelgesang, M. (2007). Neurobiologische Hintergründe des Substanzmissbrauchs. In: P. Schuhler, (Hrsg.) Schädlicher Gebrauch von Alkohol und Medikamenten Diagnose - Komorbidität - Psychotherapie. S. 26-33 , Beltz, Weinheim
- Vogelgesang, M. (2016). Phänomenologie, Theorie und Klassifikation von psychischen Störungen mit Schnittmengen zur Sucht. In: M. Vogelgesang. & P.Schuhler (Hrsg.) Psychotherapie der Sucht Methoden, Komorbidität und klinische Praxis. S. 377-388. Pabst, Lengerich.

# **Effektivität der stationären Alkoholentwöhnung – Umgang mit fehlenden Antworten: Multiple Imputation, Fallweiser Ausschluss oder Berechnungsformeln nach DGSS?**

*Sebastian Bernert<sup>1</sup>; Tim Krüger<sup>2</sup>; Karla Spyra<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Charité - Universitätsmedizin Berlin; <sup>2</sup> Humboldt Universität zu Berlin

## **Hintergrund und Zielstellung**

Aufgrund der gesellschaftlichen Bedeutung und kostenintensiven Rehabilitation von alkoholassoziierten Erkrankungen sind Effektivitätsnachweise von Entwöhnungsbehandlungen von besonderer Relevanz. In der Suchtrehabilitation sind 1-Jahres-Katamnese seit vielen Jahren als qualitätssichernde Maßnahmen etabliert. Die Non-Response-Quoten dieser Untersuchungen für den Alkoholbereich liegen zwischen 45 % und 60 %. Das birgt die Gefahr einer Fehleinschätzung der längerfristigen Wirksamkeit von Suchtbehandlungen.

## **Methoden**

Im Projekt „Effektivität der stationären Alkoholentwöhnung – Was ist mit den katamnestischen Non-Respondern?“ wurde mittels einer multimodalen Befragung (Post, Online, Telefon) versucht, eine möglichst hohe Zahl von Non-Respondern doch noch für eine Befragung zu gewinnen, um auf dieser Grundlage zu genaueren Abschätzungen des Abstinenzverhaltens zu gelangen. Mit Hilfe der vorliegenden Daten sollte eine Abschätzung der katamnestischen Erfolgsquote unter der Berücksichtigung fehlender Werte erfolgen. Die fehlenden Werte wurden durch drei unterschiedliche Verfahren bei der Berechnung der katamnestischen Erfolgsquote berücksichtigt: Fallweiser Ausschluss, Berechnungsformen nach den Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DGSS) (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie, 2001) und einer Multiplen Imputation nach dem Verfahren MICE (multiple imputation by chained equations) (Azur et al., 2011). Berichtet werden die katamnestischen Erfolgsquoten in den Untersuchungsphasen und nach den benannten Verfahren zur Behandlung fehlender Werte.

## **Ergebnisse**

Insgesamt konnten in den 3 Untersuchungsphasen der Studie 3.578 Teilnehmende aus 49 Studienkliniken befragt werden. In den 2 Phasen der Nachbefragung wurden 629 Teilnehmende befragt, die initial nicht auf die Katamnese geantwortet hatten. Unterschiede zeigten sich bei den Quoten der berichteten dauerhaften und 30-Tage-Abstinenz in den zu unterschiedlichen Zeitpunkten erreichten Responder-Gruppen. Die Abstinenzquoten (dauerhaft plus 30 Tage Abstinenz) für die erreichten Studienteilnehmenden reichen von 82,0% nach der ersten Phase der Befragung bis zu 64,5% in der dritten Phase der Befragung. Im Vergleich zur zweiten Phase der Befragung (63,7%) ist die katamnestische Erfolgsquote in der 3. Phase der Befragung leicht erhöht (+0,8%). Im Rahmen der Missing-Data-Analysen zur Bestimmung der katamnestischen Erfolgsquote bei den Non-Respondern zeigten die imputierten Werte für die Gruppe der Non-Responder einen weiteren Abfall der Abstinenzquote im Vergleich zur telefonischen Befragung. Gleichwohl fällt auch hier die katamnestische Erfolgsquote nicht auf Null, sondern auf 43,6% (23% abstinent + 20,6 % 30

Tage abstinent). Für die Schätzung der katamnesticen Erfolgsquote heißt dies, dass der Wert nach der Imputation bei 65,1% liegt (45,1% abstinent und 20% 30 Tage abstinent).

### **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse der Non-Responder-Befragung zeigen, dass eine Vielzahl an primären Non-Respondern doch noch erreicht werden konnten. Die katamnestiche Erfolgsquote fällt von der ersten Phase zur dritten Phase zwar ab, ist aber keineswegs so niedrig, dass die Annahme gerechtfertigt wäre, dass alle Non-Responder in solchen Befragungen dauerhaft rückfällig geworden sind. Würde die konservativste Berechnungsform nach den Vorgaben der DGSS angewendet, d.h. alle Non-Responder werden als dauerhaft rückfällig bewertet, würde die katamnestiche Erfolgsquote bei 49,5% liegen und nicht bei 65,1%, wenn eine multiple Imputation der Daten vorgenommen wird.

Es erscheint aufgrund der vorliegenden Ergebnisse ratsam die bisher angewandte Form der Schätzung der katamnesticen Erfolgsquote grundlegend zu überdenken. Bloße Festsetzung der Werte für Non-Responder erscheinen nicht angemessen und führen daher nicht zu validen Schätzungen der katamnesticen Erfolgsquote. Die Schätzung fehlender Werte auf Basis der vorliegenden Informationen und die Nutzung dieser Informationen für die Anwendung eines Imputationsmodells ergeben eine auf wissenschaftlichen Annahmen begründete Schätzung des Abstinenzverhaltens.

Im Vortrag soll diskutiert werden, welche Vor- und Nachteile sich aus der Schätzung der Abstinenzquote im Vergleich zu den bisher verwendeten Verfahren ergibt und ob dies eine geeignetere Annäherung an den Erfolg der stationären Entwöhnungsbehandlung darstellt.

### **Literatur**

- Azur, M. J., Stuart, E. A., Frangakis, C., & Leaf, P. J. (2011). Multiple imputation by chained equations: what is it and how does it work? *Int J Methods Psychiatr Res*, 20(1), 40-49.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (2001). Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen. *SUCHT*, 47(8), 90-91.

Förderung: Bundesministerium für Gesundheit

### Familienbezogene Prädiktoren der Lebensqualität von krebskranken Kindern und ihren Eltern in der familienorientierten Rehabilitation

*Laura Inhestern<sup>1</sup>; Mona Peikert<sup>1</sup>; Konstantin A. Krauth<sup>2</sup>; Corinna Bergelt<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf; <sup>2</sup> Klinik Bad Oexen

#### Hintergrund und Zielstellung

Die Diagnose einer Krebserkrankung im Kindes- und Jugendalter ist ein einschneidendes Erlebnis und führt zu multiplen Belastungen bei betroffenen Familien (Long & Marsland, 2011). Die familienorientierte Rehabilitation bietet betroffenen Familien nach Abschluss der intensivmedizinischen Behandlung die Möglichkeit, die Ergebnisse der Behandlung zu festigen und die körperliche Leistungsfähigkeit der erkrankten Kinder wiederaufzubauen (Arbeitsgemeinschaft Familienorientierte Rehabilitation, 2001). Gleichzeitig können Eltern sich regenerieren und stabilisieren.

Ziel der Arbeit ist es, die gesundheitsbezogene Lebensqualität erkrankter Kinder sowie die Lebensqualität der Eltern zu Beginn und zum Abschluss der familienorientierten Rehabilitation zu untersuchen und mögliche familienbezogene Prädiktoren zu Beginn der Rehabilitation zu identifizieren.

#### Methoden

Im Rahmen einer prospektiven Studie wurden Eltern krebskranker Kinder zu Beginn und zum Abschluss (n=256) einer familienorientierten Rehabilitationsmaßnahme befragt. Zur Erfassung der Lebensqualität der erkrankten Kinder wurde der Gesamtwert des KINDL-R (Elternversion) eingesetzt (Ravens-Sieberer & Bullinger, 2003). Zur Erfassung der Lebensqualität der Eltern wurde die Gesamtskala des Ulmer Lebensqualitäts-Inventar für Eltern chronisch kranker Kinder hinzugezogen (Goldbeck & Storck, 2000). Neben soziodemografischen Angaben wurde die Familienfunktionalität mithilfe der Skala Globale Funktionsfähigkeit des Family Assessment Device erfasst (Beierlein et al., 2017).

Es wurden deskriptive Analysen zur Beschreibung der demografischen und krankheitsbezogenen Variablen sowie der Familienfunktionalität und der Lebensqualität durchgeführt. Darüber hinaus wurden t-Tests zur Analyse von Unterschieden zwischen Vätern und Müttern und Varianzanalysen zur Untersuchung des Verlaufs der Lebensqualität durchgeführt. Mithilfe regressionsanalytischer Modelle wurden mögliche familienbezogener Prädiktoren (Partnerschaft der Eltern, Kinderanzahl, Netto-Haushaltseinkommen, Familienfunktionalität) berechnet. Die Einschätzung der Lebensqualität zu Beginn der Rehabilitation wurde als Kovariate in die Modelle aufgenommen.

#### Ergebnisse

Das Alter der Eltern liegt bei M=39.2 Jahren (SD=7.3) (Mütter: M=38.2, SD=7.0; Väter M=40.6, SD=7.4). 92% der Eltern leben in einer Partnerschaft. Mehr als die Hälfte der Familien haben ein Nettoeinkommen von 3000€ und mehr. Die erkrankten Kinder (46%

Mädchen) sind im Durchschnitt 7.5 Jahre alt. Die Diagnose (64% Leukämie, 36% ZNS-Tumore) liegt durchschnittlich 25 Monate zurück, das Ende der Akuttherapie durchschnittlich 11 Monate.

Auf einer Skala von 0 bis 100 liegt die Lebensqualität der Kinder zu Beginn der Rehabilitation bei  $M=70.6$  ( $SD=12.7$ ). Zum Abschluss der Rehabilitation wird die Lebensqualität der Kinder durch die Eltern mit  $M=79.6$  ( $SD=10.4$ ) eingeschätzt. Die elterliche Einschätzung der Lebensqualität der erkrankten Kinder unterscheidet sich zwischen Müttern und Vätern nicht signifikant.

Die Lebensqualität der Eltern liegt auf einer Skala von 0-4 zu Beginn der Rehabilitation bei  $M=2.2$  ( $SD=0.6$ ), wobei Väter eine signifikant höhere Lebensqualität berichten als Mütter ( $p < .05$ ). Zum Abschluss der Rehabilitation liegt die Lebensqualität der Eltern durchschnittlich bei  $M=2.9$  ( $SD=0.5$ ).

Von Beginn zum Abschluss der Rehabilitation verbessert sich die Lebensqualität für Eltern ( $p < .001$ ) wie auch für die Kinder signifikant ( $p < .001$ ). Es zeigt sich dabei kein signifikanter Effekt für den Faktor Geschlecht.

Hinsichtlich der Lebensqualität der Kinder zum Abschluss der Rehabilitation zeigen sich unter Einbezug der Kovariate "Lebensqualität zu Beginn der Rehabilitation" keine signifikanten familienbezogene Prädiktoren. Als signifikante familienbezogene Prädiktoren für die elterliche Lebensqualität werden die Familienfunktionalität ( $\beta=-.297$ ,  $p < .01$ ) und das Leben in einer Partnerschaft ( $\beta=.135$ ,  $p < .05$ ) identifiziert.

## **Diskussion und Fazit**

Neben der körperlichen Leistungsfähigkeit kann die Lebensqualität als ein wichtiger Parameter nach Abschluss der Rehabilitation angesehen werden. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Lebensqualität von Beginn zum Ende der Rehabilitation verbessert und verdeutlichen hinsichtlich der elterlichen Lebensqualität die Relevanz familienbezogener Faktoren. Nach der langen Belastungsphase kann demnach die Stärkung der Familienfunktionalität einen relevanten Ansatzpunkt in der Versorgung der Eltern darstellen.

## **Literatur**

Arbeitsgemeinschaft Familienorientierte Rehabilitation (AGFOR). Positionspapier zur familienorientierten Rehabilitation bei krebskranken Kindern. 2001. [https://www.kinderkrebsinfo.de/fachinformationen/psapoh/rehabilitation/index\\_ger.html](https://www.kinderkrebsinfo.de/fachinformationen/psapoh/rehabilitation/index_ger.html) [accessed April 2017].

Beierlein, V., Bultmann, J.C., Möller, B., von Klitzing, K., Flechtner, H.H., Resch, F., Herzog, W., Brähler, E., Führer, D., Romer, G., Koch, U., Bergelt, C. (2017): Measuring family functioning in families with parental cancer: reliability and validity of the German adaptation of the family assessment device (FAD). *Journal of Psychosomatic Research*, 93. 110–117.

Goldbeck, L., Storck, M. (2000): Das Ulmer Lebensqualitäts-Inventar für Eltern chronisch kranker Kinder (ULQIE). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33. 31-39.

Long, K.A., Marsland, A.L. (2011): Family adjustment to childhood cancer: a systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(1). 57-88.

Ravens-Sieberer, U., Bullinger, M. (2003): Der Kindl-R Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen-Revidierte Form. In Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden (S. 184-188). Göttingen: Hogrefe.

Förderung: Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung Nordrhein-Westfalen (ARGE)

## **Formative Evaluation der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit seltenen, schweren Hauterkrankungen („ResHa 2“)**

*Rainer Stachow<sup>1</sup>; Anne Köpnick<sup>2</sup>; Petra Hampel<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Fachklinik Sylt für Kinder und Jugendliche der Deutsche Rentenversicherung Nord;

<sup>2</sup> Europa-Universität Flensburg

### **Hintergrund und Zielstellung**

Kinder und Jugendliche mit den seltenen, genetisch bedingten, derzeit nicht heilbaren Hauterkrankungen Epidermolysis bullosa (EB) und Ichthyosis (ICH) weisen eine erhöhte psychosoziale Belastung der ganzen Familie auf (Stachow et al., 2017). So konnten auch Tabolli et al. (2009) eine geringere Lebensqualität und Teilhabe sowie eine erhöhte Stigmatisierung und soziale Ausgrenzung festgestellt werden. Im Rahmen einer früheren Pilotphase konnten die Bedürfnisse der Familien in Bezug auf eine stationäre Rehabilitation ermittelt werden (Küppers-Chinnow et al., 2015). In der vorliegenden Studie sollte die Durchführbarkeit des neu entwickelten Schulungskonzeptes „ResHa 2“ aus der Perspektive des interdisziplinären Teams und die Zufriedenheit mit den Schulungseinheiten aus Sicht der Rehabilitanden und deren Eltern untersucht werden.

### **Methoden**

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden insgesamt sechs qualitative problemzentrierte Fokusgruppen mit Experten (N=30) aus den folgenden Fachbereichen realisiert: Sport, Physiotherapie und Bäderabteilung (n=6), Pädagogik (n=3), Pflege (n=3), Schulung/Psychologie (n=4), Diätetik/Küche (n=2) sowie Hauswirtschaft (n=12). Des Weiteren wurden zum Ende der Rehabilitationsmaßnahme insgesamt zehn qualitative problemzentrierte Einzel- bzw. Gruppeninterviews mit einem Betroffenen im jungen Erwachsenenalter, fünf Kindern bzw. Jugendlichen, acht Müttern und drei Vätern geführt (N=17). Die Datenerhebung für die Fokusgruppen mit den Experten erfolgte im Zeitraum Januar bis März 2019 sowie für die Einzel- bzw. Gruppeninterviews mit den Rehabilitanden und Eltern im Zeitraum November 2017 bis August 2018 in den Räumlichkeiten der Rehabilitationsklinik. Zur Datenauswertung wurde die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) herangezogen.

### **Ergebnisse**

Insgesamt wurde die Durchführbarkeit des Schulungskonzeptes „ResHa 2“ aus Sicht der Experten als gut bewertet. Dennoch zeigte sich, dass die Behandlung der Patienten mit EB bzw. ICH einen intensiveren Kontakt bzw. zeitlichen und personellen Mehraufwand im

Vergleich zu anderen Patientengruppen in der Klinik erforderte, wodurch nach Aussagen einzelner Experten zunehmender Zeitdruck im Arbeitsalltag resultierte. Außerdem fühlten sich die Experten zwar überwiegend über die Krankheitsbilder EB bzw. ICH grundsätzlich gut informiert, wünschten sich aber mehrheitlich noch regelmäßige Weiterbildungen. Trotz der Mehrbelastungen befürworteten die Experten insgesamt die zukünftige Konzeptdurchführung in der Klinik, sofern die klinikinternen Rahmenbedingungen, personellen und finanziellen Voraussetzungen geschaffen werden.

Die betroffenen Rehabilitanden bzw. deren Eltern waren insgesamt zufrieden mit dem Schulungskonzept. Die positiven Eindrücke bezogen sich hierbei auf die regelmäßigen Anwendungen, krankheitsspezifischen Schulungseinheiten, das kompetente Fachpersonal sowie auf den Erfahrungsaustausch mit Peers. Negative Äußerungen bezogen sich hingegen auf die insgesamt sehr vielen Termine im Therapieplan und die Unterkunft für mitreisende Familienangehörige. Zum Rehabilitationsende wurden sowohl Verbesserungen auf somatischer Ebene durch eine Verbesserung des Hautzustandes wahrgenommen als auch Verbesserungen auf psychischer Ebene in Form einer positiveren Stimmung und Erholung. Die befragten Rehabilitanden und Eltern würden mehrheitlich eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erneut in Anspruch nehmen, wenn diese familienorientierter gestaltet wird. Dies umfasst die Öffnung bestimmter Behandlungsangebote für mitreisende Geschwister und Eltern sowie die Unterbringungsmöglichkeiten für die Familie.

### **Diskussion und Fazit**

Sowohl die Experten als auch die Kinder und deren Eltern bewerteten die Maßnahme gut. Die Experten wiesen auf den Mehraufwand hin, der einen erhöhten Tagessatz notwendig macht. Die Kinder und deren Eltern nahmen Verbesserungen auf physischer wie psychischer Ebene wahr, so dass erste Hinweise auf die Wirksamkeit vorliegen. Allerdings sollten aus Sicht der Eltern in den Behandlungsangeboten noch mehr alle Familienangehörigen einbezogen und die Unterbringungsmöglichkeiten verbessert werden.

### **Literatur**

- Küppers-Chinnow, M., Ufer, F., Bubel, S., Scheewe, S., Tiedjen, U., Stachow, R. (2015): vffr: Entwicklung und Implementierung eines Konzeptes für die Rehabilitation von Kindern mit seltenen, schweren Hauterkrankungen (ResHa) – Projektnr. 188 – Unveröffentlichter Abschlussbericht.
- Mayring, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (12., überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Stachow, R., Scheewe, S., Ufer, F., Hampel, P., Küppers-Chinnow, M. (2017). Psychosoziale Belastungen von Kindern und Jugendlichen mit seltenen Hauterkrankungen und der Wunsch nach einer Rehabilitationsmaßnahme. DRV-Schriften, Bd 111. 446-447.
- Tabolli, S., Sampogna, F., Di Pietro, C., Paradisi, A., Uras, C., Zotti, P., Castiglia, D., Zambruno, G., Abeni, D. (2009): Quality of life in patients with epidermolysis bullosa. *British Journal of Dermatology*, 161. 869-877.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Nord

# Kontextfaktoren der reabezogenen Behandlungsannahmen - die subjektive Sicht Jugendlicher

*Cindy Höhn<sup>1</sup>; Gloria Metzner<sup>1</sup>; Edith Waldeck<sup>2</sup>; Manuela Glattacker<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Universitätsklinikum Freiburg, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg; <sup>2</sup> Edelsteinklinik

## Hintergrund und Zielstellung

Kontextfaktoren spielen in der Selbstregulation chronischer Krankheiten eine zentrale Rolle. Sie nehmen Einfluss auf subjektive Krankheits- und Behandlungsannahmen, die Krankheitsbewältigung und das gesundheitsbezogene Outcome (Leventhal et al., 2003). Studien aus dem Kinder- und Jugendbereich zeigen, dass Kontextfaktoren wie z.B. das Alter, die Krankheitserfahrung oder die Einstellung der Eltern die Annahmen von Kindern und Jugendlichen zu ihrer Erkrankung beeinflussen (Paterson et al., 1999; Law et al., 2014). Untersuchungen zu Kontextfaktoren, die für subjektive Behandlungsannahmen von Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen bedeutsam sind, gibt es unseres Wissens hingegen bisher nicht.

Vor diesem Hintergrund analysiert der vorliegende Beitrag, welche subjektiven Kontextfaktoren jugendliche Rehabilitanden im Zusammenhang mit ihrem reabezogenen Behandlungskonzept berichten.

## Methoden

Zwischen Juli und September 2018 wurden Einzelinterviews mit jugendlichen Rehabilitanden der Edelsteinklinik zu ihren subjektiven reabezogenen Behandlungsannahmen geführt. Die Interviews erfolgten leitfadengestützt, beginnend mit einem offenen Erzählteil mit einer narrationsfördernden Eingangsfrage sowie einem Nachfrageteil. Die Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet, transkribiert und mit Hilfe der Analysesoftware MAXQDA (Version 12) inhaltsanalytisch ausgewertet. Es wurden Regeln zur Kodierung der Interviews erstellt, die durch wiederholte Konsensbildung im Studienteam definiert wurden. Durch diesen systematischen, rekursiven Prozess wurde ein tragfähiges Codesystem entwickelt.

## Ergebnisse

Es wurden 13 Interviews mit einer Dauer von 20-40 Minuten durchgeführt. Das mittlere Alter der Jugendlichen betrug 14,3 Jahre (Range 12-16 Jahre). Acht Teilnehmer waren männlich. Zehn Jugendliche waren zuvor noch nicht in Reha gewesen. Adipositas war die häufigste Erstdiagnose (N=7). Die in der Auswertung identifizierten Themen ließen sich dem subjektiven reabezogenen Behandlungskonzept Jugendlicher im engeren Sinne zuordnen sowie Variablen, die die Jugendlichen mit ihren Annahmen zur Behandlung assoziierten und die von uns im Sinne subjektiver Kontextfaktoren interpretiert wurden. Hierbei wurden insgesamt sechs subjektiv bedeutsame Kontextfaktoren benannt. Die Lebenssituation vor der Reha war häufig gekennzeichnet von schulischen und familiären Problemen, wenig Sozialkontakten und intensivem Medienkonsum. Die Idee zur Reha stammte meist von verschiedenen Personen im sozialen Umfeld des Jugendlichen, v.a. von den Eltern. Einige Jugendliche berichteten über vorangegangene Lösungsversuche und Reha-Vorerfahrungen. Darüber hinaus waren Informationen im Vorfeld der Rehabilitation, die die Jugendlichen teilweise von der Klinik bekamen, teilweise aber auch selbst im Internet oder bei Bekannten

beschafft wurden, subjektive Kontextfaktoren des rebezogenen Behandlungskonzepts. Und schließlich kristallisierten sich die vermuteten rebezogenen Behandlungsannahmen der Eltern als subjektiver Kontextfaktor heraus. Hierbei wurden vorrangig die elternseitig vermutete Notwendigkeit der Rehabilitation, die vermuteten Prozess- und Ergebniserwartungen der Eltern sowie die Übereinstimmung zwischen den eigenen und den vermuteten Einstellungen der Eltern thematisiert.

### **Diskussion und Fazit**

Kontextfaktoren beeinflussen subjektive Konzepte von Krankheit und Behandlung und das gesundheitsbezogene Outcome wie z.B. die Funktionsfähigkeit. Die ICF (WHO, 2001) betont daher unter der Prämisse einer ganzheitlichen Perspektive die Notwendigkeit, auch die Kontextfaktoren einer Person zu berücksichtigen. Sie unterscheidet dabei zwischen personenbezogenen und Umweltfaktoren. Während Umweltfaktoren in der ICF bereits klassifiziert sind, ist dies bei den personenbezogenen Faktoren auf Grund der weltweit großen kulturellen Unterschiede bisher nicht der Fall. Eine Arbeitsgruppe legte jedoch einen Vorschlag zur Klassifikation personenbezogener Faktoren vor (Grotkamp et al., 2010). Sämtliche von den Jugendlichen in unserer Studie berichteten Kontextfaktoren lassen sich den Kategorien der Umweltfaktoren (WHO, 2001) und der personenbezogenen Faktoren (Grotkamp et al., 2010) zuordnen. Die Ergebnisse geben einen ersten Eindruck davon, welche Kontextfaktoren aus Sicht der Jugendlichen explizit im Hinblick auf ihre Annahmen bezüglich einer bevorstehenden Rehabilitation bedeutsam sind.

Angesichts der Relevanz und der vergleichsweise geringen Studienlage zu subjektiven Kontextfaktoren der krankheitsbezogenen Selbstregulation insbesondere im Bereich der Kinder- und Jugendrehabilitation sollte diese Thematik künftig auch in größeren Stichproben Beachtung finden.

### **Literatur**

- Grotkamp, S., et. al (2010): Personenbezogene Faktoren der ICF – Entwurf der AG "ICF" des fachbereichs II der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP). *Gesundheitswesen*, 72. 908-916.
- Law, G. U., Tolgyesi, C. S., Howard, R. A. (2014): Illness beliefs and self-management in children and young people with chronic illness: a systematic review. *Health psychology review*, 8. 362-380.
- Leventhal, H., Brissette, I., Leventhal, E. A. (2003): The common-sense model of self-regulation of health & illness. In Cameron, L. D. & Leventhal, H. (eds). *The self-regulation of health & illness behaviour*. London: Routledge Taylor & Francis Group. 42-60.
- Paterson, J., Moss-Morris, R., Butler, S. J. (1999): The effect of illness experience and demographic factors on children's illness representations, *Psychology and Health*, 14. 117-129.
- World Health Organization (2001): *International classification of functioning, disability and health: ICF*. World Health Organization.

Interessenkonflikt: Frau Dr. Edith Waldeck arbeitet für die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

# Psychische Auffälligkeiten von Jugendlichen mit Adipositas in der stationären Rehabilitation

Petra Hampel<sup>1</sup>; Rainer Stachow<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Europa-Universität Flensburg;

<sup>2</sup> Fachklinik Sylt für Kinder und Jugendliche der Deutsche Rentenversicherung Nord

## Hintergrund und Zielstellung

Neuere Befunde aus der KiGGS Welle 2 zeigen, dass zwar die Prävalenzen seit der Basiserhebung gleichblieben, jedoch für Übergewicht mit 15.4% und für Adipositas mit 5.9% auf einem hohen Niveau stagnieren (Schienkiewitz et al., 2018). Wichtige Risikofaktoren, die eine Adipositas aufrechterhalten, stellen psychische Auffälligkeiten dar (Sagar & Gupta, 2018). So hingen chronisch körperliche Erkrankungen wie Adipositas in Meta-Analysen mit psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen zusammen, insbesondere mit internalisierenden Auffälligkeiten (Pinquart, 2017). Insgesamt wird jedoch von einer bidirektionalen Beziehung ausgegangen (Mannan et al., 2016). Zudem gingen psychische Auffälligkeiten in einer klinischen Studie mit einer geringeren Compliance vor allem bei Jugendlichen mit Adipositas einher (Stachow et al., 2009). Bislang liegen noch wenige Studien zur Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten bei Jugendlichen mit Adipositas vor, die mit aktuellen deutschen Normen verglichen wurden.

In der vorliegenden Studie sollten deskriptive Befunde zu den Prävalenzen ermittelt, Geschlechts- und Altersunterschiede in den psychischen Auffälligkeiten bestimmt sowie ein Vergleich der Ängstlichkeit/Depressivität mit einer Norm angestellt werden.

## Methoden

Die Geschlechts- und Altersunterschiede in den psychischen Auffälligkeiten wurden bei N=142 Jugendlichen mit Adipositas in der stationären Rehabilitation varianzanalytisch untersucht. Die unabhängigen Variablen wurden durch das Geschlecht (weiblich vs. männlich) und die Altersgruppe (12-14 vs. 15-17 Jahre) gebildet (weiblich, n=87; mittlerer BMI-SDS: 2.67, SD=0.58). Die selbstberichtete Ängstlichkeit/Depressivität wurde anhand des Screenings psychischer Störungen im Jugendalter (SPS-J-II; Hampel & Petermann, 2012) erfasst. Die psychischen Auffälligkeiten im Selbst- und Elternurteil wurden mit dem Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-S bzw. SDQ-P; Woerner et al., 2002) erhoben. Die Reliabilitäten für den SDQ-S waren jedoch nicht zufriedenstellend.

Die Fragestellung zum Normvergleich in der Ängstlichkeit/Depressivität wurde anhand eines einfaktoriellen Designs bei N=254 Jugendlichen mittels unabhängigem t-Test untersucht (je 74 Mädchen; Alter: 12-16 Jahre; MW=13.85 Jahre, SD=1.17): Die unabhängige Variable „Gruppe“ war zweifach abgestuft in „Jugendliche mit Adipositas“ und „Norm“. Hierbei wurde die klinische Stichprobe mit geschlechts- und altersgematchten Kontrollen aus der Normierungsstudie des SPS-J-II verglichen.

## Ergebnisse

Deskriptiv ergab sich, dass knapp ein Drittel der 142 Jugendlichen mit Adipositas auffällige Werte in der Ängstlichkeit/Depressivität zeigte. Die Eltern beurteilten die emotionalen Probleme ihrer Kinder mit 19.0% als auffällig, die Verhaltensprobleme mit 17.6%, die

Hyperaktivität mit 7.0%, die Probleme mit Gleichaltrigen mit 15.5% und das prosoziale Verhalten bei 4.2%. In den Varianzanalysen wiesen Mädchen im Selbsturteil höhere Ausprägungen in der Ängstlichkeit/Depressivität auf. Die Eltern gaben eine höhere Hyperaktivität ihrer Söhne an.

Im Normvergleich zeigten die Jugendlichen mit Adipositas zu 29.9% auffällige Werte in der Ängstlichkeit/Depressivität (n=38). Dagegen lagen 15% der Jugendlichen der Normstichprobe über dem Cut-off (n=19, 15.0%). Das Risikoverhältnis (Odds Ratio) lag bei 2.43 (95%-Konfidenzintervall: 1.31-4.5). Im t-Test wies die klinische Gruppe signifikant höhere Ausprägungen als die Norm auf ( $t(237.0)=2.35$ ,  $p=.020$ ,  $d=.29$ ).

## **Diskussion und Fazit**

Die deskriptiven Statistiken für die vorliegende Stichprobe mit Adipositas bestätigen bisherige Befunde, dass die Häufigkeiten in der selbstberichteten Ängstlichkeit/Depressivität, aber auch im Elternurteil in den emotionalen Problemen deutlich erhöht sowie in den Verhaltensproblemen und den Problemen im Umgang mit Gleichaltrigen erhöht sind. Mädchen mit Adipositas erwiesen sich übereinstimmend mit der Literatur als Risikogruppe für eine Entwicklung internalisierender Auffälligkeiten. Erwartungskonform wiesen Jungen höhere Ausprägungen in der Hyperaktivität im Elternurteil auf. Allerdings sollte die Wirkrichtung anhand von Längsschnittstudien untersucht werden. Insgesamt unterstützen die Befunde jedoch eine frühzeitige Diagnostik psychischer Auffälligkeiten und bedarfsgerechte Interventionen, um der Entwicklung komorbider psychischer Auffälligkeiten vorzubeugen.

## **Literatur**

- Hampel, P., Petermann, F. (2012): Screening psychischer Störungen im Jugendalter - II (SPS-J-II). Deutsche Adaptation des Reynolds Adolescent Adjustment Screening Inventory (RAASI; 2. Aufl.). Bern: Huber.
- Mannan, M., Mamun, A., Doi, S., Clavarino, A. (2016): Prospective associations between depression and obesity for adolescent males and females - A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. PLoS ONE, 11. e0157240.
- Pinquart, M. (2017): Psychische Gesundheit von chronisch körperlich kranken Kindern und ihren Eltern - Ergebnisse von Metaanalysen. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 66. 656-671.
- Sagar, R., Gupta, T. (2018): Psychological aspects of obesity in children and adolescents. Indian Journal of Pediatrics, 85. 554-559.
- Schienkiewitz, A., Brettschneider, A.K., Damerow, S., Schaffrath Rosario, A. (2018): Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring, 3. 16-22.
- Stachow, R., Kiera, S., Tiedjen, U., Petermann, F. (2009): Chronisch kranke Jugendliche. Compliance und psychische Symptome. Monatsschrift Kinderheilkunde, 157. 1141-1146.
- Woerner, W., Becker, A., Friedrich, C., Klasen, H., Goodman, R., Rothenberger, A. (2002): Normierung und Evaluation der deutschen Elternversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Ergebnisse einer repräsentativen Felderhebung. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 30. 105-112.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Nord

# Wie sind die Bedarfe bezüglich der ambulanten Kinder- und Jugendlichenrehabilitation? – eine qualitative Befragung aller Beteiligten

*Sandra Fahrenkrog; Nina Ammelburg; Alina Schmelcher; Kristin Herrmann; Karla Spyra*

Charité - Universitätsmedizin Berlin

## Hintergrund und Zielstellung

Durch das „Flexirentengesetz“ (13.12.2016, BGBL Teil I, 59) stärkt der Gesetzgeber auch die Rehabilitation für Kinder und Jugendliche entscheidend. Nach §15a SGB VI wird die Kinder- und Jugendrehabilitation von einer Kann- zur Pflichtleistung der Deutschen Rentenversicherung. Neben neuen Regelungen zur Mitnahme von Begleitpersonen, ambulanten Nachsorgeleistungen und der Streichung der frühesten Wiederholungsfrist ergibt sich aus dem gesetzlichen Anspruch nun auch, dass Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche zukünftig ambulant erbracht werden können und nicht wie bislang ausschließlich stationär. Leistungsträger und Leistungserbringer stehen damit vor gänzlich neuen Herausforderungen. Richtlinien gilt es zu Erarbeiten und neue Konzepte zu schaffen. Ziel des Projektes war es, unter Einbezug aller beteiligter Akteure, die Frage „Wie kann und sollte eine ambulante Rehabilitation für Kinder- und Jugendliche aussehen?“ zu explorieren und Empfehlungen für die Ausgestaltung einer ambulanten Rehabilitation für Kinder- und Jugendliche abzuleiten. Neben einer systematischen Literaturrecherche und einer quantitativen Befragung erfolgte eine qualitative Befragung zur Bedarfsanalyse. In dem Beitrag sollen die Ergebnisse der qualitativen Befragung berichtet werden.

## Methoden

Zur Erfassung des Bedarfs wurden leitfadengestützte Interviews und Fokusgruppen durchgeführt. Exploriert wurden Sichtweisen, Erwartungen und Vorstellungen sowie Kritikpunkte bezüglich der Kinder- und Jugendrehabilitation von Leistungserbringern und Betroffenen. Es wurden sowohl Ärzte und Therapeuten der Kinder- und Jugendrehabilitation (8 Interviews) als auch niedergelassene Kinder- und Jugendärzte (3 Interviews) interviewt. Außerdem wurden Eltern chronisch kranker Kinder (10 Interviews mit Eltern chronisch kranker Kinder ohne Rehabilitationserfahrung, 4 Fokusgruppen mit Eltern von chronisch kranken Kindern in der Rehabilitation) sowie chronisch kranke Kinder und Jugendliche zwischen 10 und 17 Jahren (2 Fokusgruppen mit Kindern, 3 Fokusgruppen mit Jugendlichen in der Rehabilitation) befragt. Die Interviews und Fokusgruppen wurden digital aufgezeichnet, pseudonymisiert gespeichert und transkribiert. Die Auswertung erfolgt in Anlehnung an die Qualitative Inhaltsanalyse (Mayring, 2015).

## Ergebnisse

Bei der Auswertung der Interviews und Fokusgruppen zeigte sich eine große Heterogenität. Bestimmte Aspekte konnten sowohl als Vorteil als auch als Nachteil eingeordnet werden. Dies hing insbesondere von der Indikation bzw. Problematik ab, aber auch von der Altersgruppe. So wurde beispielsweise der „Verbleib im Umfeld“ für den Alltagstransfer von neuen Verhaltensweisen oder für Kinder mit Heimweh als Vorteil gesehen. Bei familiären Problemlagen oder Mobbing-situationen wurde der „Verbleib im Umfeld“ als nachteilig bewertet und das stationäre Setting als sinnvoller angesehen.

Grundsätzlich wurde die Möglichkeit einer ambulanten Kinder- und Jugendlichenrehabilitation als zusätzliches Angebot positiv bewertet.

Als ein wichtiger Aspekt stellte sich eine möglichst individuelle und flexible Gestaltung der ambulanten Kinder- und Jugendlichenrehabilitation dar. Ein weiterer wichtiger Aspekt, der genannt wurde, war die Verbreitung von Informationen zum Rehabilitationsangebot von Kindern und Jugendlichen.

Als Vorteil wurden u. a. Vernetzungsmöglichkeiten mit Schule, ambulanten Akteuren und Betroffenen, Möglichkeit der Langzeitbetreuung und des Alltagstransfers sowie der Einbezug der Eltern genannt.

Bedenken wurden u. a. bezüglich der Umsetzbarkeit und bezüglich der Entscheidung ambulant/stationär angeführt.

### **Diskussion und Fazit**

Bei der Befragung zeigte sich, dass die Bedarfe bezüglich der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation insbesondere von der Indikation bzw. Problematik und vom Alter abhängen. Es sollte angestrebt werden, die ambulante Rehabilitation für Kinder und Jugendliche so individuell und flexibel wie möglich zu gestalten.

### **Literatur**

Deutscher Bundestag (2016): Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz). Bundesgesetzblatt, I(59). 2838-2847.

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

Förderung: Deutschen Rentenversicherung Bund

## **Charakteristische Nutzungsformen psychosomatischer Rehabilitation und ihre Wirkung auf den subjektiven Behandlungserfolg**

*Ernst von Kardorff; Alexander Meschnig; Sebastian Klaus*

Humboldt Universität zu Berlin

### **Hintergrund und Zielstellung**

Angesichts der Zunahme diagnostizierter psychischer Störungen ergeben sich neue fachliche Herausforderungen für die psychosomatische Rehabilitation um Erwerbsfähigkeit zu sichern und eine EM-Berentung zu verhindern. Da bislang wenig Wissen zu den konkreten RTW-Prozessen und Bedarfen im Anschluss an eine psychosomatische Rehabilitation vorliegt, haben wir in einer Verlaufsstudie die individuellen Wege in die Reha und das Erleben der Teilnehmer (F3 und F4 Erstdiagnosen) während und nach der Rehabilitation rekonstruiert.

In unserer Darstellung konzentrieren wir uns auf die unterschiedlichen Lebenssituationen mit denen Rehabilitanden in eine psychosomatische Einrichtung zugewiesen werden: einige kommen direkt aus einer psychischen Krise in die Rehaklinik, andere infolge langer AU-Zeiten oder aus Erwerbslosigkeit wegen chronifizierter psychischer Beeinträchtigungen, wieder andere aus beschäftigungsgefährdenden Erschöpfungszuständen. Da die Erwartungen des Versicherungsträgers und der Behandler mit denen der Rehabilitanden oft nicht deckungsgleich sind (Schury et al., 2018), haben wir uns auf die konkreten Nutzungserwartungen der Rehabilitanden konzentriert und darauf, wie sie sich auf das Behandlungsergebnis und den subjektiven Erfolg auswirken.

### **Methoden**

Mit einer Fragebogenerhebung (N = 105) wurden nach Prinzipien des theoretical sampling Interviewteilnehmer rekrutiert (N = 33). Bei der Datenanalyse konnten verschiedene Perspektiven auf die eigene Biografie, den Krankheitsverlauf, die subjektive Wirksamkeit der Reha, den RTW und Nachsorgebedarfe usw. zu vier verschiedenen Zeitpunkten erfasst werden (Fragebogen kurz vor Ende der Reha, episodisch-narrative Interviews 6, 12 und 18 Monate nach Ende der Maßnahme).

### **Ergebnisse**

In den Erwartungen und Bedarfen der Rehabilitanden an die psychosomatische Reha steht neben dem Wunsch nach Symptombefreiheit die Erwartung an eine Rückkehr in Arbeit im Vordergrund. Im Detail zeigt sich, dass die Beeinträchtigungen häufig auf ungelöste und belastende Lebensprobleme zurückgehen, deren Bearbeitung aus subjektiver Sicht für einen nachhaltigen Rehabilitationserfolg als entscheidend angesehen wird.

In der qualitativen Analyse (n=33) ergaben sich im Rahmen systematischer Fallvergleiche fünf charakteristische Nutzungserwartungen an die medizinische Reha, die mit bestimmten Positionen auf der Verlaufskurve korrespondieren:

- Auszeit: Psychosomatische Reha als „Kur“; unmittelbare Entlastung von Überforderung in Alltag und Beruf; Beschwerden werden (noch) nicht als Krankheit wahrgenommen und akzeptiert („Krankheitseinsicht“).
- (Akut-)Behandlung: hier steht in der Regel eine aktuelle psychische Krise im Vordergrund; die Rehabilitanden verhalten sich weitgehend passiv und erwarten eine Verbesserung der Gesundheit mit Hilfe ganz konkreter therapeutischer Hilfestellungen, Tipps, Verhaltensanweisungen, Medikamente usw.
- Wiederherstellung: aktive Suche nach neuen Bausteinen der Krankheitsarbeit und ggf. auch Veränderungen der Lebensführung (andere Prioritäten, verstärkte Achtsamkeit).
- Neujustierung: Psychosomatische Reha als ein Element der biografischen Orientierung und Stabilisierung; aktive Biografiearbeit, z.B. Neubewertung eigener Handlungsmaxime, Entwicklung neuer beruflicher oder privater Ziele.
- Reha zur Rente: Reha als Legitimation und Bestätigung für einen EM-Rentenanspruch und als Anerkennung des eigenen Leidens.

Diese Nutzungsformen beschreiben keine „Typen“ oder Gruppen von Rehabilitanden, sondern phasenabhängige Erwartungen und Bedarfe an jeweils unterschiedliche Formen des professionellen Umgangs mit der psychischen Beeinträchtigung in Kombination mit der aktuellen Position der Rehabilitanden innerhalb der Verlaufskurvendynamik (Schütze, 1996).

Einige Nutzungserwartungen scheinen auf den ersten Blick nicht mit der klassischen Zielstellung der Rehabilitation vereinbar, erweisen sich aber im Nachhinein aus der aktuellen persönlichen Lage heraus als intuitiv passend gewählte Strategie.

Neben der Attribution auf die Arenen (Familie, Beruf), in denen die Ursache für die Entwicklung und Verschärfung der eigenen psychischen Beeinträchtigungen verortet werden, spielen die Nutzungserwartungen eine entscheidende Rolle für den Behandlungserfolg. Gemeinsam stellen sie im Hinblick auf Zuweisung, konkrete Behandlungspläne und Angebote Herausforderungen für die tägliche Arbeit in der psychosomatischen Reha-Klinik dar. Praktisch geht es darum, die individuellen Bedarfe und Nutzungserwartungen mit den Routineangeboten und Abläufen in Übereinstimmung zu bringen; Parameter wie Alter, Geschlecht oder Diagnose spielen hier eine untergeordnete Rolle.

### **Diskussion und Fazit**

Die Mehrzahl der psychosomatischen Rehabilitanden (ca. 80%) befindet sich ein Jahr nach der Reha wieder in Arbeit. (Nübling et al., 2015, S. 74). Zwar sieht die Mehrzahl der psychosomatischen Rehabilitanden die Rückkehr in Arbeit normativ als zentrales Ziel der Reha an, die Reha-Klinik (d.h. die psychosomatische Rehabilitation) wird allerdings nicht in erster Linie mit einem RTW verbunden, sondern mit der Lösung der psychosozialen Beeinträchtigungen. Entscheidend für den Return to Work ist nach unseren Ergebnissen, dass es gelingt im Schon- und Erprobungsraum der Reha-Klinik die Passfähigkeit von Nutzungserwartungen mit den Angeboten und Erfahrungen in der psychosomatischen Reha herzustellen; dazu gehören u.a. Stärkung der Selbstwirksamkeit, verbesserter Umgang mit

lange aufgeschichteten Lebensproblemen, Symptommanagement, Hilfen bei der Neuorientierung. Bei Rehabilitanden, die die Arbeitswelt als Ort und Ursache ihrer Probleme attribuieren, bleiben die Klärung und Lösungssuche für ein Arbeiten mit bedingter Gesundheit erforderlich; dies korreliert aber nicht mit einer formellen BBPL Zuweisung.

## Literatur

- Kardorff, E. v., Klaus, S., Meschnig, A. (2019): Von der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation zur nachhaltigen Wiedereingliederung in Arbeit bei psychischen Beeinträchtigungen im Raum Berlin-Brandenburg, Berlin (unveröff.).
- Nübling, R. et al. (2015): Analyse des Behandlungserfolgs in der Medizinischen Rehabilitation - Konsequenzen für das interne Qualitätsmanagement „Reha-QM-Outcome-Studie“ des Qualitätsverbundes Gesundheit und der DRV Baden-Württemberg, Abschlussbericht.
- Schury, K. et al. (2018): Erwartungen und Informationsbedarf von Rehabilitanden bezüglich stationärer psychosomatischer Rehabilitation. In: Die Rehabilitation e-first: DOI: 10.1055/a-0645-9142.
- Schütze, F. (1996): Verlaufskurven des Erleidens als Forschungsgegenstand der interpretativen Soziologie, in: Heinz-Hermann Krüger/Winfried Marotzki (Hrsg.), Erziehungswissenschaftliche Biographieforschung, S. 116–156.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg

## **Erfolg und Nutzen einer psychosomatischen Rehabilitation - Vergleich von Rehabilitanden mit und ohne Rentenüberlegung**

*Jessica Henn<sup>1</sup>; Franziska Kessemeier<sup>2</sup>; Rüdiger Nübling<sup>1</sup>; Jürgen Schmidt<sup>1</sup>; Axel Kobelt-Pönicke<sup>3</sup>; Markus Bassler<sup>4</sup>*

<sup>1</sup> Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen (GfQG); <sup>2</sup> Universitätsklinikum Ulm, Universitätsklinikum Freiburg; <sup>3</sup> Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover; <sup>4</sup> Rehasentrum Oberharz

## **Hintergrund und Zielstellung**

Eine negative subjektive Erwerbsprognose des Rehabilitanden/in ist einer der wichtigsten Prädiktoren für eine folgende Erwerbsminderungsrente (Mittag et al., 2003). Erwerbsminderungsrentner haben eine sehr schlechte Rückkehrprognose (ca. 6%) (Kobelt et al., 2009), obwohl sie häufig die feste Absicht zur Rückkehr ins Erwerbsleben haben (ca. 43%) (Zschucke et al, 2016). Als eine Hauptursache für gesundheitsbedingte Frühverrentungen gelten seit Anfang der 2000er psychische Erkrankungen (Bundespsychotherapeutenkammer, 2013). Daher sollten insbesondere PatientInnen mit psychischen Erkrankungen, die überlegen eine Erwerbsminderungsrente zu beantragen, durch die Behandlung in der medizinischen Rehabilitation erreicht werden, um so den Eintritt in die Erwerbsminderungsrente zu verhindern. Die vorliegende Studie vergleicht die Erreichbarkeit und den Nutzen einer stationären psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahme für

PatientInnen, die überlegen einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente zu stellen und solchen, die dies nicht tun. Hierbei werden Faktoren betrachtet, die das Behandlungsergebnis beeinflussen. Diese umfassen, neben soziodemographischen und krankheitsbezogenen Variablen, auch psychotherapeutische Wirkfaktoren, insbesondere die therapeutische Beziehung (Flückiger et al., 2019).

### Fragestellung

Anhand der großen Inanspruchnahme-Stichprobe einer Arbeiterrentenversicherung soll u.a. untersucht werden, (1) welche soziodemographischen Besonderheiten PatientInnen mit Rentenwunsch aufweisen, (2) ob PatientInnen mit Rentenwunsch von ihrer psychosomatischen Rehabilitation profitieren und (3) ob sie sich hinsichtlich ihrer aufgebauten therapeutischen Beziehung unterscheiden.

### Methoden

Methodische Grundlage bilden die zu Aufnahme und Entlassung mit dem Routine-Assessment-Psychosomatik (RAP; Nübling et al., 2018) elektronisch erhobenen Patientendaten. Hierin integriert sind u.a. die Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH-49). Die Prüfung der Hypothesen erfolgte über Chi-Quadrat-Tests, t-Tests und Varianzanalysen. Zur Identifikation der Rehabilitanden, welche überlegen einen Rentenantrag zu stellen, wurde das Item „Denken Sie darüber nach, einen Rentenantrag zu stellen?“ genutzt. Reha-Erfolg wurde indirekt als Reduktion der HEALTH-49-Skalen „Depressivität“ und „Phobische Ängste“ operationalisiert. Als direkte Veränderungsmessung wurde die BESS-Skala verwendet. Die therapeutische Beziehung wurde mittels des Helping Alliance Questionnaire (HAQ) erfasst.

### Stichprobe

Betrachtet werden  $N_{max} = 8855$  erwerbstätige Rehabilitanden (49,2% weiblich, Durchschnittsalter 48,05 Jahre (SD=9,0), 39,5% Hauptschulabschluss, 54,6 % Arbeiter), aus zwei psychosomatischen Kliniken der DRV Braunschweig-Hannover, für die HAQ- Werte zum Entlasszeitpunkt vorliegen.

### Ergebnisse

19,9% (n=1761) aller PatientInnen gaben an, bereits darüber nachgedacht zu haben, einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente zu stellen. Frauen (21,2%) berichteten häufiger von Rentenüberlegungen als Männer (18,6%) ( $\chi^2=9,122$ ;  $df=1$ ,  $p=0,003$ ). PatientInnen, die überlegen einen Rentenantrag zu stellen, waren im Mittel etwas älter ( $M=51,78$ ;  $SD=7,204$ ) als PatientInnen ohne Rentenüberlegung ( $M=47,10$ ;  $SD=9,164$ ). Außerdem fanden sich Effekte von Nationalität ( $\chi^2=51,550$ ;  $df=1$ ,  $p < 0,001$ ), Familienstand ( $\chi^2=71,909$ ;  $df=4$ ,  $p < 0,001$ ), höchstem Schulabschluss ( $\chi^2=200,811$ ;  $df=6$ ,  $p < 0,001$ ) und höchstem Berufsabschluss ( $\chi^2=130,801$ ;  $df=5$ ,  $p < 0,001$ ). Auch hinsichtlich Depressivität ( $d=0,645$ ) und phobischer Ängste ( $d=0,736$ ) unterscheiden sich die Rehabilitandengruppen zur Aufnahme.

Die direkte Veränderungsmessung mittels BESS-Skala zeigte eine deutlich positivere Bewertung des Reha-Nutzens durch PatientInnen ohne Rentenwunsch ( $d=1,023$ ). Die „Depressivität“ (dep) und „phobische Ängste“ (anx) reduzierte sich über die Zeit der Reha sowohl innerhalb der Gruppe ohne Überlegung einen Rentenantrag zu stellen (dep:  $d=0,89$ ;

anx:  $d=0,52$ ) als auch der PatientInnen, die überlegen einen Rentenanspruch zu stellen (dep:  $d=0,61$ ; anx:  $d=0,39$ ) signifikant. Ein Interaktionseffekt von Rentenüberlegung und Abnahme der psychischen Beschwerden wurde nur für die Depressivität, nicht jedoch für Ängstlichkeit gefunden.

PatientInnen mit Rentenüberlegung berichten von einer positiven, jedoch weniger hilfreichen therapeutischen Beziehung, sowohl hinsichtlich Beziehungszufriedenheit ( $d=0,596$ ) als auch Erfolgsszufriedenheit ( $d=0,861$ ).

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse zeigen deutliche Unterschiede hinsichtlich soziodemographischer und krankheitsbezogener Variablen zwischen Rehabilitanden, die überlegen einen Rentenanspruch zu stellen und solchen die es nicht tun. Zwar unterscheiden sich die Patientengruppen in der Einschätzung ihrer Beziehungs- bzw. Erfolgsszufriedenheit in ihrer therapeutischen Beziehung und des direkten und indirekten Reha-Erfolgs, jedoch sind beide Gruppen in der Lage eine therapeutische Beziehung aufzubauen und von der Reha zu profitieren.

## **Literatur**

- Bundespsychotherapeutenkammer (2013): BPtK-Studie zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit - Psychische Erkrankungen und gesundheitsbedingte Frühverrentung. Berlin: BPtK.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E. & Horvath, A. O. (2018): The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55, 316-340. doi: 10.1037/pst0000172.
- Kobelt, A., Grosch, E., Hesse, B., Gebauer, E., Gutenbrunner, C. (2009): Wollen psychisch erkrankte Versicherte, die eine befristete Rente wegen voller Erwerbsminderung beziehen, wieder ins Erwerbsleben eingegliedert werden? *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 59, 273–280. doi: 10.1055/s-2008-1067457.
- Mittag, O., Glaser-Möller, N., Ekkernkamp, M., Matthis, C., Héon-Klin, V., Raspe, A., Raspe, H. (2003): Prädiktive Validität einer kurzen Skala zur subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit (SPE-Skala) in einer Kohorte von LVA-Versicherten mit schweren Rückenschmerzen oder funktionellen Beschwerden der inneren Medizin. *Sozial- und Präventivmedizin*, 48, 361–369. doi: 10.1007/s00038-003-2037-3.
- Nübling, R., Schmidt, J., Kriz, D., Kobelt, A., Bassler, M. (2018): Routine-Assessment-Psychosomatik (RAP) - Konzept, Implementierung und Ergebnisse eines Dokumentationssystems für die psychosomatische Rehabilitation. *Prävention und Rehabilitation*, 30, 52–66. doi: 10.5414/PRX0521.
- Zschucke, E., Hessel, A., Lippke, S. (2016): Befristete Erwerbsminderungsrente aus Sicht der Betroffenen: subjektiver Gesundheitszustand, Rehabilitationserfahrungen und Pläne zur Rückkehr ins Erwerbsleben. *Rehabilitation*, 55, 223–229. doi: 10.1055/s-0042-109574.

# **Kosten-Wirksamkeits-Analyse ambulanter psychiatrischer Rehabilitation in Österreich**

*Alexandra Schosser<sup>1</sup>; Birgit Senft<sup>1</sup>; Marion Rauner<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> BBRZ-Med; <sup>2</sup> University of Vienna

## **Hintergrund und Zielstellung**

Psychiatrische Rehabilitation fördert die Genesung, die volle Integration in die Gemeinschaft, und die Lebensqualität für Betroffene mit psychischer Gesundheitsbeeinträchtigung, welche ernsthaft in ihrer Fähigkeit ein sinnerfülltes Leben zu führen beeinträchtigt sind. In Österreich wurde psychiatrische Rehabilitation im Jahr 2002 initiiert, anfangs ausschließlich in Form von stationären Behandlungsprogrammen und seit 2010, beginnend mit dem Zentrum für seelische Gesundheit BBRZ-Med (Berufliches Bildungs- und Rehabilitationszentrum, Medizinische Rehabilitation) Wien, auch in ambulanter Form (Lenz, et al. 2012). Mehr als zwei Drittel aller Rehabilitanden der medizinisch psychiatrischen Rehabilitation in Österreich sind von einer affektiven Erkrankung betroffen (Sprung, et al. 2019). Sowohl die stationäre als auch die ambulante psychiatrische Rehabilitation erfolgt in Österreich im Rahmen einer 6-wöchigen Phase II nach WHO-Definition, im Zentrum für seelische Gesundheit BBRZ-Med Wien in einem verhaltenstherapeutischen Setting.

Das Ziel der vorliegenden Studie war die Durchführung einer Kosten-Wirksamkeits-Analyse dieses ambulanten psychiatrischen 6-wöchigen Rehabilitationsprogrammes.

## **Methoden**

Die vorgestellte Kosten-Wirksamkeits-Analyse umfasst alle Patienten, die im Zeitraum von Jänner 2014 bis Dezember 2016 im Zentrum für seelische Gesundheit BBRZ-Med Wien-Leopoldau im Rahmen einer standardisierten 6-wöchigen Phase II Rehabilitation behandelt wurden. Insgesamt wurden 2.486 PatientInnen eingeschlossen (63,4% weiblich). RehabilitandInnen mit unvollständigen Daten und Rehabilitations-Abbrüche wurden von den weiteren Analysen ausgeschlossen, sodass die finale Stichprobe 1.952 PatientInnen betrug. Die Behandlung erfolgte als standardisiertes 6-wöchiges Rehabilitationsprogramm mit 142 Therapieeinheiten, welches sich aus folgenden Behandlungsbausteinen zusammengesetzt: 1) Gruppen- und Einzelpsychotherapie (Verhaltenstherapie), 2) Ergotherapie, 3) Physiotherapie, 4) Sozialarbeit und 5) wöchentliche psychiatrisch-fachärztliche Untersuchungen. Fragebogen-basierte Befragungen wie z.B. BSI-18 (Brief Symptom Inventory, Franke, 2000), BDI (Beck Depressionsinventar, Hautzinger et al., 1991), und WHODAS 2.0 (WHO Disability Assessment Schedule 2.0, Üstün et al., 2010) wurden zum Zeitpunkt der Vorerfassung, der Aufnahme, der Entlassung sowie 6 und 12 Monate nach der Entlassung durchgeführt. In der Kosten-Wirksamkeits-Analyse wurden die Daten der Patienten des Zeitraums 12 Monate vor der Aufnahme mit jenen 12 Monate nach dem Ende der Rehabilitation verglichen.

Für die Kostenkalkulation wurden sowohl direkte Kosten (Behandlung durch FacharztIn für Psychiatrie/ AllgemeinmedizinerIn/ PsychotherapeutIn/ PsychologIn) als auch indirekte Kosten (Produktivitätsverlust gemessen an den nicht erwerbstätigen Tagen in Abhängigkeit vom durchschnittlichen Einkommen jedes/r RehabilitandIn) berücksichtigt.

## **Ergebnisse**

Von den 2.482 PatientInnen, die im Zeitraum von 2014 bis 2016 behandelt wurden, konnten nach gründlicher Datenbereinigung 1.781 PatientInnen eingeschlossen werden. Signifikante Verbesserungen zeigten sich in den Wirksamkeitskennzahlen BDI, BSI-18, GAF (Global Assessment of Functioning, Hall 1995), WHODAS 2.0, und ICF-AT-3F (International Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, WHO 2011), insbesondere bei RehabilitandInnen, die zum Zeitpunkt der Aufnahme erwerbstätig waren. Nicht erwerbstätige RehabilitandInnen zeigten in geringerem Ausmaß Verbesserungen bei den obigen Kennzahlen. Die schlechtesten Ergebnisse fanden sich bei PatientInnen, welche Rehabilitationsgeld bezogen. Weiterhin wurde auch eine signifikante Reduktion von Behandlungstagen nach der Rehabilitation bei fast allen PatientInnen gefunden, außer bei PatientInnen mit Rehabilitationsgeld-Bezug.

Die durchschnittlichen Gesamtkosten innerhalb der ersten 13,5 Monate vor der Aufnahme ins Rehabilitationsprogramm wurden mit 30.740,84 EUR berechnet, im Vergleich zu 22.868,74 EUR durchschnittlicher Gesamtkosten ab Aufnahme ins Rehabilitationsprogramm und 12 Monate nach Entlassung (13,5 Monate). Dies entspricht einer Kostendifferenz und Ersparnis von durchschnittlich 7.872,10 EUR pro RehabilitandIn. Damit kann diese Kostenersparnis als unmittelbare Folge des Behandlungsprogramms interpretiert werden.

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse der vorliegenden Kosten-Wirksamkeits-Analyse zeigen ganz klar, dass ambulante psychiatrische Rehabilitation hoch wirksam ist, sowohl im Hinblick auf erhöhte klinische Wirksamkeit als auch im Hinblick auf gesunkene Kosten für behandelte PatientInnen.

## **Literatur**

- Franke, G. H. (2000): BSI. Brief Symptom Inventory - Deutsche Version. Manual. Göttingen: Beltz.
- Hall, H. C. (1995): Global assessment of functioning. A modified scale. *Psychosomatics* 36(3), 267-275.
- Hautzinger, M. (1991): The Beck Depression Inventory in clinical practices. *Nervenarzt* 62(11), 689-696.
- Lenz, G., Rabenstein, R., Reschauer, G. (2012): Ambulante Rehabilitation für PatientInnen mit psychischen Störungen: Das Zentrum für seelische Gesundheit Wien-Leopoldau. Gemeindenahe Psychiatrie.
- Nosper, M. (2008) ICF AT-50 Psychische Entwicklung eines ICF-konformen Fragebogens für die Selbstbeurteilung von Aktivitäten und Teilhabe bei psychischen Störungen. *Deutsche Rentenversicherung, Sonderausgabe*, Seite 127-128, Bad Homburg v.d.H.: wdv Gesellschaft für Medien und Kommunikation.
- Sprung, M., Münch, H. M., Kaiser, E., Streibl, L., Riffer, F. (2019): Meta-Analyse der Evaluationsergebnisse psychiatrischer-psychosomatischer Rehabilitation in Österreich. *Neuropsychiatrie* 33(1), 8-24. <https://doi.org/10.1007/s40211-018-0290-1>
- Üstün, T.B., Kostanjsek, N., Chatterji, S., Rehm, J. (2010): WHO Disability Schedule (WHODAS 2.0). World Health Organization.
- World Health Organization (2011): The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, Volume 2, Instruction manual. 2010 Edition.

# Langzeiteffekte einer KVT- und HT-basierten Schlaftherapie in der psychosomatischen Rehabilitation

*Jasmin Faber; Indra Steinbrecher-Hocke<sup>1</sup>; Peter Bommersbach<sup>1</sup>; Angelika Schlarb<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Eifelklinik Manderscheid; <sup>2</sup> Universität Bielefeld

## Hintergrund und Zielstellung

Der Zusammenhang von Insomnie und anderen psychischen Störungen, wie z.B. Depressionen, Angststörungen, chronischen Schmerzen, wurde in zahlreichen Studien belegt (Harvey, 2008; Riemann, 2007). So berichten mehr als 85% der Patienten einer psychosomatischen Rehabilitation von einer schlechten Schlafqualität, welche zudem den Therapieerfolg, sowie das Risiko für das Wiederauftreten der Erkrankung und die Entstehung weiterer psychischer Erkrankungen erheblich beeinflusst (Linden, 2015). Daher wurde ein kombiniertes Programm mit kognitiv-verhaltenstherapeutischen (KVT-I) und hypnotherapeutischen (HT-I) Elementen speziell für diese Patientengruppe entwickelt.

## Methoden

347 Patienten einer stationären psychosomatischen Rehabilitationsklinik wurden zufällig einer von zwei Versuchsbedingungen zugewiesen: dem kombinierten Gruppentherapieprogramm (N = 162) oder der üblichen therapeutischen Versorgung (TAU; N = 182). Das Durchschnittsalter der Patienten und Patientinnen betrug 49,77 Jahre (SD = 9,01). Mittels Schlaftagebuch, Aktigraphie und Fragebögen wurden verschiedene Schlafparameter vor und nach der Interventionsphase, sowie 3 Monate nach Interventionsende erhoben.

## Ergebnisse

Die Patienten der Interventions- als auch der Kontrollgruppe (TAU) zeigten nach der Intervention signifikante Verbesserungen hinsichtlich der Schlafqualität und eine Reduktion der Insomniediagnosen, ob diese Ergebnisse sich nach drei Monaten verändern wird überprüft und dargestellt. In der Interventionsgruppe zeigte sich darüber hinaus eine klinisch signifikante Reduktion der Einschlafzeit und Verbesserung der Gesamtschlafdauer und Schlafeffizienz gemessen mit dem Schlaftagebuch.

## Diskussion und Fazit

Eine Berücksichtigung der Schlafschwierigkeiten von Patienten im Rehabilitationssetting kann überaus sinnvoll für die Effektivität der Gesamtbehandlung sein. Dies ist vor allem vor dem Hintergrund der Rückfallrate von depressiven Erkrankungen besonders zu berücksichtigen und auch im stationären Setting von hoher Wichtigkeit und Relevanz hinsichtlich der langfristigen und nachhaltigen Effekte eines stationären Aufenthalts.

## Literatur

- Harvey, A. G. (2008): Insomnia, psychiatric disorders, and the transdiagnostic perspective. *Current Directions in Psychological Science*, 17(5), 299-303.
- Linden, M. (2015): Institutionelle Prävalenz und Kontext schwerer Schlafstörungen bei Patienten in psychosomatischer Rehabilitation. *PPmP – Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 65(7), 268-272.
- Riemann, D. (2007): Insomnia and comorbid psychiatric disorders. *Sleep Medicine*, 8, S15-S20.

Förderung: Rehabilitations-Forschungsnetzwerk

## Medikamenten-Adhärenz bei Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen

*Gabriele Helga Franke<sup>1</sup>; Dieter Küch<sup>2</sup>; Melanie Jagla<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Hochschule Magdeburg-Stendal; <sup>2</sup> Paracelsus Kliniken Bad Gandersheim

### Hintergrund und Zielstellung

Das Ausmaß, in dem das Verhalten der Betroffenen mit den ärztlichen Empfehlungen übereinstimmt, mit denen sich die Betroffenen einverstanden erklärt haben, wird Adhärenz genannt (WHO, 2003). In Bezug auf die Einnahme von Medikamenten zeigen ca. 25% der Patientinnen und Patienten Non-Adhärenz (DiMatteo, 2004), so dass die „Verbesserung der Einnahmetreue (...) ein neues Forschungsgebiet mit möglicherweise hohem Nutzen sowohl im Hinblick auf den klinischen Bereich als auch hinsichtlich der Behandlungskosten“ geworden ist (Laufs, 2011, S. 154). Bislang fehlen aber sowohl state-of-the-art Vorschläge zur Erfassung von Medikamenten-Adhärenz als auch praktische Richtlinien zu deren Verbesserung (Schäfer-Keller et al., 2010).

Schmerzpatientinnen und -patienten zeigen bis zu 40% non-adhärentes Verhalten (Timmermann et al., 2016), das zumeist mit Fragebogen erfasst wurde, die für die Blutdrucktherapie entwickelt wurden (Morisky et al, 1986). Daher wird das neue Verfahren Stendal Adherence with Medication Score (SAMS, Franke et al., 2018) bei Schmerzpatientinnen und -patienten eingesetzt, um zu prüfen, mit welchen rehabilitationspsychologischen Konstrukten (psychische Belastung, Krankheitsverarbeitung) Non-Adhärenz zusammenhängt.

### Methoden

Die Fragebogenstudie erfasste Schmerzpatientinnen und -patienten im DRK-Schmerzzentrum Mainz, im Helios-Klinikum Hildesheim und in der Paracelsus-Klinik an der Gande in Bad Gandersheim. Neben soziodemografischen Fragen wurde die Medikamenten-Adhärenz, die psychische Belastung sowie die Krankheitsverarbeitung erfasst.

### Ergebnisse

Stichprobenbeschreibung

Es nahmen 260 Schmerzpatientinnen und -patienten an der Fragebogenstudie teil.

- Das Durchschnittsalter betrug 57 Jahre ( $\pm 13$ , 19-88), 27% waren männlich, 41% nicht verheiratet, 27% hatten Abitur und 46% waren berufstätig.

Ergebnisse: Es wurden pro Tag im Durchschnitt 6.2 ( $\pm 4.6$ , 1-26) Medikamente sowie 4.3 ( $\pm 3$ , 1-20) verschiedene Medikamente eingenommen. 9.6% der Patientinnen und Patienten berichteten eine vollständige Adhärenz (alle 18 Fragen der kumulativen SAMS-Punkteskala bei fünf-stufiger Likert-Skala von 0-4 verneint; Reliabilität der SAMS-Skala  $\alpha = .76$ ), moderat adhärenz (1-10 Antwortpunkte) waren 66.2% und 24.3% müssen als nicht-adhärenz gelten ( $\geq 11$  Antwortpunkte). Die vollständig adhärenz Gruppe war älter (62 J.,  $\pm 11$ ), die moderat adhärenz jünger (58 J.,  $\pm 13$ ) und die nicht-adhärenz am jüngsten (53 J.,  $\pm 14$ ,  $F = 5.02$ ,  $p < .01$ ).

Unterschiede zwischen den drei Adhärenz-Gruppen

- Die vollständig adhärenz Gruppe umfasste 20% mit auffälliger psychischer Belastung (Brief Symptom Checklist, BSCL, Franke, 2017), die moderat adhärenz Gruppe 45% und die non-adhärenz Gruppe 65% ( $X^2 = 15.91$ ,  $p < .01$ ).
- Die nicht adhärenz Gruppe setzte stärker die Copingstrategien „Bagatellisierung, Wunschdenken, Bedrohungsabwehr“ sowie „Depressive Verarbeitung“ ein (beide  $p < .01$ ); ihr „Vertrauen in die ärztliche Kunst“ hingegen war niedriger ( $p < .05$ , Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung, EFK, Franke & Jagla, 2016).

## Diskussion und Fazit

Die nicht-adhärenz Gruppe war jünger und zu 2/3 auffallend psychisch belastet. Sie bagatellierte ihre Situation und verarbeitete ihre Erkrankung depressiv, auch hatte sie weniger Vertrauen in die ärztliche Kunst. Die vollständig adhärenz Gruppe war mit rund 10% deutlich kleiner als die nicht-adhärenz Gruppe in einer Studie von Prell et al. (2019) an 429 neurologischen Patientinnen und Patienten (17%), so dass die Aussage von Timmermann et al. (2016) zu erhöhtem nicht-adhärenz Verhalten bei Schmerzpatientinnen und -patienten bestätigt werden kann. Interventionen zur Verbesserung der Medikamenten-Adhärenz sollten sich somit gezielt der Verringerung der erhöhten psychischen Belastung z.B. durch die Modifikation der Krankheitsbewältigungsstrategien zuwenden.

## Literatur

- DiMatteo, M.R. (2004): Variations in patients' adherence to medical recommendations: A quantitative review of 50 years of research. *Medical Care*, 42, 200-209.
- Franke, G.H. (2017). BSCL-53@-S. Brief Symptom-Checklist – Standard – Deutsches Manual. Göttingen: Hogrefe.
- Franke, G.H. & Jagla, M. (2016): EFK – Essener Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung – Testmanual – Deutsche Version. *Psychometrikon*; DOI: 10.6099/1000265.
- Franke, G.H., Küch, D. & Jagla, M. (2019): Die Erfassung der Medikamenten-Adhärenz bei Schmerzpatientinnen und -patienten. In AK Klinische Psychologie in der Rehabilitation (Hrsg.), *Die therapeutische Beziehung – Grenzen und Überschreitungen*. Berlin: dpv.
- Laufs, U. (2011): Medikamentenadhärenz bei chronischen Erkrankungen. *Nervenarzt*, 82, 153-158.

- Morisky, D.E., Green, L.W. & Levine, D.M. (1986): Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24 (1), 67-74.
- Prell, T., Grosskreutz, J., Mendorf, S., Franke, G.H., Witte, O. & Kunze, A. (2019): Clusters of non-adherence to medication in neurological patients. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, accepted.
- Schäfer-Keller, P., Garzoni, D., Dickenmann, M. & De Geest, S. (2010): Medikamentöse Nicht-Adhärenz – Prädiktive Faktoren und Diagnostik. *Therapeutische Umschau*, 67 (6), DOI: 10.1024/0040-5930/a00005.
- Timmerman, L., Stronks, D.L., Groeneweg, J.G. & Huygen, F.J. (2016): Prevalence and determinants of medication non-adherence in chronic pain patients: A systematic review. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 60, 416-431.
- WHO (2003): *Adherence to long-term therapies evidence for action*. Geneva: World Health Organization.

### **Gibt es den typischen Crystal-Abhängigen und welchen Einfluss haben Persönlichkeitsmerkmale?**

*Maik Schacht-Jablonowsky<sup>1</sup>; Marlies Riebschläger<sup>2</sup>; Willem Hamdorf<sup>1</sup>; Lisa Proebstl<sup>3</sup>; Felicia Kamp<sup>3</sup>; Gabi Koller<sup>3</sup>; Michael Soyka<sup>4</sup>*

<sup>1</sup> MEDIAN Klinik Mecklenburg; <sup>2</sup> MEDIAN Klinik Mecklenburg, FernUniversität Hagen;

<sup>3</sup> Psychiatrische Klinik der Universität München; <sup>4</sup> Medical Park Chiemseeblick

#### **Hintergrund und Zielstellung**

Vergleiche von Persönlichkeitsmerkmalen Drogenabhängiger in Bezug auf unterschiedliche Substanzen sind in der Literatur nur vereinzelt zu finden. Häufig werden Drogenabhängige mit Nicht-Abhängigen verglichen. Ein gemeinsamer Konsens besteht darüber, dass sich z.B. Nicht-Abhängige von Abhängigen in ihrer Neurotizismusausprägung und Impulsivität unterscheiden. Doch unterscheiden sie sich auch untereinander aufgrund der konsumierten Substanz? Die Verallgemeinerung von Drogenabhängigen führt zu ihrer Stereotypisierung und wird den individuellen und spezifischen Therapieansprüchen nicht gerecht. Es fehlen Vergleichsstudien zur Charakterisierung des typischen Methamphetaminkonsumenten (Arnaud & Thomasius, 2017).

Daten aus der vom BMG geförderten Crystal-Studie (Soyka et al., 2017) und deren Folgestudie (Schacht-Jablonowsky et al., 2019) werden verwendet, um Methamphetaminabhängige (MA) hinsichtlich verschiedener Merkmale von anderen Drogenabhängigen zu differenzieren. Proebstl et al. (2019) fanden unterdurchschnittliche IQ-Werte bei MA-Abhängigen. Soziodemographische Daten, unterschiedliche Ausprägungen von Persönlichkeitsmerkmalen (Big Five) und andere Charakteristiken wurden für verschiedene Drogengruppen untersucht. Zudem wurden einzelne Persönlichkeitsmerkmale als Prädiktoren für den Abhängigkeitsverlauf analysiert.

#### **Methoden**

Im Längsschnittdesign wurden 110 Patienten rekrutiert, die in der MEDIAN Klinik Mecklenburg in der Zeit zwischen Oktober 2016 und Februar 2019 eine stationäre Entwöhnungstherapie für Drogenabhängige begannen. In die Stichprobe wurden 55 Patienten mit einer MA-Substanzstörung (MA) und weitere 55 Patienten mit anderen Abhängigkeitsdiagnosen (AD; illegale Drogen, kein MA) aufgenommen. Zu Beginn der Therapie und nach ca. 24 Wochen kurz vor der Entlassung erfolgten strukturierte Interviews (u.a. SKID), wurden standardisierte Fragebögen (u.a. NEO-FFI, IPR) ausgefüllt und computergestützte kognitive Leistungstests (u.a. SPM) durchgeführt.

#### **Ergebnisse**

Die ersten Ergebnisse zum Zusammenhang von Drogengruppen und Persönlichkeitsmerkmalen werden vorgestellt. Bei 74 Patienten lagen vollständig ausgefüllte

Fragebögen zur Auswertung vor. Das Durchschnittsalter betrug 31.0 Jahre (SD = 6.4) und 81 % waren männlich.

1. Drogenabhängige unterscheiden sich nicht hinsichtlich ihrer Neurotizismusausprägung, aber hinsichtlich anderer Persönlichkeitsmerkmale, die mittels NEO-FFI erfasst wurden.

- MA-Abhängige haben eine geringere Ausprägung in Offenheit für Erfahrungen als Cannabisabhängige ( $p < .05$ ,  $d = 0.55$ ).
- MA-Abhängige haben eine geringere Ausprägung in Verträglichkeit als Amphetaminabhängige ( $p < .05$ ,  $d = 1.37$ ).
- MA-Abhängige haben eine geringere Ausprägung in Gewissenhaftigkeit als Amphetaminabhängige ( $p < .01$ ,  $d = 1.60$ ) und auch im Vergleich zu Kokainabhängigen ( $p < .05$ ,  $d = 1.02$ ).
- MA- und Cannabisabhängige (komorbid) haben eine geringere Ausprägung in Gewissenhaftigkeit als reine MA-Abhängige ( $p < .05$ ,  $d = 1.26$ ) und auch als Amphetamin- und Cannabisabhängige (komorbid,  $p < .05$ ,  $d = 1.29$ ).

2. MA-Abhängige haben einen geringeren IQ ( $M = 95.6$ ,  $SD = 13.9$ ,  $n = 33$ ) als Abhängige von anderen Drogen ( $M = 103.8$ ,  $SD = 11.5$ ,  $n = 39$ ;  $p < .01$ ,  $d = 0.64$ ).

3. Verträglichkeit ( $\beta = .24$ ,  $p < .05$ ) und Gewissenhaftigkeit ( $\beta = .30$ ,  $p < .05$ ) haben als Prädiktoren einen positiven Einfluss auf das Alter des Beginns des regelmäßigen Drogenkonsums ( $p < .01$ , 18 % Varianzaufklärung,  $n = 73$ ). Je höher die Gewissenhaftigkeit und Verträglichkeit bei Abhängigen illegaler Drogen ausgeprägt sind, desto später beginnt der regelmäßige Konsum im Lebensverlauf. Neurotizismus hat keinen Vorhersagewert.

## **Diskussion und Fazit**

Für den präventiven als auch den therapeutischen Kontext ist es wichtig, die unterschiedlichen Ausprägungen der Persönlichkeitsmerkmale in Abhängigkeit der Art der Droge und die Einflüsse der Persönlichkeitsmerkmale auf den Verlauf der Abhängigkeit zu identifizieren, um nicht nur Risikofaktoren in der Persönlichkeit zu erkennen, sondern auch Persönlichkeitsmerkmale als Ressource in das individuelle Therapieangebot einfließen zu lassen. Der Therapieerfolg ist maßgeblich abhängig von der Patienten-Therapeuten-Beziehung. Das Wissen über unterschiedliche Persönlichkeitsmerkmale von Drogenabhängigen verhindert stereotype Einstellungen und Behandlungsweisen. Hier besteht ein großer Forschungsbedarf.

## **Literatur**

- Arnaud, N., Thomasius, R. (2017): Methamphetamin: Epidemiologie, klinische Bedeutung und Folgen des Gebrauchs. *Der Nervenarzt*, 88 (9), 1079-1090.
- Proebstl, L., Krause, D., Kamp, F., Hager, L., Manz, K., Schacht-Jablonowsky, M., Straif, M., Rietschläger, M., Neumann, S., Schreiber, A., Soyka, M., Koller, G. (2019): Methamphetamine withdrawal and the restoration of cognitive functions - a study over a course of 6 months abstinence. *Psychiatry Research*, 281, 112599. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112599>.
- Schacht-Jablonowsky, M., Rietschläger, M., Hamdorf, W., Proebstl, L., Kamp, F., Koller, G., Soyka, M. (2019): Spezifika "Crystal"-abhängiger Patienten: Vorstellung eines laufenden stationären Forschungsprojektes. *SuchtAktuell* (26) 01. 102-103.

Soyka, M., Koller, G., Proebstl, L., Kamp, F., Franke, A., Schmidt, P., Baumgärtner, G., Schacht-Jablonowsky, M., Sievert, A., Straif, M., Hamdorf, W. (2017): Prävalenz und Therapie bei Abhängigkeit von Methamphetamin („Crystal“). *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 85 (2), 92-99.

Förderung: Bundesministerium für Gesundheit

## **Kontextfaktoren des subjektiven Krankheitskonzepts in der psychosomatischen Rehabilitation – eine Querschnittsanalyse**

*Rieka von der Warth<sup>1</sup>; Anne Nau<sup>1</sup>; Matthias Rudolph<sup>2</sup>; Jürgen Bengel<sup>3</sup>; Manuela Glattacker<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Universitätsklinikum Freiburg; <sup>2</sup> Mittelrhein-Klinik der Deutschen Rentenversicherung Rheinland Pfalz; <sup>3</sup> Universität Freiburg

### **Hintergrund und Zielstellung**

Gemäß dem Common Sense-Selbstregulationsmodell (CSM) (Leventhal et al., 2003) sind das subjektive Krankheitskonzept sowie das Krankheitsbewältigungsverhalten wesentliche Determinanten der krankheitsbezogenen Selbstregulation. Zudem bettet das CSM die Selbstregulation in den biopsychosozialen Kontext ein und berücksichtigt daher auch immer biographische und soziale Merkmale, persönliche Erfahrungen sowie soziale Interaktionen.

Auf empirischer Ebene hat ein systematisches Review zum Zusammenhang zwischen klinisch modifizierbaren Kontextfaktoren und dem subjektiven Krankheitskonzept bei chronisch somatischen Erkrankungen verschiedene Gruppen modifizierbarer Kontextfaktoren identifiziert, darunter krankheitsbezogene Faktoren, wie die Symptomschwere, und psychosoziale Faktoren, wie die Depressivität (Arat et al., 2018). Darüber hinaus fanden die Autoren nicht-modifizierbare Kontextfaktoren, wie etwa soziodemographische Faktoren, z.B. das Alter und Geschlecht, und berufsbezogene Faktoren, z.B. das Einkommen (Arat et al., 2018).

Insgesamt ist jedoch über den Einfluss von Kontextfaktoren auf die Selbstregulation noch vergleichsweise wenig bekannt, weshalb eine aktuelle Arbeit zu Entwicklungslinien rund um das CSM verstärkte Forschungsbemühungen zu Kontextfaktoren fordert (DeLongis & Morstead, 2019).

Zu den Kontextfaktoren des subjektiven Krankheitskonzepts psychosomatischer Rehabilitanden ist nach unserem Wissen bislang wenig bekannt. Ziel des vorliegenden Beitrags war es daher, Kontextfaktoren des subjektiven Krankheitskonzepts von Rehabilitanden in der psychosomatischen Rehabilitation zu analysieren.

### **Methoden**

Die Befragung erfolgte zwischen April und September 2019 mittels paper-pencil Fragebogenerhebung. Eingeschlossen wurden psychosomatische Rehabilitanden etwa 2 Wochen vor Aufnahme in eine Fachklinik für Psychosomatik.

Als Prädiktoren des subjektiven Krankheitskonzepts wurden sowohl Variablen aus dem o.g. Bericht der „modifizierbaren“ als auch der „nicht-modifizierbaren“ Variablen erhoben: die soziodemographischen Variablen Alter und Geschlecht, die eher berufsbezogenen Variablen subjektiver soziale Status (MacArthur Scale) und berufliche Belastung (Einzelitem), die krankheitsbezogenen Variablen Hauptdiagnose (dichotomisiert: F32-34; F40-48) und Erkrankungsdauer (dichotomisiert: bis zu 5 Jahre; mind. 6 Jahre) sowie die Eingangsbelastung bzgl. „Depressivität“ und „Aktivität und Partizipation“ (operationalisiert über die Subskalen des Health-49 (Rabung et al., 2007)).

Die Operationalisierung des subjektiven Krankheitskonzepts erfolgte durch die Subskalen des IPQ-R (Krankheitsverlauf; Zyklisches Auftreten; Konsequenzen; Persönliche Kontrolle; Behandlungskontrolle; Kohärenz; Emotionale Repräsentation). (Gaab et al., 2004).

Auswertungen erfolgten über multiple, hierarchische Regressionen. Alle Auswertungen wurden mit IBM SPSS Version 25 durchgeführt.

## **Ergebnisse**

Insgesamt nahmen N=158 Rehabilitanden an der Befragung teil. Davon waren 54% männlich, der Altersdurchschnitt lag bei 50,9 Jahren (SD=9,12). 58,4% wiesen eine affektive Störung auf (F32-34), 41,6% eine neurotische, belastungs- oder somatoforme Störung (F40-48).

Die Repräsentation des Krankheitsverlaufs als eher chronisch ( $R^2=0,33$ ) wurde beeinflusst von einer längeren Erkrankungsdauer ( $\beta=0,28$ ,  $p < 0,01$ ), einer höheren beruflichen Belastung ( $\beta=-0,18$ ,  $p < 0,05$ ) sowie einer eingeschränkten Aktivität und Partizipation ( $\beta=0,27$ ,  $p < 0,05$ ). Die Repräsentation der Erkrankung als zyklisch ( $R^2=0,27$ ) wurde beeinflusst durch eine längere Erkrankungsdauer ( $\beta=0,2$ ,  $p < 0,05$ ) sowie eine eingeschränkte Aktivität und Partizipation ( $\beta=0,21$ ,  $p < 0,05$ ). Die Konsequenzwahrnehmung ( $R^2=0,42$ ) wurde durch höhere Depressivitätswerte ( $\beta=0,39$ ,  $p < 0,01$ ) und eine eingeschränkte Aktivität und Partizipation ( $\beta=0,25$ ,  $p < 0,05$ ) prädiziert. Die emotionale Repräsentation ( $R^2=0,37$ ) der Erkrankung zeigte Zusammenhänge mit der Depressivität ( $\beta=0,58$ ,  $p < 0,001$ ). Die Varianz der Subskalen Persönliche Kontrolle, Behandlungskontrolle sowie Kohärenz konnten nur zu geringen Teilen aufgeklärt werden, es zeigte sich lediglich ein signifikanter Einfluss einer geringeren Depressivität auf eine bessere Kohärenz ( $\beta=-0,29$ ,  $p < 0,05$ ).

## **Diskussion und Fazit**

Die dargestellten Ergebnisse geben einen ersten Einblick, welche Kontextfaktoren Einfluss auf das subjektive Krankheitskonzept bei psychosomatischen Rehabilitanden haben. Insbesondere bzgl. des repräsentierten Krankheitsverlaufs und der Konsequenzwahrnehmung konnten eine gute Varianzaufklärung erreicht werden, wobei eine eingeschränkte subjektive Aktivität und Partizipation bei jedem der Modelle einen hohen Zusammenhang zeigte. Der psychosoziale Faktor Depressivität zeigte, vergleichbar mit den Ergebnissen von Arat et al. (2018) einen Zusammenhang mit der Konsequenzwahrnehmung und – aufgrund der konzeptionellen Überschneidung der beiden Konstrukte wenig überraschend - der emotionalen Repräsentation.

Anders als in der Literatur beschrieben wurde kein Zusammenhang der soziodemographischen Faktoren Alter und Geschlecht auf das Krankheitskonzept gefunden. Bei den berufsbezogenen Variablen zeigte die berufliche Belastung einen Effekt, nicht aber

der subjektive soziale Status. Zudem konnte kein Zusammenhang zwischen den einbezogenen Faktoren und der Persönlichen Kontrolle, der Behandlungskontrolle und der Kohärenz festgestellt werden. Außerdem hatten die einbezogenen Diagnosegruppen keinen Einfluss auf das subjektive Krankheitskonzept. Grund hierfür könnten die relativ breiten Diagnosegruppen sein, zudem wurde nicht für Komorbiditäten kontrolliert.

Da es sich um eine Querschnittstudie handelt, sind die Ergebnisse nicht uneingeschränkt generalisierbar und weitere Längsschnitterhebungen notwendig.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es im Setting der psychosomatischen Rehabilitation einen Zusammenhang zwischen wahrgenommener Aktivität und Partizipation und des subjektiven Krankheitskonzepts zu geben scheint. Sollten sich diese Ergebnisse zukünftig bestätigen, so könnte das Wissen darüber in Interventionen innerhalb der Rehabilitation genutzt werden.

### **Literatur**

- Arat, S., De Cock, D., Moons, P., Vandenberghe, J., & Westhovens, R. (2018): Modifiable correlates of illness perceptions in adults with chronic somatic conditions: A systematic review. *Res Nurs Health*, 41(2), 173-184. doi:10.1002/nur.21852
- DeLongis, A., & Morstead, T. (2019): Bringing the social context into research using the common sense model. *Health Psychol Rev*, 1-3. doi:10.1080/17437199.2019.1652107
- Gaab, J., Bunschoten, S. L., Sprött, H., & Ehler, U. (2004): Psychometric evaluation of a German translation of the Illness Perception Questionnaire. Paper presented at the 62. Annual Scientific Meeting of the American Psychosomatic Society (APS), Orlando, USA.
- Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, E. A. (2003): The Common-Sense Model of Self-Regulation of Health and Illness. In L. D. Cameron & H. Leventhal (Eds.), *The Self-Regulation of Health and Illness Behaviour* (pp. 42-65). London: Routledge.
- Rabung, S., Harfst, T., Koch, U., Wittchen, H.-U., & Schulz, H. (2007): „Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH-49)“-psychometrische Überprüfung eines neuen Selbstbeurteilungsinstruments zur multidimensionalen Erfassung psychosozialer Gesundheit. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 17(03), 133-140.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

# Netzwerkmodelle psychischer Störungen am Beispiel posttraumatischer und depressiver Symptome bei Herzpatienten

*Stefan Lueger<sup>1</sup>; Tanja Lueger<sup>2</sup>; Michael Schuler<sup>2</sup>; Peter Deeg<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Deegenbergklinik, Bad Kissingen; <sup>2</sup> Universität Würzburg

## Hintergrund und Zielstellung

Nach der Netzwerktheorie psychischer Störungen sind psychische Störungen keine latenten Konstrukte, die „hinter“ den Symptomen liegen, sondern sie bestehen aus kausalen Beziehungen zwischen Symptomen (Borsboom, 2017). In den letzten Jahren wurden Symptomnetzwerke bei unterschiedlichen Störungen erstellt (Contreras et al., 2019), darunter auch für posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS), wobei meist noch die alten DSM-IV-Kriterien eingesetzt wurden. Wenig ist bisher bekannt zur Struktur der PTBS-Symptome und ihr Zusammenhang mit depressiven Symptomen bei körperlichen Erkrankungen und medizinischen Eingriffen wie Herzinfarkt (MI) oder Herzoperation.

## Methoden

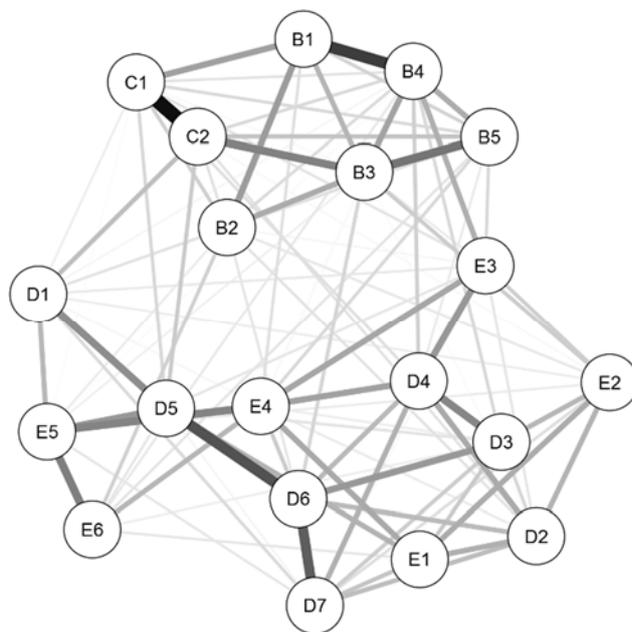
An der Studie nahmen 468 konsekutiv aufgenommene Patienten (149 Frauen, 319 Männer) im Alter zwischen 22 und 93 Jahren ( $M = 68,0$  Jahre,  $SD = 10,8$ ) teil, die eine Anschlussrehabilitation nach einem akuten MI und/oder einer Herzoperation (Einschlusskriterien) durchführten. 48% der Patienten hatten einen MI (davon 42% mit Stentimplantation, 5% mit Bypassoperation sowie 1% mit konservativer Therapie), 21% eine Bypassoperation ohne MI, 18% eine Herzklappenoperation, 6% eine Bypassoperation und zusätzlich eine Herzklappenoperation sowie 7% eine Transkatheter-Aortenklappen-Implantation (TAVI).

Zu Beginn wurden im Rahmen des routinemäßig durchgeführten Screenings hinsichtlich psychischer Auffälligkeiten PTBS-Symptome mittels der PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) nach Weathers et al. (2013) in der deutschen Übersetzung von Ehring et al. (2014) sowie depressive Symptome mittels des Depressionsmoduls aus dem Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-9) nach Löwe et al. (2002) erhoben. Das kardiale Ereignis lag zu Beginn im Durchschnitt 21,4 Tage ( $SD = 10,7$  Tage) zurück.

Die Auswertung erfolgte mittels des Moduls „Network“ des Statistikprogrammes JASP (Version 0.11.1). Bei Schätzung des ersten Netzwerkes gingen alle 20 PTBS-Symptome ein; beim zweiten Netzwerk wurden zusätzlich die neun Depressionssymptome einbezogen unter Ausschluss der vier sich mit Depression überschneidenden PTBS-Symptome. Es wurden Partialkorrelationen zwischen den Symptomen bestimmt. Die Verwendung des Extended Bayesian Information Criterion graphical least absolute shrinkage and selection operator (= EBICglasso) als Schätzer sollte gewährleisten, dass nur relevante Beziehungen in das Netzwerk eingehen. Die Bedeutsamkeit eines Symptoms im Netzwerk wurde mittels der Zentralitätsindizes „Strength“, „Closeness“ und „Betweeness“ geschätzt.

## Ergebnisse

Abbildung 1 zeigt die Visualisierung der Netzwerkstruktur aller 20 PTBS-Symptome. Starke Verbindungen bestehen zwischen „intrusiven Gedanken“ (B1) und „psychischer Belastung bei Konfrontation“ (B4), „Vermeidung von Gedanken und Gefühlen“ (C1) und „Vermeidung von Aktivitäten und Orten“ (C2), „Interessensverlust“ (D5) und „Gefühl der Entfremdung“ (D6) sowie „Gefühl der Entfremdung“ (D6) und „Unfähigkeit positive Emotionen zu erleben“ (D7). Folgende Symptome sind am stärksten direkt mit dem Netzwerk verbunden (Strength mit z-Werten > 1): „Flashbacks“ (B3), „psychische Belastung bei Konfrontation“ (B4), „negative Emotionen“ (D4), „Interessensverlust“ (D5) sowie „Gefühl der Entfremdung“ (D6).



### Wiedererleben

- B1 intrusive Gedanken
- B2 Alpträume
- B3 Flashbacks
- B4 psychische Belastung bei Konfrontation
- B5 körperliche Reaktion bei Konfrontation

### Vermeidung

- C1 Vermeidung von Gedanken und Gefühlen
- C2 Vermeidung von Aktivitäten und Orten

### negative Kognitionen und Stimmung

- D1 Amnesie
- D2 negative Überzeugungen über sich
- D3 sich oder anderen Vorwürfe machen
- D4 negative Emotionen
- D5 Interessensverlust
- D6 Gefühl der Entfremdung
- D7 Unfähigkeit positive Emotionen zu erleben

### Übererregung

- E1 Irritierbarkeit und Wutausbrüche
- E2 selbst-destruktives Verhalten
- E3 Hypervigilanz
- E4 übertriebene Schreckreaktion
- E5 Konzentrationsprobleme
- E6 Schlafstörungen

Abb. 1: Netzwerk der 20 PTBS-Symptome. Je dicker und je dunkler die Linie, desto stärker ist der Zusammenhang. Die vier kursiv gedruckten Symptome in der Legende stellen Überschneidungen mit den depressiven Symptomen dar.

Wie Abbildung 2 zeigt, sind die Verbindungen innerhalb einer Störung ausgeprägter als zwischen den beiden Störungen. Diagnoseübergreifend bestehen starke Verbindungen zwischen „übertriebener Schreckreaktion“ (E4) und „depressiver Stimmung“ (MD2) sowie zwischen „körperlicher Reaktion bei Konfrontation (B5) und Suizidalität (MD9). Die „Unfähigkeit positive Emotionen zu erleben“ (D7) stellt ein mögliches Brückensymptom zu Depression dar.

## Diskussion und Fazit

Das Netzwerk der PTBS-Symptome bei Herzpatienten weist Parallelen zum Netzwerk bei traumatisierten Veteranen auf (Armour et al., 2017). Auch hier fand sich eine starke Verbindung zwischen den PTBS-Symptomen „Gefühl der Entfremdung“ (D6) und „Unfähigkeit positive Emotionen zu erleben“ (D7). Dass die Unfähigkeit, positive Emotionen zu erleben, ein mögliches Brückensymptom zu Depression darstellt, bestätigte sich in der Untersuchung

von Price et al. (2019), die die Items des PCL-5 sowie des PHQ-8 unter Ausschluss der sich überschneidenden Symptome in ihre Netzwerkanalyse einbezogen.

Netzwerkanalysen stellen einen vielversprechenden Ansatz dar, psychische Störungen und ihre Komorbiditäten besser zu verstehen und Ansatzpunkte für psychotherapeutische Interventionen (Symptome mit hoher Anzahl an Verbindungen zu anderen Symptomen, Brückensymptome) aufzuzeigen.

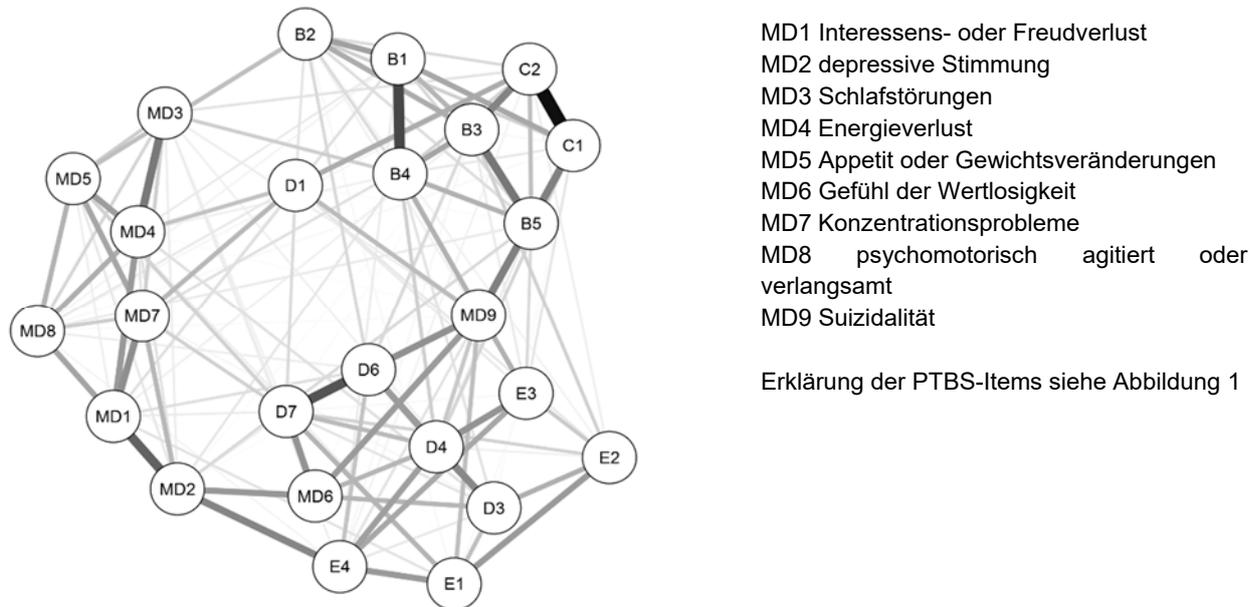


Abb. 2: Netzwerk der Depressionssymptome (von MD1 bis MD9) und der PTBS-Symptome (ohne die vier sich mit Depression überschneidenden Symptome, siehe Legende in Abbildung 1). Je dicker und je dunkler die Linie, desto stärker ist der Zusammenhang.

## Literatur

- Armour, C., Fried, E.I., Deserno, M.K., Tsai, J., Pietrzak, R.H. (2017): A network analysis of DSM-5 posttraumatic stress disorder symptoms and correlates in US military veterans. *Journal of Anxiety Disorders*, 45, 49-59.
- Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*, 16, 5-13.
- Contreras, A., Nieto, I., Valiente, C., Espinosa, R., Vazquez, C. (2019): The study of psychopathology from the network analysis perspective: a systematic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 88, 71-83.
- Price, M., Legrand, A.C., Brier, Z.M.F., Hebert-Dufresne, L. (2019): The symptoms at the center: examining the comorbidity of posttraumatic stress disorder, generalized anxiety disorder, and depression with network analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 109, 52-58.
- Weathers, F.W., Litz, B., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P., Schnurr, P.P. (2013): The PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5). National Center for PTSD: Boston, MA.

# Rehabilitationspsychologische Diagnostik – State of the Art

Gabriele Helga Franke; Karl Boje; Melanie Jagla  
Hochschule Magdeburg-Stendal

## Hintergrund und Zielstellung

Die internetbasierte Studie „DIA-Reha: Diagnostik, Intervention und Arbeitszufriedenheit in der Rehabilitationspsychologie“ wandte sich zwischen Mai 2018 und Januar 2019 an berufstätige Rehabilitationspsychologinnen und -psychologen, um deren konkrete Berufspraxis empirisch zu erforschen (Franke, 2018). Das Fragenset gliederte sich in die Bereiche: Personen- sowie Einrichtungsmerkmale, Zeit- und Arbeitsaufwand, Diagnostik, Intervention und Arbeitszufriedenheit. Hier wird die erste „State-of-the-Art“-Übersicht psychologisch-diagnostischer Strategien in der Rehabilitationspsychologie vorgelegt. Es wird aufgezeigt, welche der von der DRV Bund (Worringen, 2018) angeratenen psychodiagnostischen Strategien in welchen Bereichen der Praxis in welchem Umfang eingesetzt werden.

## Methoden

Stichprobenbeschreibung: Die Stichprobe umfasste 391 berufstätige Rehabilitationspsychologinnen und -psychologen, von denen 22% männlich waren. Das Durchschnittsalter betrug 40 Jahre ( $\pm 11$ ), die durchschnittliche Wochenarbeitszeit 32 Stunden ( $\pm 8$ ). 63% der untersuchten Kolleginnen und Kollegen hatten als höchsten akademischen Abschluss ein Diplom und 32% einen Master- sowie 5% einen Bachelorabschluss vorzuweisen (bei zusätzlich 5% Promotionen). Die Berufserfahrung betrug im Durchschnitt 12 Jahre ( $\pm 10$ ). 22% hatten eine Approbation in psychologischer Psychotherapie, während dies 21% anstrebten.

Die Berufsbereiche wurden in die folgenden drei Gruppen getrennt:

- PSY: Es fanden sich 113 (29%) Kolleginnen und Kollegen, die in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Rehabilitation arbeiteten.
- MED: 40% (157) arbeiteten in der klassischen medizinischen Rehabilitation.
- BERUF: 121 (31%) arbeiteten in der beruflichen Rehabilitation.

## Ergebnisse

Rehabilitationspsychologisch-diagnostische Strategien

Die Tab. 1 gibt einen Überblick über die häufigsten, und damit wichtigsten, rehabilitationspsychologisch-diagnostischen Strategien.

- Jeder diagnostischen Tätigkeit liegt die Exploration – als systematische Gegenstanderkundung – und die Verhaltensbeobachtung während des Gesprächs sowie aller anderen Datenerhebungen zugrunde.
- Mit Hilfe von Selbstbeurteilungsverfahren – wie dem häufig eingesetzten BDI-II (Hautzinger et al., 2006) – oder der SCL-90®-S (Franke, 2014) sowie der kürzeren Version BSCL (Franke, 2017) – werden emotionale Zustände in den letzten Tagen bis heute erfasst.

Tab. 1: Diagnostische Strategien in der Rehabilitationspsychologie: State of the Art (ns=nicht statistisch signifikant)

	<b>PSY</b> n=113 (29%)	<b>MED</b> n=157 (40%)	<b>BERUF</b> n=121 (31%)	<b>Summe</b> N=391	<b>Stat.</b> <b>Prüfung</b>
<b>Diagnostisches Interview</b>					
<b>Exploration &amp; Verhaltensbeobachtung</b>	113 (100%)	157 (100%)	121 (100%)	391 (100%)	-
<b>Selbstbeurteilung: Emotion</b>					
<b>Beck Depressions-Inventar (BDI-II, Hautziger et al., 2006)</b>	66 (58.4%)	89 (56.7%)	55 (45.5%)	210 (53,7%)	ns
<b>Symptom-Checklist-90®-S (SCL-90®-S, Franke, 2014) oder Brief Symptom Check-List (BSCL, Franke, 2017)</b>	64 (56.6%)	54 (34.4%)	72 (59.5%)	190 (48.6%)	X <sup>2</sup> =21.36 p<.0001
<b>Performance-based Erfassung: Kognition</b>					
<b>Intelligenzdiagnostik</b>	48 (42.5%)	30 (19.1%)	100 (82.6%)	178 (45.5%)	X <sup>2</sup> =111.83 p<.0001
<b>Selbstbeurteilung: Berufsbezug</b>					
<b>Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM, Schaarschmidt &amp; Fischer, 2008)</b>	27 (23.9%)	53 (33.8%)	25 (20.7%)	105 (26.9%)	X <sup>2</sup> =6.68 p<.04
<b>Fremdbeurteilung: ICF-Bezug</b>					
<b>Mini-ICF-APP-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Störungen (Linden et al., 2015)</b>	33 (29.2%)	24 (15.3%)	37 (30.6%)	94 (24%)	X <sup>2</sup> =11.07 p<.004

Bei der Erfassung der Depressivität fand sich eine Gleichverteilung zwischen den verschiedenen Arbeitsgebieten. Die psychische Belastung in verschiedenen Facetten hingegen wurde in den Gruppen BERUF und PSY in gleichem Maße (60%, 57%) betrachtet und von 34% in MED berücksichtigt (p < .0001).

- Vor allem in der Gruppe BERUF (83%), aber auch in PSY (43%) wurden Intelligenztests durchgeführt, mit 19% am seltensten in MED (p < .0001).
- Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster, die mit dem AVEM (Schaarschmidt & Fischer, 2008) erfasst werden können, wurden am häufigsten in MED (34%) und seltener in PSY (24%) oder BERUF (21%) erhoben (p < .04).
- Zur Fremdbeurteilung der Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Störungen steht das Mini-ICF-APP-Rating (Linden et al., 2015) zur Verfügung (BERUF=31%, PSY=29%, MED=15%; p < .004).

### Zeitaufwand:

- Diagnostik: in allen drei Arbeitsbereichen wurde 25% der Zeit ( $\pm 17$ ) mit Diagnostik (einschließlich Aktenführung) verbracht.
- Intervention: am meisten Zeit für Intervention investierte die Gruppe MED (44%  $\pm 22$ ), gefolgt von BERUF (38%  $\pm 19$ ) und PSY (33%  $\pm 19$ ;  $p < .0001$ ; Summe 39%  $\pm 20$ ).
- Organisation: die meiste Zeit investierte die Gruppe PSY (27%  $\pm 17$ ), gefolgt von BERUF (25%  $\pm 15$ ) und MED (19%  $\pm 14$ ;  $p < .0001$ ; Summe 23%  $\pm 15$ ).
- Sonstiges (Leitung, Fortbildung, Öffentlichkeitsarbeit): alle drei Berufsbereiche widmeten sich mit 13% ihrer Zeit ( $\pm 13$ ) diesen Tätigkeiten.

### Diskussion und Fazit

Im Schnitt untersuchte jede zweite Kollegin und jeder zweite Kollege das Konstrukt Depressivität. Fokussiert auf die klassische medizinische Rehabilitation werden insgesamt eher wenig weitere psychologisch-diagnostische Konstrukte erfasst. Dies gilt sowohl für die Erfassung verschiedener Aspekte der psychischen Belastung als auch für die Untersuchung von Einbußen an Partizipation und Teilhabe. Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster werden zwar im Vergleich zur beruflichen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Rehabilitation in der medizinischen Rehabilitation häufiger untersucht, gleichzeitig stimmten auch hier nur 34% der Kolleginnen und Kollegen in der medizinischen Rehabilitation zu. Ursache dafür könnte sein, dass die medizinische Rehabilitation den stärksten Fokus auf Intervention legt (44% der Arbeitszeit vs. 38% BERUF, 33% PSY). Schlussfolgernd gilt es, den Rehabilitationspsychologinnen und -psychologen in der medizinischen Rehabilitation den spezifischen Nutzen moderner psychologisch-diagnostischer Strategien z.B. im Rahmen von Fort- und Weiterbildungen näher zu bringen.

### Literatur

- Franke, G.H. (2014): SCL-90(r)-S, Symptom-Checklist-90-Standard Manual. Göttingen: Hogrefe.
- Franke, G.H. (2017): BSCL, Brief-Symptom-Checklist mit Mini-Symptom-Checklist, Manual. Göttingen: Hogrefe.
- Franke, G.H. (2018): Psychologische Praxis in der Rehabilitation: Eine Forschungs-Agenda. In, AK Klinische Psychologie in der Rehabilitation (Hrsg.), Körper und Psyche – (nur gemeinsam stark. Beiträge zur 37. Jahrestagung des AK Klinische Psychologie in der Rehabilitation (S. 64-74). Berlin: dpv.
- Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (2006): Beck-Depressions-Inventar: BDI-II, Manual. Frankfurt a.M.: Swets.
- Linden, M., Baron, S. & Muschalla, B. (2015): Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen: Mini-ICF-APP; ein Kurzinstrument zur Fremdbeurteilung von Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen in Anlehnung an die ICF der WHO, Manual (2., überarb. und erw. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Schaarschmidt, U. & Fischer, A.W. (2008). AVEM, Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster, Manual (3., überarb. und erw. Aufl.). London: Pearson.

Worringen, U. (2018). Reader Psychologie. Aktuelle Informationen zur psychologischen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation. Berlin: DVR Bund.

## **Tabakentwöhnung im Rahmen der stationären psychiatrischen Rehabilitation**

*Waltraud Bitterlich; Silke Nastran*

Optimamed Gesundheitstherme Wildbad Betriebs GmbH

### **Hintergrund und Zielstellung**

Die hohe Koinzidenz von Tabakkonsum und psychischen Erkrankungen ist hinreichend belegt. Die Raucherraten sind unter psychiatrischen Patienten zwei- bis fünfmal höher als in der Allgemeinbevölkerung (Boska, 2017). Rauchen selbst ist als Sucht eine psychiatrische Erkrankung und ist ein Risikofaktor für eine Vielzahl somatischer, aber auch psychischer Erkrankungen (Silberbauer, 2017; Mühlig, 2016). Vor diesem Hintergrund bieten wir seit April 2016 Patientinnen die Möglichkeit, im Rahmen der stationären psychiatrischen Rehabilitation an einem Tabakentwöhnungsprogramm teilzunehmen.

Vorliegende Studie beschreibt die demographischen und klinischen Charakteristika aller zwischen Mai 2016 und Mai 2019 aufgenommenen REHA-PatientInnen (n=1818) in Abhängigkeit von ihrem Rauchverhalten. Zudem wird das Tabakentwöhnungsprogramm in Bezug auf Akzeptanz und Outcome evaluiert.

### **Methoden**

Inhaltlich ist das Tabakentwöhnungsprogramm an dem von der österreichischen Gesundheitskasse festgesetzten Standard („Rauchfrei in 6 Wochen“) ausgerichtet, wurde jedoch hinsichtlich des Settings modifiziert und als halboffene Gruppe in 5 Modulen (a' 100 min) geführt, wobei die Teilnahme auch für RaucherInnen im Stadium der Absichtslosigkeit (nach dem transtheoretischen Modell von Prochaska und di Clemente) möglich ist.

### **Ergebnisse**

Der Raucheranteil bei PatientInnen der psychiatrischen REHA Wildbad ist mit 46,8% knapp doppelt so hoch wie im österreichischen Durchschnitt. Die Raucheranteil bei Erwerbstätigen liegt bei 36,7%, bei Rehageldbeziehern bei 59%. Bei Patienten mit mehr als drei psychiatrischen Diagnosen liegt die Raucherrate bei 60,3%, mit einer psychiatrischen Diagnose bei 41,4%. Mit dem Tabakentwöhnungsprogramm erreichen wir 33,1% (n=282) aller RaucherInnen während der psychiatrischen REHA. Das Angebot wird unabhängig von Geschlecht, Diagnose und Komplexität der Erkrankung aufgegriffen. Von den Patientinnen, die 2 oder mehr Module absolviert haben (n=232), wurden 13,8 % (n=32) rauchfrei (CO-Wert < 3 ppm).

### **Diskussion und Fazit**

Die Implementierung einer Tabakentwöhnungsgruppe mit niederschwelligem Zugang im Rahmen der psychiatrischen REHA erscheint sinnvoll. Das modifizierte Setting der

halboffenen Gruppe erleichtert die Implementierung während der REHA bzw. macht es erst dadurch praktikabel. Vom Setting einer geschlossenen Gruppe im Rahmen eines spezifischen Versorgungsangebotes mit dem Schwerpunkt Tabakentwöhnung für psychisch kranke Raucher wäre dennoch ein zusätzlicher Nutzen anzunehmen.

### **Literatur**

Boska, P. (2017): Smoking, psychiatric illness and the brain. *J Psychiatry Neurosci*, 42(3): 147–149.

Mühlig, S., Andreas, S., Batra, A. (2016): Psychiatrische Komorbiditäten bei tabakbedingten Störungen. *Der Nervenarzt* 87(1):46-52

Silberbauer, C. (2017): Rauchen und psychische Erkrankungen. *CliniCum neuropsych* 6/17

### **Evaluation einer Intervention zur Steigerung des Nachsorge-Nutzungsverhaltens von Rehabilitanden mit psychischen und Verhaltensstörungen**

*Thomas Fankhänel; Franziska-Antonia Samos; Thomas Frese*  
Institut für Allgemeinmedizin, Universität Halle-Wittenberg

#### **Hintergrund und Zielstellung**

Aufgrund ihres häufig rezidivierenden und oft über Jahre persistierenden Verlaufs gehen psychische und Verhaltensstörungen mit einem erhöhten Risiko eines dauerhaften Verlustes der Erwerbsfähigkeit einher. Allein 2014 kam es bedingt durch psychische Störungen bundesweit zu insgesamt 32.488 Rentenzugängen aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit nach SGB VI. Die Anzahl hat sich in den letzten zehn Jahren nahezu verdoppelt. Auch im Bereich der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland (DRV-MD) ist die Anzahl der Leistungen zur Rehabilitation von psychischen und Verhaltensstörungen seit dem Jahr 2000 erheblich gestiegen. Im Rahmen der ambulanten Rehabilitationsnachsorge werden Patienten, die zuvor eine stationäre psychosomatische Rehabilitationsbehandlung durchlaufen haben, dabei unterstützt, das während der stationären Heilbehandlung erreichte Rehabilitationsergebnis im Alltag und insbesondere im Berufsleben zu verankern.

Die Wirksamkeit kognitiver Verhaltenstherapien konnte bei der Behandlung affektiver Störungen und anderer psychosomatischer Krankheitsbilder in zahlreichen Studien und Metaanalysen für unterschiedliche Settings und Altersgruppen nachgewiesen werden (Cuijpers et al., 2014; Barth et al., 2013). Dabei können sowohl Therapien im Einzel- als auch im Gruppenformat das Risiko rezidivierender Störungsverläufe langfristig reduzieren (O'Shea et al., 2015). Verschiedene Studien zeigen jedoch, dass die erzielten Behandlungserfolge oft nur vorübergehend aufrechterhalten bleiben und sich das Risiko für wiederkehrende Beschwerden bereits zwölf Monate nach Abschluss der Rehabilitation dem Ausgangsniveau annähert (De Vries et al., 2011). Einem Großteil der Patienten wird deshalb eine ambulante Rehabilitationsnachsorge empfohlen (Harfst et al., 2002), die gemäß den Modellen der Intensiven REhabilitationsNAchsorge (IRENA) oder des ‚Curriculum Hannover‘ (seit 2015: Psy-RENA) strukturiert sind (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2011b; Kobelt et al., 2000; Deutsche Rentenversicherung, 2015). In diesem Rahmen werden Patienten, die zuvor eine stationäre psychosomatische Rehabilitationsbehandlung durchlaufen haben, dabei unterstützt, das während der stationären Heilbehandlung erreichte Rehabilitationsergebnis im Alltag und insbesondere Berufsleben zu verankern (Kobelt et al., 2010; Kobelt et al., 2004).

Bisher wurden weder Wirksamkeit noch Nutzungsverhalten von Patienten in der ambulanten Nachsorge systematisch untersucht. Eine längsschnittliche Untersuchung der entsprechenden Parameter wurde deshalb durch die DRV-MD gefördert, um z.B. Gründe bzw. Prädiktoren für den vorzeitigen Abbruch der ambulanten Nachsorge zu identifizieren. Darüber hinaus sollte durch die Verwendung eines Therapietagebuchs eine Steigerung der

Wirksamkeit der Nachsorgebehandlung erzielt werden. Therapietagebücher fördern die individuelle Reflektion erreichter Verbesserungen und dienen zur Stabilisierung erreichter Therapiefortschritte. In mehreren Studien konnte die Wirksamkeit entsprechender Tagebücher nachgewiesen werden (Deck et al., 2014). Das für unsere Untersuchung entwickelte Therapietagebuch zielt auf eine Bewusstmachung der durch die Gruppentherapiesitzungen ermöglichten Einsichten und Erfahrungen. Im Rahmen unserer Untersuchung sollte deshalb u.a. überprüft werden, inwieweit durch den Einsatz eines für den Nachsorge-Kontext entwickelten Therapietagebuchs eine stärkere Reduktion körperlicher wie psychischer Symptome erreicht werden kann.

## **Methoden**

Die prospektive quantitative Längsschnittstudie strebte eine Vollerhebung der Reha-Nachsorgeeinrichtungen zusammen mit ihren jeweiligen Zweigstellen im Gebiet der DRV-Mitteldeutschland an (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2011a). Die Rekrutierung der Studienteilnehmer erfolgte durch die an der Studie teilnehmenden Nachsorge-Gruppenleiter aus Sachsen, Thüringen und Sachsen-Anhalt. Die Patienten wurden durch die Gruppenleiter über die Studie aufgeklärt und im Fall der Einverständniserklärung randomisiert Intervention- und Kontrollgruppe zugewiesen. Alle Patienten erhielten vor Antritt ( $t_0$ ) und nach Abschluss der Nachsorgebehandlung ( $t_1$ ) einen Fragebogen. Patienten der Interventionsgruppe erhielten zudem das Therapietagebuch zur Nachsorge. Zur Erfassung der Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome wurde die Symptom-Checkliste 90 (Hessel et al., 2001) verwendet. Für die Beurteilung der wahrgenommenen Unterstützung durch die Therapiegruppe wurde eine 15-Item Likert-Skala entwickelt und vorgetestet. Für die Untersuchung wurde das Votum der Ethikkommission der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg eingeholt.

## **Ergebnisse**

Für eine Teilnahme an unserer Untersuchung konnten  $N = 154$  Patienten rekrutiert werden. In die Auswertung wurden die Ergebnisse von  $N = 64$  Patienten im mittleren Alter von 50 Jahren ( $SD = 8.96$ ) einbezogen. Davon waren 51 Patienten weiblichen Geschlechts (79,7%). Für die Patienten sowohl der Interventions- als auch der Kontrollgruppe fand sich eine Reduktion der körperlichen und psychischen Symptome,  $t(63) = 3.67$ ,  $p < .01$ . Durch die Verwendung des Therapietagebuchs konnte bei Patienten der Interventionsgruppe im Vergleich zu Patienten der Kontrollgruppe eine größere Reduktion der Symptome aus dem Bereich Aggressivität/ Feindseligkeit herbeigeführt werden,  $t(62) = 2.68$ ,  $p < .01$ . Patienten der Interventionsgruppe beurteilten zudem die Unterstützung durch die Therapiegruppe als positiver,  $t(62) = 2.34$ ,  $p < .05$ .

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass durch die Maßnahmen der ambulanten Nachsorge einer Reduktion körperlicher und psychischer Symptome bewirkt werden kann. Gleichzeitig hat die Verwendung eines kontextspezifisch entwickelten Therapietagebuchs zu einer Verringerung der Aggressivität/Feindseligkeit bei den teilnehmenden Patienten bewirkt. Durch zukünftige Forschung sollten Möglichkeiten zur Steigerung der Wirksamkeit entsprechender Therapietagebücher für die ambulante Nachsorge eingehender untersucht werden. Aus

unseren Studienergebnissen lassen sich Hinweise für eine effektivere und effizientere Gestaltung der ambulanten Versorgung von Patienten mit affektiven Störungen ableiten.

## Literatur

- Barth J, Munder T, Gerger H, Nuesch E, Trelle S, Znoj H, Juni P, Cuijpers P (2013) Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for depressed patients: a network meta-analysis. *Plos Med.* 10, e1001454.
- Cuijpers P, Karyotaki E, Weitz E, Andersson G, Hollon SD, van Straten A (2014). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 159: 118–126.
- Deck R, Hüppe A (2014). Begleitete Nachsorge in der Psychosomatik – Transfer des neuen Credo. *Rehabilitation* 53: 305 – 312.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2011a): Liste der "IRENA"-Nachsorgeeinrichtungen für psychische und psychosomatische Störungen (Psychosomatik). Verfügbar unter [http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Bund/de/Inhalt/Allgemeines/GrosseTabellen/rehabilitation/fachinformationen/irena\\_haeuserliste\\_curriculum\\_hannover.html](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Bund/de/Inhalt/Allgemeines/GrosseTabellen/rehabilitation/fachinformationen/irena_haeuserliste_curriculum_hannover.html); Zugriff am 16.03.2015
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2011b). Rahmenkonzeption Intensivierte Rehabilitations- Nachsorge „Irena“ Inclusive „Curriculum Hannover“. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2015). Rahmenkonzeption zur Nachsorge. Für medizinische Rehabilitation nach § 15 SGB VI. <http://www.reha-nachsorge-drv.de>. Zugriff am 28.10.2019.
- De Vries U, Petermann F, Lange M (2011). Differenzielle Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation. *Phys Med Rehab Kuror* 21: 290–295
- Harfst T, Koch U, Schulz H (2002). Nachsorgeempfehlungen in der psychosomatischen Rehabilitation. Empirische Analysen auf der Basis des einheitlichen Entlassungsberichts der Rentenversicherungsträger. *Rehabilitation* 41: 407–414.
- Hessel A, Schumacher J, Geyer M, Brähler E (2001) Symptom-Checkliste SCL-90-R. *Diagnostica*, 47: 27-39.
- Kobelt A, Lieverscheidt B, Grosch E, Petermann F (2010). Ambulante psychosomatische Nachsorge und soziale Ungleichheit. Katamnestiche Studie vor dem Hintergrund überwunden geglaubter Schichtspezifität. *Psychotherapeut* 55:43–48.
- Kobelt A, Nickel L, Grosch EV, Lamprecht F, Künsebeck HW (2004). Inanspruchnahme psychosomatischer Nachsorge nach stationärer Rehabilitation. *Psychother Psych Med* 2004; 54(2): 58-64.
- Kobelt A, Schmid-Ott G, Künsebeck HW, Grosch E, Hentschel J, Malewski P, Lamprecht F (2000). Bedingungen erfolgreicher ambulanter Nachsorge nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation. *Praxis klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 52: 16 – 23.
- O’Shea G, Spence SH, Donovan CL (2015). Group versus Individual Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*: 43, 1–19.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland

# Hausarztzentrierte Reha-Nachsorge bei chronischem Rückenschmerz - Ergebnisse aus Interviews mit Hausärztinnen und Hausärzten

*Lisa Weier; Ruth Deck*

Universität zu Lübeck

## Hintergrund und Zielstellung

Rückenschmerzen gehören zu den häufigsten und kostenintensivsten Gesundheitsproblemen in Deutschland (Robert-Koch-Institut, 2012). Gängige Leitlinien (Bundesärztekammer et al., 2017) empfehlen als Schwerpunkt der Therapie die Aufnahme von regelmäßiger körperlicher Aktivität. Die medizinische Rehabilitation kann hier den Grundstein legen. Um die Effekte nachhaltig zu sichern, bedarf es jedoch adäquater Nachsorgekonzepte, die unmittelbar an die Reha anknüpfen. Die sektorale Gliederung des deutschen Gesundheitssystems erschwert diese nahtlose ambulante Weiterversorgung nach Reha. Ein für mehrere Indikationen erfolgreich evaluiertes Nachsorgekonzept fördert die eigenverantwortliche Aufnahme körperlicher Aktivität daher bereits in der Reha (Deck et al., 2009, 2012, 2014, 2019). Nach der Reha werden die Vorsätze zur körperlichen Aktivität und ihre Umsetzung vom Rehabilitanden in Bewegungstagebüchern dokumentiert. Externes Feedback und Unterstützung erfolgten bislang durch die Reha-Einrichtungen. In der vorliegenden Studie wurden die Rehabilitanden erstmals über einen Zeitraum von 12 Monaten durch persönliche Kontakte mit ihrem behandelnden Hausarzt und motivierende Anrufe durch Medizinische Fachangestellte der Praxis begleitet.

Das Projekt hat das Ziel, eine hausarztbetreute Nachsorge zu implementieren und hinsichtlich Machbarkeit und Akzeptanz zu evaluieren. Durch die Einbindung des Hausarztes in die Reha-Nachsorge soll die Zusammenarbeit zwischen Reha-Einrichtung und ambulantem Versorgungssektor gefördert werden. Des Weiteren soll überprüft werden, ob durch die hausarztzentrierte Nachsorge der Langzeiteffekt verschiedener gesundheitsbezogener Parameter (z.B. Teilhabe, Funktionsbeeinträchtigung im Alltag) gesichert werden kann.

## Methoden

Durchgeführt wurde eine längsschnittliche Beobachtungsstudie mit quantitativen und qualitativen Anteilen (mixed-methods). Dieser Beitrag fokussiert auf die leitfadengestützten telefonischen Einzelinterviews, die mit einem Teil der beteiligten Hausärzte nach Abschluss der hausärztlichen Nachsorge geführt wurden. Die Auswertung erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring, 2010).

## Ergebnisse

Interviewt wurden 14 Hausärzte (57% weiblich) im Alter von 36 bis 78 Jahren. Sie praktizierten zum Zeitpunkt des Interviews zwischen 1,5 und 34 Jahren als Hausärzte und waren in Einzel- und Gemeinschaftspraxen tätig, in denen zwischen 885 und >6000 Patienten pro Quartal behandelt wurden.

Die meisten Hausärzte nahmen an der Studie teil, weil sie die Thematik als äußerst relevant erachteten. Rückenschmerzen seien ein häufiger Beratungsanlass in der Hausarztpraxis. Die Motivierung des Patienten zu mehr körperlicher Aktivität stehe nicht selten im Widerspruch

zum Wunsch nach rein passiven Behandlungsmethoden (z.B. Massagen). Nach einer Reha seien deutliche Verluste des in der Reha Gelernten sichtbar.

„...weil ich sehe, dass da viele Verluste sind... und mich das auch ein bisschen ärgert oder enttäuscht, ich sage mal eher enttäuscht, wie wenig die Patienten oft umsetzen können.“  
(63-jährige Hausärztin)

Mit der Studienteilnahme wollten die Hausärzte eruieren, ob die Patienten von einem intensiven längerfristigen Nachsorgeangebot in der Hausarztpraxis profitieren können. Insgesamt wurde das Konzept äußerst positiv bewertet, damit sei für die Praxis eine Struktur für die Nachbetreuung des Patienten geschaffen worden. Besonders hervorgehoben wurde die Möglichkeit, die Patienten direkt zu einem aktiven, gesundheitsfördernden Verhalten zu motivieren. Die meisten Praxen können sich vorstellen, die Nachsorge so auch studienunabhängig in Ihrer Praxis anzubieten. Die Machbarkeit hänge von der zeitlichen Kapazität der Praxen ab, hierbei sei vor allem relevant, wie viele Patienten die Nachsorge gleichzeitig in Anspruch nehmen wollen. Aus Sicht der Hausärzte sei eine Verkürzung der Nachsorgebegleitung auf 9 Monate möglich, da sich nach dieser Zeit Routinen beim Patienten eingestellt hätten.

Neben der Nachsorge wurden die Hausärzte auch zu ihren bisherigen Erfahrungen und Wünschen hinsichtlich der Kommunikation mit den Reha-Einrichtungen befragt. Die meisten Ärzte gaben an, dass sich die Kommunikation primär auf die Entlassungsunterlagen beschränke. Diese seien häufig durch die Verwendung von Textbausteinen viel zu umfangreich für den hausärztlichen Alltag. Der Wunsch nach kompakteren Berichten, die sich auf das Wesentliche beschränken, wurde deutlich. Zwei Hausärzte wünschten sich auch eine direkte Kommunikation mit der Reha-Einrichtung.

### **Diskussion und Fazit**

Hausärzte sind nach einer medizinischen Rehabilitation die ersten Ansprechpartner zu Hause. Sie sehen auch die Relevanz einer intensiven, längerfristigen Reha-Nachsorge von Rückenschmerzpatienten. Das eingeführte Nachsorgekonzept wurde als sehr positiv bewertet, ein Transfer in den Praxisalltag sei wünschenswert. Die reibungslose Umsetzung sei jedoch abhängig von der zeitlichen Kapazität der Praxis. Durch eine Verkürzung der Nachsorgebegleitung auf 9 Monate und den Wegfall der aufwändigen studienbedingten Dokumentation würde der Aufwand für die Praxen bereits reduziert. Auch eine individuelle Anpassung der Intensität der Kontakte an die Bedürfnisse des Patienten sei denkbar. Zusätzlich ist die Anzahl der Patienten einer Hausarztpraxis, die gleichzeitig eine Reha beenden und die Nachsorge in Anspruch nehmen möchten, als überschaubar einzuschätzen.

### **Literatur**

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2017): Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Langfassung, 2. Aufl., Version 1. doi: 10.6101/AZQ/000353.

Deck, R., Hüppe, A. (2014): Begleitete Nachsorge in der Psychosomatik – Transfer des neuen Credo. Rehabilitation, 53: 305-312.

- Deck, R., Hüppe, A., Arlt, A.C. (2009): Optimierung der Rehabilitationsnachsorge durch eine längerfristige Begleitung der Rehabilitanden – Ergebnisse einer Pilotstudie. *Rehabilitation*, 48: 39-46.
- Deck, R., Beitz, S., Baumbach, C., Brunner, S., Hoberg, E., Knoglinger, E. (2019): Nachsorge ‚Neues Credo‘ in der kardiologischen Anschlussrehabilitation. *Die Rehabilitation (efirst)*. doi:10.1055/a-0899-1444.
- Deck, R., Schramm, S., Hüppe, A. (2012): Begleitete Eigeninitiative nach der Reha („neues Credo“) – ein Erfolgsmodell? *Rehabilitation*, 51: 316-325.
- Mayring, P. (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz-Verlag.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2012): *Rückenschmerzen*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 53. Berlin: RKI.

Förderung: Gemeinsamer Bundesausschuss

## **MBOR-Plus: Nutzbarkeit, Akzeptanz und Passgenauigkeit eines telefonischen Fallmanagements bei Patienten mit Stoffwechselerkrankungen**

*Viktoria Arling<sup>1</sup>; Hartmut Pollmann<sup>2</sup>; Veneta Slavchova<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> RWTH Aachen, Institut für Psychologie; <sup>2</sup> Klinik Niederrhein, Bad Neuenahr-Ahrweiler

### **Hintergrund und Zielstellung**

Der nahtlose Übergang zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation ist ein wichtiges Thema der Rehabilitationslandschaft. Zur Verbesserung bzw. Aufrechterhaltung der funktionellen Gesundheit und Erwerbstätigkeit gilt es, die Patienten möglichst zeitnah auf den Wiedereinstieg in das Berufsleben vorzubereiten.

In diesem Kontext nehmen Patienten mit besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL) in der Klinik Niederrhein (Indikationsbereich: Stoffwechselerkrankungen) eine stationäre medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) in Anspruch. Patienten, die vom Arzt im Aufnahmegespräch unter Berücksichtigung des Würzburger Screenings (Löffler et al., 2008) als hoch motiviert eingestuft wurden, erhalten über MBOR-Schulungsvorträge hinaus ergänzende MBOR-Gruppeneinheiten (MBOR Stufe 2). Weniger motivierte Patienten besuchen ausschließlich Schulungsvorträge (MBOR Stufe 1; vgl. Abbildung 1).

Um die Patienten in der Zeit nach der Klinik zu unterstützen (z.B. Lebensstiländerung), erhielten 50% der hoch motivierten Versicherten im Rahmen des randomisierten Kontrollgruppendesigns der Studie „MBOR-Plus: Effekte eines Fallmanagements nach MBOR auf die berufliche Reintegration von Patienten mit Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten“ ein zusätzliches telefonisches Fallmanagement (MBOR-Plus). Zur Überprüfung entsprechender Effekte erhielten die restlichen 50% der hoch motivierten Versicherten kein Fallmanagement (MBOR Stufe 2).

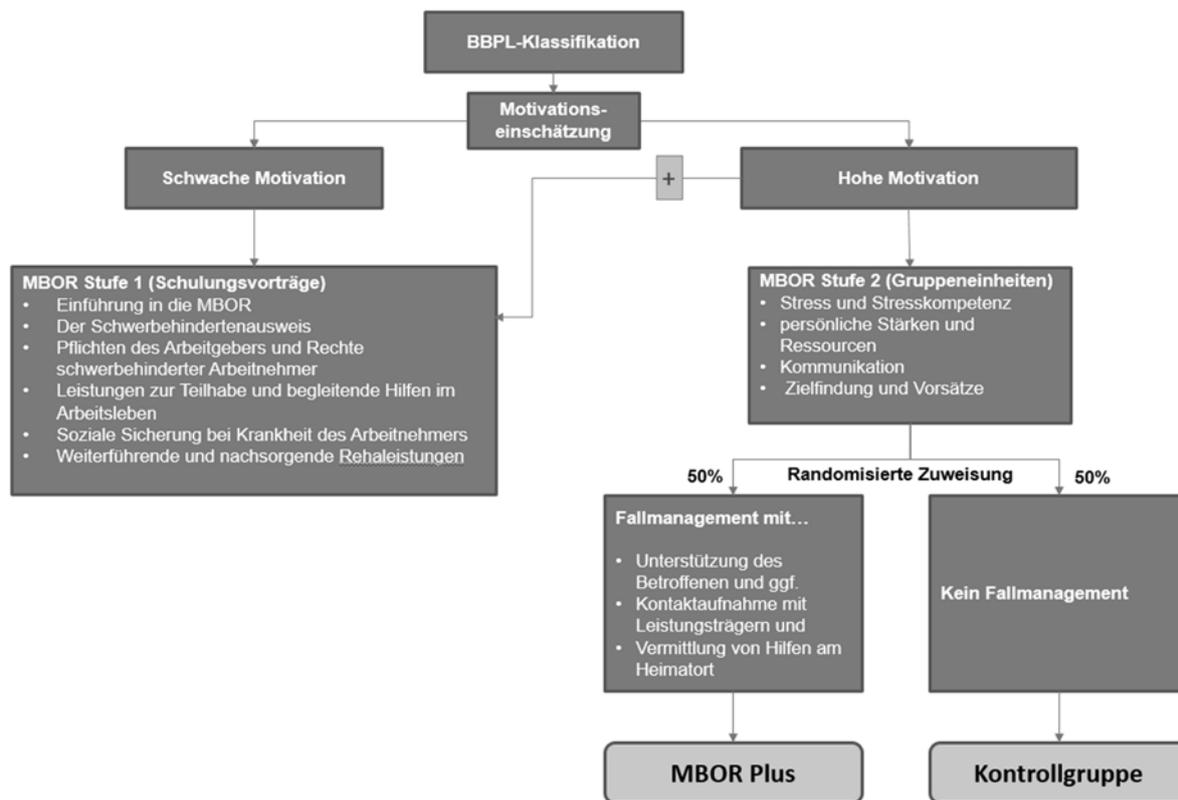


Abb. 1

Vor diesem Hintergrund war die Fragestellung, ob Teilnehmer des Fallmanagements (MBOR-Plus) verglichen mit der Kontrollgruppe (MBOR Stufe 2) einen nachhaltigeren Nutzen aus dem Klinikaufenthalt ziehen. Darüber hinaus galt es hinsichtlich des Fallmanagement zu überprüfen, wie passgenau das Angebot auf die Bedürfnisse der Patienten zugeschnitten war und wie hoch die teilnehmerseitige Akzeptanz des Angebots war.

## Methoden

69 Teilnehmer der hoch motivierten Teilnehmer erhielten über MBOR Stufe 2 hinaus ein telefonisches Fallmanagement (MBOR-Plus). 75 Patienten erhielten ausschließlich MBOR Stufe 2 und fungierten als Kontrollgruppe. Die Soziodemografie beider Gruppen fiel vergleichbar aus, es berechneten sich keine signifikanten Unterschiede (z.B. 69,2% männlich, 30,8% weiblich; Alter AM = 47,45 Jahre, SD = 9,08 Jahre).

Nach Entlassung aus der Reha-Klinik wurden alle Patienten nach sechs bzw. zwölf Monaten erneut u.a. bezüglich dem nachhaltigen Nutzen der Reha befragt. Teilnehmer des Fallmanagements (MBOR-Plus) wurden darüber hinaus zur Akzeptanz des Fallmanagements befragt. Die Passgenauigkeit des Fallmanagements wurde anhand Gesprächsprotokollen bewertet.

## Ergebnisse

Die Bewertung erfolgte auf einer Skala von ,1': stimmt nicht bis ,4': stimmt.

Hinsichtlich des nachhaltigeren Nutzens zeigten sich Vorteile durch das Fallmanagement: MBOR-Plus-Teilnehmern (AM = 2,88, SD = 0,55) gelang der Transfer der Inhalte aus Reha-Maßnahme in den Alltag besser als Personen ohne Fallmanagement (MBOR Stufe 2: AM =

2,59, SD = 0,80;  $t(35) = 1,45$ ,  $p = 0,078$ ,  $d = 0,44$ ). Dies galt sowohl für die berufsbezogenen Vorträge ( $d = 0,60$ ) als auch für die Gruppenangebote ( $d = 0,59$ ).

MBOR-Plus-Teilnehmer gaben an, dass die Nachsorgegespräche sie dazu motivierten, etwas über die Dauer der Reha hinaus zu verändern (AM = 3,26, SD = 0,83) und an diesen Veränderungen festzuhalten (AM = 3,22, SD = 0,92). Anzumerken gilt, dass sich die Teilnehmer uneinig waren, ob die Nachsorgegespräche nur so lange unterstützend waren, wie sie andauerten (AM = 2,54, SD = 1,10).

Für die Passgenauigkeit des Fallmanagements lässt sich festhalten, dass sich ein komplexes Netzwerk an Themen (z.B. Berufstätigkeit --> Umschulung --> LTA-Antrag; Gewicht verbessern --> Reha-Sport --> IRENA) abbildet. Somit war die Ausgestaltung des Nachsorgeangebots an den Bedarfen der Patienten ausgerichtet. Analog dazu fiel die Akzeptanz des telefonischen Fallmanagements hoch aus. So wurde die Kommunikation mit der durchführenden Person der Klinik als deutlich und angenehm empfunden (AM = 3,82, SD = 0,46) und die Zufriedenheit mit dem Angebot des telefonischen Fallmanagements war groß (AM = 3,63, SD = 0,63).

### **Diskussion und Fazit**

Es lassen sich Hinweise erkennen, dass das Fallmanagement aus Teilnehmersicht den längerfristigen Nutzen der Rehabilitation bzw. der Therapieziele unterstützt. Die telefonische Nachsorge wird positiv aufgefasst und stößt bei den Patienten auf eine hohe Akzeptanz. Entsprechende Einschätzungen spiegeln sich in den Gesprächsprotokollen wider, die auf einen passgenauen, höchst individuellen Ansatz des Fallmanagements hindeuten. Somit erscheint die telefonische Nachsorge aus subjektiv-psychologischer Sicht empfehlenswert. Inwieweit sich dies jedoch in objektiven Parametern des Therapieerfolges niederschlägt, gilt es noch genauer zu überprüfen.

### **Literatur**

Löffler, S., Wolf, H.D., Gerlich, C., Vogel, H. (2008): Handbuch zum Würzburger Screening - Zur Identifikation von beruflichen Problemlagen und dem Bedarf an berufsorientierten und beruflichen Rehabilitationsleistungen. URL: [http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de/\\_downloads/WuerzburgerScreening\\_Manual.pdf](http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de/_downloads/WuerzburgerScreening_Manual.pdf). Abruf: 28.10.2019.

Förderung: Rehabilitations-Forschungsnetzwerk

## **Wer ist aus Klinik-sicht Kandidat\*in für das Fallmanagement nach psychosomatischer Rehabilitation?**

*Hannes Banaschak; Stella Lemke; Matthias Bethge*

Universität zu Lübeck

### **Hintergrund und Zielstellung**

Das Fallmanagement nach psychosomatischer Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Nord richtet sich an Versicherte deren Rückkehr ins Erwerbsleben

gefährdet erscheint. Die Überleitung ins Fallmanagement erfolgt in den Kliniken. Im Falle einer Inanspruchnahme beginnt das Fallmanagement am Tag der Entlassung. Die Verordnungsdauer beläuft sich auf 16 Wochen und maximal 15 Zeitstunden. Eine Verlängerung um drei Monate ist möglich. Während des Fallmanagements analysieren Fallmanager\*in und Klient\*in gemeinsam den individuellen Hilfebedarf, treffen entsprechende Zielvereinbarungen, planen die Maßnahme, bearbeiten die vereinbarten Schritte und bewerten diese abschließend. Während der Verordnungsdauer steht der\*die Fallmanager\*in dem\*der Klienten\*in als Ansprechpartner\*in zur Verfügung. Ziel der vorliegenden explorativen Analysen war es, die Personengruppe, die durch die Kliniken identifiziert und in das Fallmanagement überführt wurde, genauer zu beschreiben und so die Auswahlkriterien zu explizieren.

## **Methoden**

Unsere Mixed-Methods-Studie begleitete die Umsetzung des Fallmanagements der Deutschen Rentenversicherung Nord nach psychosomatischer Rehabilitation in drei Rehabilitationseinrichtungen (Deutsches Register Klinischer Studien: DRKS00014564). Eingeschlossen wurden 18- bis 65-jährige Rehabilitand\*innen. Ausgeschlossen wurden Personen mit bewilligter Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben, einer Leistungsfähigkeit von unter drei Stunden pro Tag auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, beantragter oder bereits laufender Rente wegen Alters. Befragungen wurden am Ende der Rehabilitation sowie sechs Monate nach Abschluss der Rehabilitation durchgeführt. Erfragt wurden u. a. psychische Belastung (PHQ-2: 0 bis 6 Punkte; GAD-2: 0 bis 6 Punkte), subjektive Arbeitsfähigkeit (Work Ability Score: 0 bis 10 Punkte), berufliche Selbstwirksamkeitserwartung (BSW-Skala: 1 bis 5 Punkte), Erwerbsstatus, Arbeitsunfähigkeit und finanzielle Belastung (Einzelitem: 0 bis 10 Punkte). Zur Analyse der Zuweisungspraxis wurden bivariate Vergleiche sowie multiple logistische Regressionsmodelle mit den Daten der Ersterhebung gerechnet. Im Sinne des Mixed-Methods-Designs der Komplementarität (Tashakkori & Teddlie, 2010) wurden in einem weiteren Schritt fünf leitfadengestützte Interviews mit Ärzt\*innen und Sozialarbeiter\*innen der teilnehmenden Kliniken geführt, in denen die klinikspezifische Zuweisungspraxis erfragt wurde. Die Interviews wurden qualitativ inhaltsanalytisch ausgewertet (Mayring, 2015). Zur Beantwortung der Frage nach den Auswahlkriterien für ein Fallmanagement und der jeweiligen Zuweisungspraxis wurden induktiv Kategorien gebildet.

## **Ergebnisse**

Innerhalb der 12 Monate laufenden Rekrutierung wurden 344 Patient\*innen eingeschlossen (Alter: M = 49,3; weiblich: 52,9 %). 55 Patient\*innen wurden dem Fallmanagement zugewiesen und bildeten die Interventionsgruppe (IG), 289 Patient\*innen erhielten keine weitere Begleitung (Kontrollgruppe, KG). Im bivariaten Gruppenvergleich zeigte sich in der IG u. a. ein größerer Anteil weiblicher Personen ( $\varphi = 0,126$ ), außerdem gaben Personen der IG eine höhere psychische Belastung an (PHQ-2:  $d = 0,340$ , GAD-2:  $d = 0,501$ ), waren im vergangenen Jahr häufiger mindestens 26 Wochen arbeitsunfähig ( $\varphi = 0,321$ ), berichteten eine schlechtere subjektive Arbeitsfähigkeit ( $d = -0,498$ ) sowie eine geringere berufliche Selbstwirksamkeitserwartung ( $d = -0,772$ ). Personen der IG standen zudem seltener in einem Erwerbsverhältnis ( $\varphi = -0,319$ ), berichteten eine höhere finanzielle Belastung ( $d = 0,685$ ) und waren stärker in ihrer gesellschaftlichen Teilhabe eingeschränkt (IMET:  $d = 0,515$ ). Im finalen

logistischen Regressionsmodell hatten Frauen (OR = 2,173, 95 % KI: 1,024 – 4,609) und nicht erwerbstätige Personen (OR = 2,639, 95 % KI: 1,206 – 5,771) eine höhere Wahrscheinlichkeit für eine Zuweisung ins Fallmanagement. Auch lange Arbeitsunfähigkeit (OR = 2,628, 95 % KI: 1,191 – 5,798) und finanzielle Belastungen (OR = 1,145, 95 % KI: 1,017 – 1,290) erhöhten die Wahrscheinlichkeit.

Im Rahmen der induktiven Kategorienbildung konnte die Zuweisungspraxis zudem aus Sicht der beteiligten Zuweiser\*innen beschrieben werden. Insgesamt 71 Textstellen wurden kategorisiert. Aus Sicht der Expert\*innen waren Bedarfskriterien z. B. eine signalisierte Hilflosigkeit („Wir haben keine Kriterien im eigentlichen Sinne aufgestellt (...), das ist eher eine signalisierte Unfähigkeit oder die Frage der Patienten mit der Situation zuhause klarzukommen“) oder wenig Ressourcen zur Problemlösung. Spezifische Problembereiche, die die Einleitung eines Fallmanagements notwendig erscheinen lassen, sind die Bereiche Arbeit („Problemlagen die (ei)ne Relevanz und einen Bezug zur Arbeitssituation haben.“), Wohnsituation und Finanzen.

### **Diskussion und Fazit**

Die Daten verweisen auf eine komplexe Problemlage der zugewiesenen Rehabilitand\*innen, die sich aus längerer Arbeitsunfähigkeit und/oder Arbeitslosigkeit sowie prekärer finanzieller Situation ergibt. Diese komplexen Problemlagen stellen auch in den Interviews mit den Praktiker\*innen ein zentrales Thema für die Zuweisung ins Fallmanagement dar. Die Auswahl anhand manifester Faktoren, wie dem Erwerbsstatus und der Arbeitsunfähigkeitsdauer, ermöglicht zudem eine Berücksichtigung assoziierter Konstrukte wie der beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung. Eine solche Identifikation erscheint wünschenswert, da geringe Selbstwirksamkeitserwartungen konsistent mit Schwierigkeiten bei der Rückkehr in Arbeit assoziiert sind (Black, 2017). Gleichzeitig verweisen auch die Praktiker\*innen auf latente Faktoren wie beispielsweise die signalisierte Hilflosigkeit, die für eine treffende Zuweisung in das Fallmanagement berücksichtigt werden müssen.

### **Literatur**

- Black, O., Keegel, T., Sim, M. R., Collie, A., Smith, P. (2017): The effect of self-efficacy on return-to-work outcomes for workers with psychological or upper-body musculoskeletal injuries: A review of the literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28. 16–27.
- Graham, W. (1989): Toward a conceptual framework for mixed-method evaluation designs. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, 11. 255–274.
- Mayring, P. (2015): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz.
- Tashakkori, A., Teddlie, C. (2010): *SAGE handbook of mixed methods in social & behavioral research*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Nord

# Wie gestaltet sich aus Sicht niedergelassener Ärzte die Zusammenarbeit mit der onkologischen Rehabilitation?

*Heike Kähnert<sup>1</sup>; Harald Fischer<sup>2</sup>; Eva-Maria Kalusche-Bontemps<sup>3</sup>; Birgit Leibbrand<sup>4</sup>*

<sup>1</sup> Institut für Rehabilitationsforschung Norderney; <sup>2</sup> Klinik Rosenberg; <sup>3</sup> MediClin Klinik Reichshof; <sup>4</sup> Salzetalklinik der Deutschen Rentenversicherung Westfalen

## Hintergrund und Zielstellung

Eine Tumorerkrankung und deren Therapien können zu gesundheitlichen Beschwerden und Einschränkungen in der Teilhabe am Arbeitsleben und in der Gesellschaft führen (Weis & Faller, 2012). Zur Bewältigung dieser Einschränkungen müssen Patienten Versorgungsangebote in den stationären und ambulanten Sektoren zur Verfügung gestellt werden. Die stationäre Rehabilitation stellt mit ihrer Nachsorgeplanung und dem Reha-Entlassungsbericht ideale Ausgangsbedingungen für eine sektorenübergreifende Versorgung bereit (Deutsche Rentenversicherung, 2018). Im ambulanten Setting ist der weiterbehandelnde Arzt aus Sicht onkologischer Patienten ein zentraler Ansprechpartner, der auch unterstützende Aufgaben bei der Umsetzung der Reha-Nachsorgeempfehlungen übernehmen soll (Kähnert et al., 2016). In diesem Zusammenhang sollen die Fragen beantwortet werden: Wie bewerten niedergelassene Ärzte (a) die Zusammenarbeit mit Reha-Kliniken und (b) den Reha-Entlassungsbericht? und (c) Welche Verbesserungswünsche bestehen?

## Methoden

Im Rahmen der EmoR-Studie (EmoR=Entlassungsmanagement in der onkologischen Rehabilitation) haben 41 Ärzte (Onkologen, Gynäkologen, Hausärzte), deren Patienten eine onkologische Rehabilitation abgeschlossen hatten, schriftlich zu den Themen Zusammenarbeit, Reha-Entlassungsbericht und Verbesserungswünsche Stellung genommen (Rücklauf: 11%). Zudem wurden mit 10 Ärzten telefonische Interviews von durchschnittlich 30 Minuten zu den genannten Themen geführt. Die Fragebögen wurden deskriptiv und die Interviews inhaltsanalytisch (Mayring, 2015) ausgewertet.

## Ergebnisse

Die Zusammenarbeit mit den Reha-Kliniken wird von 70% der Ärzte positiv bewertet und im Interview wird betont: „Es läuft ja gut und für die Regelfälle würde ich auch gar nicht mehr Zeit aufwenden wollen“ (G2001, Abs. 12). Eine intensivere Zusammenarbeit wird für „Problemfälle“ gewünscht: „(...) Mich darf gerne jemand auch mal anrufen oder sagen hier sehe ich eine Problematik bei der Patientin, können Sie da mit mir an einem Strang ziehen“ (G1227, Abs. 22). Die Zusammenarbeit wird als wichtig erachtet, denn „(...) je besser der Schulterschluss zwischen den ganzen Institutionen ist, desto besser gelingt die Patientenversorgung“ (G1227, Abs. 24).

Der Reha-Entlassungsbericht stellt mit 85% Zustimmung das entscheidende ‚Kommunikationsinstrument‘ dar. Zurzeit ist „ein direkter Kontakt seitens der Reha-Klinik selten“ (H1383, F21), wobei ein telefonischer Informationsaustausch von den Ärzten bevorzugt gewünscht wird: „Es läuft ja wirklich viel einfacher, wenn man mal kurz miteinander redet, als wenn man schriftlich aneinander vorbeiarbeitet“ (G2001, Abs. 25). Die

Zusammenarbeit könnte aus Sicht der Niedergelassenen verbessert werden, indem ‚Informationen frühzeitiger gegeben werden‘, ‚gemeinsame Absprachen zur Weiterbehandlung erfolgen würden‘ sowie die ‚strukturellen Voraussetzungen für eine Kontaktaufnahme geschaffen werden‘, wie die Erreichbarkeit z.B. über „Telefonsprechstunden“ (H1132, Abs. 18), „E-Mails“ (F1112, F21) jeweils mit Angaben „fester Rückrufzeiten“ (G2100, Abs. 28).

Vom Reha-Entlassungsbericht werden am häufigsten die Berichtsteile ‚Blatt 2: Abschlussbefund / Reha-Ergebnis‘ und ‚Blatt 2: Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen‘ sowie der gesamte „sozialmedizinische Bereich“ (G1227, Abs. 31) gelesen, weil „sie für die Unterstützung der Patienten sehr wichtig sind“ (H1132, Abs. 22). Berichtsteile, wie ‚Blatt 1b: durchgeführte therapeutische Leistungen‘ und ‚Blatt 2: Arztbericht: Anamnese, Diagnostik und Rehabilitationsverlauf‘ werden hingegen nur von etwa einem Drittel der Ärzte ‚oft/sehr oft‘ gelesen. Dies wird z.T. damit begründet, dass die Berichte „zu lang“ sind und Informationen zur Anamnese und Diagnostik auch gekürzt werden könnten, „denn ich kenne ja meine Patientin“ (G1250, Abs. 23).

Die Mehrheit der Ärzte bewerten den Reha-Entlassungsbericht als ‚verständlich‘ (94%), ‚informativ‘ (85%) und ‚praxisnah‘ (70%). Fragen wie ‚der Bericht ist hilfreich für die Weiterbehandlung‘ oder ‚hilfreich für das Gespräch mit dem Patienten‘, werden jedoch von gut einem Drittel der Ärzte mit ‚befriedigend‘ oder ‚ausreichend‘ bewertet. Kritisiert wird, „dass manche Berichte sehr standardisiert wirken“ (H1383, Abs. 12), „individuelle Therapieempfehlungen fehlen“ (G1376, Abs. 48) oder „nicht klar definiert sind“ (H1132, Abs. 30) sowie „psychologische Nachsorge selten berücksichtigt wird“ (G1227, Abs. 34). Der Entlassungsbericht könnte nach Aussagen der Ärzte dadurch verbessert werden, indem er „mehr individuelle Empfehlungen“ (H1383, A 13), „konkrete Nachsorge-/Bewegungspläne“ (H1017, F21) sowie „Kontaktadressen (...), gerade von Psychoonkologen“ (G1385, Abs. 91) beinhalten würde. Zudem sollten bei der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung „die Arbeitsplatzsituation“ (G1227, Abs. 20) und „Komorbiditäten“ (F1017, F21) stärker mitberücksichtigt werden.

## **Diskussion und Fazit**

Eine Zusammenarbeit hinsichtlich eines Informationsaustausches zwischen niedergelassenen Ärzten und onkologischen Reha-Kliniken findet selten statt, wird aber von den niedergelassenen Ärzten für Patienten mit erhöhtem Unterstützungsbedarf gewünscht, da diese sich positiv auf die Versorgung ihrer Patienten auswirkt. Um eine Zusammenarbeit zu fördern, sollten gemeinsame Absprachen zur Weiterversorgung der Patienten schon während des Reha-Aufenthaltes erfolgen und die strukturellen Voraussetzungen für eine Kontaktaufnahme und Erreichbarkeit geschaffen werden. Der Reha-Entlassungsbericht stellt das wesentlichste Kommunikationsinstrument zwischen Reha-Klinik und niedergelassenen Ärzten dar. Er sollte zukünftig weniger standardisierte Text-Bausteine und für die Teilhabe am Arbeitsleben und in der Gesellschaft mehr individualisierte Nachsorgeempfehlungen einschließlich konkreter Handlungspläne enthalten.

## Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (2018): Rahmenkonzept zur Nachsorge. Für medizinische Rehabilitation nach § 15 SGB VI. Stand: Juni 2015 (in der Fassung vom 02. Januar 2018). Berlin.

Kähnert, H., Exner, A.-K., Leibbrand, B. (2016): Berufliche Rückkehr nach Abschluss einer onkologischen Rehabilitation. Welche Unterstützung ist aus Patientensicht erforderlich. DRV-Schriften Band 109. 54–55.

Mayring, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (Beltz Pädagogik, 12., aktualisierte und überarb. Aufl.). Weinheim [u.a.]: Beltz.

Weis, J., Faller, H. (2012): Psychosoziale Folgen bei Langzeitüberlebenden einer Krebserkrankung. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz; 55: 501–508.

Interessenkonflikt: Frau Dr. Leibbrand und Herr Dr. Fischer sind im Vorstand des VfR, Norderney

Förderung: Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung, Norderney

### **Anforderungen von Arbeitgebern an die Arbeitsmarktintegration von (teilweise) erwerbsgeminderten Arbeitnehmer\*innen**

*Jannis Hergesell; Nina Baur*  
Technische Universität Berlin

#### **Hintergrund und Zielstellung**

Teilweise Erwerbsminderungsrentner\*innen (EM-Rentner\*innen) stehen dem Arbeitsmarkt mit einem Restleistungsvermögen von 3-6 Stunden zur Verfügung, allerdings sind viele EM-Rentner\*innen von Arbeitslosigkeit betroffen und besonders ein Return to Work nach längerer Erwerbslosigkeit gelingt nur den wenigsten (siehe Köckerling et al., 2019). Diese unzureichende Arbeitsmarktintegration von EM-Rentner\*innen ist exemplarisch für die Gesamtsituation gesundheitlich beeinträchtigter Arbeitnehmer\*innen. Denn obwohl die Konjunktur des Arbeitsmarktes, die Zunahme für erwerbsgeminderte Personen attraktiver Teilzeitarbeitsplätze sowie zahlreiche Rehabilitationsangebote eigentlich gute Voraussetzungen für eine Arbeitsmarktintegration schaffen, sind gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitnehmer\*innen nach wie vor deutlich überproportional arbeitslos.

Die Gründe für diese Situation liegen demnach weniger in konjunkturellen und rechtlichen Rahmenbedingungen, sondern im sozialen, alltäglichen Umgang mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Arbeitsalltag. Diese sozialen Dimensionen der Arbeitsmarktintegration, wie die Rolle integrativer „Betriebskulturen“, Konflikten zwischen betrieblichen Akteuren bei der Arbeitsmarktintegration oder fehlender Rückkehrmotivation von EM-Rentner\*innen, sind mittlerweile als zentraler Forschungsgegenstand erkannt (siehe Zschucke et al., 2017; Windscheid, 2019; Hergesell, 2019). Allerdings wird bisher eine zentrale Akteursgruppe und deren Anforderungen an eine erfolgreiche betriebliche Arbeitsmarktintegration nur unzureichend beachtet: die Arbeitgeber. Denn ausschlaggebende Voraussetzung für eine stabil-langfristige Einstellung erwerbsgeminderter Mitarbeiter\*innen ist die grundlegende Bereitschaft und Befähigung der Arbeitgeber, diese zu beschäftigen. Jedoch sind die Vorstellungen der Arbeitgeber darüber, wie eine erfolgreiche Arbeitsbeziehung mit erwerbsgeminderten Menschen ausgestaltet sein sollte, weitestgehend unbekannt. Unsere von der Deutschen Rentenversicherung Bund geförderte Studie adressiert diese Lücke im Forschungsstand und fokussiert die bisher vernachlässigte Arbeitgeberperspektive bei der betrieblichen Arbeitsmarktintegration.

#### **Methoden**

Das Projekt ist als explorativ-qualitative Interviewstudie angelegt. Untersucht werden anhand einer bewussten Fallauswahl (Akremi, 2019) nach dem Konzentrationsprinzip zwei besonders vom Arbeitskräftemangel betroffene Branchen: die Automobilwirtschaft und die Pflegebranche. Diese Arbeitsfelder sind strukturell auf mehreren Ebenen (z.B. Betriebskulturen, Arbeitsorganisation, Gesundheitsrisiken, Integrationspotentiale)

verschieden und eignen sich daher dafür durch einen Vergleich eine große Bandbreite von Integrationshindernissen und -potentialen zu identifizieren. Weitere Auswahlkriterien sind Stadt/Land-Unterschiede und die Betriebsgröße bzw. betriebliche Organisationsstruktur. Dabei sind unsere Analyseeinheiten einzelne Betriebe. Interviewt werden neben den Arbeitgebern und lokalen Vorgesetzten auch die erwerbsgeminderten Personen, deren Kolleg\*innen und andere an der Arbeitsmarktintegration beteiligte, inner- wie außerbetriebliche Akteure.

Die vorgestellten Ergebnisse stammen aus der Analyse der Arbeitsmarktintegration von drei großen Pflegeorganisationen in Berlin. Der inhaltsanalytisch ausgewertete Datenkorpus umfasst zwölf Interviews mit Vorstandsvorsitzenden und Pflegedirektionen, Mitarbeiter\*innen/Referent\*innen der Personalabteilung, Pflegedienstleitungen, BEM-Beauftragten, Schwerbehindertenvertretungen und erwerbsgeminderten Arbeitnehmer\*innen. Die Analyse des arbeitsmarktintegrativen Handelns wurde ergänzt und kontrastiert durch zusätzliche zehn Interviews aus der Kfz-Branche, Vertreter\*innen von Integrationsfachdiensten und -ämtern sowie EM-Rentenexpert\*innen, um sowohl pflegespezifische als auch für urbane Räume typische Arbeitsmarktintegration herauszuarbeiten und auf Verallgemeinerbarkeit zu prüfen.

## **Ergebnisse**

Ob Arbeitgeber sich in der Lage sehen auf individuelle Bedürfnisse erwerbsgeminderter Mitarbeiter\*innen einzugehen, Konflikte zwischen an der Integration beteiligten Akteuren bestehen oder unterschiedliche Interessen im Integrationsprozess koordiniert werden können, hängt maßgeblich von zur Verfügung stehenden Integrationsressourcen (Zeit, fachlich-emotionale Kompetenz, Solidarität von Kolleg\*innen) sowie weiteren betrieblichen Bedingungen ab („starre“ oder „flexible“ Arbeitsorganisation), unter denen Arbeitgeber im betrieblichen Alltag handeln. So wirken sich bisher im Forschungsstand vernachlässigte Faktoren wie branchenspezifische Arbeitsorganisationen, durch Personalmangel und Rationalisierungen entstehende Konflikte in Teams und fachliche sowie emotionale Überforderungen lokaler Vorgesetzter im Umgang mit erwerbsgeminderten Personen maßgeblich auf die grundlegende Bereitschaft der Arbeitgeber aus in arbeitsintegrative Maßnahmen zu investieren.

Hinderliche Faktoren, die integratives Handeln der Arbeitgeber erschweren oder sich negativ auf deren Beschäftigungsbereitschaft auswirken, sind: unübersichtliche rechtliche Regelungen bzw. fehlender Zugang zu Informationen bezüglich Hilfsangeboten (innerhalb und außerhalb des Betriebes), Befürchtungen die rechtliche Situation erwerbsgeminderter Personen könne die unternehmerische Autonomie einschränken, Sorge vor emotionaler Überforderung (etwa bei der Begleitung psychisch erkrankter Mitarbeiter\*innen) und der Überlastung von lokalen Vorgesetzten und Kolleg\*innen durch Mehrarbeit. Hinsichtlich der in den Daten identifizierten Potentiale der Arbeitgeber für die Arbeitsmarktintegration ist auffallend, dass diese zu großen Teilen mit den bisher wenig beachteten sozialen Dimensionen betrieblicher Arbeitsbeziehungen zusammenhängen. Zu nennen sind dabei besonders empfundene Verantwortung bzw. Verbundenheit der Arbeitgeber gegenüber erkrankten Mitarbeiter\*innen abseits von betriebswirtschaftlichen Überlegungen oder rechtlicher Regulationen, damit verbundene solidarische Betriebskulturen und informelle

betriebliche Hilfenetzwerke, die als Potentiale für die Integration erwerbsgeminderter Personen nur wenig erforscht sind.

### **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse zeigen, dass Interaktionen und Handlungsprobleme im Arbeitsalltag ausschlaggebend dafür sind, ob Arbeitgeber Arbeitsbeziehungen mit erwerbsgeminderten Personen als gelingend bewerten. Diese Bewertungen laufen oft parallel – oder sogar konfliktiv – zu formal-betrieblichen Wiedereingliederungsprozessen wie BEM-Maßnahmen oder stufenweiser Wiedereingliederung. Zur Diskussion steht, in welchen Beziehungen die alltäglichen, sozialen Dimensionen der Arbeitsmarktintegration mit formal-betrieblichen Maßnahmen stehen, wo wechselseitige Synergien genutzt oder Integrationsbarrieren abgebaut werden können.

### **Literatur**

- Akreml, L. (2019): Stichprobenziehung in der qualitativen Sozialforschung. In Baur, N., Blasius, J. (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer Verlag Fachmedien., S. 265-282
- Hergesell, J. (2019): Forschungsstand Erwerbsminderungsrente – eine qualitative Metaanalyse. In: Deutsche Rentenversicherung 2/2019, S. 150-171
- Köckerling, E., Sauzet, O., Hesse, B., Körner, M., Razum, O. (2019): Return to Work aus einer zeitlich befristeten Erwerbsminderungsrente. In: Gesundheitswesen, DOI: 10.1055/a-0883-5276
- Windscheid, C. (2019): Rückkehr und Reintegration nach psychischer Erkrankung. Soziale Gelingensbedingungen und Hemmnisse betrieblicher Wiedereingliederung. Wiesbaden: Springer VS
- Zschucke, E., Lippke, S., Hessel, A.(2017): Erwerbsminderungsrente und Rückkehr ins Erwerbsleben aus Sicht der Betroffenen. In: Diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht. Fachbeitrag D15-2017, S. 1–7

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

## **Mut zur Offenbarung bei psychisch erkrankten Bewerbern – wann sollte ein Bewerber seine Erkrankung kommunizieren?**

*Veneta Slavchova; Viktoria Arling*  
RWTH Aachen, Institut für Psychologie

### **Hintergrund und Zielstellung**

Mit dem Bundesteilhabegesetz und der Neugestaltung des SGB IX (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2017) wurde die von der UN-Behindertenrechtskonvention geforderte gesellschaftliche Inklusion von Menschen mit Behinderung gesetzlich verankert. Im Kontrast dazu zeigten Studien mit fingierten Bewerbungssituationen, dass psychisch erkrankte Bewerber nach wie vor seltener ausgewählt werden als gesunde Bewerber (Slavchova et al., 2017).

Aus sozialpsychologischer Perspektive ließ sich die Haltung gegenüber anderen Gruppen durch konkrete Informationen in die positive Richtung verändern (Stangor, et. al., 2001). Dabei konnte gezeigt werden, dass Informationen über die konkrete Einschränkung bei psychisch erkrankten Bewerbern einen positiven Einfluss auf die Inklusionsbereitschaft gesunder Personalentscheider haben (Slavchova et al., 2018).

Vor diesem Hintergrund zielt die vorliegende Studie auf die Frage ab, wann und wie viel ein psychisch erkrankter Bewerber über seine Erkrankung im Bewerbungsprozess offenbaren soll.

## Methoden

Im Rahmen einer Online-Studie nahmen insgesamt 315 Personen teil (217 ♀, 98 ♂). Das durchschnittliche Alter betrug 29,91 Jahre (SD = 13,83 Jahre). Die Teilnehmer sollten im Rahmen eines Personalauswahl-Prozesses eine Stelle im kaufmännischen Bereich (verwaltend-organisierende Aufgaben, z.B. PC-Tätigkeiten, Teamarbeit, Kundenkontakt) in einem mittelständigen Unternehmen mit einer von drei Bewerberinnen (A, B, C) besetzen. Dabei umfasste der Personalauswahl-Prozess zwei Stufen (Sichtung des Lebenslaufes, Bewerbungsgespräch, vgl. Abbildung 1). Das Design wurde so gewählt, dass die Rolle der Offenbarung von Informationen differenziert beurteilt werden konnte. Nach jeder Stufe sollten die Teilnehmer eine (vorläufige) Entscheidung für Bewerberin A, B oder C treffen.

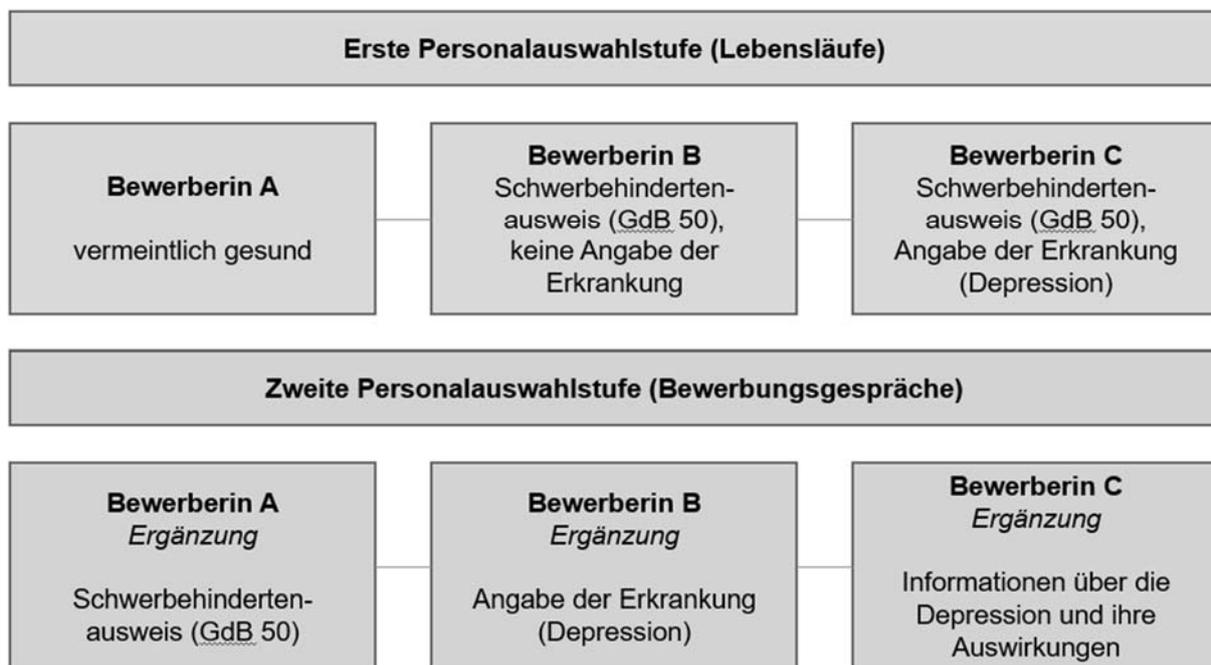


Abb. 1: Zweistufiger Personalauswahlprozess inkl. Angaben der Bewerberinnen

Die Teilnehmer erhielten auf der ersten Bewerbungsstufe (Lebenslauf) drei hinsichtlich der Qualifikation vergleichbare Lebensläufe mit unterschiedlichen Informationen. Bewerberin A war vermeintlich gesund und „verschwie“ die Erkrankung; Bewerberin B gab einen vorliegenden Schwerbehindertenausweis (GdB 50) ohne genauere Information über die Erkrankung ab und Bewerberin C verwies auf einen vorliegenden Schwerbehindertenausweis mit der Angabe, dass es sich bei der Erkrankung um eine Depression handele.

Auf der zweiten Bewerbungsstufe (Bewerbungsgespräch) wurden die Angaben der drei Bewerberinnen erweitert: Bewerberin A ergänzte, dass sie einen Schwerbehindertenausweis habe (ohne Angabe der Erkrankung), Bewerberin B fügte hinzu, dass sie den Schwerbehindertenausweis auf Grund einer Depression habe und Bewerberin C gab zusätzliche Informationen über ihre Depression (z.B. medikamentöse Einstellung, Umgang mit der Erkrankung, Folgen für die Tätigkeit) an.

## Ergebnisse

Das Auswahlverhalten der Probanden stellt sich wie folgt dar (vgl. Abbildung 2).

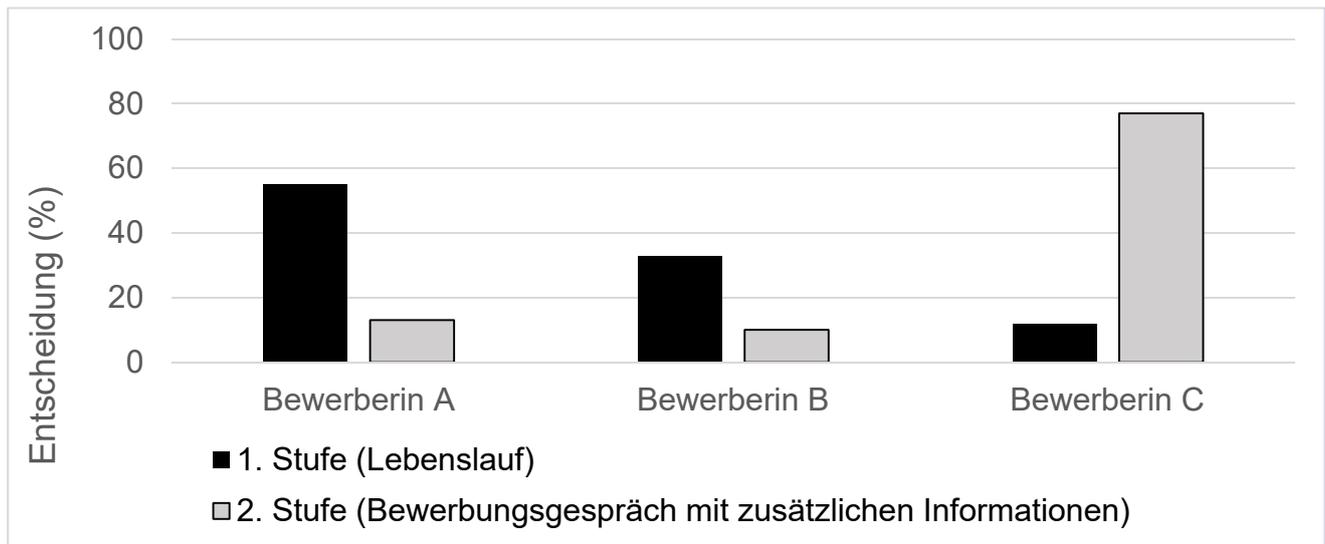


Abb. 2: Entscheidungsverhalten der Teilnehmer hinsichtlich beider Personalauswahl-Stufen

Für die erste Stufe gilt, dass die vermeintlich gesunde Bewerberin A am häufigsten ausgewählt wurde (55%). 33% der Teilnehmer entschieden sich für Bewerberin B (Schwerbehindertenausweis, keine Information über die Erkrankung), lediglich 12% der Befragten entschieden sich für Bewerberin C (Schwerbehindertenausweis mit Angabe der Erkrankung Depression).

In der zweiten Stufe kehrte sich das Verhältnis um: die meisten Teilnehmer (77%) bevorzugten Bewerberin C, die im Gespräch zusätzliche Informationen zu ihrer Depression vermittelte. Demgegenüber wählten nur 13% Bewerberin A, die erst im Gespräch das Vorliegen eines Schwerbehindertenausweises kommunizierte. 10% der Teilnehmer präferierte Bewerberin B, die im Gespräch ergänzte, den Schwerbehindertenausweis auf Grund einer Depression zu besitzen.

## Diskussion und Fazit

Die Studie legt nahe, dass ein offener Umgang bzw. eine gezielte Kommunikation über die Erkrankung eine wichtige Stellschraube bei der Inklusion psychisch erkrankter Menschen ist. Das Verschweigen einer Erkrankung bzw. unvollständige Informationen über das genaue Erkrankungsbild wurden von den Studienteilnehmern als kritisch bewertet. Auffällig ist darüber hinaus, dass nicht die Angabe der Erkrankung an sich, sondern das Zusammenspiel zwischen der Erkrankung gemeinsam mit konkreten Informationen über die Auswirkungen der Erkrankung auf den Berufskontext einen positiven Effekt hatten. Unter Berücksichtigung der Studienergebnisse lässt sich somit die Empfehlung aussprechen, dass psychisch erkrankte

Bewerber dem Personalentscheider passgenaue Informationen über die Auswirkungen des Krankheitsbildes hinsichtlich der angestrebten Position vermitteln sollten.

## **Literatur**

- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2017): Bundesteilhabegesetz Kompakt - Die wichtigsten Änderungen im SGB IX. URL: <https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/Sonstiges/downloads/BTHG-Kompakt.pdf>. Abruf: 17.10.2018.
- Slavchova, V., Arling, V. (2018): Informationen über Einschränkungen als Stellschraube bei der Personaleinstellung von psychisch erkrankten Bewerbern. DRV-Schriften, 112. 221 - 223.
- Slavchova, V., Spijkers, W., Arling, V. (2017): Zuschreibungen in Bezug auf die Personaleinstellung von behinderten Bewerbern – körperliche und psychische Erkrankungen im Vergleich. DRV-Schriften, 111. 147 - 149.
- Stangor, C., Sechrist, G. B., Jost, J. T. (2001): Changing racial beliefs by providing consensus information. Personality and Social Psychology Bulletin, 27(4). 486 - 496.

## **Verläufe von Patienten mit hoher sozialmedizinischer Belastung – Ergebnisse der Hersfelder Katamnese studie**

*Meinolf Peters<sup>1</sup>; Joachim Lindner<sup>1</sup>; Angelika Budde<sup>1</sup>; Christina Jüsche<sup>2</sup>; Holger Schulz<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Klinik am Hainberg; <sup>2</sup> Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

## **Hintergrund und Zielstellung**

Zwar liegen zahlreiche Befunde zur Effektivität der Psychosomatischen Rehabilitation vor (Steffanowski, 2007), dennoch stellt sich aufgrund der dynamischen Entwicklung dieses Versorgungsfeldes immer wieder neu die Aufgabe, die Behandlungsergebnisse zu überprüfen, und zwar nicht nur am Ende der Behandlung, sondern auch insbesondere zur Katamnese. Eine zunehmend relevantere Behandlungsgruppe stellen dabei Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL) (Streibelt & Buschmann-Steinhage, 2011). Untersucht werden soll die Fragestellung, in welchem Ausmaß Patienten mit unterschiedlich hohem Ausmaß von BBPL von der Behandlung in der Psychosomatischen Rehabilitation zu einem Katamnesezeitpunkt 6 Monate nach Verlassen der Klinik profitieren können.

## **Methoden**

Erhoben wurde eine konsekutive Ausgangsstichprobe von 800 Patienten einer Psychosomatischen Rehabilitationsklinik, denen neben den Erhebungen zur Aufnahme und Entlassung nach 6 Monaten ein Katamnesebogen zugeschickt wurde. Neben soziodemographischen und krankheitsbezogenen Daten wurde der HEALTH-49 als Erhebungsinstrument eingesetzt (Rabung et al., 2007). Zwei primäre Outcomes wurden für die Fragestellung untersucht: Die Skala psychische und somatoforme Beschwerden (PSB) zur Beurteilung der Belastung durch die Symptome der Erkrankung sowie die Skala Aktivität und Partizipation (AUP) zur Beurteilung eines zentralen langfristigen Ziels der Rehabilitation. Zur Überprüfung der Fragestellungen wurden die Patienten anhand der folgenden dichotomisierten Variablen in fünf Gruppen eingeteilt: Arbeitsunfähig zur Aufnahme, AU-Zeiten größer 6 Monate im Jahr

vor der Aufnahme, Arbeitslosigkeit, Rentenverfahren eingeleitet oder beabsichtigt sowie die beiden Einschätzungen „Sehen Sie sich in der Lage, ihre bisherige/letzte Tätigkeit weiter auszuüben (vermutlich nicht oder auf keinen Fall)“ sowie „voraussichtliche Rückkehr ins Erwerbsleben (frühestens nach einem Jahr oder gar nicht mehr)“. Bei Vorliegen des Merkmals wurde jeweils ein Punkt vergeben, minimal konnte kein Punkt, maximal sieben Punkte erreicht werden. Die primäre inferenzstatistische Auswertung erfolgte mittels zweifaktorieller multivariater Varianzanalyse mit Messwiederholung und geplanten Kontrasten der Werte zur Katamnese als primärer Outcomezeitpunkt sowie auch zur Entlassung als sekundärer Outcomezeitpunkt, jeweils im Vergleich zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme. Weiterhin wurde überprüft, ob die Gruppen sich über die jeweiligen Messzeitpunkte hinweg in ihrer Belastung erwartungsgemäß unterscheiden (Tukey B). Als Effektstärke wurde das partielle eta-Quadrat (im Folgenden mit eta bezeichnet) berechnet. Die Stichprobengröße wurde so gewählt, dass bei einer angenommenen Rücklaufquote von ca. 60% zur Katamnese eine Wechselwirkung zwischen den Faktoren Zeit (zweistufig) und Gruppe (fünfstufig) in Höhe einer kleinen bis mittleren Effektstärke ( $\eta = .034$ ) mit einer Power von 80% und einem Alphaniveau von 5% nachgewiesen werden kann.

### **Ergebnisse**

Zum Katamnesezeitpunkt lagen Angaben von  $N = 454$  Patienten vor, dies entspricht einer Rücklaufquote von 68%. Die Stichprobengrößen der fünf Schweregradgruppen reichen von  $n = 269$  (0 Punkte) bis  $n = 51$  (4 und mehr Punkte). Für die beiden primären Outcomeskalen findet sich im Vergleich der a priori Kontraste von Baseline und Katamnese keine signifikante Wechselwirkung zwischen Zeit und Gruppe (PSB:  $p = .083$ ,  $\eta = .018$ ; AUP:  $p = .051$ ,  $\eta = .020$ ). Der Zeiteffekt, d.h. der Vergleich der Mittelwerte unabhängig von dem Faktor Gruppe ist für beide Skalen mit jeweils großer Effektstärke signifikant (PSB:  $p < .001$ ,  $\eta = .254$ ; AUP:  $p < .001$ ,  $\eta = .215$ ). Erwartungsgemäß zeigt der Post-hoc-Test, dass die Gruppe 0 im Vergleich mit den nachfolgenden Gruppen einen signifikant geringeren mittleren Belastungswert aufweist und die Gruppe 4 den im Vergleich mit den anderen Gruppen höchsten Mittelwert.

### **Diskussion und Fazit**

Die Hypothese, dass Patienten mit hohem Ausmaß von BBPL schlechtere katamnestische Ergebnisse in den beiden untersuchten primären Outcomes aufweisen als Patienten ohne BBPL, konnte nicht bestätigt werden. Vielmehr legen die Ergebnisse nahe, dass alle untersuchten Patientengruppen sich im Mittel in einem vergleichbaren Ausmaß zur Katamnese gegenüber der Baseline hoher Effektstärke verbessern. Erwartungsgemäß konnte gezeigt werden, dass die Gruppe mit besonders ausgeprägten BBPL in Skalen des HEALTH-49 als besonders belastet erwies. Limitationen sind darin zu sehen, dass kein standardisiertes Instrument zur Feststellung von BBPL eingesetzt wurde sondern nur Items, die diesen Instrumenten entlehnt waren. Zu berücksichtigen ist weiterhin, dass vorab eine kleine bis mittlere Effektstärke als klinisch signifikant definiert wurde und die Studie nur für diese Effektstärke ausreichend gepowert ist. Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass nicht explizit die Hypothese äquivalenter Verläufe getestet wurde. Trotz dieser methodischen Einschränkungen können die Ergebnisse als Hinweise interpretiert werden, dass das

therapeutische Angebot offensichtlich den unterschiedlichen Anforderungen der jeweiligen Problemlagen entsprechend gerecht werden kann.

## **Literatur**

- Rabung, S., Harfst, T., Kawski, S., Koch, U., Wittchen, H.U. (2009). Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis. *Z Psycho-som Med Psychother.* 55(2):162-79.
- Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, W.M., Nübling, R. (2007). Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Bern (Huber).
- Streibelt, M., Buschmann-Steinhage, R. (2011). Ein Anforderungsprofil zur Durchführung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation aus der Perspektive der gesetzlichen Rentenversicherung. *Rehabilitation* 50(3): 160–167

## **Wege psychisch beeinträchtigter Menschen in die EM-Rente – Verläufe, Hintergründe, Präventionspotentiale und Rückkehrperspektiven in Arbeit**

*Ernst von Kardorff; Sebastian Klaus; Alexander Meschnig*

Humboldt Universität zu Berlin

### **Hintergrund und Zielstellung**

Seit 2001 sind psychische Störungen der häufigste Grund für die Bewilligung einer Erwerbsminderungsrente (EM-Rente). Während im Jahr 2001 24,2% aller EM-Berentungen aufgrund psychischer Beeinträchtigungen bewilligt wurden, betrug ihr Anteil im Jahr 2016 bereits 42,8%. Die Hauptdiagnosen sind dabei zunehmend affektive und Angststörungen. Das Durchschnittsalter beim EM-Renteneintritt liegt für die Gruppe der F-Diagnosen bei ca. 48 Jahren, der Frauenanteil beträgt ca. 59% (DRV 2019). Fast die Hälfte der Betroffenen hat vor dem EM-Rentantrag keine medizinische Rehabilitation in Anspruch genommen.

Vor dieser Ausgangslage untersucht das Forschungsprojekt die Verlaufskurven der biographischen und gesundheitlichen Entwicklung von EM-Rentnern im Zusammenspiel mit Umweltfaktoren. Weiter werden die Prozesse vor und während des ersten Bewilligungszeitraums rekonstruiert, um charakteristische Bewältigungsstrategien, Motive für (Nicht-)Inanspruchnahmen fachlicher Hilfen, Gründe für das Ausscheiden aus dem Arbeitsleben sowie rechtzeitige und aus Sicht der Befragten geeignete Präventionsangebote abzuleiten. Zusätzlich werden individuelle Rückkehrperspektiven in Arbeit, vorhandene Barrieren sowie fehlende Unterstützungsangebote für den Return to Work (RTW) analysiert und Empfehlungen formuliert.

### **Methoden**

Die Mixed-Method-Studie basiert auf einer Fragebogenerhebung von 3.653 angeschriebenen EM-Rentnern mit F3- und F4-Bewilligungsdiagnosen. Ein Rücklauf von 16,2% ergab 593 auswertbare Fragebögen. Nach Prinzipien des theoretical samplings wurden 44 Teilnehmer bestimmt und zu drei Zeitpunkten (6, 12 und 18 Monate nach der Erstbewilligung) mit Hilfe narrativer und um einen Leitfaden ergänzter Interviews befragt. Die Analyse der Transkripte erfolgt nach dem Codierverfahren der Grounded Theorie sowie sequenz- und

narrationsanalytisch. Ergänzend wurden 15 Interviews mit Experten aus Wissenschaft und Praxis geführt.

## **Ergebnisse**

Die große Heterogenität der biografischen Vorgeschichten schließt eine Typenbildung aus. Viele, in der Regel jüngere Teilnehmer, sehen den Ursprung ihrer Beschwerden in negativen Kindheitserlebnissen, andere benennen Belastungen in Familie und Beruf als Ursachen für die psychischen Beeinträchtigungen. Bei anderen Teilnehmern dominieren somatische Erkrankungen als Hauptgrund für die psychischen Belastungen (86,1% der Stichprobe nennen mindestens eine Zusatzerkrankung, sehr häufig sind weitere somatische und psychische Erkrankungen aufgeführt). Allen gemeinsam ist eine der Beantragung der EM-Rente vorausgehende lange, schleichende, durch Schwankungen geprägte verlaufskurvenförmige Krankheitsgeschichte. 63% fühlen sich bereits seit mehr als fünf Jahren psychisch belastet, 36% geben einen Zeitraum zwischen ein bis fünf Jahren an. Obwohl sich die Chronifizierung in unterschiedlichen Lebenslagen und -phasen vollzieht, zeigt sich bei allen Teilnehmern zum Ende ihrer Berufstätigkeit vor der EM-Rente eine Phase des Präsentismus. Wenn der berufliche und/oder private Alltag dann nicht länger bewältigt werden kann, kommt es zu einer Krise und zum psychischen Zusammenbruch gefolgt von oft langen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit. Mit der Hoffnung auf psychische Entlastung und künftige Stabilität, (Planungs-)Sicherheit und ggf. die Möglichkeit zur aktiven Auseinandersetzung mit der chronischen Krankheit wird schließlich ein Antrag auf EM-Rente gestellt.

Neben Selbststigmatisierungen und ggf. fehlenden psychotherapeutischen Angeboten kann sich die Bewilligungspraxis der EM-Renten negativ auf eine psychische Regeneration auswirken. Etwa die Hälfte der Interviewten wünscht sich einen Rückgewinn an gesundheitlicher Stabilität, um ein akzeptables Leben mit der EM-Rente zu führen (biografische Endposition). Etwa jedem fünften fällt ein Arrangement mit der EM-Rente schwer, da ein normativer Druck zur Rückkehr in Arbeit verspürt wird. Die gesundheitliche Restabilisierung in der EM-Rente kann aber auch als Basis einer (berufs-)biografischen Neuorientierung dienen. Knapp ein Drittel unserer Interviewten streben eine Rückkehr in Arbeit an, ist aber mit unzureichenden Informationen sowie fehlender sozialer und institutioneller Unterstützung konfrontiert. Die wesentliche Hemmschwelle zum RTW, selbst bei vorliegender positiver Motivation, ist jedoch die Angst vor dem Verlust der mit der EM-Rente gegebenen materiellen Sicherheit.

## **Diskussion und Fazit**

Ein konkretes Präventionsangebot kann aufgrund der Heterogenität der biografischen Konstellationen und Problemlagen nicht abgeleitet werden. Als möglicher Zeitpunkt einer Intervention bietet sich die Präsentismusphase an. Da die Betroffenen in dieser Phase meist keine Behandlungsnotwendigkeit sehen, bedarf es nicht nur niederschwelliger Angebote, sondern auch eines aktiven Herantretens an die Betroffenen. Der geeignete Ort ist hier der Betrieb.

Prinzipiell ermöglicht die EM-Rente die Entwicklung von Handlungsalternativen. Es zeigen sich jedoch psychische, arbeitsmarktbezogene und auch rechtliche Barrieren bei einem (antizipierten) Scheitern einer Rückkehr in Arbeit. Es gilt so, rückkehrmotivierte EM-Rentner rechtzeitig zu erkennen und sie bei ihrer berufsbiografischen Neuorientierung zu unterstützen.

Hier bietet sich etwa ein Beratungs- und Informationsgespräch sechs Monate nach der Erstbewilligung an. Daran könnte sich ein regional gegliedertes Case-Management anschließen, das ein RTW-Szenario mit den EM-Rentnern erarbeitet und auf Basis einer Belastungserprobung in Praktika oder Probebeschäftigungen sowie ggf. weitere LTA-Maßnahmen vermittelt und die Betroffenen bei der Rückkehr in Arbeit, etwa durch Job-Coaches, begleitet.

### **Literatur**

DRV Bund (2019): Rentenversicherung in Zahlen 2019. URL: [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/statistikpublikationen/rv\\_in\\_zahlen\\_2019.pdf;jsessionid=4605F12D12C2819F7FC0E0922FFFA9E5.delivery2-1-replication?\\_\\_blob=publicationFile&v=3](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/statistikpublikationen/rv_in_zahlen_2019.pdf;jsessionid=4605F12D12C2819F7FC0E0922FFFA9E5.delivery2-1-replication?__blob=publicationFile&v=3), Abruf: 09.10.2019.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

## **Welche Einflussfaktoren prägen die berufliche Teilhabe psychisch beeinträchtigter Frauen und Männer mittleren Alters?**

*Tomke S. Gerdes*

TU Dortmund

### **Hintergrund und Zielstellung**

In den letzten Jahren ist eine Zunahme der Bedeutung psychischer Erkrankungen und Beeinträchtigungen sowie eine geringe Teilhabe am Arbeitsmarkt der davon betroffenen Frauen und Männer zu beobachten (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2013, 381; Deutsche Rentenversicherung Bund 2017, 105). Hier setzt die Studie an, die diesem Beitrag zugrunde liegt (Gerdes, 2019). Basis dafür ist die wissenschaftliche Analyse verschiedener Forschungsarbeiten, in denen sowohl Hürden als auch Förderfaktoren beruflicher Teilhabe dieser Zielgruppe beschrieben werden (vgl. z.B. Oschmiansky, 2017, 44-48). Insgesamt ergeben sie jedoch ein unklares Bild darüber, wie die einzelnen teilhaberelevanten Faktoren aus subjektiver Sicht der Beteiligten bewertet werden und welche Wechselwirkungen zwischen diesen Faktoren vorliegen. Deshalb lautet die bearbeitete Fragestellung: Welche Einflussfaktoren prägen die berufliche Teilhabe psychisch beeinträchtigter Frauen und Männer mittleren Alters? Ziel ist die Identifizierung von Gestaltungsspielräumen für eine – aus individueller und gesamtgesellschaftlicher Sicht – verbesserte berufliche Teilhabe.

### **Methoden**

Auf Basis verschiedener theoretischer Zugänge unterschiedlicher Wissenschaftsdisziplinen (Rehabilitationswissenschaft, sozialwissenschaftliche Geschlechterforschung, Arbeitswissenschaft) wurde ein Analysemodell entwickelt, das Aussagen über förderliche und hinderliche Faktoren der beruflichen Teilhabe auf der Personen-Ebene, der sozialen und der (betrieblichen und außerbetrieblichen) strukturellen Ebene des Erwerbsarbeitssettings erlaubt.

Zentrales Anliegen der Studie ist es, verschiedene Beteiligte zu Wort kommen zu lassen. Daher wird ein qualitativer Forschungsansatz mit dem Einsatz von problemzentrierten Interviews gewählt. Der Schwerpunkt liegt auf einem spezifischen Arbeitsmarktsektor: der Öffentlichen Verwaltung, die in den letzten Jahren einem starken Wandel unterliegt. Die Stichprobe wurde auf Kommunalverwaltungen im Ruhrgebiet/NRW konzentriert. Durchgeführt wurden insgesamt 35 Interviews mit 47 Personen unterschiedlicher Statusgruppen: psychisch beeinträchtigte Frauen und Männer mittleren Alters mit einer psychischen Störung gemäß ICD-10 und einer anerkannten (Schwer-)Behinderung, Schwerbehindertenvertretungen, Beauftragte für Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) und Personalverantwortliche. Ihre subjektiven Sichtweisen wurden themenzentriert ausgewertet und gegenübergestellt (vgl. Mayring, 2016), sodass sich aus den unterschiedlichen Teilperspektiven ein Gesamtbild ergibt.

## **Ergebnisse**

Die durchgeführte Studie legt eine umfangreiche Übersicht über relevante Einflussfaktoren und Faktorenkonstellationen für die berufliche Teilhabe psychisch beeinträchtigter Frauen und Männer vor.

„Der wissenschaftliche Mehrwert dieser Untersuchung ist vor allem darin zu sehen, dass Beziehungen der drei Faktorengruppen (personenbezogene, soziale und strukturelle Faktoren) zueinander offenkundig werden. Die Faktoren erscheinen als komplexe Einheit, die wechselseitige Wirkungen erzeugen. Als Ergebnis dieser Wechselwirkungen werden geöffnete oder verschlossene berufliche Teilhabespielräume für psychisch beeinträchtigte Frauen und Männer sichtbar. Am Beispiel der Leistungsfähigkeit der Individuen sind diese Bezüge deutlich zu erkennen.“ (Gerdes 2019, 223)

Teilhabe wird vor allem dann realisiert, wenn auf der personenbezogenen Ebene eine wiedererlangte bzw. angemessene Leistungsfähigkeit vorhanden ist und auf der sozialen Ebene aufgeschlossene Führungskräfte und ein zugewandtes kollegiales Umfeld existieren. Weiterhin sind strukturell verankerte beratende Akteure (Schwerbehindertenvertretung, BEM-Beauftragte) wichtig. Diese benötigen ein hohes Kompetenzniveau für die Begleitung sämtlicher Beteiligten und müssen gut mit internen und externen Anbietern/Leistungsträgern vernetzt sein. Es zeigt sich, dass das Engagement der genannten Akteure dann einen großen Wirkungskreis entfalten kann, wenn die Organisationskultur der jeweiligen Verwaltung – getragen von der Leitungsebene – teilhabeförderlich gestaltet ist. Damit offenbart sich, dass Verhalten und Einflussmöglichkeiten der Akteure im Spannungsfeld zwischen den individuellen Voraussetzungen der beeinträchtigten Person und dem Rahmen der strukturellen Faktoren liegen.

Die Relevanz der Geschlechtszugehörigkeit der von psychischer Beeinträchtigung Betroffenen zeigt sich besonders im Zusammenhang mit den (Selbst- und Fremd-)Erwartungen an die jeweilige Geschlechterrolle. Diese bildet sich v.a. dann ab, wenn diese Erwartungen durchbrochen werden müssen, um z.B. frühe Hilfen oder Rehabilitationsmaßnahmen zu nutzen und sollten daher nicht unterschätzt werden.

Als Grenzen beruflicher Teilhabe der Individuen sind vor allem die Auswirkungen strukturbedingter Zwänge zu erkennen, die ihre Ursachen in hohem Leistungs- und Kostendruck haben. Diese engen das vorhandene Potential des sozialen Umfeldes

beeinträchtigter Beschäftigter stark ein: Fürsorge von Führungskräften lässt sich dann kaum umsetzen, Kolleg\*innen mangelt es an Ressourcen für Unterstützung bzw. Vertretungsaufgaben und Schwerbehindertenvertretungen sowie BEM-Beauftragte haben wenig Handlungsspielraum.

### **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse bieten eine fundierte Grundlage für die Entwicklung von Handlungsansätzen. Auf den einzelnen Ebenen sind vielfältige Möglichkeiten zu diskutieren, z.B.:

- Optimierung des (geschlechtergerechten) Zugangs zu Beratung, Behandlung und Rehabilitation sowie verbessertes Case-Management,
- Antistigmatisierung, Aufklärung und Weiterbildung sowie
- Veränderung von Finanzierungsmodellen der Arbeitsplätze für beeinträchtigte Beschäftigte in Wiedereingliederungen bzw. mit dauerhaft reduzierter Leistungsfähigkeit.

Besonders entscheidend für die Optimierung beruflicher Wiedereingliederungen und langfristiger beruflicher Teilhabe psychisch beeinträchtigter Frauen und Männer ist es, der Vielschichtigkeit der Faktoren und ihren wechselseitigen Beeinflussungen Rechnung zu tragen. Daher ist es angebracht, Gesamtkonzepte mit Fokus auf betrieblichen und außerbetrieblichen strukturellen Bedingungen zu entwickeln.

### **Literatur**

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013): Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. Bonn.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2017): Rentenversicherung in Zeitreihen. DRV-Schriften Bd. 22. Berlin.

Gerdes, T. S. (2019): Psychische Beeinträchtigung und Erwerbsarbeit. Eine qualitative Studie zu Frauen und Männern mittleren Alters in der Öffentlichen Verwaltung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

Mayring, Ph. (2016): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 6. Aufl. Weinheim u. Basel: Beltz.

Oschmiansky, F., Popp, S., Riedel-Heller, S. G., Schwarzbach, M., Gühne, U., Kupka, P. (2017): Psychisch Kranke im SGB II: Situation und Betreuung. IAB Forschungsbericht 14. Nürnberg.

### **Bewegungsförderungsmaßnahmen in der beruflichen Bildung: Ein systematisches Review**

*Eva Grüne; Johanna Popp; Johannes Carl; Klaus Pfeifer*

Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

#### **Hintergrund und Zielstellung**

Derzeit stehen 1,3 Millionen Deutsche in einem Ausbildungsverhältnis, womit Auszubildende zahlenmäßig eine bedeutsame Gruppe der berufstätigen Bevölkerung in Deutschland bilden (Statistisches Bundesamt, 2016). Besonders der Start in die Ausbildung geht mit veränderten physischen und psychischen Belastungen und somit auch neuen Anforderungen einher, die es zu bewältigen gilt. Bereits in der jüngsten Gruppe der Beschäftigten lassen sich Auffälligkeiten in den gesundheitlichen Daten erfassen. So verfügen Auszubildende teilweise über erhebliche Defizite hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes und Gesundheitsverhaltens. Als Beispiel hierfür sind neben auftretenden gesundheitlichen Beschwerden vor allem geringe Umfänge körperlicher Aktivität zu nennen (Bonevski et al., 2013). Dabei gilt körperliche Inaktivität als ein wesentlicher verhaltensbezogener Risikofaktor für die Entstehung chronischer nicht übertragbarer Krankheiten (Lee et al., 2012). Andererseits sind die gesundheitsförderlichen Effekte körperlicher Aktivität unumstritten (Warburton & Bredin, 2017) und Maßnahmen zur Förderung der Bewegung ein adäquates Mittel der Gesundheitsförderung.

Während eine hohe Evidenz von Bewegungsförderungsmaßnahmen im Setting Betrieb, Schule und Universität vorliegt, fehlen wissenschaftliche Erkenntnisse speziell im Bereich der beruflichen Bildung. Vor diesem Hintergrund ist das Ziel dieses systematischen Reviews, bewegungsförderliche Maßnahmen in der beruflichen Bildung zu identifizieren und deren Effekte auf bewegungsbezogene Outcomes (z.B. Bewegungsverhalten, physische Fitness, physische Funktion oder psychologische Faktoren) zu untersuchen.

#### **Methoden**

Das Review folgte den Richtlinien des PRISMA Statements (Moher et al., 2015) und wurde in PROSPERO registriert (CRD42018109845). Im Zuge der systematischen Literaturrecherche wurden fünf elektronische Datenbanken durchsucht. Die Suchstrategie umfasste eine Kombination von Schlüsselwörtern, die sich auf das Setting (z.B. berufliche Bildung), das Gesundheitsverhalten von Interesse (z.B. Bewegung) und die Art der Studie (z.B. Intervention) bezogen. Die Treffer wurden anhand vorab definierter Ein- und Ausschlusskriterien durch Screening von Titel, Abstract und Volltext von zwei unabhängigen Gutachtern eingegrenzt. Diese bewerteten anschließend die Studienqualität und extrahierten die Daten aller eingeschlossenen Studien. Die Datensynthese erfolgte in qualitativer Form.

## **Ergebnisse**

Von insgesamt 18961 erzielten Treffern wurden neun Studien, die mit einem breiten Spektrum an Interventionen und Outcome-Messung gekennzeichnet sind, in die Analyse eingeschlossen. Die Mehrzahl der Studien (6/9) wurde bezüglich ihrer Qualität als „gering“ eingestuft.

Im Hinblick auf die Studienergebnisse zeigten sieben Studien eine signifikante Verbesserung mindestens eines bewegungsbezogenen Outcomes, wobei die Mehrheit der Studien eine Mischung aus signifikanten und nicht signifikanten Ergebnissen aufwies. Des Weiteren variierten die Studien hinsichtlich ihrer Interventionsmerkmale, wie z.B. dem gewählten Interventionsansatz („bottom up“- vs. „top down“-Interventionen), der Komplexität (Mehrkomponenten- vs. Einkomponenten-Interventionen) sowie dem adressierten Verhalten (Bewegungsinterventionen vs. multithematische Interventionen). Auffallend ist, dass eine Verbesserung des Bewegungsverhaltens, der physischen Fitness oder Funktion durch „top down“-implementierte Interventionen erreicht werden konnte. Hingegen wiesen Studien, die einem partizipativen Ansatz („bottom up“) folgten, Effekte auf psychologische Variablen auf.

## **Diskussion und Fazit**

Die vorliegende systematische Übersicht gibt einen detaillierten Einblick in die Literatur über die Wirksamkeit von Maßnahmen zur Bewegungsförderung in der beruflichen Bildung. Die Mehrzahl der Studien zeigte signifikante Verbesserungen für mindestens ein bewegungsbezogenes Outcome, was rückschließen lässt, dass Maßnahmen in der beruflichen Bildung wirksam sein können. Im Gegensatz zu den zahlreichen Studien über Bewegungsförderungsmaßnahmen bei jungen Menschen lagen nur wenige veröffentlichte Studien vor, in denen bewegungsförderliche Maßnahmen speziell auf Auszubildende ausgerichtet waren. Diese geringe Anzahl an Studien, gepaart mit den heterogenen Studienergebnissen, sowie der insgesamt schwachen Studienqualität erlaubt es uns nicht, klare Aussagen zu den potentiell effektivsten Interventionen zu treffen. Dies gilt insbesondere für langfristige Effekte sowie die nachhaltige Implementierung der Maßnahmen.

Dementsprechend unterstreichen unsere Ergebnisse den weiteren Forschungsbedarf in diesem jungen Forschungsfeld, um den derzeitigen Mangel an Studien zu beheben. Zusätzlich sollte sich die Forschung auf qualitativ hochwertige Studien mit langzeitlichen Follow-up-Messungen konzentrieren, um klare Schlussfolgerungen über die Wirksamkeit der Studien zu ziehen und Empfehlungen für die Praxis auszusprechen.

## **Literatur**

- Bonevski, B., Guillaumier, A., Paul, C., Walsh, R. (2013): The vocational education setting for health promotion: A survey of students' health risk behaviours and preferences for help. *Health Promotion Journal of Australia*, 24. 185-191.
- Lee, I.-M., Shiroma, E.J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S.N., Katzmarzyk, P.T. (2012): Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet*, 380. 219-229.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., The PRISMA Group (2009): Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine*, 6. e1000097.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2016): Statistisches Jahrbuch 2016. Deutschland und Internationales. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Warburton, D.E.R., Bredin, S.S.D. (2017): Health benefits of physical activity: a systematic review of current systematic reviews. *Current Opinion in Cardiology*, 32. 541-556.

Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung

## **Evidenzbasierung in der sozialmedizinischen Begutachtung bei Erwerbsminderungsrenten – Eine indikationsspezifische systematische Literaturrecherche**

*André Strahl<sup>1</sup>; Matthias Morfeld<sup>2</sup>; Heiner Vogel<sup>3</sup>; Petra Hampel<sup>4</sup>*

<sup>1</sup> Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; <sup>2</sup> Hochschule Magdeburg-Stendal;

<sup>3</sup> Universitätsklinikum Würzburg; <sup>4</sup> Europa-Universität Flensburg

### **Hintergrund und Zielstellung**

Für die wissenschaftliche Fundierung und Weiterentwicklung der Sozialmedizinischen Begutachtungsempfehlungen und Leitlinien ist es erforderlich, auf evidenzbasierte Informationen aufbauen zu können. In einem systematischen Review sollte der Erkenntnisstand zur Begutachtung bei Erwerbsminderungsrenten (EM-Renten) und Anträgen zur Rehabilitation aggregiert werden. Der hohe Anteil an narrativen Reviews (Evidenzlevel: IV) und Beobachtungsstudien (Evidenzlevel: III) sprach jedoch dafür, dass die Evidenzbasis der Sozialmedizinischen Begutachtung „limitiert“ ist (Strahl et al., 2016). Da diese Recherche generisch und ohne speziellen Fokus auf einzelne medizinischen Indikationen durchgeführt wurde, ist nicht auszuschließen, dass bestimmte Literaturstellen unentdeckt geblieben sind. Ziel dieser aktualisierten Literaturrecherche war es, weitere Instrumente und Verfahrensabläufe zur Erhöhung der Validität der Sozialmedizinischen Begutachtung bei EM-Rentanträgen zu identifizieren und zu beurteilen.

### **Methoden**

Die internationale Literaturrecherche umfasst Veröffentlichungen in deutscher und englischer Sprache aus den Datenbanken MEDLINE, Web of Science, PsycINFO, Psycdex, CENTRAL und CDSR für die Jahre 1998 bis 2018. Eingeschlossen wurden Studien, in denen begutachtungsrelevante Aspekte mit Bezug auf die Beurteilung der Leistungsfähigkeit oder zur Erwerbsminderungsrente in den Indikationen Innere Medizin/Allgemeinmedizin, Neurologie/Psychiatrie und Orthopädie/Chirurgie untersucht wurden. Auf Basis der Studienergebnisse von Strahl et al. (2016) wurde unter der Annahme, dass auf dem Gebiet der Begutachtung wenig randomisierte Studien zur Verfügung stehen, keine Eingrenzung auf spezifische Studiendesigns vorgenommen. Die Datenextraktion und -synthese entsprachen einer Kombination aus Evidence Mapping und Scoping Review. In der Sozialmedizin sind Studien im randomisiert-kontrollierten Design nicht immer angezeigt umzusetzen, da geeignete Kontrollgruppen häufig fehlen bzw. nicht zu definieren sind. Entsprechend wurde

für die Beurteilung der Evidenz das adaptierte Evidenzschema nach Kliche et al. (2006) herangezogen.

## **Ergebnisse**

Insgesamt wurden 17.079 Artikel identifiziert. Nach Entfernung von Duplikaten und Eignungsprüfung anhand der Titel und Abstracts verblieben 104 Dokumente zur Volltextsichtung. Nach begründetem Ausschluss von 88 Dokumenten wurden abschließend 16 Artikel eingeschlossen. Bezüglich ihres Themenspektrums wiesen die Publikationen eine hohe Heterogenität auf und wurden in die drei Themenbereiche (1) allgemeine und indikationsspezifische Hinweise zur Begutachtung, (2) ICF und ICF-Core Sets sowie (3) Begutachtung aus Perspektive gutachterlich tätiger Ärzte eingeteilt. Die Publikationen der ersten Themengruppe enthielten primär konkrete Hinweise zur Durchführung einer Leistungsbegutachtung bei Anträgen zur EM-Rente. Unter den elf Publikationen befanden sich eine systematische Literaturrecherche, eine Beobachtungsstudie und neun narrative Reviews. Die identifizierte Literaturrecherche von Canela und Kollegen (2016) untersuchte die psychometrischen Eigenschaften von Assessments für die Beurteilung der Funktionsfähigkeit bei Patienten mit psychiatrischen Störungen. Die Autoren konnten aufgrund der fehlenden Validierung für keines der untersuchten Assessments eine Empfehlung zum Einsatz in der Sozialmedizinischen Begutachtung aussprechen. Die Publikationen zum Themenkomplex ICF befassten sich mit dem Einsatz von ICF-Core Sets zur Erstellung Sozialmedizinischer Gutachten sowie mit dem Assessment von Funktionseinschränkungen unter der Perspektive der ICF. Unter drei identifizierten Publikationen befanden sich zwei retrospektiv-qualitative Beobachtungsstudien und ein narratives Review. Zwei Studien wurden zum dritten Themenkomplex Arztperspektive identifiziert. Diese untersuchten anhand qualitativer Fokusgruppen- und Einzelinterviews die Sicht der Sozialmedizinischen Experten zum Ablauf der Begutachtung.

Hinsichtlich des Evidenzgrades fand sich lediglich eine Studie mit dem Evidenzlevel I. Der überwiegende Teil der Publikationen wurde mit einem Evidenzgrad von IV (10 Artikel) oder V (5 Artikel) bewertet.

## **Diskussion und Fazit**

Das Review lässt darauf schließen, dass die Evidenzlage zur Sozialmedizinischen Begutachtung bei Anträgen auf EM-Rente aktuell begrenzt ist. Die vergleichsweise hohe Anzahl an narrativen Reviews bei der sozialmedizinischen Sachaufklärung ist Ausdruck der Komplexität des sozialmedizinischen Begutachtungsgeschehens, das sich nur unter größeren Anstrengungen mit höheren Evidenzklassen „beforschen“ lässt. Diese Komplexität beruht nicht zuletzt auf der Individualität des Begutachtungsgeschehens auf Basis der biopsychosozialen Verankerung in der Sozialmedizin. In der vorliegenden Recherche wurden nur wenig konkrete Hinweise für die Begutachtung der Erwerbsfähigkeit ausgewählter Erkrankungen identifiziert. Offen bleibt die ubiquitäre Übertragbarkeit dieser Ergebnisse auf die gutachterliche Praxis, da die Artikel zumeist als narrative Reviews konzipiert wurden. Dieser Sachverhalt spiegelt sich auch in den Leitlinien zur Sozialmedizinischen Begutachtung wider, die ausschließlich als S1-Leitlinien, d.h. im informellen Expertenkonsens, konzipiert wurden.

## Schlussfolgerungen

Die Untersuchung zeigt, dass auch eine indikationsspezifische Recherche zu allgemein gefasst zu sein scheint, um relevante Evidenzen zu identifizieren. Das Fokussieren auf einzelne Bestandteile des Begutachtungsprozesses könnte ein Ansatz für weitere Literaturrecherchen auf diesem Themengebiet sein. Hierbei sollten die einzelnen Elemente der gutachterlichen Argumentationskette bestehend aus „Fragestellung“, „Informationssammlung“, „Informationsbewertung“ und „Beantwortung der Fragestellung“ durch einzelne Literaturrecherchen berücksichtigt werden. Entsprechend bedarf es gänzlich anderer Fragestellungen und Suchtermini, die nicht mehr a priori mit dem Begriff der Sozialmedizinischen Begutachtung verknüpft sein müssen.

## Literatur

- Canela, C., Schleifer, R., Dube, A., Hengartner, M.P., Ebner, G., Seifritz, E., Liebrecht, M. (2016): Funktionsbeschreibung in der Begutachtung der Arbeitsfähigkeit – Was ist „evidence-based“? *Psychiatrische Praxis*, 43. 74–81.
- Kliche, T., Koch, U., Lehmann, H., Töppich, J. (2006): Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 49. 141–150.
- Strahl, A., Rose, A., Brüggemann, S., Vogel, H. (2016): Systematische Literaturrecherche zur sozialmedizinischen Begutachtung bei Erwerbsminderungsrenten und Reha-Zugang. *DRV-Schriften*, Bd 109. 106-108.

## **Instrumente zur Umsetzung diversitätssensibler Versorgung. Ein Scoping Review zur Entwicklung eines Katalogs für Rehabilitationseinrichtungen und Rehabilitationsträger**

*Tuğba Aksakal<sup>1,2</sup>; Yüce Yılmaz-Aslan<sup>2</sup>; Maria Dyck<sup>1,2</sup>; Fabian Erdsiek<sup>1</sup>; Dennis Padberg<sup>1</sup>; Oliver Razum<sup>2</sup>; Patrick Brzoska<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Universität Witten/Herdecke; <sup>2</sup> Universität Bielefeld

## Hintergrund und Zielstellung

Die Bevölkerung Deutschlands ist heterogen. Verschiedene Diversitätsmerkmale, wie zum Beispiel eine Behinderung, das Geschlecht, das Alter, ein Migrationshintergrund und der sozioökonomische Status gehen dabei mit unterschiedlichen Versorgungserwartungen und -bedürfnissen einher. Werden diese in der Gesundheitsversorgung, einschließlich der Rehabilitation, nicht berücksichtigt, kann sich das negativ auf die Versorgungszufriedenheit und den Behandlungserfolg auswirken (Brzoska & Razum 2017). Instrumente diversitätssensibler Versorgung können die Nutzerorientierung erhöhen und somit den vielfältigen Versorgungsbedürfnissen und -erwartungen Rechnung tragen. Frühere Erhebungen zeigen, dass sich auch Rehabilitationseinrichtungen der Notwendigkeit einer diversitätssensiblen Versorgung bewusst sind, entsprechende Instrumente allerdings selten und nur unsystematisch zum Einsatz kommen (Brzoska et al., 2017). Ein Grund hierfür ist,

dass es bisher an einer praxisnahen Übersicht geeigneter Instrumente mangelt, die in der (rehabilitativen) Versorgung eingesetzt werden können (ebd.).

Ziel der vorliegenden Studie – Teil des von der Deutschen Rentenversicherung Bund geförderten Projektes DiversityKAT – war die Entwicklung eines Instrumentenkatalogs, welcher Rehabilitationseinrichtungen und -träger bei der Umsetzung einer diversitätssensiblen Versorgung unterstützen kann. Zu diesem Zweck wurden verfügbare Instrumente, die zur Implementierung einer diversitätssensiblen Versorgung beitragen können, auf Basis eines Scoping Reviews zusammengestellt und im Hinblick auf ihre Übertragbarkeit in die Rehabilitation bewertet.

## **Methoden**

Im Rahmen des Scoping Reviews wurden die Datenbanken Pubmed, CINHAL, Web of Science und EconLit mithilfe einer zuvor festgelegten Suchstrategie gemäß den von der Cochrane Collaboration definierten Standards systematischer Reviews (Pollock & Berge, 2018) durchsucht. Dabei wurden alle Artikel und Studien, die Instrumente einer diversitätssensiblen Versorgung sowie relevante Umsetzungsstrategien berücksichtigten, eingeschlossen. Ausgeschlossen wurden Instrumente, die nicht auf die Gesundheitsversorgung übertragbar waren. Darüber hinaus wurde ‚graue‘ Literatur über die Internetsuchmaschinen Google Search und Google Scholar, darunter relevante Monografien und Buchbeiträge sowie Beschreibungen von Projekten, identifiziert. Die Recherche wurde deutsch-, englisch- und französischsprachig durchgeführt. Die ermittelten Publikationen wurden von zwei Mitarbeiterinnen unabhängig voneinander im Hinblick auf Ein- und Ausschlusskriterien überprüft.

## **Ergebnisse**

Die standardisierte Suchstrategie ergab 3.909 Veröffentlichungen. Zunächst fand eine initiale Bewertung der Titel und Abstracts statt, in deren Folge 3.668 Veröffentlichungen ausgeschlossen wurden. Anschließend erfolgte eine inhaltliche Prüfung der Abstracts bzgl. der Fragestellung, wobei weitere 161 der 241 verbliebenen Veröffentlichungen ausgeschlossen wurden. Die verbleibenden 80 Veröffentlichungen wurden im Volltext erfasst und bewertet. Hierbei wurde deutlich, dass sich die Instrumente oftmals nur auf einzelne Diversity-Dimensionen beziehen. Dabei dominieren vor allem sprach-, kultur- und migrationssensible Angebote, im französischsprachigen Raum hauptsächlich migrationsspezifische Angebote. Selten sind praxisorientierte Anleitungen oder Hinweise zur Übertragbarkeit diversitätssensibler Instrumente in die Versorgungspraxis oder zu Umsetzungsschwierigkeiten verfügbar. Nur wenige Instrumente sind evaluiert.

## **Diskussion und Fazit**

Bisher mangelt es an einer praxisorientierten Übersicht von Instrumenten, die einen Beitrag dazu leisten können, die rehabilitative Versorgung diversitätssensibler zu gestalten. Ziel des Vorhabens war es deshalb, eine systematische Übersicht zu erstellen und entsprechende Instrumente auf ihre Übertragbarkeit für den Bereich der rehabilitativen Versorgung zu bewerten. Die identifizierten Instrumente beziehen sich oftmals nur auf einzelne Diversitätsmerkmale, vor allem Kultur, Sprache oder Migrationshintergrund. Die Rolle anderer Diversitätsmerkmale wird häufig vernachlässigt. Notwendig wären ganzheitliche

diversitätssensible Instrumente, mit deren Hilfe möglichst viele Diversitätsmerkmale berücksichtigt werden können. Auch müssen bestehende Instrumente im Rahmen von Evaluationsstudien auf ihre Wirksamkeit hin überprüft werden. Niedrigschwellige und praxisorientierte Handlungsleitfäden können Versorgungseinrichtungen bei der Implementierung entsprechender Instrumente unterstützen.

## **Literatur**

- Brzoska, P., Razum, O. (2017): Herausforderungen einer diversitätssensiblen Versorgung in der medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation* 56, 299-304.
- Brzoska, P., Yilmaz-Aslan, Y., Aksakal, T., Razum, O., Deck, R. & Langbrandtner, J. (2017) Migrationssensible Versorgungsstrategien in der orthopädischen Rehabilitation: Eine postalische Befragung in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein (Migrant-sensitive health care strategies in orthopedic rehabilitation: A postal survey in North Rhine-Westphalia and Schleswig-Holstein). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 60(8):841–848.
- Pollock, A. & Berge, E. (2018): How to do a systematic review. *International Journal of Stroke*, 13(2), 138-156.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

## **Systematisches Review und Metaanalysen: Effekte der Rehabilitation bei Krebspatienten auf Lebensqualität, Fatigue, Angst und Depression**

*Katharina Dietzel; Julia Dannenmaier; Marina Jost; Silke Jankowiak; Gert Krischak*  
Universität Ulm

### **Hintergrund und Zielstellung**

Weltweit steigt die Zahl der Krebsinzidenzen sowie die Zahl der Krebsüberlebenden. Die Krebserkrankung und deren Behandlung gehen einher mit zahlreichen physischen und psychosozialen Belastungen sowie einem breiten Spektrum an schwerwiegenden Folgen und Herausforderungen für die Betroffenen, ihr soziales Umfeld und die Gesellschaft. Dadurch wächst der Bedarf an Rehabilitationsmaßnahmen für Krebspatienten im Anschluss an die Primärbehandlung. In zahlreichen Studien wurden bereits unterschiedlichste Effekte auf verschiedene Outcomes der Rehabilitationsmaßnahmen bei Krebspatienten aufgezeigt (Scott et al., 2013; Teichmann, 2002). Da jedoch Rehabilitationsmaßnahmen weltweit unterschiedlich strukturiert sind, ist der internationale Vergleich von Rehabilitationsmaßnahmen schwierig. Die Ausgestaltung der Rehabilitationsmaßnahmen für Krebspatienten der Länder Österreich, Schweiz und Deutschland weisen viele Gemeinsamkeiten auf. Um die Effekte der Rehabilitationsmaßnahmen in diesen Ländern zusammenzufassen, zu bewerten und zu klassifizieren wurden ein regionales systematisches Review (Österreich, Deutschland, Schweiz) und mehrere Metaanalysen durchgeführt. Dabei wurde das Ziel verfolgt aktuelle (2012-2019) Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit multidimensionaler Rehabilitationsmaßnahmen für Brust-, Prostata- und Darmkrebspatienten

hinsichtlich gesundheitsbezogener Lebensqualität, Fatigue sowie Angst- und Depressionssymptomen zu überprüfen.

## **Methoden**

Das systematische Review und die Metaanalysen wurden in Anlehnung an das PRISMA Statement und die MOOSE Richtlinien erstellt (Moher et al., 2009; Stroup et al., 2000). Die systematische Literaturrecherche wurde in den Datenbanken Medline (all), Embase (1980), PsychInfo, Psyn dex und Cochrane durchgeführt. Die inkludierten Studien wurden durch das Assessment ROBINS-I (Sterne et al., 2016) methodisch bewertet. Metaanalysen (random-effect-model; standardized mean difference (SMD) als Maß für die Effektgröße) wurden für die Outcomes Quality of Life (QOL) (global, physisch, emotional, sozial), Fatigue, Angst und Depression durchgeführt. Die Heterogenität zwischen den Studien wurde mit Hilfe der I<sup>2</sup>-Statistik bewertet. Publikationsbias wurden anhand von Funnel Plots und dem Eggers Regressionstest für Funnel Plot Asymmetrie bewertet.

## **Ergebnisse**

Die Datenbankrecherche identifizierte 1210 Artikel. 12 weitere Studien wurden mittels zusätzlicher Suchstrategien aufgenommen. Letztlich konnten 12 Studien für die qualitative Synthese berücksichtigt werden, davon wurden 10 Studien in die Metaanalysen eingeschlossen. Die Bewertung durch ROBINS-I ergab vier Studien mit „moderate risk of bias“, drei Studien mit „serious risk of bias“ und fünf Studien mit „critical risk of bias“. Die Bewertung der Heterogenität ergab in nahezu allen Studien moderate bis hohe Heterogenitätsmaße. Für den Zeitraum von vor bis unmittelbar nach der Rehabilitation wurden moderate bis starke Effektgrößen (SMD) berechnet (QOL global: 0,73; QOL physisch: 0,42; QOL sozial: 0,55; QOL emotional: 0,77; QOL Fatigue: 0,76; HADS Angst: 0,49; HADS Depression: 0,56). Die Berechnungen des Follow-Up Zeitraums ergaben je nach Zielgröße weiterhin eine positive Effektgröße (QOL physisch: 0,30), Effektgrößen um Null (QOL sozial: 0,00; QOL global: -0,08; QOL Fatigue:-0,02) oder negative Effektgrößen (QOL emotional: -0,35; HADS: Angst: -0,30; HADS: Depression:-0,25).

## **Diskussion und Fazit**

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse der Metaanalysen, dass eine onkologische Rehabilitation positive Auswirkungen auf unterschiedlichste Outcomes haben kann. Diese Effekte sind jedoch überwiegend kurzfristige Effekte und reduzieren sich im Katamnese-Zeitraum. Sowohl die qualitative Synthese als auch weitere Berechnungen haben ergeben, dass sich jedoch in keiner der Studien die Effekte soweit reduzieren, dass die Ausgangswerte erreicht werden. Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit gut konzipierter Langzeitstudien, um die berechneten Tendenzen bezüglich des Follow-Up-Zeitraums zu bestätigen oder zu widerlegen. Schließlich deuten die Ergebnisse auf die Dringlichkeit von Rehabilitationsnachsorge hin, um die positiven Auswirkungen multidimensionaler Rehabilitationsmaßnahmen aufrechtzuerhalten.

## **Literatur**

Moher, D., Limerati, A., Tetzlaff, J., Altman, D., the PRISMA Group. (2009): Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Annals of Internal Medicine*, 151(4). 264–9.

- Scott, D.A., Mills, M., Black, A., Cantwell, M., Campbell, A., Cardwell, C.R., Porter, S., Donnelly, M. (2013): Multidimensional rehabilitation programmes for adult cancer survivors. *Cochrane Database Syst Rev*,3(CD007730). 1–49.
- Sterne, J.A., Hernán, M.A., Reeves, B.C., Savović, J., Berkman, N.D., Viswanathan, M., Henry, D., Altman, D.G., Ansari, M.T., Boutron, I., Carpenter, J.R., Chan, A-W., Churchill, R., Deeks, J.J., Hróbjartsson, A., Kirkham, J., Jüni, P., Loke, Y.K., Pigott, T.D., Ramsay, C.R., Regidor, D., Rothstein, H.R., Sandhu, L., Santaguida, P.L., Schünemann, H.J., Shea, B., Shrier, I., Tugwell, P., Turner, L., Valentine, J.C., Waddington, H., Waters, E., Wells, G.A., Whiting, P.F., Higgins, J.P.T. (2016): ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. *BMJ*, 355(i4919). 1–7.
- Stroup, D.F., Berlin, J.A., Morton, S.C., Olkin, I., Williamson, G.D., Rennie, D., Moher, D., Becker, B.J., Sipe, T.A., Thacker, S.B. (2000): Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology: A Proposal for Reporting. *JAMA*, 283(15). 2008–2012.
- Teichmann, J.V. (2002): Onkologische Rehabilitation: Evaluation der Effektivität stationärer onkologischer Rehabilitationsmaßnahmen. *Rehabilitation*, 41(01). 53–63.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

## **Verlaufseffekte in der medizinischen Rehabilitation – Meta-Analyse (VEMA): Erste Ergebnisse der Literaturrecherche**

*Michael Schuler<sup>1</sup>; Katharina Gabriel<sup>1</sup>; Kathrin Murauer<sup>1</sup>; Anna Grau<sup>1</sup>; Stephanie Stangl<sup>1</sup>; Peter Heuschmann<sup>1</sup>; Hermann Faller<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Institut für klinische Epidemiologie und Biometrie der Julius-Maximilians-Universität Würzburg; <sup>2</sup> Professur für Rehabilitationswissenschaften, Universität Würzburg

### **Hintergrund und Zielstellung**

Mit ca. 2 Mio Maßnahmen pro Jahr ist die Medizinische Rehabilitation (MR) ein wichtiger Eckpfeiler in der Versorgung insbesondere chronisch Erkrankter. Da randomisierte kontrollierte Studien zur Prüfung der Wirksamkeit von MR innerhalb des deutschen Rehasystems schwierig durchzuführen sind (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2014), berichten die meisten Studien in diesem Bereich Prä-Post-Verlaufsdaten (Beginn oder vor Reha / Ende oder nach Reha) ohne unbehandelte Kontrollgruppe. Für einige Indikationen liegen systematische Reviews und meta-analytische Zusammenfassungen der Prä-Post-Verläufe vor (Hüppe et al., 2005; Mittag et al., 2011; Löschmann et al., 2005), die jedoch bereits vor 10-15 Jahre erschienen sind. Im vorliegenden Projekt werden diese Reviews aktualisiert und auf weitere Indikationen und Zielkriterien erweitert. Darüber hinaus werden neben aggregierten veröffentlichten Daten (AG-Analyse) auch individuelle Patientendaten (IP-Analyse) meta-analytisch zusammengefasst und analysiert werden. Die Meta-Analyse wird nach PRISMA-P Guidelines durchgeführt werden und ist in PROSPERO registriert (Nummer CRD42018080316). Das Studienprotokoll wurde veröffentlicht (Schuler et al., 2019). Im Folgenden werden erste Ergebnisse der Literaturrecherche berichtet.

## Methoden

Einschlusskriterien sind Rekrutierungsbeginn nach 1997, MR in den Indikationen Orthopädie, Rheumatologie, Kardiologie, Pneumologie, Onkologie, Stoffwechselerkrankungen, Magen-Darm-Erkrankungen oder Psychosomatik sowie Prä-Post Daten in Lebensqualität, Funktionsfähigkeit, Schmerz, Depressivität, (Progredienz-)Angst, Blutdruck, Lipide, Dyspnoe, Selbstmanagement, Asthmakontrolle, Lungenfunktion, Teilhabe oder Return-to-Work. Die Literaturrecherche in einschlägigen Datenbanken, erbrachte 10.680 Treffer. Nach Screening der Abstracts und Prüfung von 723 Volltexten wurden 489 Veröffentlichungen aufgenommen. Die Literatursuche wurde durch Screening der Webseiten von Projektförderern (z.B. DRV Bund, BMBF) und Förderschwerpunkten (z.B. „Chronischer Krankheiten und Patientenorientierung“) und dem Register für Klinische Studien ergänzt. Insgesamt wurden Daten aus 673 Veröffentlichungen extrahiert und 337 Forschungsprojekten zugeordnet.

## Ergebnisse

Am häufigsten wurden die Indikationsgruppen Orthopädie (44 %), Psychosomatik (28 %), Kardiologie (22 %) und Onkologie (15 %) untersucht, 21 % der Studien bezogen mindestens zwei Indikationen ein. 51 % verwendeten ein Design ohne Kontrollgruppe, 23,4 % ein randomisiertes Kontrollgruppendesign (mit aktiver Kontrollgruppe), 26 % ein Kontrollgruppendesign ohne Randomisierung. Post-Daten wurden überwiegend am Ende der Reha berichtet (83 %), weniger häufig zu 3, 6, 12 und >12 Monaten (24 %, 38 %, 37 %, 7 %). Die am häufigsten berichteten Outcomes sind Depressivität (48 %) sowie generische körperliche (37 %) bzw. psychische Lebensqualität (36 %). 44 % der Studien verwendeten zur Erfassung von Depressivität die HADS, generische Lebensqualität wurde in 27 % der Studien mit dem SF-36 erfasst.

## Diskussion und Fazit

Indikationsübergreifend wurden seit 1998 in Deutschland eine große Anzahl von rehabilitationswissenschaftlichen Studien mit Prä-Post-Daten durchgeführt, ca. 1/3 berichten Ergebnisse bis zu 12 Monate, aber nur sehr wenige berichten Daten über noch längere Zeiträume. Es überwiegen Designs ohne randomisierte Kontrollgruppe. In den Studien mit randomisierter Kontrollgruppe, werden fast immer zwei Varianten medizinischer Rehabilitation verglichen. Während in der Orthopädie, Psychosomatik, Kardiologie und Onkologie eine hohe Anzahl von Studien vorliegen, sind andere Indikationen (z.B. Pneumologie, Magen-Darm-Erkrankungen) deutlich weniger gut beforscht. Von den geplanten Meta-Analysen lassen sich aufgrund der großen Anzahl identifizierter Studien mit vergleichbaren Outcomes Erkenntnisse erwarten.

## Literatur

- Hüppe, A., Raspe, H. Efficacy of inpatient rehabilitation for chronic back pain in Germany: update of a systematic review. *Rehabilitation* 2005;44(1):24-33. doi: 10.1055/s-2004-834602
- Löschmann, C., Steffanowski, A., Wittmann, W.W., et al. Meta-analysis of the effects of stationary psychosomatic rehabilitation - MESTA-study. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 2005;55(2):105-05.
- Mittag, O., Schramm, S., Bohmen, S., et al. Medium-term effects of cardiac rehabilitation in Germany: systematic review and meta-analysis of results from national and international

trials. European journal of cardiovascular prevention and rehabilitation 2011;18(4):587-93.  
doi: 10.1177/1741826710389530

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

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

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

# Alles „Psych“ in Erwerbsminderungsgutachten? Eine Übersicht zu Störungsbildern aus dem Peer Review-Verfahren der DRV

Jörg Gehrke

Deutsche Rentenversicherung Bund

### Hintergrund und Zielstellung

Medizinische Gutachten bilden im Antrags- und Leistungsfeststellungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung die fachliche Grundlage zur Feststellung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben. Gutachten mit körperlicher Untersuchung und Befragung werden immer dann in Auftrag gegeben, wenn die vorhandenen medizinischen Fakten nicht für eine sachgerechte Verwaltungsentscheidung im Rentenverfahren ausreichend sind. Um diese Funktion zu erfüllen, muss das im Gutachten aufgezeigte Leistungsvermögen des Antragstellers nachvollziehbar dargelegt sein.

Inwieweit dies der Fall ist, prüft die Deutsche Rentenversicherung seit Anfang 2014 über ein Peer Review-Verfahren. In diesem Verfahren werden pro Berichtsjahr insgesamt 2.240 Gutachten aller Träger anhand eines standardisierten Prüffragenkatalogs geprüft. In den Gutachten werden jeweils bis zu drei ICD-Diagnosen aufgeführt, die nach Schweregrad und Bedeutung für die Einschätzung der Leistungsfähigkeit an erster, zweiter oder dritter Stelle gesetzt werden (Rangfolge). Auf dem Reha-Kolloquium 2018 wurden Ergebnisse aus dem Berichtsjahr 2015 vorgestellt. Demnach entfällt rund ein Drittel der Erstdiagnosen jeweils auf psychiatrische Krankheitsbilder (36%). In 51 % der Gutachten, die eine psychiatrische Erstdiagnose aufweisen, ist auch an zweiter Stelle eine psychiatrische Diagnose kodiert.

Die vorliegende Studie untersucht, ob die Verteilung der Störungsbilder (ICD-Diagnosen) aus dem Jahr 2015 eine Momentaufnahme darstellt oder auch in den nachfolgenden Jahren beobachtet werden kann.

### Methoden

Für die Studie wurden aus dem Peer Review-Verfahren alle Gutachten der Berichtsjahre 2015 bis 2017 durchgesehen und die darin kodierten ICD-Diagnosen (z. B. F32.2) sowie die dazugehörige Leistungsbeurteilung dokumentiert. Die Stichprobe setzt sich somit aus insgesamt 6.720 Gutachten aus drei Jahren (2.240 Gutachten pro Jahr) zusammen. Alle Gutachten wurden von erfahrenen Ärztinnen und Ärzten im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens der Rentenversicherung geprüft. Die Auswahl der Gutachten pro Berichtsjahr erfolgte über ein Zufallsverfahren, in das sämtliche Gutachten aller Rentenversicherungsträger eingingen.

### Ergebnisse

Auch in den Jahren 2016 und 2017 entfällt die Mehrzahl der Erstdiagnosen auf psychiatrische Störungsbilder (2015: 36 %; 2016: 40 %; 2017: 38 %). In ihrer Häufigkeit an zweiter Stelle stehen die orthopädischen Diagnosen (2015: 30 %; 2016: 27 %; 2017: 29 %). Es besteht

hierbei kein bedeutsamer Zusammenhang zwischen der Erstdiagnose und Qualität der bewerteten Gutachten. Über Komorbiditäten bei den ICD-Diagnosen wird berichtet.

## **Diskussion und Fazit**

Die Studie erlaubt einen umfassenden Blick auf das Begutachtungsgeschehen der Jahre 2015 bis 2017. Zum einen zeigt sich, welche Fallkonstellationen eine Begutachtung auslösen: eine Begutachtung erfolgt vornehmlich bei psychiatrischen Erkrankungen und Erkrankungen des Bewegungsapparat. Zum anderen hängt die Qualität eines Gutachtens nicht von den Störungsbildern ab, die vom Gutachter über die ICD-Diagnose kodiert wurden. Abschließend bieten die Ergebnisse eine gute Möglichkeit, epidemiologische Fragestellungen mit Analysen des Antragsgeschehens zu ergänzen.

## **Literatur**

Gehrke, J. (2018): Qualitätssicherung von Gutachten bei Erwerbsminderungsrenten: Ergebnisse aus einem bundesweiten Verfahren zur Erwerbsfähigkeit und Störungsbildern Beitrag präsentiert auf dem 27. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium, München, Deutschland.

## **ArbeitsMarktbezogenes Assessment: Neues kriteriumsorientiertes Testsystem zur Quantifizierung des Leistungsvermögens bei Begutachtung auf körperlich leichte Erwerbstätigkeit**

*Judith Gartmann<sup>1</sup>; Norbert Geissler<sup>2</sup>; Christoph Gutenbrunner<sup>1</sup>; Elena Andreeva<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Medizinische Hochschule Hannover (MHH);

<sup>2</sup> Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

## **Hintergrund und Zielstellung**

Bis heute gibt es keine einheitlichen und allgemein anerkannten ärztlichen Standards für die Beurteilung des quantitativen Leistungsbildes für leichte körperliche Tätigkeiten bei Beeinträchtigungen des Stütz- und Bewegungsapparates. Eine zuverlässige Beurteilung des quantitativen Leistungsvermögens ist für die Leistungsgewährung der Deutschen Rentenversicherung relevant. Problematisch ist, dass sich das Leistungsbild nicht direkt aus medizinischen Befunden ableiten lässt; daraus resultiert eine Streuung der gutachterlichen Leistungseinschätzung. Abweichend von der gängigen FCE-(Functional Capacity Evaluation)-Diagnostik mit Feststellung der maximalen körperlichen Leistungsfähigkeit ermöglicht der neuentwickelte kriteriumsorientierte AMA- (ArbeitsMarktbezogenes Assessment)-Test die Rückschlüsse auf die zumutbare Dauerbelastbarkeit der Testpersonen für einen leichten, körperlich nicht beanspruchenden Arbeitsplatz, überwiegend im Sitzen, sodass auch Probanden mit stärkeren gesundheitlichen Einschränkungen risikoarm getestet werden können. Die primäre Zielgruppe sind Versicherte im Rentenverfahren mit funktionell-motorischen Leistungseinschränkungen, deren Auswirkung auf das zeitliche Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt durch ärztliche Untersuchung nicht eindeutig festgestellt werden kann.

## **Methoden**

Bei dem neuentwickelten AMA-Test handelt es sich um ein Simulationsmodell für körperlich leichte Arbeit. Dabei werden einfache weitgehend sprachungebundene Arbeitsaufgaben – wie z.B. Sortier- oder Montagearbeiten – imitiert. Die Testung erfolgt in einer standardisierten Umgebung. Im Verlauf der vorgegebenen Testabläufe wird neben der Gehfähigkeit auch das Tragen einer Last von 5 kg, die Stehfähigkeit über 30 min. sowie die Belastbarkeit über eine Sitzdauer von 2 Stunden an einem Normschreibtisch geprüft. Analog der üblichen FCE-Diagnostik beinhaltet der Test Beobachtungen und das standardisierte Protokollieren der Funktionsfähigkeit von Testpersonen. Die Rückschlüsse auf mögliche Selbstlimitierungen werden anhand von Konsistenz- und Schmerzverhaltens-Analysen gezogen, welche in Anlehnung an vorangegangene Studien formuliert worden sind (Geissler et al., 2016; Geissler et al., 2017): früher führte der Einsatz dieser Analysen zum Schluss, dass sich das Rentenbegehren als Kernprädiktor negativer Befundverzerrung mit auffälligem Schmerzverhalten erwies (Geissler et al., 2019). In einer Pilotphase mit N=26 freiwilligen Testpersonen erfolgte die Kalibrierung und Anpassung des Testequipments. Zur Absicherung der Validität und Reliabilität wurden die Test- und Auswertungsverfahren manualisiert.

## **Ergebnisse**

Eine große Bedeutung wird der Sicherheit der Testpersonen beigemessen. Die Kontraindikationen für die Testung wurden definiert. Vor der Testdurchführung werden z.B. schwere Wirbelsäulen- oder Extremitätendeformitäten ausgeschlossen. Auch Medikamenteneinnahme – speziell von Beta-Blockern – wird abgefragt. Zum Schutz der Testpersonen wurden Abbruchkriterien definiert, z.B. bestimmte vegetative Auffälligkeiten, zunehmende Sitzunterbrechungen und signifikante Pulsschlagbeschleunigungen. Zum ca. 3-stündigen Testablauf, welcher sich in die Abschnitte Gehen, Stehen und Sitzen teilt, gehören u. a. ein Gehstest, Arbeiten im großen Greifraum im Stehen, einfache Sortier- und Montageaufgaben sowie standardisierte Fingergeschicklichkeitsstests. Die Konsistenzbewertung der Testung orientiert sich an den Ergebnissen ausgewählter Testelemente. So werden etablierte Normwerttabellen zur Auswertung herangezogen. Außerdem werden die Ergebnisse mit den eigens dafür erhobenen Daten verglichen. So wird eine negative Befundverzerrung vermieden.

## **Diskussion und Fazit**

Für das neuentwickelte Testsystem wurde ein ausführliches Anwendermanual mit testtheoretischen Grundlagen, Anleitungen, Aspekten der Patientensicherheit und Dokumentation verfasst. Da der AMA-Test weitgehend auf bewährten Elementen nach ALa®- bzw. EFL® basiert, kann er nach zertifizierter Schulung des Personals an den bisherigen Standorten eingesetzt werden. Eine Markenentwicklung wurde in Auftrag gegeben. In der nächsten Projektphase sollen die Ergebnisse aus der Anwendung des AMA-Tests in der routinemäßigen sozialmedizinischen Begutachtung bei muskuloskelettalen Erkrankungen überprüft werden. Das Verfahren kann die Leistungsdiagnostik bei zeitlich „unklarem“ Leistungsvermögen verbessern.

## **Literatur**

Geissler, N., Andreeva, E., Moesch, W., Kasprowski, D., Schnalke, G., Jakobs, A., Vinagre, N. Niklas, A. (2016): Inkonsistenz und Selbstlimitierung bei der EFL-Leistungsdiagnostik

nach Isernhagen unter Berücksichtigung sozioökonomischer Kontextfaktoren. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin, 26. 9-16.

Geissler, N., Andreeva, E., Moesch, W. et al. (2017): Stellenwert der Konsistenzprüfung bei Systemen zur Functional Capacity Evaluation (FCE). In: Deutsche Rentenversicherung Bund, Hrsg. Tagungsband, „Prävention und Rehabilitation in Zeiten der Globalisierung“, 26. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 20. bis 22. März 2017 in Frankfurt am Main. DRV-Schriften 2017; 111: 436-439.

Geissler, N., Andreeva, E., Moesch, W., Gutenbrunner, C. (2019): Arbeitsbezogene Leistungsdiagnostik mit dem Sapphire-System®: Konsistenzbewertung und Schmerzverhalten unter Berücksichtigung des Erwerbsstatus. Rehabilitation, 58. 191-199.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

## **Evaluation der Website [www.leistungsbeurteilung-reha.de](http://www.leistungsbeurteilung-reha.de) – erste Ergebnisse**

*Kirsten Bollmann<sup>1</sup>; Bettina Hesse<sup>2</sup>; Michael Körner<sup>1,2</sup>; Monika Schaidhammer-Placke<sup>1</sup>; Susanne Dibbelt<sup>1</sup>; Bernhard Greitemann<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Institut für Rehabilitationsforschung Norderney e.V.; <sup>2</sup> Deutsche Rentenversicherung Westfalen; <sup>3</sup> Klinik Münsterland der Deutschen Rentenversicherung Westfalen, Institut für Rehabilitationsforschung Norderney e.V.

### **Hintergrund und Zielstellung**

Um Reha-Mitarbeitern zeitnah und kostenneutral Unterstützung bei der Erstellung der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung zu bieten, wurde die Website [www.leistungsbeurteilung-reha.de](http://www.leistungsbeurteilung-reha.de) als indikationsübergreifende Online-Handlungshilfe entwickelt und im Januar 2019 freigeschaltet. Im Projekt WELLE wird die Website derzeit evaluiert, um Änderungs- und Ergänzungsbedarf abzuleiten und zu überprüfen, ob die Seite den Bedürfnissen der Nutzer gerecht wird. Des Weiteren wird das Nutzerverhalten analysiert (Anzahl und Herkunft der Nutzer, Nutzungshäufigkeit, besuchte Seiten etc.).

### **Methoden**

Auf der Website ist eine Umfrage eingebunden. Nach Thielsch, Blotenberg und Jaron (2014) ist für Website-Nutzer der Inhalt am wichtigsten, gefolgt von der Usability und der Ästhetik einer Website.

Dementsprechend werden folgende Fragebögen eingesetzt: Web-CLIC zur Bewertung von Website-Inhalten (Thielsch & Hirschfeld, 2018), VisAWI zur Beurteilung der Ästhetik (Moshagen & Thielsch, 2010) und PWU-G zur Einschätzung der Usability (Thielsch (unter Mitarbeit von Salaschek), 2018).

In den Fragebögen werden Aussagen präsentiert (z. B. „Die Inhalte sind anschaulich aufbereitet“), die auf einer siebenstufigen Skala beurteilt werden (1: Stimme gar nicht zu; 2:

Stimme nicht zu; 3: Stimme eher nicht zu; 4: neutral; 5: Stimme eher zu; 6: Stimme zu; 7: Stimme voll zu). Für diese Fragebögen existieren Benchmarkwerte.

Zusätzlich zu diesen standardisierten Fragebögen wird die wahrgenommene Nützlichkeit der Hauptseiten für die tägliche Arbeit auf einer fünfstufigen Skala erhoben (1: überhaupt nicht nützlich; 2: eher nicht nützlich; 3: neutral; 4: eher nützlich; 5: sehr nützlich). Es werden demografische Eckdaten erfragt, und in einem Freitextfeld können Anmerkungen eingegeben werden.

Die Nutzungsdaten werden mit dem Analysetool Google Analytics erfasst.

Die Auswertung erfolgt deskriptiv.

## **Ergebnisse**

Bis Oktober 2019 haben 33 Website-Nutzer die Umfrage beantwortet. Diese Nutzer waren zum größten Teil Ärzte (67 %), älter als 50 Jahre (76 %), in leitender Funktion tätig (67 %) und hatten über 20 Jahre Erfahrung in ihrem Beruf (58 %).

Sowohl Inhalt als auch Usability und Ästhetik der Website wurden sehr positiv beurteilt: Die Mittelwerte liegen für den Inhalt bei  $\bar{x} = 6,5$ , für Ästhetik bei  $\bar{x} = 6,1$  und für Usability bei  $\bar{x} = 6,3$ , was Skalenbewertungen zwischen „stimme zu“ und „stimme voll zu“ entspricht. Die Benchmarkwerte für Informationswebsites liegen für die drei Kategorien Inhalt, Usability und Ästhetik zwischen  $\bar{x} = 4,6$  und  $\bar{x} = 4,7$ , entsprechend einer Skalenbewertung zwischen „neutral“ und „stimme eher zu“.

Die wahrgenommene Nützlichkeit wurde für jede Unterseite zwischen „eher nützlich“ und „sehr nützlich“ bewertet (Gesamtmittelwert  $\bar{x} = 4,4$ ).

Im Zeitraum Januar bis September 2019 haben 5425 Nutzer die Seite besucht. Die Zahl der monatlichen Nutzer hat sich seit März 2019 verdoppelt und lag im Monat September bei 870. Die Nutzer kommen aus dem gesamten Bundesgebiet.

## **Diskussion und Fazit**

Sowohl die Nutzungsdaten als auch die Nutzerbewertungen zeigen, dass die Website gut angenommen und bewertet wird. Eine weitere Verbreitung und Verstetigung der Website erscheint lohnend.

## **Literatur**

- Moshagen, M., & Thielsch, M. T. (2010): Facets of visual aesthetics. *International Journal of Human-Computer Studies*, 68(10), 689–709. doi: 10.1016/j.ijhcs.2010.05.006
- Thielsch, M., Blotenberg, I., & Jaron, R. (2014). User Evaluation of Websites: From First Impression to Recommendation. *Interacting with Computers*, 26(1), 89–102. doi: 10.1093/iwc/iwt033
- Thielsch, M., & Hirschfeld, G. (2018): Facets of Website Content. *Human-Computer Interaction*, 1–49. doi: 10.1080/07370024.2017.1421954
- Thielsch, M. T. (unter Mitarbeit von Salaschek, M.). (2018): Toolbox zur kontinuierlichen Website-Evaluation und Qualitätssicherung (Version 2.1). Abgerufen von <https://www.bzga.de/forschung/cahpot/toolbox/>

Förderung: Verein für Rehabilitationsforschung e. V. Norderney

# **ICF-orientierte Begutachungskriterien von Patienten mit Osteoporose im SGB V, VI und IX**

*Martin Gehlen; Michael Pfeifer; Michael Schwarz-Eywill; Ana Doina Lazarescu;  
Karen Klose; Christian Hinz*

Klinik Der Fürstenhof

## **Hintergrund und Zielstellung**

Ein sozialmedizinisches Gutachten muss nachvollziehbar und plausibel sein. Es müssen einheitliche Bewertungsmaßstäbe zugrunde liegen. Ziel dieser Arbeit ist es allgemein akzeptierte Kriterien zur Begutachtung von Patienten mit Osteoporose zu etablieren, die als Argumentationsebene und Orientierungsmaßstab zur Begutachtung der Arbeitsfähigkeit (SGB V), Erwerbsfähigkeit (SGB VI) und des Grads der Behinderung (SGB IX) dienen.

## **Methoden**

Eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe wurde zusammengestellt: 6 Osteologen mit besonderer sozialmedizinischer Expertise (2 Rheumatologen, 1 Endokrinologe, 1 Nephrologe, 2 Orthopäden), 1 Psychologe, 2 Sozialarbeiter, 2 Physiotherapeuten, 2 Ergotherapeuten. Eine systematische Literatursuche wurde durchgeführt. Kriterien zur Leistungsbegutachtung wurden auf der Basis der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit/ICF erarbeitet, und es wurde eine vierstufige Bewertungsskala etabliert.

Als weiterer Schritt ist eine Konsensfindung auf Ebene der osteologischen Fachgesellschaften und danach mit den Sozialleistungsträgern (Deutsche Rentenversicherung, Versorgungsamt und MDK) geplant.

## **Ergebnisse**

Auf den ICF-Ebenen „Körperstrukturen“, „Körperfunktionen“ und „Aktivitäten und Teilhabe“ wurden insgesamt 20 Kriterien erarbeitet, denen Ausprägungsgrad jeweils einer der Stufen 1-4 zugeordnet werden kann. Diese Bewertung kann sowohl für die Begutachtung der Erwerbsfähigkeit (Rentenrecht) als auch für die Ermittlung des Grads der Behinderung/GdB (Schwerbehindertenrecht) genutzt werden. In den GdS-Tabellen der Versorgungsmedizinverordnung wurden dem jeweiligen GdB konkrete klinische Konstellationen zugeordnet.

Zur Bewertung der qualitativen Leistungsfähigkeit (Arbeitsschwere) wurden drei Risikogruppen definiert, für die maximale Hebelbelastungen angegeben wurden.

## **Diskussion und Fazit**

Die Autoren sehen die erarbeiteten Kriterien als Grundlage für ein Regelwerk zur sozialmedizinischen Beurteilung von Patienten mit Osteoporose. Ziel ist eine Konsensfindung auf Ebene der osteologischen Fachgesellschaften und Sozialleistungsträger.

Tab. 1: ICF-orientierte Kriterien zur Einschätzung der funktionellen Gesundheit bei Patienten mit Wirbelkörperfrakturen im Rahmen einer Osteoporose

Kriterien	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4
<b>Schädigung der Körperstrukturen:</b>				
<b>Wirbelkörperfrakturen (WK-Fraktur, Grad)</b>	1-2 WK-Frakturen 1°	3-4 WK-Frakturen 1° 1-2 WK-Frakturen 2-3°	5-10 WK-Frakturen 1° 3-6 WK-Frakturen 2-3°	> 10 WK-Frakturen 1° > 6 WK-Frakturen 2-3°
<b>Stärke der Kyphose</b>	Ärztliches Gesamturteil leichtgradige Kyphose, Aufrichten gut möglich	Ärztliches Gesamturteil Mittelgradige Kyphose/ Gibbus, Aufrichten teilweise möglich	Ärztliches Gesamturteil Hochgradige Kyphose/ Gibbus Aufrichtung nur eingeschränkt möglich, mittelgradig reduziertes Blickfeld durch die Fehlhaltung	Ärztliches Gesamturteil höchstgradige Kyphose/ Gibbus Aufrichtung nicht möglich, stark eingeschränkte Orientierung im Raum durch deutlich reduziertes Blickfeld
<b>Hinterhaupt-Wand-Abstand (cm)</b>	< 2cm	2 - 8 cm	8 - 20 cm	> 20 cm
<b>Streckdefizit der Hüfte (Grad)</b>	< 10°	10 - 20°	20 - 30°	> 30°
<b>Größenverlust (cm)</b>	2 - 4 cm	4 - 8 cm	8 - 18 cm	> 18 cm
<b>Schädigung der Körperfunktionen</b>				
<b>Schmerzen (VAS 0-10).</b>	< 3 von 10	3-6 von 10	6-8 von 10	> 8/10
<b>Gehstrecke ohne Hilfsmittel (Meter)</b>	> 1500 m	500 - 1500 m	50 - 500 m	< 50 m
<b>Fähigkeit zu sitzen (Minuten)</b>	frei	30 - 60 Min	10 - 30 Min	< 10 Min
<b>Fähigkeit zu stehen (Minuten)</b>	> 60 Min	10- 60 Min	< 10 Min	Stehen nur mit Hilfe möglich
<b>Lebensqualität (Qualeffo-41)</b>	< 20 Punkte	20 - 50 Punkte	51 - 80 Punkte	> 80 Punkte
<b>Kriterien</b>	<b>Stufe 1</b>	<b>Stufe 2</b>	<b>Stufe 3</b>	<b>Stufe 4</b>

<b>Schädigung der Körperfunktionen</b>				
<b>Psyche</b> Ärztliche Einschätzung PHQ-4	Ärztliches Gesamturteil: leichte psychische Probleme PHQ-4: < 4 Punkte	Ärztliches Gesamturteil: mittelgradige psychische Probleme PHQ-4: 4-7 Punkte	Ärztliches Gesamturteil: hochgradige psychische Probleme PHQ-4: 8-11 Punkte	Ärztliches Gesamturteil: stärkste psychische Probleme PHQ-4: 12 Punkte
<b>Hilfsmittel zum Gehen</b> (Rollator, Gehstützen)	keine	Zeitweise nötig	Ständig nötig	Gehen ohne Hilfsmittel nicht möglich
<b>Sturzneigung</b> (Sturzanamnese) Romberg-Test	Kein Sturz, aber gefühlte Gangunsicherheit Romberg schwach positiv bei geschlossenen Augen	2 - 3 Stürze pro Jahr Romberg deutlich positiv bei geschlossenen Augen, Kompensation bei offenen Augen	4 oder mehr Stürze pro Jahr Romberg deutlich positiv bei offenen Augen	Ärztliches Gesamturteil maximale Sturzneigung Romberg deutlich positiv bei offenen Augen
<b>Muskelschwäche durch Sarkopenie:</b> TUG CRT Treppensteigen	TUG 10-20 Sek	TUG 20-30 Sek CRT > 11 Sek 1 Etage Treppensteigen möglich	TUG > 30 Sek CRT nicht möglich Aufrichten aus Hocke nicht möglich Wenige Stufen Treppensteigen	TUG nicht möglich Treppenstufen steigen nicht möglich
<b>Ateminsuffizienz durch die Frakturen:</b> Dyspnoe Vitalkapazität Thorax-Exkursion (Th-Exkursion)	keine	Dyspnoe bei stärkerer Belastung Vitalkapazität 70-80 % des Sollwertes Ärztliches Gesamturteil: leichtgradig eingeschränkte Th-Exkursion	Dyspnoe bei 1 Etage Treppensteigen o. schnellem Gehen; Vitalkapazität 50-70 % des Sollwertes Ärztliches Gesamturteil: leichtgradig eingeschränkte Th-Exkursion	Dyspnoe beim moderaten Gehen im Ebenen Vitalkapazität < 50 % des Sollwertes Ärztliches Gesamturteil: hochgradig eingeschränkte Th-Exkursion

<b>Kriterien</b>	<b>Stufe 1</b>	<b>Stufe 2</b>	<b>Stufe 3</b>	<b>Stufe 4</b>
<b>Aktivitäten und Teilhabe</b>				
<b>Beruf</b>	Leichte Arbeit > 6h möglich	Erwerbsfähigkeit für leichte Arbeit > 6h möglich aber bedroht	Erwerbsfähigkeit für leichte Arbeit 3-6h möglich bei optimaler ergonomischer Ausstattung des Arbeitsplatzes	Erwerbsfähigkeit für leichte Arbeit erloschen
<b>Garten</b>	Arbeit im Garten ohne Hebelbelastung möglich	Nur leichte Tätigkeiten im Garten möglich	Auch leichte Gartenarbeit nicht mehr möglich	
<b>Selbstversorgung</b>	Keine Probleme bei Selbstversorgung	Probleme beim Ankleiden in gebeugter Haltung (Socken anziehen, Schuhe schließen) Probleme in Badewanne zu kommen	Teilweise Hilfen bei Grundpflege (ankleiden, waschen)	Hilfe bei kompletter Grundpflege nötig: Unfähigkeit sich anzuziehen oder sich zu waschen
<b>Haushaltsführung (putzen, kochen, Wäsche waschen...)</b>	Haushaltsführung möglich unter Zunahme von Schmerzen	Putzen in gebeugter Stellung nicht möglich Ziehen eines Staubsaugers nicht möglich	Putzen nicht möglich Kochen nur mit Pausen möglich	Keinerlei Hausarbeit mehr möglich
<b>Soziale Aktivitäten (Verein, Chor, Selbsthilfegruppe, Kino, Theater...)</b>	Soziale Aktivitäten möglich unter leichter Zunahme von Schmerzen	Soziale Aktivitäten nur möglich unter starker Zunahme von Schmerzen	Soziale Aktivitäten stark eingeschränkt	Keinerlei soziale Aktivitäten möglich

Abkürzungen und Normwerte in der Tabelle: **ICF**: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit; **WK-Frakturen**: Wirbelkörperfrakturen; **Grad der Wirbelkörperfraktur nach Genant**: 1° = Höhenminderung um 20-25 %, 2° = Höhenminderung um 25 -40 %, 3° = Höhenminderung um > 40 %; **VAS**: Visuelle Analogskala, 0-kein Schmerz, 10-maximaler Schmerz; **Qualeffo-41**: Assessment zur Lebensqualität bei Osteoporose, 0 Punkte-keine Einschränkungen der Lebensqualität, 100 Punkte- maximal eingeschränkte Lebensqualität; **PHQ-4**: Screening auf Angst und Depression, 0 Punkte- keine psychischen Beschwerden, 12 Punkte- maximale psychische Belastung; **TUG**: „Timed up and go Test dient der Beurteilung des Sturzrisikos. Werte bis 10 Sekunden = Normal, Werte 10-19 Sekunden = geringe Mobilitätseinschränkung, 20 – 29 Sekunden = funktionell relevante Mobilitätseinschränkung, > 30 Sekunden = ausgeprägte Mobilitätseinschränkung; **CRT**: „Chair rising Test“ von > 11 Sekunden spricht für eine Sturzgefährdung; **Th-Exkursion**: Thoraxexkursion gemessen im 4. Intercostalraum.

Tab. 2: Abschätzung der maximalen Hebebelastung durch Bildung von Risikogruppen

Risikogruppe	Max. Hebebelastung	Plausibilität
<b>Risikogruppe 1</b> Patienten mit klinisch manifester Osteoporose, insbesondere mit Wirbelkörperfrakturen oder Schenkelhalsfrakturen	<b>5 kg</b>	hoch
<b>Risikogruppe 2</b> Patienten mit Osteoporose ohne Frakturen, die nach DVO-Leitlinie die Indikation für eine spezifische Therapie haben (somit ein Frakturrisiko von > 30 % in den nächsten 10 Jahren)	<b>10 kg</b>	mittelgradig
<b>Risikogruppe 3</b> Patienten mit Osteoporose ohne Frakturen, die nach DVO-Leitlinie noch keine Indikation für eine spezifische Therapie haben (mit ein Frakturrisiko von < 30 % in den nächsten 10 Jahren)	<b>Unklar</b> Abhängig vom individuellen Frakturrisiko. Anhaltspunkt: ca. 15 kg	mäßig

## Literatur

- Gehlen, M., Pfeifer, M., Lazarescu, A.D., Hanneforth, M., Hinz, C., Schwarz-Eywill, M. (2019): The law of severely disabled persons and its assessment of patients with osteoporosis. Osteologie 2019; 28: in press.
- Gehlen, M., Pfeifer, M., Lazarescu, A.D., Scholl, S., Hinz, C., Maier, A., Schwarz-Eywill, M. (2019): Socio-medical assessment of patients suffering from osteoporosis. Osteologie 2019; 28: in press.
- Pfeifer, M., Pollähne, W., Minne, H.W. (2003): Begutachtung bei Osteoporose. Orthopädie & Rheuma 2003;2:18-9.
- Pollähne, W., Pfeifer M., Minne, H.W. (2001): Sozialmedizinische Aspekte, Klinisches Bild und Diagnostik der Osteoporose. Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 2001; 36: 234-40
- Weber, K. (2007): Expert assessment in cases of osteoporosis. Z Rheumatol 2007 · 66:488–492.

# **Sozialmedizinische Begutachtung: Wird die Qualität von Erwerbsminderungsgutachten in einem Peer Review-Verfahren übereinstimmend bewertet?**

*Jörg Gehrke; Annette Müller-Garnn*  
Deutsche Rentenversicherung Bund

## **Hintergrund und Zielstellung**

Die Deutsche Rentenversicherung prüft seit Anfang 2014 die Qualität von medizinischen Gutachten, die im Rahmen des Antrags- und Leistungsfeststellungsverfahrens erstellt werden. Diese Gutachten bilden die fachliche Grundlage zur Feststellung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben und ermöglichen eine sachgerechte Verwaltungsentscheidung im Rentenverfahren. Die Prüfung erfolgt über ein Peer Review-Verfahren auf der Grundlage eines standardisierten Fragenkatalogs, der verschiedene Qualitätsmerkmale eines Gutachtens erfasst. Als Peers sind Ärztinnen und Ärzte aus den Hauptverwaltungen der einzelnen Rentenversicherungsträger tätig, die vorab geschult wurden und bereits langjährig im Bereich der sozialmedizinischen Begutachtung als Gutachter und/oder Prüfärzte arbeiten.

Im Peer Review-Verfahren sind einheitliche Bewertungsmaßstäbe der teilnehmenden Peers herzustellen und kontinuierlich zu sichern. Verschiedene Peers sollten den gleichen Sachverhalt ähnlich einschätzen und im Idealfall zu einer gleichen Bewertung der Gutachtenqualität kommen. Gelingt dies, ist die Bewertung der Qualität eines Gutachtens zuverlässig und kann für weiterführende Maßnahmen der Qualitätsentwicklung genutzt werden.

Die vorliegende Untersuchung betrachtet das Ausmaß der Übereinstimmung von Peers (Urteilskonkordanz) bei der qualitativen Bewertung von Erwerbsminderungsgutachten. Darüber hinaus werden mögliche Ursachen diskordanter Bewertungen seitens der Peers analysiert.

## **Methoden**

Für die Untersuchung wurden zwei anonymisierte Gutachten von insgesamt aktiven 82 Peers bewertet. Der Versand der Gutachten erfolgte im Anschluss an die jährliche Schulung der Peers. Die Peers bearbeiteten online den Fragenkatalog, der verschiedene Qualitätsdimensionen eines Gutachtens operationalisiert wie beispielsweise die Vollständigkeit, Transparenz, Verständlichkeit oder die Nachvollziehbarkeit der Argumentation. Jede Frage war dahingehend zu beantworten, ob ein Mangel vorliegt. Beim Vorliegen eines Mangels war dieser zu graduieren und in Stichworten kurz und schlüssig zu benennen. Die Datenerhebung erfolgte im Zeitraum Juni – August 2019.

## **Ergebnisse**

Ein zentrales Qualitätsmerkmal des Peer Review-Verfahrens ist die Nachvollziehbarkeit des Gutachtens. Hier gibt der Peer ein Gesamturteil über das von ihm geprüfte Gutachten ab. Gegenstand der Bewertung ist die vom Gutachter im Gutachten dargelegte Argumentationskette, die anhand eines Ampelsystems vom Peer in drei Kategorien eingeordnet werden kann: (1) Grün – die Argumentationskette für die sozialmedizinische Beurteilung ist schlüssig; (2) Gelb – die Argumentationskette ist lückenhaft, das Gutachtenergebnis kann aber noch

nachvollzogen werden; (3) Rot – aufgrund der Art und Vielzahl der Lücken in der Argumentationskette kann das Gutachtenergebnis nicht nachvollzogen werden.

Die prozentuale Übereinstimmung der Peers, als einfachstes Maß der Urteilskonkordanz, bei diesem Qualitätskriterium liegt für beide Gutachten zusammengenommen bei 64 %. Differenziert man nach den beiden Gutachten, so fällt die Übereinstimmung beim Gutachten 1 mit 73 % höher aus als beim Gutachten 2 (55 %). Da zufällig übereinstimmende Beurteilungen bei dieser Maßzahl nicht berücksichtigt werden, wurde als weiteres Übereinstimmungsmaß der Kappa-Koeffizient von Fleiss (Fleiss, 1971) für beide Gutachten zusammen berechnet. Bei einem signifikanten Kappa von 0,40 (Alpha = 0,05) liegt die Übereinstimmungsrate der Peers bei 66 % bei einer Zufallserwartung von 42 %. Betrachtet man die Ampelkategorien einzeln, so liegt die Übereinstimmungsrate bei Grün (75 %) und Rot (67 %) höher als bei der Ampelkategorie Gelb (11 %).

### **Diskussion und Fazit**

Die Nachvollziehbarkeit des Gutachtenergebnisses ist ein komplexes Qualitätsmerkmal und stellt damit eine hohe Herausforderung bei der Sicherung einheitlicher Bewertungsmaßstäbe auf Seiten der Peers dar. Vor diesem Hintergrund sind die Ergebnisse zur Urteilskonkordanz positiv zu bewerten. Trotz seiner Komplexität kommen die Peers überzufällig häufig zu einem gleichen Ergebnis bei der Bewertung. Allerdings betrifft dies vor allem die Kategorien „Grün“ und „Rot“. Auch divergiert die Übereinstimmung auch zwischen den Gutachten. Dies lässt auf besondere medizinische Sachverhalte in den Gutachten schließen, die zu einer unterschiedlichen Bewertung führen können. Die von den Peers abgegebenen Kommentare zu ihrer Bewertung sollen im weiteren Verlauf der Analyse mögliche Ursachen für die Divergenzen aufzeigen.

Insgesamt erreichen die Peers ein zufriedenstellendes Ausmaß an Übereinstimmung bei der Bewertung dieser Gutachten und stimmen in der Mehrzahl überein. Unterschiede in der Bewertung sollen künftig genutzt werden, um das Verfahren und die damit verbundene jährliche Schulung der Peers zu optimieren. Auf diese Weise soll langfristig ein einheitlicher Bewertungsmaßstab gewährleistet werden.

### **Literatur**

Fleiss, J. L. (1971): Measuring nominal scale Agreement among many raters. Psychological Bulletin, 76, 378-382.

# **Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse von rehabilitationsbezogenen Lehrinhalten von Physio-, Ergo-, Psychotherapeut\*innen, Pflegefachkräften und Sozialarbeiter\*innen der medizinischen Rehabilitation in Mitteldeutschland**

*Laura Retznik; Wilfried Mau*

Martin Luther Universität Halle-Wittenberg

### **Hintergrund und Zielstellung**

Bisher liegen kaum Erkenntnisse vor, auf welche Art und Weise das Themenfeld „medizinische Rehabilitation“ in den Ausbildungsgängen von nicht-ärztlichen Berufsgruppen des Rehabilitationsteams integriert ist. Die Rehabilitation von Gesundheitsbeeinträchtigungen erfordert ein über einzelne Therapiemaßnahmen hinausgehendes interdisziplinäres Rehabilitationsteam, für dessen Ausbildungsgänge allerdings Hinweise auf Defizite bei der Vermittlung rehabilitationsbezogenen Wissens vorliegen (Mau et al., 2017). Ergebnisse aus der physiotherapeutischen Bildungsforschung zeigen dahingehend einen klaren Optimierungsbedarf bei der Vorbereitung auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der medizinischen Rehabilitation (Lehmann et al., 2014). Zwar scheint z.B. die ICF als eine interdisziplinäre Kommunikations- und Handlungsgrundlage in den Schulen vermittelt zu werden, dennoch deutet sich eine Diskrepanz zwischen erwarteten und tatsächlichen Kompetenzerwerb bei den Auszubildenden an (Luhmann & Vogt, 2015). Während zur Entwicklung der Lehre zur Rehabilitation im Medizinstudium in Deutschland Untersuchungen durchgeführt und Beiträge geleistet wurden (Mau et al., 2017), ist weitgehend unklar, welche spezifischen rehabilitationsbezogenen Kompetenzen bereits in der Ausbildung/dem Studium von Physio-, Ergo-, Psychotherapeut\*innen, Pflegefachkräften und Sozialarbeiter\*innen vermittelt werden bzw. werden sollten. Dazu wird derzeit ein von der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland gefördertes Projekt durchgeführt.

### **Methoden**

Grundlage der Bestandsaufnahme des Projektes ist eine Sichtung und Systematisierung der Ausbildungsvorgaben bzw. Curricula in der Region Mitteldeutschland hinsichtlich benannter Ausbildungsziele, -inhalte und -umfänge zum Themenfeld „medizinische Rehabilitation“. Darauf aufbauend werden Informationen aus der Perspektive der in der Rehabilitation tätigen Akteure zur eigenen Aus-, Fort- und Weiterbildung in der medizinischen Rehabilitation in Form einer einmaligen postalischen Befragung erhoben. Anschließend erfolgt die Befragung der Lehrbeauftragten der jeweiligen Ausbildungsstätten für die genannten Berufsgruppen zur Umsetzung der Lehrvorgaben und der praktischen Vermittlung rehabilitationsbezogener Inhalte. Die Daten beider Befragungen werden mit Hilfe von SPSS unter Verwendung von deskriptiver und inferenzstatistischer Methoden pseudonymisiert verarbeitet und ausgewertet.

## **Ergebnisse**

Die Rahmenlehrpläne der Ausbildungsberufe Physiotherapie, Ergotherapie und Gesundheits- und Krankenpflege beschäftigen sich im Vergleich zu den Studiengängen Soziale Arbeit und Psychologie ausführlicher mit rehabilitationsbezogenen Inhalten und behandeln die Arten, Konzepte sowie die rechtlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen der medizinischen Rehabilitation und die Hilfsmittelversorgung. Die Ausbildung zur/zum Ergotherapeut\*in, Physiotherapeut\*in und Gesundheits- und Krankenpfleger\*in erfolgt in Berufsfachschulen, welche sich nach den bundesländerspezifischen Rahmenlehrplänen richten. Insbesondere die Ergotherapielehrpläne in Sachsen und Thüringen bilden am vollständigsten rehabilitationsbezogene Inhalte von allen fünf Berufsgruppen ab. Die Curricula der Bachelor- und Masterstudiengänge Psychologie und Soziale Arbeit integrieren rehabilitationsbezogene Themen nur marginal. Speziell die Masterstudiengänge zur sozialen Arbeit thematisieren die medizinische Rehabilitation nur rudimentär bis gar nicht. Dies entspricht dem Umstand, dass sich die Curricula der einzelnen Hochschulen für Soziale Arbeit an dem Qualifikationsrahmen Soziale Arbeit (2016) orientieren, welcher als rehabilitationsbezogenes Thema lediglich die rechtlichen Kenntnisse der Rehabilitation aufführt. Eine positive Ausnahme bildet ein Studiengang für Rehabilitationspsychologie, welcher von den Curricula der genannten Berufsgruppen am detailliertesten rehabilitationsbezogene Inhalte behandelt.

Die Resultate der Untersuchung der Curricula auf rehabilitationsbezogene Inhalte korrespondieren mit den Ergebnissen der Befragung der nicht-ärztlichen Berufsgruppen in den Rehabilitationskliniken. Während die Ergo- und Physiotherapeut\*innen angeben, in ihrer Ausbildung teilweise rehabilitationsbezogene Lehrinhalte vermittelt bekommen zu haben, geben die befragten Psychotherapeut\*innen und Sozialarbeiter\*innen an, dass rehabilitationsbezogene Lehrinhalte nur in geringem Ausmaß Bestandteil ihrer Ausbildung waren.

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse liefern wichtige Hinweise für die konkrete Weiterentwicklung der Ausbildung zu rehabilitationsrelevanten Kompetenzen dieser Berufsgruppen, für die derzeit vielfältige Weichen neu gestellt werden. So sind für das neue Studium der Psychotherapie, das im Wintersemester 2020/21 beginnen soll, rehabilitationsbezogene Kompetenzen in entsprechenden Gegenstandskatalogen zu verankern. Dies gilt auch für das derzeit zu erstellende "Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe" der Bund-Länder-Arbeitsgruppe. Weiterhin ist vorgesehen, dass zukünftig Lehrmaterialien im Reha-Wiki, einer für Lehrpersonal zugänglichen und kostenfreien Datenbank mit bisherigem Fokus auf die Humanmedizin, auch für die genannten Berufsfelder bereitgestellt werden sollen (Schmidt & Mau, 2019). Die bestehenden Chancen zur Qualifizierung des Personals über einen besseren Rehabilitationsbezug der Ausbildung sollten von allen Akteuren genutzt werden.

## **Literatur**

Mau, W., Bengel, J., Pfeifer, K. (2017): Rehabilitation in der Aus-, Fort- und Weiterbildung beteiligter Berufsgruppen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 60. 402-409.

- Lehmann, Y., Ayerle, G.M., Beutner, K., Behrens, J., Landenberger, M. (2014): Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich (GesinE): Zentrale Ergebnisse und Schlussfolgerungen.
- Luhmann, S., Vogt, U. (2016): ICF in der Physiotherapieausbildung (2016): Integriert der Unterricht der Physiotherapiefachschulausbildung die ICF? *Physioscience*, 12. 2-10.
- Schäfer, P. & Bartosch, U. (2016): Qualifikationsrahmen Soziale Arbeit (QR SozArb) Version 6.0, unter: [http://www.fbts.de/fileadmin/fbts/QR\\_SozArb\\_Version\\_6.0.pdf](http://www.fbts.de/fileadmin/fbts/QR_SozArb_Version_6.0.pdf)
- Schmidt, S., Mau, W. (2019): Entwicklung eines Reha-Wikis für rehabilitationsbezogene Lehrmaterialien mit Zuordnung zu kompetenzbasierten Lernzielen. *Rehabilitation* 58; 128-135.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland

## **Das "Rehboard": Interdisziplinäre, digitale unterstützte Steuerung der Schlaganfallrehabilitation**

*Mario Siebler<sup>1</sup>; Dominik Raab<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Mediclin FRR Essen Kettwig; <sup>2</sup> Universität Duisburg-Essen

### **Hintergrund und Zielstellung**

Gangstörungen von Schlaganfallpatienten stellen eine häufige und sehr komplexe Folge mit hohem Leidensdruck der Betroffenen und Angehörigen durch Einschränkung der beruflichen Teilhabe dar. Aufgrund des soziodemographischen Wandels ist mit wachsenden Fallzahlen sowie mit zunehmenden Komplikationen zu rechnen. Neue Behandlungsmethoden wie Arzneimittel, Orthesen, physiotherapeutische Maßnahmen, minimal-invasive und operative Behandlungstechniken haben in den letzten Jahren erhebliche Fortschritte sowohl in der akuten als auch in der chronischen Behandlung erzielt. Was bisher fehlt, ist eine interdisziplinäre ärztliche und therapeutische Behandlungsplanung, bei der statistische und individuelle Daten kombiniert werden und dadurch jedem Patienten individuell und effizienter geholfen werden kann. Ziel des Projektes ist die Verbesserung der interdisziplinären Therapieempfehlungen mit Datenunterstützungssystemen.

### **Methoden**

Zur personalisierten Therapiesteuerung bei Gangstörungen nach Schlaganfall soll das neue Konzept „RehaBoard“ entstehen, das auf zwei aufeinander abgestimmten Säulen beruht: (A) Einem Experten-Board („RehaBoard-E“), bei dem VertreterInnen der Fächer Neurologie, Orthopädie, Physiotherapie und Orthetik interdisziplinäre ganzheitliche Behandlungsaspekte patientenindividuell diskutieren und für zukünftige personalisierte Behandlungen als Referenzen definieren und (B) eine computergestützte Assistenzumgebung für die synergistische Behandlungsplanung („RehaBoard-X“), welche den Experten zur Ideenfindung und Objektivierung der Entscheidungskriterien durch klinisch maßgeschneiderte Tools wie 3D-Visualisierung, Auswahl der notwendigen Informationen und „Was-Wenn“-Simulationen dient.

Es werden Schlaganfallpatienten klinisch systematisch untersucht, videographiert und in einem Ganglabor auf kinematische Daten vermessen (VICOM-System). Die Bewertungen der Massnahmenempfehlungen wie Orthesenapplikation, Physiotherapieoptionen, Operation, Schmerzbehandlung oder BoToxgabe werden erfasst und in einen Trainingsdatensatz mit Lernalgorithmen eingespeist. (Abb.1)

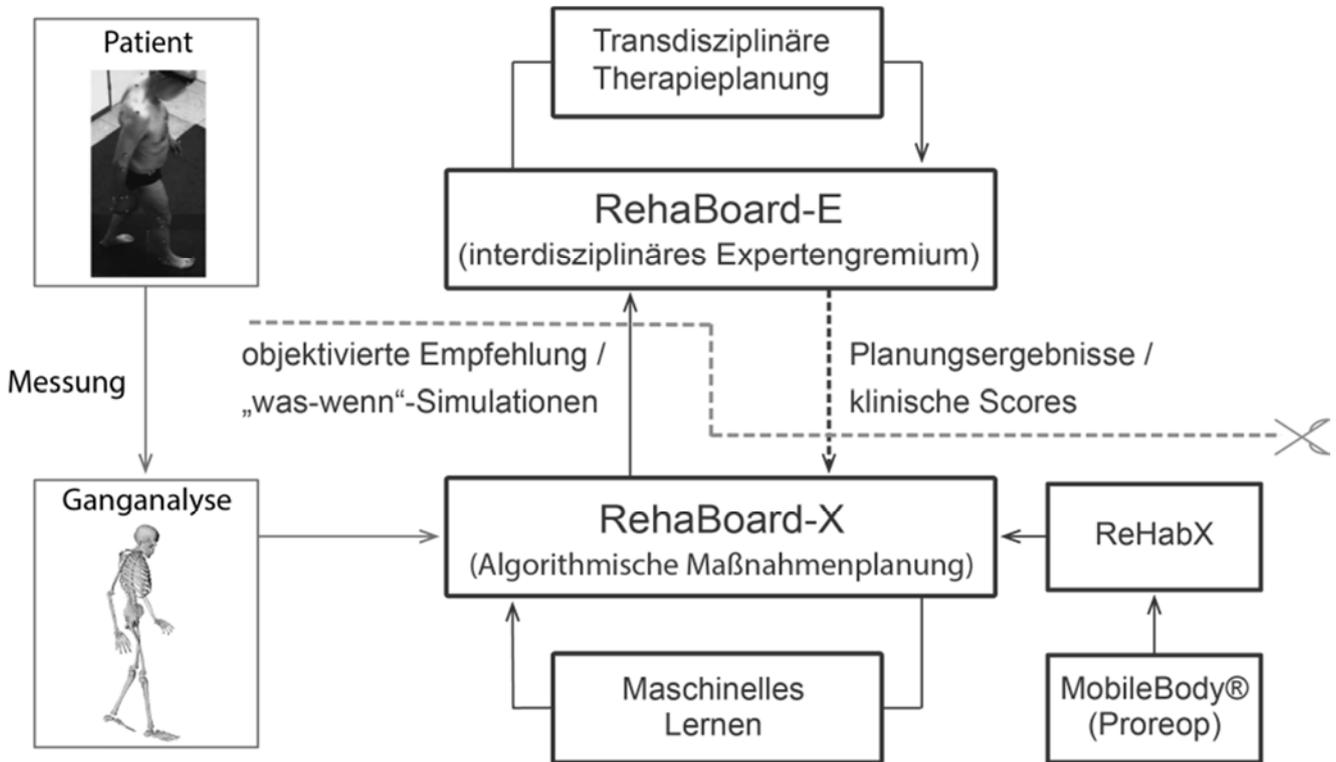


Abb. 1: Systematische Darstellung des Aufbaues des Rehabordes mit der Schnittstelle Mensch/Maschine

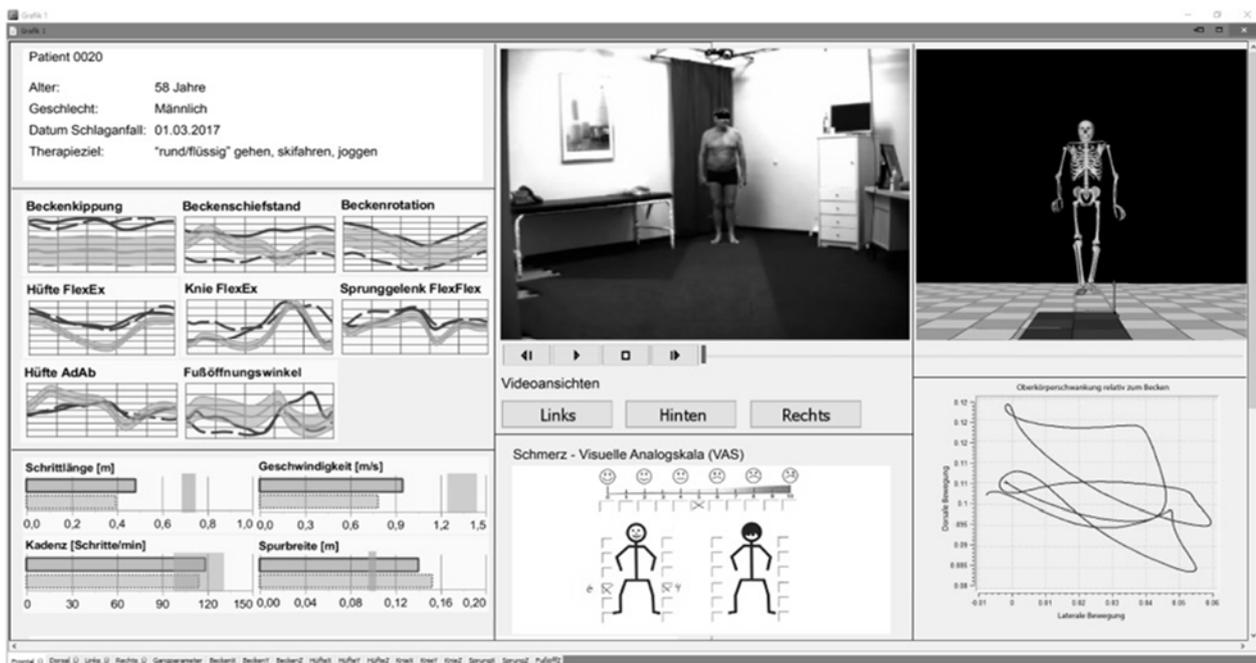


Abb. 2: Darstellung der relevanten Patientendaten zur Festlegung des Therapieprogrammes

## **Ergebnisse**

Es wurden 250 Patienten in die Studie eingeschlossen. An einem Trainingssatz wurde dann ein neuer Bewegungsscore entwickelt, der eine maschinelle Übertragung möglich machte. Die Interrateranalysen zeigten eine exzellente Korrelation von 0,894 (ICC2.1).

Die Übereinstimmung der Maßnahempfehlung zur Applikation von Orthesen ergab eine moderate Übereinstimmung zwischen den Experten (ICC 0,621). Die Behandlung mit Botulinumtoxin in den betroffenen Arm ergab zwischen den Experten exzellente Übereinstimmung (ICC 0.796). Diese Trainingssätze wurden für das maschinelle Lernen genutzt. Hier konnte eine sehr gute Vorhersage durch das Rehboard X System (Trefferquote >92%) erreicht werden. Diese Entscheidung basierte letztendlich nur auf 2 bewegungskinetischen Daten (Veränderung des Ellenbogenwinkels, Schwingen der Körperrumpfachse).

## **Diskussion und Fazit**

Aus dem Projekt folgern wir, dass eine interdisziplinäre Therapieplanung mit Einschluss von mehreren ärztlichen Fachspezialisten, Therapeuten und Orthetikern die Therapieziele besser konkretisieren kann. Maschinelle Unterstützung in der Aufbereitung der Daten und Lernalgorithmen der Künstlichen Intelligenz können auch zukünftig den Rehaprozess qualitativ verbessern helfen.

## **Literatur**

- Benjamin, E.J., Blaha, M.J., Chiuve, S.E., Cushman, M. (2017): Das SR, Deo R, et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2017 Update. A Report From the American Heart Association. *Circulation*. 2017;135:e146-e603.
- Duncan, P.W., Zorowitz, R., Bates, B., Choi, J.Y., Glasberg, J.J., Graham G.D , et al. (2005): Management of Adult Stroke Rehabilitation Care. *Stroke*. 2005;36:e100-e143.
- Hefter, H., Rosenthal, D. (2017): Improvement of upper trunk posture during walking in hemiplegic patients after injections of botulinum toxin into the arm. *Clinical Biomechanics*. 2017;43:15–22.
- Jang, H.J., Cho, K.O. (2019): Applications of deep learning for the analysis of medical data. *Arch Pharm Res*. 2019 Jun;42(6):492-504.
- Jäger, M., Mayer, C., Hefter, H., Siebler, M., & Kecskeméthy, A. (2018): Big data and deep learning in preventive and rehabilitation medicine. *Der Orthopäde*, 47(10), 826-833.

Förderung: LeitmarktAgentur.NRW

# Formative Evaluation von Seminarbausteinen zur gesunden Ernährung und eines begleitenden Fortbildungsangebotes

*Malte Klemmt<sup>1</sup>; Roland Küffner<sup>1</sup>; Christian Toellner<sup>1</sup>; Andrea Reusch<sup>2</sup>; Karin Meng<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Institut für Klinische Epidemiologie und Biometrie, Universität Würzburg;

<sup>2</sup> Zentrum Patientenschulung und Gesundheitsförderung

## Hintergrund und Zielstellung

Ernährungsbezogene Interventionen sind Teil der medizinischen Rehabilitation. Ernährungsberatung und -schulung wurde für alle Indikationen als eigenständiges evidenzbasiertes Therapiemodul festgelegt (DRV, 2015). In der Rehabilitation gibt es bisher nur wenige publizierte, evaluierte Gruppenprogramme. Eine Bestandsaufnahme identifizierte auf Seiten der Ernährungsberatenden einen Bedarf an flexibel nutzbaren Bausteinen für Gruppenprogramme sowie einen Fortbildungsbedarf zu Strategien der Motivierung zu gesunder Ernährung und der Förderung des Alltagstransfers (Meng et al., 2019). Wünsche und Bedürfnisse der Rehabilitanden beziehen sich zumeist ebenfalls auf Aspekte des Alltagstransfers (Klemmt et al., 2019). Im Projekt SErFo wurden auf Grundlage bisheriger Befunde 46 lehrzielbasierte Seminarbausteine zum flexiblen Einsatz in Gruppenangeboten, Arbeitsmaterialien sowie ein unterstützendes Rahmenkonzept entwickelt. Eine begleitende zweitägige SErFo-Fortbildung vermittelt das SErFo-Konzept und Methoden zur Motivation und zur Förderung des Alltagstransfers.

Inhalt des Beitrages sind die Ergebnisse zu deren formativen Evaluation.

Fragestellungen sind:

F1) Wie bewerten die Teilnehmenden (TN) die SErFo-Bestandteile (Rahmenkonzept, Seminarbausteine, Arbeitsmaterialien)?

F2) Wie zufrieden sind die TN mit der Fortbildung?

F3) Wie ist die subjektive Kompetenzentwicklung im Verlauf der Fortbildung?

## Methoden

Die formative Evaluation erfolgte auf Basis von vier Fortbildungsgruppen im Zeitraum Juli bis Oktober 2019. Die Datenerhebung beinhaltete eine schriftliche Befragung der TN unmittelbar vor (T0) und nach (T1) der Fortbildung. Zur Erfassung der Zielparameter wurden bestehende Instrumente (Meng et al., 2014; Ströbl et al., 2007) adaptiert. Die Fragebögen umfassten eine Skala zur indirekten Veränderungsmessung der Schulungsleiterkompetenz (13 Items; Skala 1-6; positive Polung). Der Fragebogen zu T1 beinhaltete außerdem 21 Items zur Bewertung der SErFo-Bestandteile (sechsstufige Antwortskala: Schulnotensystem), 3 Items zum SErFo-Umfang (Bewertungsskala: 1=„zu gering“, 2=„genau richtig“, 3=„zu hoch“) sowie 3 Items zur Umsetzungsabsicht (Range: 1-10; positive Polung). Des Weiteren 24 Items zur Fortbildungsbewertung (davon 4 offene Fragen) und 9 Items zur direkten Kompetenzentwicklung (sechsstufige Antwortskala: 1=„trifft überhaupt nicht zu“, 6=„trifft völlig zu“).

Zur Auswertung erfolgte eine deskriptive (F1-F3) und inferenzstatistische Analyse (F3).

An den Fortbildungen und den Befragungen nahmen 61 Ernährungsberatende (weiblich: n=59) aus 34 Rehabilitationseinrichtungen unterschiedlicher Indikationsbereiche teil. Die Ernährungsberatenden hatten eine durchschnittlich 15-jährige Erfahrung als Gruppenleitung (SD=10,6).

## **Ergebnisse**

F1) Die TN bewerten das Rahmenkonzept (M=1,7; SD=0,5), die Lehrziele (M=1,7; SD=0,6), die Seminarbausteine (M=1,7; SD=0,6) und Arbeitsblätter (M=1,8; SD=0,7) durchschnittlich in einem guten Bereich. Ein Großteil der TN schätzt den Umfang des Rahmenkonzeptes (86%), die Anzahl der Bausteine (92%) sowie die Anzahl der Arbeitsblätter (90%) als „genau richtig“ ein. Die Umsetzungsabsicht der TN ist für das Rahmenkonzept (M=7,8; SD=2,0) und die Bausteine (M=8,0; SD=2,0) hoch. Zumindest drei Viertel der TN geben eine Umsetzungsabsicht für Lehrziele aus dem Lehrzielbereich „Motivation/Emotion“ (83%) und Alltagsbezug (75%) an; dies trifft bei zumindest der Hälfte der TN auch für die weiteren Bereiche „Verhalten“ (68%), „Selbstmanagement“ (55%), „Kenntnisse“ (50%) zu.

F2) Bezüglich der Zusammenstellung der Fortbildung werden der Anteil an Einzelarbeit von 97% der TN und der Bezug zum SErFo-Ansatz von 97% als „genau richtig“ eingestuft. Bei den Methoden bewerten 18% der TN den Anteil an praktischen Übungen als „zu gering“, 23% den Anteil an Information und Theorie als „zu hoch“. Alle abgefragten Aspekte der Fortbildung werden von den TN positiv bewertet. Dabei wird die Verständlichkeit (M=5,3; SD=0,6) und der Praxistransfer (M=5,3; SD=0,7) der Inhalte am höchsten und die Verbesserung der Durchführungskompetenz (M=4,8; SD=0,9) vergleichsweise geringer beurteilt. Die globale Zufriedenheit mit der Fortbildung ist hoch (M=4,9; SD=0,9).

F3) Hinsichtlich der subjektiven Schulungsleiterkompetenz lässt sich im Prä-Post-Vergleich eine signifikante Verbesserung nachweisen ( $p < 0,001$ ;  $d=0,8$ ). Auch die Items zur direkten Kompetenzentwicklung ergeben positive Bewertungen hinsichtlich aller Fortbildungsziele, am höchsten im Bereich der Kenntnisse zum SErFo-Ansatz (M=5,2; SD=0,7) und der Lehrzielbereiche (M=5,2; SD=0,6), etwas niedriger hinsichtlich der Sicherheit in der Vermittlung einzelner Bausteine sowie der Konzeption von Gruppen mit SErFo-Bausteinen (jeweils: M=4,7; SD=0,8).

## **Diskussion und Fazit**

Die SErFo-Bestandteile werden von den TN gut bis sehr gut bewertet. Ebenso besteht eine generelle Zufriedenheit mit der Fortbildung. Die selbsteingeschätzte Gruppenleiterkompetenz hat sich signifikant verbessert. Die Ergebnisse liegen im Bereich anderer Schulungs- und Fortbildungsevaluationen (Meng et al., 2014; Ströbl et al., 2007) und sprechen für eine gute Akzeptanz. Für die Optimierung der SErFo-Bestandteile und der Fortbildung können noch einzelne Aspekte, wie ein Bedarf an mehr praktischen Übungen zur Anwendung der SErFo-Bestandteile, abgeleitet werden. Der tatsächliche Praxistransfer und mögliche Förderfaktoren und Barrieren der Implementierung werden durch abschließende Befragungen (Fragebogen, Telefoninterviews) drei Monate nach der Fortbildungsveranstaltung ermittelt. Anschließend wird das SErFo-Konzept finalisiert und für die Praxis bereitgestellt.

## Literatur

- DRV - Deutsche Rentenversicherung Bund. (2015): Reha-Therapiestandards. URL: <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Reha-Qualitaetssicherung/rts.html>, Abruf: 27.09.2019.
- Klemmt, M., Reusch, A., Meng, K. (2019): Aspekte einer guten und wirksamen Ernährungsberatung aus der Perspektive von Rehabilitanden. DRV-Schriften, Bd. 117. 172-173.
- Meng, K., Peters, S., Schultze, A., Pfeifer, K., Faller, H. (2014): Bedarfsorientierte Entwicklung und Teilnehmerbewertung von zwei Implementierungsinterventionen für eine standardisierte Rückenschulung in der stationären medizinischen Rehabilitation. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 94. 218-231.
- Meng, K., Klemmt, M., Toellner, C., Reusch, A. (2019): Ernährungsbezogene Gruppenangebote in der medizinischen Rehabilitation: Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. Die Rehabilitation, online. doi.org/10.1055/a-0956-5799.
- Ströbl, V., Friedl-Huber, A., Küffner, R., Reusch, A., Vogel, H., Bönisch, A., Ehlebracht-König, I., Faller, H. (2007): Evaluation des Train-the-Trainer-Grundlagenseminars in der Rheumatologie - Entwicklung und erste Anwendung eines Fragebogens zur Kompetenz zur Gruppenleitung. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 20. 106-112.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

## **Soziale Arbeit in der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation: Prädiktoren der Inanspruchnahme und Erfolg**

*Tobias Knoop; Thorsten Meyer*

Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften

### **Hintergrund und Zielstellung**

Soziale Arbeit ist im Versorgungsalltag medizinischer Rehabilitation verankert. Allerdings besteht aufgrund eines Mangels an Forschung und großer Variationen in der Inanspruchnahme sozialarbeiterischer Leistungen ein Nachholbedarf hinsichtlich der Überprüfung der Wirksamkeit und der Entwicklung qualitativer Standards für die sozialarbeiterische Versorgung (Knoop et al., 2019). Die Hinweise auf einen negativen Zusammenhang zwischen sozialarbeiterischen Leistungen und dem Reha-Erfolg von Stamer et al. (2014) unterstreichen diesen Nachholbedarf. Die vorgestellte Studie verfolgt das Ziel, zum weiteren Verständnis der sozialarbeiterischen Praxis beizutragen und ist in zwei Teile aufgeteilt. Studienteil A: Um die variable Inanspruchnahme erklären zu können, wurde in einem ersten Schritt zunächst der Frage nachgegangen: Welche Merkmale beeinflussen die Inanspruchnahme sozialarbeiterischer Leistungen in der orthopädischen/kardiologischen Rehabilitation? Studienteil B: Zudem sollten die Ergebnisse zum negativen Zusammenhang anhand folgender Hypothese repliziert werden: Orthopädische/kardiologische

RehabilitandInnen, die während ihres Aufenthalts sozialarbeiterische Leistungen in Anspruch genommen haben, unterscheiden sich 8-12 Wochen nach dem Aufenthalt im Reha-Erfolg von RehabilitandInnen ohne diese Leistungen.

## Methoden

Für die Sekundärdatenanalyse wurden die Qualitätssicherungsdaten der DRV (SUFERSDLV11B) aus der o.g. Mixed-Methods-Studie (MeeR-Projekt; Stamer et al., 2014) re-analysiert. In den Auswertungsdatensatz wurden RehabilitandInnen eingeschlossen, deren Angaben aus dem Fragebogen zur Beurteilung der Rehabilitation (FBR) sowie Informationen aus den Versichertenkonten und dem Entlassungsbericht (u.a. KTL 2007) vorlagen. Für beide Studienteile wurde die Inanspruchnahme sozialarbeiterischer Leistungen bei Vorliegen eines der folgenden KTL-Dokumentationskodes operationalisiert: D010 Orientierende Sozialberatung; D021-D029 Sozialrechtliche Beratung: Div. Themen. Der Datensatz beinhaltete zudem Variablen folgender Kategorien: Soziodemografie, Sozioökonomie, sozialmedizinische Risiken, Rehabilitationsdiagnose, Rehabilitationsmaßnahme. Für Studienteil A wurde der Zusammenhang dieser Merkmale mit der Inanspruchnahme je Indikationsbereich multivariat mit einem logistischen Regressionsmodell geschätzt. Da fast ausschließlich statistische Kriterien (likelihood ratio) über die Aufnahme der Variablen in die Regressionsmodelle entschieden, wurden die Modelle intern und extern kreuzvalidiert (Abb. 1) sowie deren Güte (Nagelkerke  $R^2$ ) und diskriminative Fähigkeiten (c-statistic) überprüft. In Studienteil B der Studie wurde durch ein Propensity Score Matching (PSM) für mögliche konfundierende Faktoren des Zusammenhangs sozialarbeiterischer Leistungen mit dem Reha-Erfolg adjustiert. Der propensity score (PS) wurde anhand sämtlicher o.g. Variablen mittels Logit-Modell geschätzt. Orthopädische/kardiologische RehabilitandInnen mit dokumentierten sozialarbeiterischen Leistungen wurden auf Grundlage dieses PS mit Personen ohne diese Leistung gematcht (maximal erlaubte Abweichung: 1/4 der Standardabweichung des PS (sog. caliper matching), Guo & Fraser, 2011). Durch einen Vergleich (paired t-test, wilcoxon signed-rank test) der Interventions- (IG) und Kontrollgruppen (KG) wurde die Wirksamkeit der sozialarbeiterischen Leistung hinsichtlich des Reha-Erfolgs überprüft. Der Reha-Erfolg wurde durch einen ICF-basierten Outcome-Index, der sich aus den subjektiven Angaben im FBR ergab, abgebildet. Es galt ein zweiseitiges, Bonferroni-korrigiertes  $\alpha$ -Niveau von  $p < 0,025$ . Zudem wurden Effektstärken berechnet.

## Ergebnisse

Die Stichprobencharakteristika der RehabilitandInnen aus orthopädischen ( $n=16.955$ ) bzw. kardiologischen Reha-Einrichtungen ( $n=54.056$ ) sind in Tabelle 1 aufgeführt.

Studienteil A: Sozialmedizinische Risiken wie z.B. eine AU-Zeit von mehr als 6 Monaten im Vergleich zu unter drei Monaten ( $OR(\text{Orthopädie})=1,64$  [ $95\%-CI:1,49-1,80$ ]) standen mit einer erhöhten Inanspruchnahme der Leistungen in einem Zusammenhang. Zudem sank die Chance der Inanspruchnahme bei einem Heilverfahren ( $OR(\text{Kardiologie})=0,29$  [ $0,26-0,33$ ]) und bei nicht vorhandener Erwerbstätigkeit ( $OR(\text{Kardiologie})=0,69$  [ $0,53-0,91$ ]). Die diskriminative Güte der Modelle war begrenzt ( $c(\text{Orthopädie})=.62$ ;  $c(\text{Kardiologie})=.65$ ). Die Modelle blieben jedoch über den Zeitraum eines Jahres robust. Die Modellgüte betrug  $R^2=0,072$  (Orthopädie) bzw.  $R^2=0,154$  (Kardiologie).

Studienteil B: Nach erfolgreichem Matching in beiden Stichproben bestätigte sich durch einen Vergleich des durchschnittlichen Reha-Erfolgs sowohl bei orthopädischen RehabilitandInnen (Mdn(IG)=-0,258; Mdn(KG)=-0,168; Z=-13,217; p=0,000; r=-0,12) als auch bei kardiologischen RehabilitandInnen (M(IG)=-0,050 [95%-CI: -0.086; -0.014]; M(KG)=0,149 [0.115; 0.182]; T=-8,00; p=0,000; d=-0,20) der potenziell negative Effekt sozialarbeiterischer Leistungen auf den Reha-Erfolg mit jeweils kleinen Effektstärken.

Tab. 1: Beschreibung der Stichprobe in orthopädischen bzw. kardiologischen Rehabilitationseinrichtungen

		Orthopädische Rehabilitation		Kardiologische Rehabilitation	
		n	gültige Prozente (%)	n	gültige Prozente (%)
Alter in Jahren	18 - 40	4734	8,8	969	5,4
	41 - 46	7306	13,5	1849	10,4
	47 - 52	12635	23,4	3788	21,3
	53 - 58	17490	32,4	5983	33,6
	59 - 64	11291	20,9	4860	27,3
	≥ 65	600	1,1	372	2,1
Geschlecht	weiblich	38291	70,8	6576	36,9
	männlich	15765	29,2	11245	63,1
Staatsangehörigkeit	deutsch	53425	99,0	17607	99,0
	Europa	443	0,8	142	0,8
	nicht Europa	82	0,2	27	0,2
	fehlend	106		45	
Bundesland	West	39050	72,3	12931	72,6
	Ost	12110	22,4	3998	22,4
	Berlin	2733	5,1	842	4,7
	Orte im Ausland	150	0,3	49	0,3
	fehlend	13		1	
Familienstand	alleinstehend	15352	29,6	4549	26,7
	Partnerschaft	36573	70,4	12464	73,3
	fehlend	2131		808	
Schulabschluss	ohne Schulabschluss	387	0,7	120	0,7
	Hauptschulabschluss	15254	29,4	4523	26,5
	Mittlere Reife	21802	42,1	6126	35,9
	Abitur	11393	22,0	5119	30,0
	anderes	2961	5,7	1165	6,8
	fehlend	2259		768	
Stellung im Beruf	nicht erwerbstätig	4655	9,0	1567	9,2
	ungelernt	620	1,2	136	0,8
	angelernt	951	1,8	182	1,1
	Selbstständiger	1654	3,2	1273	7,5
	Facharbeiter	1806	3,5	509	3,0
	Angestellter	41208	79,8	13089	76,8
	sonstiges	747	1,4	289	1,7
	fehlend	2415		776	
Arbeitsumfang bei Antrag	Vollzeit	29912	60,2	11935	67,0
	Teilzeit	12991	26,1	2091	11,7
	nicht erwerbstätig	6817	13,7	3795	21,3
	fehlend	4336		//	

		Orthopädische Rehabilitation		Kardiologische Rehabilitation	
		n	gültige Prozente (%)	n	gültige Prozente (%)
AU Zeit	keine AU	9956	18,4	2964	16,6
	< 3 Mo. AU	30582	56,6	11875	66,7
	3 - 6 Mo. AU	5506	10,2	967	5,4
	>6 Mo. AU	4982	9,2	931	5,2
	nicht erwerbstätig fehlend	3016 14	5,6	1074 10	6,0
Arbeitsfähigkeit vor Aufnahme	arbeitsfähig	32187	59,5	10806	60,6
	arbeitsunfähig	15217	28,2	4626	26,0
	fehlende Angabe	6652	12,3	2389	13,4
Rentenantrag vor Reha	nein	45299	83,8	14838	83,3
	ja	1956	3,6	516	2,9
	fehlende Angabe	6801	12,6	2467	13,9
Verfahrensart	AHB	18151	33,6	9869	55,4
	HV	26467	49,0	4770	26,8
	anderes	9438	17,5	3182	17,9
Dauer des Aufenthalts	unter 3 Wochen	3136	5,8	1283	7,2
	3 Wochen	32138	59,5	10007	56,2
	über 3 Wochen	18776	34,7	6527	36,6
	fehlend	6		4	
Rehabilitations- diagnose	KHK (RTS) Chron. Rückenschmerz (RTS)	20722	38,3	//	37,5
	Hüft-/Knie-TEP (RTS) Psychische und Verhaltensstörungen	10505 11100	19,4 20,5	3586	20,4
	andere Indikation	11726	21,7	7508	42,1
	fehlend	3		2	
	Inanspruch- nahme Soz. Arb.	Ja nein	22976 31080	42,5 57,5	9358 8463

AHB: Anschlussheilbehandlung; AU: Arbeitsunfähigkeit; HV: Heilverfahren; KHK: koronare Herzkrankheit; TEP: Totalendoprothese

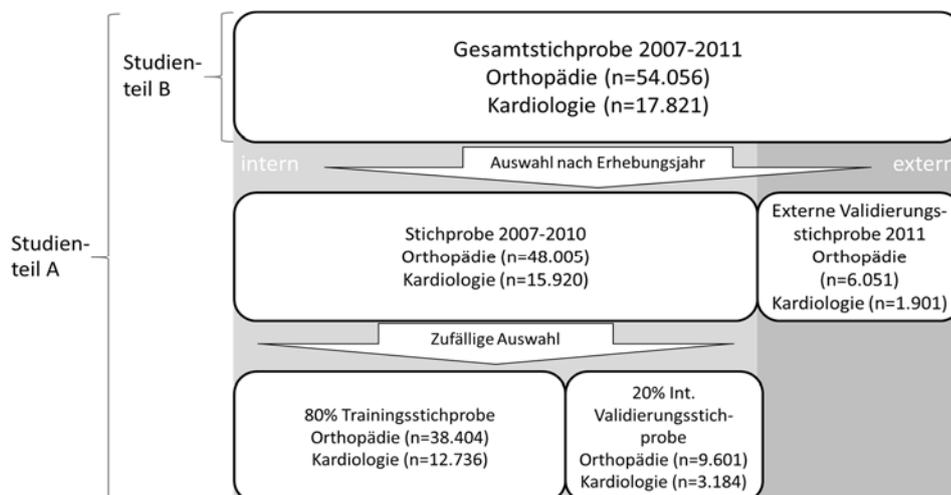


Abb. 1: Flowchart der Ziehung der Stichproben zur internen und externen Validierung

## **Diskussion und Fazit**

Die Aussagekraft der Ergebnisse beider Studienteile ist durch den Einsatz prozessproduzierter Daten limitiert. Im Studienteil B besteht zudem die Gefahr eines hidden bias.

Die Bedeutung sozialmedizinischer und sozioökonomischer Probleme für die Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation werden in den Sozialarbeitswissenschaften ebenfalls diskutiert, konnten im Studienteil A jedoch nur in mancher Hinsicht bestätigt werden. Andere vermutete Bedarfskriterien konnten mit den vorliegenden Qualitätssicherungsdaten nicht überprüft werden. Der große Einfluss der Verfahrensart trat unerwartet auf. Die Ergebnisse von Studienteil B komplettieren das inkonsistente Bild zur Wirksamkeit der Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation, da bereits positive (Vogel et al., 2017) und nicht signifikante Ergebnisse (Salzwedel et al., 2019) publiziert wurden. Sowohl die Variabilität der Inanspruchnahme als auch die Wirksamkeit sozialarbeiterischer Leistungen konnten mit der vorliegenden Studie nicht ausreichend erklärt bzw. gezeigt werden. Deshalb soll in einem nächsten Schritt die Praxis der Sozialarbeit mithilfe von Interviews und begleitenden Beobachtungen analysiert werden und relevante Wirkmechanismen identifiziert werden.

## **Literatur**

- Guo, S., Fraser, M.W. (2011): Propensity score analysis. Statistical methods and applications. Los Angeles, Calif.: Sage (Advanced quantitative techniques in the social sciences, 12).
- Knoop, T., Dettmers, S., Meyer, T. (2019): Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation – Eine Literaturübersicht über den aktuellen Stand der Forschung. In: Die Rehabilitation 58 (2), S. 89–95. DOI: 10.1055/a-0618-0921.
- Salzwedel, A., Wegscheider, K., Schulz-Behrendt, C., Dörr, G., Reibis, R., Völler, H. (2019): No impact of an extensive social intervention program on return to work and quality of life after acute cardiac event: a cluster-randomized trial in patients with negative occupational prognosis. In: International archives of occupational and environmental health. DOI: 10.1007/s00420-019-01450-3.
- Stamer, M., Zeisberger, M., Kleineke, V., Brandes, I., Meyer, T. (2014): MeeR. Merkmale einer guten und erfolgreichen Reha-Einrichtung. Abschlussbericht für den Auftraggeber (DRV Bund). Medizinische Hochschule Hannover. Hannover.
- Vogel, M., Walther, A.L., Deck, R. (2017): Telefonische sozialdienstliche Nachsorge zur Verbesserung der beruflichen Reintegration nach stationärer medizinischer Rehabilitation. In: Die Rehabilitation 56 (6), S. 379–388. DOI: 10.1055/s-0043-111614.

Förderung: Deutschen Rentenversicherung Bund

# Wirksamkeit einer Co-Therapeutischen Weiterbildung von Pflegekräften in der Psychosomatik

*Manfred Rundel<sup>1</sup>; Eike Fittig<sup>2</sup>; Sonja Becker<sup>3</sup>; Mirjam Körner<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Celenus SE; <sup>2</sup> Celenus Klinik Carolabad Chemnitz;

<sup>3</sup> Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau

## Hintergrund und Zielstellung

Pflegekräfte haben durch ihre alltägliche Nähe zu den Patienten eine Schlüsselrolle: Sie bilden die Verbindungsstelle zwischen dem Klinik-Alltag der Patienten und der Therapie. Häufig sind die Pflegekräfte daher die ersten Ansprechpartner für Patienten in medizinischen und psychologischen Krisensituationen. Eine interne Befragung dieser Berufsgruppe hatte ergeben, dass sie sich jedoch bezüglich ihres Wissens und ihrer Handlungskompetenz in konkreten Krisen- und Interventionssituationen ganz unterschiedlich kompetent einschätzen (Rundel et al., 2018).

Mit dem Ziel eines homogeneren Kompetenzniveaus in dieser Berufsgruppe wurde das Konzept der Co-Therapeutischen Weiterbildung für Pflegekräfte in der psychosomatischen Rehabilitation entwickelt und über zwei Jahre durchgeführt. In acht Modulen wurden relevantes Wissen unter anderem zu Grundlagen psychischer Störungen und zu verhaltenstherapeutischer und tiefenpsychologischer Psychotherapie sowie spezifische Handlungskompetenzen in der Krisenintervention vermittelt. Im Rahmen der Begleitevaluation wurden die Pflegekräfte vor und nach der Weiterbildung befragt.

Darüber hinaus sollte mit diesem Weiterbildungscurriculum die traditionelle Rolle von Pflegekräften hinsichtlich der heutigen Bedarfe in der psychosomatischen Reha überdacht und entsprechend weiter entwickelt werden. Ein modernes Pflegekonzept könnte die Attraktivität des Arbeitsplatzes für diese Berufsgruppe erhöhen.

## Methoden

In der vorliegenden Arbeit sollen die Ergebnisse des Prä-Post-Vergleichs zur Abbildung von Trainingseffekten des Curriculums dargestellt werden. Hierzu wurden alle Pflegekräfte in den psychosomatischen Verbundkliniken vor (t1) und nach (t2) der Weiterbildung befragt. Der dazu eingesetzte Fragebogen enthielt Items im Wesentlichen aus den Instrumenten "Hospital Nurse Perceptions of their Behavioral Health Care Competency" (Rutledge et al., 2012), "Mental Health Problems Perception Questionnaire" (Lauder et al., 2000) und "Teampuls" (Wiedemann et al., 2001) sowie selbst formulierte Items. Es wurden die Skalen "Kompetenzen im Umgang mit Patienten mit psychischen Erkrankungen", „Rolle der Pflegekraft im Umgang mit Patienten mit psychischen Erkrankungen“ sowie „Arbeit im Team“ gebildet. Darüber hinaus wurden in der Nachbefragung die „Auswirkungen der Weiterbildung“ sowohl auf die eigene Arbeit als auch auf die Aufgabenstruktur in der Klinik erfragt.

## Ergebnisse

Insgesamt konnten vor Beginn der Weiterbildung 78, danach 63 Pflegekräfte befragt werden. 30 Mitarbeiter haben zu beiden Zeitpunkten an der Befragung teilgenommen. Im Prä-Post-Vergleich sind auf Skalen-Ebene keine signifikanten Unterschiede festzustellen. Auf Item-Ebene zeigen sich jedoch verschiedene bedeutsame Veränderungen. So wurde die Aussage

„Ich kann geeignete Pflegeinterventionen für psychische Störungen wie Depression, Bipolare Störung und Psychose durchführen“ nach der Weiterbildung signifikant positiver bewertet als davor (MW:  $t_1/t_2=3,0/3,6$ ,  $T=3,62$ ,  $df=29$ , Sig. (2-seitig)=0,001). Hinsichtlich der „Auswirkungen der Weiterbildung“ auf die eigene Arbeit gaben die befragten Pflegekräfte mehrheitlich an, „sehr viel Neues gelernt“ zu haben (MW=3,94; SD=1,1; N=50). Deutlich unterschiedlicher wurden die Auswirkungen auf die Arbeitsstruktur, bspw. auf die Aufgaben der Pflege bewertet (Abbildung 1).

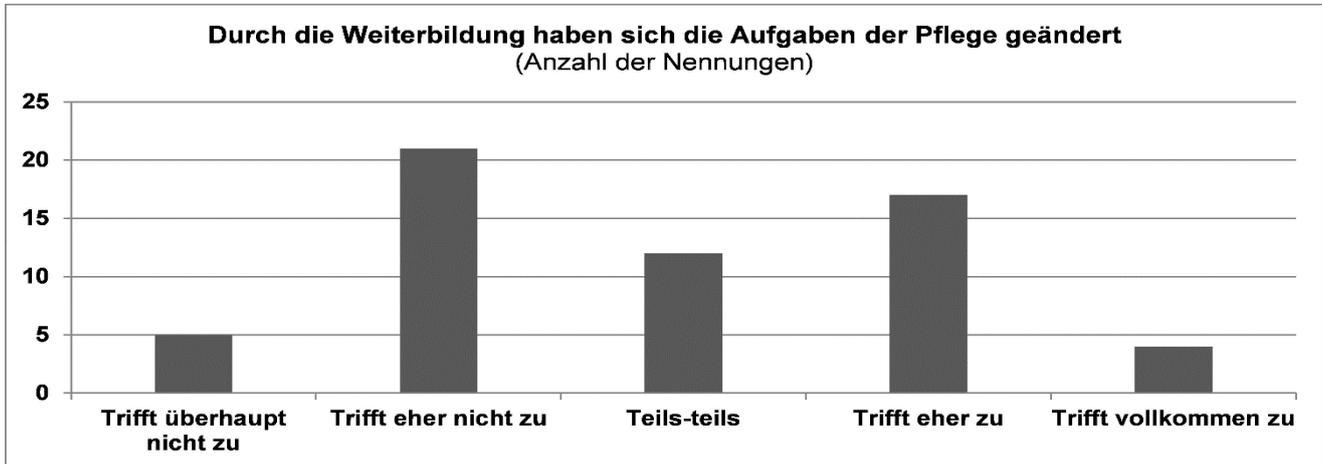


Abb. 1: Angaben zur Veränderung der Aufgaben in der Pflege (N=60)

## Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse der Evaluation bestätigen grundsätzlich die Konzeption des Curriculums. Im direkten Prä-Post-Vergleich zeigen sich insbesondere in denjenigen Themenbereichen signifikante, positive Veränderungen, die als eigenständige Module in der Weiterbildung angelegt waren. Interessanterweise gaben selbst Pflegekräfte, die nicht am Curriculum teilgenommen haben, in der Nachbefragung an, ihren beruflichen Anforderungen etwas besser gewachsen zu sein als vor der Weiterbildung. Dieses Ergebnis könnte auf einen Transfereffekt, eine interne Weitervermittlung an das eigene Pflegeteam verweisen. Kritisch zu bewerten ist jedoch die heterogene Rückmeldung der Pflegekräfte zur Veränderung der Aufgabenstruktur. Hier scheint die Weiterbildung bislang nicht zwangsläufig zu einer Anpassung der bisherigen Aufgaben und somit zu einer Weiterentwicklung der Rolle im Rehateam zu führen.

## Literatur

- Lauder, W., Reynolds, W., Reilly, V., Angus, N. (2000): The development and testing of the Mental Health Problems Perception Questionnaire. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(3), 221–226. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2000.00270>.
- Rundel, M., Fittig, E., Becker, S., Körner, M. (2018): Co-Therapeutische Weiterbildung von Pflegekräften in der Psychosomatischen Rehabilitation. *DRV-Schriften*, 113, 425-427.
- Rutledge, D. N., Wickman, M., Drake, D., Winokur, E., Loucks, J. (2012): Instrument validation: hospital nurse perceptions of their Behavioral Health Care Competency. *Journal of Advanced Nursing*, 68(12), 2756-2765. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06025>.
- Wiedemann, J., Watzdorf, E., Richter, P. (2001): *TeamPuls-Internetgestützte Teamdiagnose* (2. Auflage.). Dresden: TU, Institut für Arbeits- und Organisationspsychologie.

# Der naviGürtel - ein neues Hilfsmittel für Menschen mit einem Balint Syndrom

*Maria Speh<sup>1</sup>; Jessika Schwandt<sup>2</sup>; Silke Kärcher<sup>2</sup>; Jennifer Randerath<sup>3</sup>; Michael Jöbges<sup>4</sup>*

<sup>1</sup> Kliniken Schmieder Allensbach; <sup>2</sup> feelSpace GmbH; <sup>3</sup> Universität Konstanz;

<sup>4</sup> Kliniken Schmieder Konstanz

### Hintergrund und Zielstellung

40% der Patienten geben visuelle Probleme nach einer Hirnschädigung an (Kerkhoff G. et al., 2009). Das Balint Syndrom ist selten jedoch besonders schwerwiegend. Es beschreibt eine Störung der räumlichen Orientierung, die gekennzeichnet ist durch das Vorliegen einer Simultanagnosie, optischen Ataxie und Blickataxie. Die Betroffenen bleiben mit ihrer Aufmerksamkeit nur auf einem einmal fixierten Gegenstand haften und nehmen nie mehr als einen Gegenstand auf einmal wahr. Sie können Gegenstände erkennen und benennen, jedoch nur ungenau und unsicher danach greifen (während sie zum Beispiel auf eigene Körperteile rasch und zielsicher zeigen können). Die Blickataxie manifestiert sich einerseits mit einer freien Beweglichkeit der Augen in allen Richtungen aber großen Problemen von einem einmal erfassten Blickziel auf ein neues Blickziel zu wechseln. Dieses Syndrom führt zu schwersten Einschränkungen der visuomotorischen Koordination.

Der naviGürtel stellt additive taktile Informationen zur Verfügung. Durch diese Informationen sollen die Orientierungsleistungen der Betroffenen verbessert werden.

### Methoden

Das Hilfsmittel von feelSpace wurde als taktiles Kompassgürtel entwickelt. Über 16 ringsum gleich verteilte Vibrationselemente können Richtungen durch Vibrationen fühlbar angezeigt werden. In der Steuerungseinheit befindet sich ein Kompassmodul, welches es ermöglicht, die relative Ausrichtung des Gürtelträgers im Raum bei der Richtungsanzeige zu berücksichtigen, dadurch wird die Richtungsanzeige für den Nutzer intuitiv verständlich. Die Vibrationsstärke kann über die Bedientasten moduliert werden. Über eine Bluetooth-Verbindung (Low Energy 4.1) kann der Gürtel per App bedient werden und Wegrichtungen anzeigen. Die feelSpace Navigations-App macht nach einer Zieleingabe Wegvorschläge und der Gürtel weist mit Vibrationen rund um den Bauch den zu gehenden Weg.

Zwei Patienten mit einem kompletten bzw. inkompletten Balint Syndrom wurden mit dem naviGürtel versorgt. Sie mussten mehrere Orientierungsaufgaben sowohl innerhalb eines Gebäudes als auch Umfeld bewältigen.

Auf Grund der geringen Fallzahl und der schwierigen objektiven Abbildbarkeit von schwer gestörten Orientierungsleistungen in messenden Verfahren, wurden diese Leistungen rein deskriptiv erfasst.

Ebenso wurde die Nutzerzufriedenheit erfasst.

## **Ergebnisse**

Beide Patienten konnten sich mit diesem Hilfsmittel sowohl im Gebäudeinneren als auch im Gelände deutlich besser orientieren.

Neben diesem erfreulichen Ergebnis ist von besonderem neuropsychologischen Interesse, dass die Patienten offensichtlich abdominale Vibrationsinformationen zur Navigation nutzen konnten, d.h. diese kompensatorisch in ihr zentrales–visuelles Explorationsnetzwerk integrieren konnten.

Es konnte eine hohe Nutzerzufriedenheit festgestellt werden.

## **Diskussion und Fazit**

Das Balint-Syndrom führt zu schwersten Einschränkungen der visuomotorischen Koordination und damit auch der Orientierung. Die Möglichkeiten der restitutiven und/oder kompensatorischen übenden Therapien sind limitiert.

Der naviGürtel übermittelt additive taktile Informationen, die zur Verbesserung der Orientierungsleistung genutzt werden könnten.

Diese "Proof of Principle" Untersuchung legt nahe, dass dieses innovative Hilfsmittel bei Menschen mit einem Balint Syndrom wirksam eingesetzt werden könnte. Die taktilen Informationen konnten bei den untersuchten Patienten in das zentrale-visuelle Explorationsnetzwerk integriert werden und die Nutzerzufriedenheit war groß.

Selbstverständlich sind zur Erhärtung dieser Vermutungen weitere Untersuchungen mit deutlich höheren Teilnehmerzahlen notwendig.

## **Literatur**

Kerkhoff G., Marquardt C. (2009): Eyemove – Standardisierte Diagnostik und Therapie visueller Explorationsstörungen. *Der Nervenarzt* 2009;80:1190-1204.

Interessenkonflikt: Zwei Autorinnen arbeiten für die Herstellerfirma des benutzten Hilfsmittels.

## **Die RheVITAL-App: Empowerment von Rheumakranken zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit und sozialen Teilhabe**

*Anja Stoye<sup>1</sup>; Ekkehard Genth<sup>2</sup>; Monika Mallau<sup>2</sup>; Wolfgang Vorbrüggen<sup>2</sup>; Achim Fricker<sup>3</sup>; Wilfried Mau<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Martin Luther Universität Halle-Wittenberg;

<sup>2</sup> Verein zur Förderung der Rheumatologie e.V., Aachen; <sup>3</sup> QUINUM GmbH

## **Hintergrund und Zielstellung**

In Deutschland leiden ca. 1,5 Millionen Erwachsene an einer chronisch entzündlich-rheumatischen Krankheit. Personen mit diesen Krankheiten können Aktivitäten des täglichen Lebens oft nur noch eingeschränkt ausüben, was zu Beeinträchtigungen der Teilhabe führen kann.

Trotz insgesamt deutlich positiver Entwicklungen bzgl. der Verminderung der Arbeitsunfähigkeitsfälle und Arbeitsunfähigkeitstage in den letzten Jahren (Albrecht et al., 2019) bei rheumatologisch betreuten Patient\*innen besteht bei einem nicht zu vernachlässigenden Teil der Betroffenen Handlungsbedarf bzgl. der Erwerbstätigkeit. Die Verminderung der entzündlichen Krankheitsaktivität allein ist kein ausreichendes Behandlungsziel; vielmehr müssen die funktionale Gesundheit und Teilhabe verbessert werden (Mau et al., 2015). Dabei sind auch die betroffenen Patienten vom Beginn an zum eigenverantwortlichen Krankheitsmanagement zu befähigen.

Deshalb sind neben den etablierten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zunehmend neue Wege einschließlich digitaler Angebote zur Verbesserung des Krankheitsmanagements durch die Patient\*innen selbst (Gesundheitskompetenz) und ihre Ärzt\*innen von Interesse. Ziel des Projekts ist die Entwicklung eines Systems zur adaptiven Steuerung der umfassenden medizinischen Versorgung von Patient\*innen mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen, das der nachhaltigen Verbesserung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit der Betroffenen, einer Entlastung der behandelnden Ärzt\*innen bei der Dokumentation und therapie relevanten Kontrollen sowie der nachhaltigen Selbstbefähigung (Gesundheitskompetenz) der Erkrankten dienen soll.

## **Methoden**

Aus diesem Grund wird in dem EFRE-geförderten Verbund-Projekt RheVITAL seit 2017 unter Einbezug betroffener Patient\*innen und behandelnder Facharztgruppen (Rheumatologen und Arbeitsmediziner) sowie mit der Unterstützung der Deutschen Rheuma-Liga e. V. eine Anwendung für Smartphone, Tablet, Laptop oder PC entwickelt.

Nach einer Einweisung geben die Erkrankten die von ihnen erhebbaren subjektiven Verlaufsp Parameter ein, die zusammen mit den von den Ärzt\*innen eingegebenen Parametern in der elektronischen Fallakte (EFA 2.0) gespeichert werden. Ein intelligentes Monitoring überwacht diese Daten mit einem Frühwarnsystem und meldet Abweichungen. Ein wissensbasiertes Steuerungssystem leitet dann daraus adäquate Handlungsempfehlungen sowohl für die Erkrankten (Rheuma Guide) als auch für die Behandelnden (Rheuma Navigator) ab. Abgefragt werden u.a. Informationen zum Erwerbstätigkeitsstatus, zur Arbeitsfähigkeit (WAI) sowie zu möglichen Einschränkungen der Teilhabe (IMET). Die Daten dienen in Verbindung mit medizinischen Parametern (z.B. DAS28) als Grundlage für ein individuelles Feedback an die Patient\*innen und Ärzt\*innen.

## **Ergebnisse**

Das System bietet einen umfassenden Überblick über den Krankheits- und Therapieverlauf. Aufgrund literaturbasierter Grenzwerte wurden sowohl medizinische als auch teilhabebezogene Feedbacks entwickelt. Im Fall einer Änderung der Parameter erfolgt eine Meldung an die jeweiligen Ärzt\*innen. Auch den Patient\*innen werden in diesem Fall bereits frühzeitige Verweise auf Maßnahmen der Rehabilitation und Wiedereingliederung sowie nicht-medizinische Maßnahmen der Anpassung von Arbeitsbedingungen angezeigt. Dabei wird u.a. auf Material der Deutschen Rentenversicherung, der Deutschen Rheumaliga e. V. und dem Wegweiser Arbeitsfähigkeit zurückgegriffen. Darüber hinaus wird, wenn nötig, zeitnah ein Termin bei behandelnden Rheumatologen angeboten.

## **Diskussion und Fazit**

Durch die verbesserte leitlinienkonforme Therapiesteuerung mit RheVITAL sollen Therapieziele wie Schubvermeidung, Remission, Erhalt der Funktionsfähigkeit und dadurch die Erwerbsfähigkeit und andere Teilhabeziele besser erreichbar sein. Personalisierte Therapiemöglichkeiten und die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient sind Schlüssel zu einem bewussten und selbstbestimmten Leben mit einer chronischen Erkrankung. Das RheVITAL-System kann eine Plattform dafür sein.

Bis zum Projektende (März 2020) wird RheVITAL weiterentwickelt. Anschließend erfolgt ein großangelegter finaler Beta-Test mit Ärzten und Patienten. Außerdem muss eine Wirksamkeitsstudie erfolgen, um das System als Medizinprodukt einstufen zu lassen und somit Transfer in die Routine zu gewährleisten.

## **Literatur**

- Albrecht K., Callhoff J., Zink A. (2019): Langzeittrends in der rheumatologischen Versorgung: Erfolge und Defizite im Spiegel von 25 Jahren rheumatologischer Kerndokumentation. Zeitschrift für Rheumatologie 78:703–712. doi:10.1007/s00393-019-0660-5.
- Mau W., Beyer W., Ehlebracht-König I., Engel J.-M., Genth E., Lange U. (2015): Treat to Participation: DGRh-Positionspapier zur nachhaltigen Verbesserung des funktionalen Gesundheitszustandes von Rheumakranken. Zeitschrift für Rheumatologie 74:553–557. doi:10.1007/s00393-015-1640-z.

## **Modellprojekt für integrative, betriebliche Gesundheitsförderung an Standorten der Passauer Wolf Rehakliniken im Format „Abenteuer R.O.T.“**

*Stephan Biesenbach*

Reha-Zentren Passauer Wolf GmbH

## **Hintergrund und Zielstellung**

Die Beweislage für die gesundheitsfördernden Wirkungen von Lebensstilanpassungen, die zu regelmäßiger körperlicher Aktivität, gesundem Ernährungsverhalten und kompetentem Umgang mit „Stress“ führen, ist ausreichend hoch. Dennoch erreichen weniger als 50% der Bevölkerung in westlichen Industrieländern die Empfehlungen der WHO (vgl. WHO 2018) für körperliche Aktivität. Ferner ist die Anzahl chronischer Erkrankungen mit Bezug zu Fehlernährung, Übergewicht und Bewegungsmangel konstant hoch und Fehlzeiten aufgrund stressbezogener, psychischer Erkrankungen sind seit 2008 um 67% angestiegen (Meyer, 2018). Demgegenüber steht eine hohe Anzahl verhaltens- und verhältnisorientierter Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen durch Arbeitgeber, Krankenkassen und Berufsgenossenschaften. Am Setting Arbeitsplatz sind 4 Maßnahmen-Themen dominant repräsentiert: körperliche Belastungen/Aktivität, Ernährung/Anpassungen der Kantinenverpflegung, psychosoziale Belastungen/Stressbewältigung und Konsum von Suchtmitteln/Entwöhnungskurse.

In den meisten Unternehmen werden so genannte BGF-Maßnahmen in Form von Bewegungs- und Fitnessangebote umgesetzt. Im Idealfall sollten solche Einzelmaßnahmen

zu messbaren Effekten in Form von Kosten- oder Fehlzeitenreduktion führen. Auf der individuellen Ebene wird eine positive Veränderung ausgewählter Leistungsparameter angestrebt.

Die Inanspruchnahme betrieblicher Gesundheitsförderung liegt bundesweit im Mittel bei 45%. Die Studienlage zur Nachhaltigkeit ist gering, Studien mit Cochrane Anspruch in Bezug auf Methodik, Durchführung und Design sind die Ausnahme.

Die Passauer Wolf Rehakliniken haben 2018 ein Modellprojekt betrieblicher Gesundheitsförderung „Abenteuer R.O.T“ über 2 Jahre gestartet. Zielgrößen sind u.a.: Steigerung der Inanspruchnahme von betrieblicher Gesundheitsförderung, Kompetenzentwicklung im Umgang mit physischen und psychischen Belastungen, Entwicklung eines gemeinsamen Wertekontextes „gesundheitsförderlicher Lebensstil“, Verankerung der Kernelemente des Unternehmensleitbildes (Autonomie, Eigenverantwortung und Selbstmotivation). Das Format „Abenteuer R.O.T“ wurde als integratives 4-Phasenkonzept entwickelt, um die Mitarbeiter engmaschig zu begleiten, außergewöhnliche, multimodale Selbsterfahrung zu ermöglichen und langfristig an einen gesundheitsfördernden Lebensstil heranzuführen.

## **Methoden**

2018 erfolgte in Phase 1 an 4 Standorten des Unternehmens eine COPSOQ-Befragung (Nübling, 2006) der Mitarbeiter (psychische Gefahrenanalyse gemäß Arbeitsschutzgesetz). Des Weiteren wurden allgemeine Belastungs-/Beanspruchungsprofile getrennt nach Berufsgruppen erstellt. BGF-Standortbeauftragte führten standardisierte Interviews mit Abteilungsleitern der Berufsgruppen durch. Im 1. Quartal 2019 waren alle Mitarbeiter eingeladen an 4 Impulstagen „Dein Abenteuer Gesundheit“ teilzunehmen. Diese beinhalteten Vorträge zum Thema Gesundheit und Lebensstil mit Bezug zu den Handlungsfeldern Aktivität, Stress, Ernährung. Ein individuelles Screening konnte am gleichen Tag (Daten anonymisiert) in Anspruch genommen werden. Erhoben wurden anthropometrische Daten (Alter, Größe, Gewicht, berufliches Belastungsprofil (PAL), Ernährung: Körperanalyse (BIA); Stress: Herzfrequenzvariabilität (HRV) und Aktivität: Functional Movement Screen (FMS).

Phase 2 des Projektes „Abenteuer R.O.T“ startete 7/2019 mit Einladung aller Mitarbeiter zu standardisierten Impulsseminaren (jeweils 4 Stunden) in einem der Handlungsfelder. Leitgedanke dieser „Impuls-Seminare“: 1. Neue Erfahrungen mit Gesundheitsförderung durch inspirierende Gesundheitspädagogik in einem lernfördernden Setting, 2. Anregung zur Selbstreflexion, 3. Begeisterung für individuelle Zielsetzungen im gewählten Handlungsfeld, 4. Übernahme von Eigenverantwortung und Start in eine intrinsisch motivierte Planungs- und Umsetzungsphase.

Eingesetzt werden Fragebögen zu Stresswahrnehmung, Resilienz; Körperlicher Aktivität, Umgang mit Umsetzungsbarrieren; Ernährungsverhalten. Schnittstellen und Wechselbeziehungen der Themen werden hervorgehoben und Umsetzungstechniken für den Lebens- und Berufsalltag theoretisch und praktisch geübt. In homogenen Kleingruppen (z.B. Pflegeberufe) sind die Inhalte den Tätigkeitsmerkmalen angepasst. Den Seminaren folgte eine 30 tägige Umsetzungsphase (Phase 3), für die den Teilnehmern Handlungsplanungs- und Bewältigungshilfen vermittelt werden. Unterstützung bei der Intensionsbildung und Handlungsinitiierung wurde durch die BGF-Beauftragten sichergestellt.

Selbige begleiten zur nachhaltigen Etablierung eines gesunden Lebensstils, die „Aktivitätsphase“ (Phase 4). Über sechs Wochen finden dazu an den Standorten Einzelstunden (1/Wo) im gewählten Handlungsfeld statt. Dabei wird zur Bildung gesundheitsfördernder Gewohnheiten (vgl. Fuchs, 2007 S. 4) wiederholt Bezug auf die Impulse des Basisseminars und die individuellen Zielintentionen, sowie deren Handlungsausführungskontrolle genommen (Schwarzer, 2004). Zur kognitiven Verknüpfung der Inhalte aus den Handlungsfeldern, folgt nach Beendigung der Phase 4 ein „Magic Outdoor Tag“. In außergewöhnlichen Naturlandschaften der jeweiligen Standortumgebung werden Reflexion und interaktive Vermittlung der Themen Emotion, Denkmuster, Gewohnheiten im Zusammenhang mit gesundheitsförderlichem Lebensstil betont.

## **Ergebnisse**

Vorläufige Ergebnisse: Von 1344 Mitarbeitern (76% F/ 24% M) an 4 Standorten nahmen 42% an der COPSOQ-Befragung 2018 teil. Die Impulstage 2019 „Dein Abenteuer Gesundheit“ wurden von ca. 450 Mitarbeitern (33,5%) in Anspruch genommen. BIA-, FMS-, HRV-Messungen wurden jeweils 20 an den 4 Standorten durchgeführt. 244 Fragebögen zur Teilnahmebereitschaft am Modellprojekt „Abenteuer R.O.T“ ergaben für Handlungsfeld Stress 48,4%, Ernährung 28,2% und Aktivität 23,4% positive Zustimmung. Bis Oktober 2019 folgten 11 Impulsseminare mit insgesamt 93 Teilnehmern. 17 weitere Seminare bis März 2020 sind festgelegt. Phase 3 startete im Oktober 2019 an allen Standorten.

Datenerhebung erfolgt in den Bereichen

- Prozessdaten
- MA – Compliance und Zufriedenheit
- Subjektives Stressempfinden
- Subjektives Wohlbefinden
- Resilienz
- Ausmaß körperlicher Aktivität
- Selbstwirksamkeitserwartung
- Ernährungsverhalten

## **Diskussion und Fazit**

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt lassen sich Trends erkennen. Das beschriebene Phasenmodell der Gesundheitsförderung (integrativ, handlungsfeldübergreifend) hat positiven Einfluss auf das Gesundheitsverhalten. Begünstigt werden Zielsetzung, Zielverfolgung und Aufrechterhaltung des Zielverhaltens. Das Format bietet emotionale Attraktivität, fördert die Selbstwirksamkeitserfahrung. Die geplante Evaluation dieses Modells in Bezug auf Adhärenz und langfristige Effekte ist 2020 in 3 Abschnitten geplant.

## **Literatur**

- Fuchs, R., Göhner, W., Seelig, H (2007): Aufbau eines körperlich aktiven Lebensstils. Theorie, Empirie und Praxis. Göttingen: Hogrefe.
- Meyer, M., Wenzel, J., Schenkel, A. (2018): Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2017. In: Badura B., Ducki A., Schröder H., Klose J., Meyer M. (eds) Fehlzeiten-Report 2018. Fehlzeiten-Report, vol 2018. Springer, Berlin, Heidelberg.

- Nübling, M., Stößel, U., Hasselhorn, HM., Michaelis, M., Hofmann, F. (2007): Measuring psychological stress and strain at work: Evaluation of the COPSOQ Questionnaire in Germany. *GMS Psychosoc Med.* 2006;3:Doc05.
- Schwarzer, R. (2004): *Psychologie des Gesundheitsverhaltens* (3. Auflage) Göttingen: Hogrefe.
- WHO (2018) *Noncommunicable diseases country profiles 2018*. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

## **Partizipative Reha-Ziele Online (PREZO) – Konzept & Umsetzung**

*Susanne Dibbelt<sup>1</sup>; Edith Wulfert<sup>1</sup>; Bernhard Greitemann<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup> Institut für Rehabilitationsforschung Norderney; <sup>2</sup> Klinik Münsterland der DRV Westfalen

### **Hintergrund und Zielstellung**

Die partizipative Entwicklung und die Nachverfolgung individueller Reha-Ziele sind wichtige Elemente der Patientenorientierung und Ergebnisorientierung in der Rehabilitation (Glattacker et al., 2016). Dennoch wird gerade der partizipative Aspekt der Reha-Ziel-Arbeit auch aus Zeitgründen häufig vernachlässigt (Stamer et al., 2014).

Ziele mit Rehabilitand\*innen auszuhandeln und zu vereinbaren kostet Zeit, die aber wegen knapper Personalressourcen oft nicht zur Verfügung steht. Behandler\*innen erwarten von Rehabilitand\*innen, dass sie mit „smarten“ Zielen zur Reha kommen, was häufig nicht der Fall ist.

Rehabilitand\*innen hingegen fühlen sich mit der Frage nach ihren Reha-Zielen oft überfordert bzw. sind der Auffassung, dass der/die Behandler\*in als Expert\*in die Ziele festlegen müsse. In der Tat ist eine elaborierte Zielplanung keine triviale Aufgabe, sie muss vielmehr professionell begleitet werden.

Im Rahmen der PARZIVAR-Projekte (Partizipative Zielvereinbarung mit Rehabilitanden in der stationären medizinischen Rehabilitation) wurde ein Leitfaden zur dialoggeleiteten Zielentwicklung zwischen Behandler\*in und Rehabilitand\*in erstellt (Dibbelt et al., 2011; Glattacker et al., 2013; Ullrich et al., 2015). Dieser soll

- Patienten zur Reflektion über Ihre Ziele anregen und ihnen eine aktive Rolle als Experten für ihren individuellen Fall zuweisen.
- Die Ziele konkretisieren und quantifizieren, indem Zielgrößen sowie deren Soll- und Istwerte abgefragt werden.
- Außerdem sollen die Reha-Ziele mit individuellen, motivierenden Teilhabezielen verknüpft werden.

Ein Training der Behandler\*innen und die Durchführung der PARZIVAR-Intervention führte zu deutlichen Verbesserungen des Prozesses, vor allem zu mehr Beteiligung der Rehabilitand\*innen an der Zielarbeit sowie zu überlegenen Outcomes hinsichtlich der Schmerzverarbeitung (Ullrich et al., 2015; Dibbelt et al., 2011).

Das Ziel des Projektes PREZO war die Entwicklung einer Online-Plattform zur Zielbearbeitung. Auf dieser Plattform können Rehabilitand\*innen mittels einer Abfrage ihre Reha-Ziele vor, während und nach dem Klinikaufenthalt entwickeln und nachverfolgen. Gleichzeitig dient die PREZO-Plattform der Prozess- und Ergebnis-Evaluation in einer kontrollierten randomisierten Studie.

## **Methoden**

Die Ziel-Abfragen und Bilanzen wurden in Anlehnung an den PARZIVAR-Leitfaden programmiert so dass sie Online bearbeitbar sind. Sie betreffen die Bereiche: Teilhabe, Mobilität, psychische Gesundheit sowie die berufliche Situation.

Im Einzelnen umfasst die Zielbearbeitung nach PREZO die folgenden Schritte:

- Rehabilitand\*innen entwickeln vor der Reha ihre Reha-Ziele mithilfe einer Abfrage (Ziele-Dialog nach PARZIVAR) auf einer Webseite (PREZO-Seite).
- Das Ergebnis ist ein Dokument, auf dem konkrete individuelle teilhabe-orientierte und - wo möglich - quantifizierte Reha-Ziele genannt sind.
- Das Ergebnisblatt „Individuelle Reha-Ziele“ steht bei Aufnahme den Behandler\*innen (Ärzt\*innen) zur Bearbeitung zur Verfügung.
- Die Reha-Ziele werden mit den Rehabilitand\*innen besprochen und ggf. angepasst (z. B., wenn sie unrealistisch sind). Die Änderungen sollen im Dokument angegeben werden.
- In der Klinik werden die individuellen Reha-Ziele nach 10 Tagen und am Ende der Reha bilanziert sowie Nach-Reha-Ziele vereinbart.
- Auf der PREZO-Webseite werden die Nach-Reha-Ziele über 10 Monate nachverfolgt.

Die Effekte der Zielbearbeitung nach PREZO/PARZIVAR werden mit den Reha-Effekten der üblichen Praxis im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Evaluationsstudie verglichen. Dazu werden Behandler\*innen und Rehabilitand\*innen befragt.

Behandler\*innen und Rehabilitand\*innen bewerten außerdem die Intervention u. a. hinsichtlich der Praktikabilität, des Einbezugs der Rehabilitand\*innen und des Zeitaufwands.

Im Beitrag werden erste Daten und Erfahrungen mit der Online-Bearbeitung von Reha-Zielen berichtet.

## **Ergebnisse**

Partizipation von Rehabilitand\*innen stärkt, die auf der PREZO-Webseite ihre Reha-Ziele autonom, aber dialog-geleitet im Vorfeld der Rehabilitation entwickeln und konkretisieren können. Dies sollte sich in überlegenen Reha-Ergebnissen im Vergleich zu Kontrollgruppe äußern. Zudem stellt die Intervention einen wichtigen Schritt in Richtung Digitalisierung der Abläufe dar. Die Digitalisierung ermöglicht eine konsequente Dokumentation der Zielentwicklung vor, während und nach der Rehabilitation.

## **Diskussion und Fazit**

Die PREZO-Intervention könnte dazu beitragen, das Dilemma zwischen optimierter Umsetzung der Reha-Ziel-Arbeit mit Patientenbeteiligung einerseits und knappen Personalressourcen andererseits zu lösen.

## Literatur

- Bredehorst M., Dibbelt S., Quaschnig K., Glattacker M., Greitemann B. (2014): Zielvereinbarung und Zielarbeit mit RehabilitandInnen – Strukturdatenanalyse von Konzepten und Materialien aus Reha-Einrichtungen in Deutschland. 23. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium in Karlsruhe 2014. DRV-Schriften, Band 103, 233-234.
- Dibbelt S., Quatmann M., Dudeck A., Glattacker M., Greitemann B. (2011): Partizipative Zielvereinbarung zwischen Arzt und Rehabilitand. Orthopädie Technik, 62,11, 440-448.
- Glattacker M., Dudeck A., Dibbelt S., Quatmann M., Greitemann B., Jäckel W.H. (2013): Evaluation einer Intervention zur partizipativen Vereinbarung von Rehabilitationszielen bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. Die Rehabilitation, 52, 257-265.
- Glattacker M., Quaschnig K., Bredehorst M., Dibbelt S., Greitemann B., Farin-Glattacker E. (2016): Reha-Zielvereinbarungen in der medizinischen Rehabilitation: eine bundesweite Bestandsaufnahme. Rehabilitation 55: 143–149.
- Stamer M., Zeisberger M., Kleineke V., Brande I., Meyer T. (2014): Merkmale einer guten und erfolgreichen Reha-Einrichtung (MeeR). Abschlussbericht. Berlin: Deutsche Rentenversicherung. Abruf unter [Letzter Abruf: 28.10.2019]: [http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=MeeR\\_Abschlussbericht.pdf](http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=MeeR_Abschlussbericht.pdf)
- Ullrich A., Mittag O., Garbrecht M., Dibbelt S., Glattacker M. (2015): Partizipative Zielvereinbarung in der Rehabilitation (ParZivar II): Evaluation einer Intervention bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. Die Rehabilitation, 54, 317-324.

Förderung: Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung e.V.

## **Rehabilitative Kurzzeitpflege (REKUP) im stationären Umfeld – Ein Versorgungskonzept für Versicherte mit und ohne vorbestehende Pflegebedürftigkeit**

*Cara Halder-Hinz<sup>1</sup>; Sandra Diekmann<sup>2</sup>; Theresa Hüer<sup>3</sup>; Julia Frankenhauser-Mannuß<sup>4</sup>; Jürgen M. Bauer<sup>5</sup>; Jürgen Wasem<sup>3</sup>; Gert Krischak<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> IFR Ulm, Federseeklinik Bad Buchau;

<sup>2</sup> Essener Forschungsinstitut für Medizinmanagement GmbH (EsFoMed);

<sup>3</sup> Universität Duisburg-Essen; <sup>4</sup> AOK Baden-Württemberg Hauptverwaltung;

<sup>5</sup> Universität Heidelberg

## Hintergrund und Zielstellung

Das aktuelle DRG-Vergütungssystem setzt Anreize für eine frühzeitige Entlassung aus dem Akut-Krankenhaus (von Eiff, 2011). Patient/innen verfügen häufig bei Entlassung aus der Klinik nicht über die für die Aufnahme in eine Rehabilitationseinrichtung erforderliche Rehabilitationsfähigkeit, sodass sie - trotz Rehabilitationspotential, positiver Prognose und Rehabilitationsbedarf - häufig zunächst nach Hause oder in Pflegeinstitutionen entlassen werden. Die idealerweise früh beginnende und lückenlos fortzusetzende Rehabilitation findet

nicht statt und es resultiert das sogenannte „Rehaloch“ (Simmel et al., 2017). Weder im häuslichen Umfeld noch in der Kurzzeitpflege erfolgt eine ausreichende aktivierend-therapeutische Versorgung bzw. eine multimodale Behandlung unter biopsychosozialen Gesichtspunkten. Dadurch besteht die Gefahr, dass eine Rehabilitationsfähigkeit nicht erreicht wird, eine Rehabilitation nur verspätet und mit einer schlechteren Ausgangslage als nötig eingeleitet werden kann oder Dauerpflege notwendig wird.

Das Konzept der rehabilitativen Kurzzeitpflege (REKUP) sieht eine trägerübergreifende (Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung) Ergänzung der Leistungsinhalte der stationären Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI, § 39c SGB V) um multidisziplinäre rehabilitative Maßnahmen im Setting der Rehabilitation vor. Das Ziel ist eine Verbesserung der Versorgung an der Schnittstelle zwischen Akut- und Rehabilitationsbehandlung für noch nicht rehabilitationsfähige Patient/innen mit vorhandenen Besserungspotenzialen und günstiger Rehabilitationsprognose. Im Rahmen einer Kooperation mit der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg (DRV BW) wird zudem ein vereinfachtes Antragsverfahren entwickelt, um einen nahtlosen Übergang trotz Trägerwechsel zu gewährleisten.

## **Methoden**

Zur Evaluation von REKUP wird eine prospektive multizentrische Beobachtungsstudie durchgeführt, in der in einer Modell- und einer Vergleichsregion in Baden-Württemberg die Einführung von REKUP für geriatrische und unfallchirurgisch-orthopädische Patient/innen erprobt wird. In beiden Gruppen werden jeweils 200 geriatrische und 200 unfallchirurgisch-orthopädische Patient/innen mit und ohne Pflegegrad eingeschlossen, für die eine positive Rehabilitationsprognose vorliegt, die aber zum Zeitpunkt der Entlassung noch nicht die Anforderungen der Rehabilitationsfähigkeit erfüllen. Die Rekrutierung der Patient/innen erfolgt auf Basis bestehender Strukturen im Entlassmanagement der Akutkliniken. Für das Vorliegen der Rehabilitationsfähigkeit werden für die geriatrischen Patient/innen die Abgrenzungskriterien der Geriatrie (Borchelt et al., 2004) und für die unfallchirurgisch-orthopädischen Patient/innen eine Checkliste genutzt. In der Studie werden ausschließlich Versicherte im erwerbsfähigen Alter der AOK Baden-Württemberg (AOK BW) und der DRV BW sowie Versicherte im nicht erwerbsfähigen Alter der AOK BW berücksichtigt. Die übliche Dauer von REKUP beträgt für geriatrische Patient/innen 21 Tage und für unfallchirurgisch-orthopädische Patient/innen 28 Tage.

Die Kontrollgruppe besteht aus Patient/innen, die im Anschluss an den Akutaufenthalt in die stationäre Kurzzeitpflege in ein Pflegeheim bzw. in das häusliche Umfeld entlassen werden.

Die primäre Datenerhebung erfolgt über routinemäßig eingesetzte Assessments zu 4 bzw. 5 Messzeitpunkten. Diese Daten werden durch Routedaten der AOK BW ergänzt.

Die formative Evaluation erfolgt anhand von Fokusgruppen mit den an der Umsetzung von REKUP beteiligten Leistungserbringern sowie mittels Telefoninterviews mit den Sozialdiensten zuweisender Akutkliniken. Dabei werden sowohl die Praktikabilität der Implementierungsstrategie als auch die Eignung der Leistungsinhalte, Strukturen und Prozesse für die Zielgruppe sowie der entsprechende Optimierungsbedarf untersucht. Ebenso werden die Differenzierungsfähigkeit der Zuweisungskriterien für REKUP und der Kriterien für die Rehabilitationsfähigkeit betrachtet. Es erfolgt eine Analyse der Versorgungsauscomes, eine ge-

sundheitsökonomische Evaluation sowie die Entwicklung von Finanzierungs- und Vergütungsmodellen.

## **Ergebnisse**

Im Rahmen der Studie sollen Erkenntnisse gewonnen werden, wie das Konzept der rehabilitativen Kurzzeitpflege dazu beitragen kann, durch eine frühzeitige Nutzung von Rehabilitationspotential die Rehabilitationsfähigkeit zeitnah nach einem Akutaufenthalt herzustellen sowie ggf. die Dauer der Rehabilitation zu verkürzen. Hauptzielgrößen sind die Quote der Entlassungen in das häusliche Umfeld mit und ohne Pflege bzw. in die Langzeitpflege, der Pflegegrad sowie Komplikationen, Rückverlegungen in den Akutsektor und Versterben. Detailziele sind der körperliche und psychische Funktions- und Gesundheitszustand, die Selbständigkeit bzw. Alltagskompetenz sowie die Lebensqualität und Zufriedenheit mit der Versorgung. Bei geriatrischen Patient/innen werden zusätzlich die Häufigkeit der Inanspruchnahme einer Rehabilitation und die Angehörigenbelastung ausgewertet. Bei unfallchirurgisch-orthopädischen Patient/innen werden die Rehabilitationsfähigkeit, der Nachsorgebedarf und der Erwerbsstatus betrachtet. Die Evaluation der Kosten und der Kosteneffektivität der rehabilitativen Kurzzeitpflege dient u.a. als Grundlage für die Entwicklung von Finanzierungs- und Vergütungsmodellen. Die Evaluation der Implementierungsstrategie kann wichtige Erkenntnisse für eine mögliche flächendeckende Einführung der rehabilitativen Kurzzeitpflege für Entscheidungsträger erzielen.

## **Diskussion und Fazit**

Das Versorgungskonzept von REKUP kann einen Beitrag dazu leisten, intersektorale Kooperationsprobleme durch trägerübergreifende Zusammenarbeit zwischen Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung zu reduzieren, gemeinsame Prozesse zu optimieren und eine bedarfsgerechte Versorgung von Patient/innen mit positiver Rehabilitationsprognose nach Akutaufenthalt zu gewährleisten. Erste Ergebnisse der Studie sind 2022 zu erwarten.

## **Literatur**

- Borchelt M., Kolb G., Lübke N., Lüttje D., Meyer A.K., Nikolaus T., Pientka L., Renteln-Kruse W., Schramm A., Siegel N.R., Steinhagen-Thiessen E., Vogel W., Wehmeyerm J., Wrobel N. (2004): Abgrenzungskriterien der Geriatrie. Version V1.3. Erarbeitet von einer gemeinsamen Arbeitsgruppe der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V., der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V.
- Eiff W., Schüring S., Greitemann B., Karoff M. (2011): REDIA – Auswirkungen der DRG-Einführung auf die Rehabilitation. *Rehabilitation*, 50: 214-221.
- Simmel S., Müller W.D., Reimertz C., Kühne C., Glaesener J.J. (2017): Phasenmodell der Traumarehabilitation. Wie können wir das „Rehaloch“ vermeiden? *Der Unfallchirurg* 120 (9), 804-812.

Förderung: Innovationsausschuss

## Das Gute im Schlechten? Psychometrische Evaluation der Benefit Finding Scale an Jugendlichen mit chronisch körperlichen Erkrankungen

*Roman von Rezori; Petra Warschburger*

Universität Potsdam

### Hintergrund und Zielstellung

Chronisch körperliche Erkrankungen sind mit einer erhöhten psychischen Belastung und einer verminderten Lebensqualität verbunden (Pinquart & Shen, 2011; Varni, Limbers, & Burwinkle, 2007). Erste Evidenz zeigt, dass Menschen, die ein positives Wachstum aus kritischen Lebensumständen ableiten (= „Benefit Finding“), weniger emotionalen Stress und mehr psychisches Wohlbefinden erleben (Helgeson, Reynolds, & Tomich, 2006). Bisher gibt es leider kaum Forschung zu Benefit Finding im Jugendalter, obwohl diese Phase aufgrund hoher Entwicklungsanforderungen als besonders sensible Phase betrachtet wird.

Das Ziel der vorliegenden Studie war es, eine erste deutsche Version der Benefit Finding Scale (BFSC; Phipps, Long, & Ogden, 2007) für Jugendliche bereitzustellen und diese psychometrisch anhand Daten von 265 Jugendlichen und jungen Erwachsenen (12-21 Jahre) mit chronisch körperlichen Erkrankungen zu untersuchen.

### Methoden

Die Benefit Finding Scale wurde gemäß den Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2016) ins Deutsche übersetzt. Zunächst wurde die Anzahl der zugrundeliegenden Eigenschaften anhand einer exploratorischen Faktorenanalyse bestimmt (N = 109). Anschließend wurde die theoretisch angenommene Faktorenstruktur mithilfe einer konfirmatorischen Faktorenanalyse überprüft (N = 156).

### Ergebnisse

Die exploratorische Faktorenanalyse konnte die angenommene Eindimensionalität (Phipps et al., 2007) nicht bestätigen, sondern empfahl die Extraktion von zwei latenten Faktoren: intrapersonales (z.B. „Meine Erkrankung hat mir geholfen eine stärkere Person zu werden“) und interpersonales Wachstum (z.B. „Meine Erkrankung hat meine Familie enger zusammengebracht“). Das Modell mit zwei korrelierten Faktoren wurde durch die konfirmatorische Faktorenanalyse bestätigt [Chi-Quadrat (34)= 44.99,  $p \geq .10$ ; CFI = 0.97 / TLI = 0.97; RMSEA = 0.05 [.00; .09] / SRMR = 0.04]. Cronbach's alpha als Maß der internen Konsistenz war für den BFSC-Gesamtscore 0.86 und für die Subskalen 0.75 (interpersonal) und 0.86 (intrapersonal). Weibliche Jugendliche zeigten signifikant höhere Werte im Benefit Finding als männliche Jugendliche. Es ergaben sich moderat positive Zusammenhänge mit Alter, Erkrankungsdauer, wahrgenommener Krankheitsschwere, Selbstwert, Optimismus und wahrgenommener sozialer Unterstützung. Interpersonales Benefit Finding hing moderat negativ mit gesundheitsbezogener Lebensqualität zusammen.

## Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass die BFSC ein reliables Instrument ist, um die Wahrnehmung positiven intra- und interpersonalen Wachstums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit chronisch körperlichen Erkrankungen zu messen. Um ein tieferes Verständnis positiver Entwicklungsprozesse zu erlangen sollten zukünftig längsschnittliche Untersuchungen durchgeführt werden.

## Literatur

- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(5), 797–816.
- Phipps, S., Long, A. M., & Ogden, J. (2007). Benefit Finding Scale for Children: Preliminary findings from a childhood cancer population. *Journal of Pediatric Psychology, 32*(10), 1264–1271.
- Pinquart, M., & Shen, Y. (2011). Depressive symptoms in children and adolescents with chronic physical illness: An updated meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology, 36*(4), 375–384.
- Varni, J. W., Limbers, C. A., & Burwinkle, T. M. (2007). Impaired health-related quality of life in children and adolescents with chronic conditions: A comparative analysis of 10 disease clusters and 33 disease categories/severities utilizing the PedsQL 4.0 Generic Core Scales. *Health and Quality of Life Outcomes, 5*, 43.
- World Health Organization (2016). Process of translation and adaptation of instruments. Retrieved from [https://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/translation/en/](https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/)

Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)

## **Effektstärken versus klinische Signifikanz – Katamnese-Ergebnisse im BDI-II bei Anwendung unterschiedlicher Berechnungsmethoden nach ambulanter medizinisch-psychiatrischer Evaluation**

*Birgit Senft; Daniela Fischer-Hansal; Alexandra Schosser*  
Zentren für seelische Gesundheit BBRZMED

## Hintergrund und Zielstellung

Mehr als  $\frac{2}{3}$  aller Rehabilitanden der medizinisch psychiatrischen Rehabilitation in Österreich sind von einer depressiven Erkrankung betroffen. Ein Teil absolviert die Rehabilitation der Phase II nach WHO-Definition ambulant in einem 6-wöchigen verhaltenstherapeutischen Setting. Patient Reported Outcomes spielen bei der Bewertung des Rehabilitationserfolgs eine bedeutende Rolle. Generische Instrumente eignen sich gut für vergleichende Studien, Effekte spezifischer Interventionen können damit möglicherweise nicht hinreichend abgebildet werden. Bei depressiven Patienten hat sich der BDI-II (Hautzinger et al., 2006) als valides, reliables und veränderungssensitives Instrument erwiesen. Bei der Analyse von Fragebogendaten und der Bewertung des Behandlungserfolgs bieten sich verschiedene Methoden auf der Ebene von Gruppen (Cohen, 1988) oder Fällen (Jacobson und Truax, 1991)

an. Das Konzept der klinischen Signifikanz ermöglicht auf Einzelfall-Ebene eine Aussage über das Erreichen des Mindestausmaßes einer reliablen Symptomreduktion verbunden mit dem Wechsel vom dysfunktionalen in den funktionalen Bereich (Ogles et al., 2001). Für den BDI-II liegen sowohl eine kritische Differenz wie auch ein Cut-off-Wert (DGPPN, BÄK, KBV, AMWF (Hrsg.), 2015) für das Vorliegen einer Remission vor. Anhand der Katamnesedaten (1 Jahr nach Ende der Rehabilitation) werden die verschiedenen Berechnungsmethoden miteinander verglichen.

## **Methoden**

Die Befragung der Rehabilitanden erfolgte bei Reha-Beginn und -Ende sowie zum Katamnesezeitpunkt ein Jahr später. Von 908 Rehabilitanden im Zeitraum Jänner 2014 bis Juni 2018 liegen Daten von Reha-Beginn und Katamnese vor, 64% sind weiblich. Das Durchschnittsalter liegt bei 45,14 Jahren (SD=9,37) und  $\frac{2}{3}$  weisen als Hauptdiagnose nach ICD-10 eine affektive Störung auf. 22% sind von einer Diagnose der Gruppe F4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen betroffen und 4% von einer Persönlichkeitsstörung (7,3% sonstige). Mit Berücksichtigung der Komorbiditätsdiagnosen leiden 73,6% unter einer affektiven Störung, wobei 46,4% von einem chronischen und 27,2% von einem nicht-chronischen Verlauf betroffen sind. Die Summenwerte im BDI-II wurden metrisch und kategorial analysiert. Für die Bewertung auf Gruppenebene wurden abhängige t-Tests und Cohen's d als Maß für die Effektgröße berechnet.

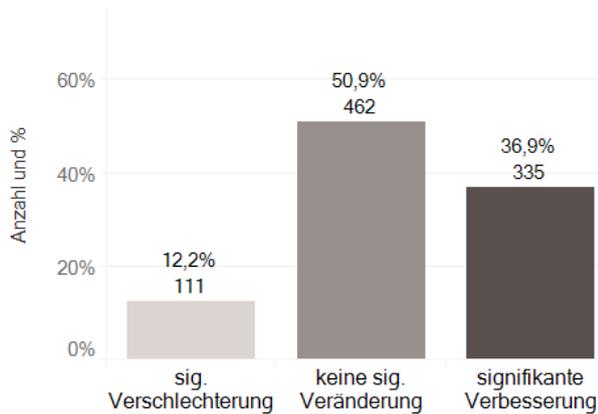
## **Ergebnisse**

Für die gesamte Stichprobe zeigt sich ein Jahr nach Reha-Ende eine signifikante Reduktion der depressiven Symptome von 22,80 (SD=10,88) auf 18,47 (SD=13,08) Punkte im BDI-II. Das entspricht einem niedrigen Effekt von  $d=0,36$  [KI: 0,27 – 0,45]. Differenziert nach Ausgangsbelastung zeigen sich deutlich unterschiedliche Effekte: keine/minimale Depression (N=202):  $d=0,13$ ; leichte Depression (N=160):  $d=0,47$ ; mittelschwere Depression (N=271):  $d=0,66$ ; schwere Depression (N=275):  $d=0,70$ .

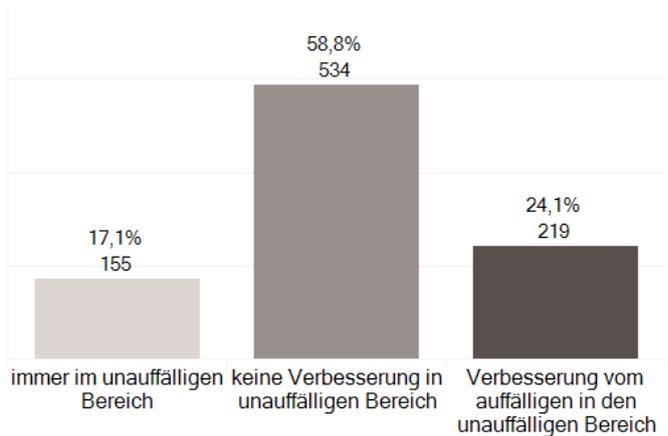
Auf individueller Ebene zeigt sich, gemessen an der kritischen Differenz von 8 Punkten, zum Katamnesezeitpunkt bei 36,9% eine signifikante Verbesserung und bei 12% eine signifikante Verschlechterung. Nimmt man nur das Kriterium des Wechsels vom dysfunktionalen Bereich ab 14 Punkten in den funktionalen Bereich unter 14 Punkten, zeigt sich bei 24% Rehabilitanden ein Erfolg, 17% waren immer im unauffälligen Bereich und bei 59% lag der Katamnesewert im Bereich ab 14 Punkten.

Die differenziertesten Ergebnisse zeigen sich bei Anwendung des Kriteriums der klinischen Signifikanz. Ein Jahr nach Reha-Ende kann bei 19,7% eine klinisch signifikante und bei 17,2% eine signifikante Symptomreduktion festgestellt werden.

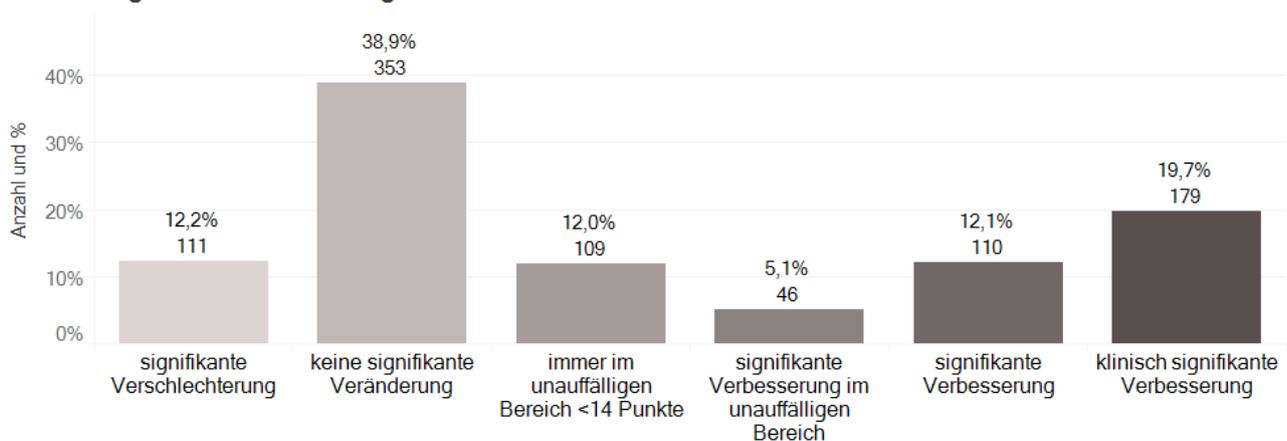
### Signifikante Veränderungen im BDI-II (d-crit)



### Wechsel dysfunktionaler zu funktionaler Bereich



### Klinisch signifikante Veränderungen im BDI-II



## Diskussion und Fazit

Instrumente wie der BDI-II sind eine wesentliche Stütze in der Diagnostik und Evaluation der psychiatrischen Rehabilitation. Sowohl Aussagen über Veränderungen auf Ebene eines Patientenkollektivs oder von Subgruppen, wie auch auf Einzelfall-Ebene sind möglich. Dabei ist eine kritische Differenzierung nach signifikanten und klinisch signifikanten Veränderungen sinnvoll.

Ein Jahr nach Reha-Ende sind bei anfangs stark depressiven Rehabilitanden große Effekte nachweisbar. Es wäre nicht korrekt, auf Basis der Ergebnisse eines Depressions-Fragebogens die Diagnose einer depressiven Störung zu stellen, auch wenn es sich um ein valides und reliables Instrument handelt. Daher stellt sich die kritische Frage, ob aufgrund einer klinisch signifikanten Verbesserung - aber ohne klinisches Urteil - von remittierten oder geheilten Fällen gesprochen werden kann.

## Literatur

- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2.). Hillsdale N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- DGPPN, BÄK, KBV, AMWF (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression. (2015). S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression - Langfassung. Retrieved from [www.depression.versorgungsleitlinien.de](http://www.depression.versorgungsleitlinien.de)

- Hautzinger, M., Keller F., & Kühner, C. (2006). BDI-II Beck Depressions-Inventar Revision: Manual. Frankfurt: Harcourt Test Services.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical Significance: A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12–19.
- Ogles, B. M., Lunnen, K. M., & Bonesteel, K. (2001). Clinical significance: history, application, and current practice. *Clinical psychology review*, 21(3), 421–446.

## **Konstruktvalidität des deutschen Control of Allergic Rhinitis and Asthma Test (CARAT10) – Sekundärauswertung der EPRA-RCT**

*Markus Hayden<sup>1</sup>; Dennis Nowak<sup>2</sup>; Michael Schuler<sup>3</sup>; Larissa Schwarzkopf<sup>4</sup>;  
Boglárka Szentés<sup>4</sup>; Corina de Jong<sup>5</sup>; Konrad Schultz<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Klinik Bad Reichenhall; <sup>2</sup> Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin - Klinikum der Universität München; <sup>3</sup> Universität Würzburg;  
<sup>4</sup> Helmholtz Zentrum München; <sup>5</sup> University Medical Center Groningen

### **Hintergrund und Zielstellung**

Strukturierte Fragebögen stellen in der stationären Rehabilitation wichtige Hilfsmittel zur Verlaufskontrolle und Evaluation dar. Im Bereich der Pneumologie sind diesbezüglich vor allem Verfahren zur Asthmakontrolle verbreitet; es existieren jedoch nur wenige Instrumentarien, die darüber hinaus auch weitere wesentliche Faktoren erheben. Der Control of Allergic Rhinitis and Asthma Test (CARAT10) erfasst sowohl die Asthmakontrolle als auch die Kontrolle von allergischer Rhinitis. Auch wenn unterschiedliche Studien auf die Erfüllung der Gütekriterien der Originalversion und anderssprachiger Varianten hindeuten, sind für die deutsche Version nur Daten aus der 2018 veröffentlichten Validierungsstudie (Werner et al., 2018) verfügbar.

### **Methoden**

Die vorliegende Arbeit erweitert die Überprüfung der Konstruktvalidität der deutschen Version an einer Stichprobe von N=367 PatientInnen im Rahmen der EPRA-Studie (Effektivität der Pneumologischen Rehabilitation bei Asthma) (Schultz et al., 2017) zur stationären pneumologischen Rehabilitation. Zur Validierung wurden unterschiedliche medizinische (ACT, GINA, AQLQ) und psychologische (PHQ-D, GDA-7) Instrumentarien sowie Selbsteinschätzungen der PatientInnen herangezogen.

### **Ergebnisse**

Kennzahlen für die konvergente ( $r = 0.30, p < 0.001$  bis  $r = 0.66, p < 0.001$ ) und diskriminante Validität ( $r = 0.02, n.s.$  bis  $r = 0.07 n.s.$ ) legen die Gültigkeit des Verfahrens nahe. Ebenso bestätigt eine exploratorische Faktorenanalyse auf Basis des Kaiser-Kriteriums und eines Scree-Tests zur Extraktion der Faktoren, die propagierte 2-Faktoren-Struktur ( $R^2 = 0.61$ ).

## Diskussion und Fazit

In Übereinstimmung mit der ursprünglichen Validierungsstudie (Werner et al., 2018) bekräftigen unsere Ergebnisse die Konstruktvalidität des CARAT10. Dies spricht für eine Verwendung des Instruments zur Erhebung der Asthmakontrolle sowie der Kontrolle von allergischer Rhinitis im Rahmen der stationären pneumologischen Rehabilitation.

## Literatur

- Schultz, K., Seidl, H., Jelusic, D., Wagner, R., Wittmann, M., Faller, H., Nowak, D., Schuler, M. (2017): Effectiveness of pulmonary rehabilitation for patients with asthma: study protocol of a randomized controlled trial (EPRA). *BMC Pulmonary Medicine*, 17. 49.
- Werner, C. U., Koch, L., Linde, K., Kriston, L., Schultz, K., Atmann, O., Schneider, A. (2018): Prospective observational study validating the German version of the Control of Allergic Rhinitis and Asthma Test (CARAT10). *npj Primary Care Respiratory Medicine*, 28. 45.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd

## Qualitätssicherung der Psychotherapie in der psychosomatischen Rehabilitation

*Michael Linden<sup>1</sup>; Jenny Hufenreuther<sup>2</sup>; Josephine Otto<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Charité Universitätsmedizin Berlin;

<sup>2</sup> Rehasentrum Seehof der Deutsche Rentenversicherung Bund, Teltow

## Hintergrund und Zielstellung

Eine wesentliche Säule der psychosomatischen Rehabilitation sind psychotherapeutische Interventionen, sei es als Einzel- oder Gruppentherapie. Die KTL gibt hierfür sehr differenzierte Nummern vor (z.B. supportiv ich-strukturelle psychodynamische Psychotherapie, psychoanalytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Expositionstraining, Problemlösegruppe, Verhaltenstherapie bei Beeinträchtigungen der Körperwahrnehmung). Die Verwendung entsprechender Begriffe sagt aber nur bedingt etwas darüber aus, was real geschehen ist. Wissenschaftliche Untersuchungen zur Messung der sog. Protokolltreue oder Therapeutencompliance zeigen, dass selbst eine Befragung der Therapeuten keine Aussage zur Art und Qualität der Therapie erlaubt. Es ist jedoch für die Qualitätssicherung, den Patientenschutz und auch die Ausbildung von Therapeuten unverzichtbar, zu objektivieren, was in der Psychotherapie geschieht.

## Methoden

Eine Methode ist das VTKC-Prinzip (Hufenreuther et al., 2018). Es wird operationalisiert, was Kernelemente der geplanten Psychotherapie sind. Dann werden Patienten gefragt, inwieweit diese Therapieelemente in einer konkreten Therapiesitzung oder dem Therapieverlauf nach ihrer Wahrnehmung zu tragen kamen.

Dieses Prinzip wurde im Rahmen einer kontrolliert randomisierten Therapiestudie angewendet, um die Therapietreue zweier unterschiedlicher Therapiegruppen zu messen.

Die eine Gruppentherapie zielte darauf ab, Regeneration zu fördern (N=108) und die andere, Resistenz aufzubauen (N=113). Zusätzlich wurde eine Gruppe von Patienten befragt, die nur die allgemeine Routinebehandlung erhalten hatten (N=124). Der Fragebogen enthielt jeweils zehn Items zu jeder Therapieform, die auf einer siebenstufigen Likertskala zu beantworten waren.

## **Ergebnisse**

Die drei Patientengruppen unterscheiden sich im Rating der Therapieabläufe signifikant voneinander. Patienten aus der Regenerationsgruppe berichteten deutlich mehr über regenerationsorientierte Interventionen und Patienten aus der Resistenzgruppe vorrangig über resistenzorientierte Interventionen. In der Routinegruppe waren beide Interventionstypen auf niedrigem Niveau in etwa gleichverteilt.

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse zeigen, dass es möglich ist, mit vergleichsweise geringem Aufwand Informationen zur Art und auch Qualität einer Psychotherapie zu bekommen. Dies gilt insbesondere für Gruppenbehandlungen, bei denen mehrere Patienten ein Urteil darüber abgeben, was in der Therapie geschehen ist wurde.

Das VTKC-Verfahren hat eine hohe Validität, weil erfasst wird, was bei den Patienten angekommen ist und nicht nur, was ein Therapeut intendiert hat.

Das Meßprinzip kann an unterschiedliche Therapieformen adaptiert werden und ist grundsätzlich in der Routine der psychosomatischen Rehabilitation einsetzbar.

## **Literatur**

Hufenreuther J., Otto J., Linden M. (2018) Quality assurance in psychiatric occupational therapy by treatment manuals: Patients' perceptions of resistance- and regeneration-specific occupational therapy. *Global Psychiatry*, 1, 1-23, DOI: 10.2478/gp-2018-0010

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

## **Validierung des BEVA in der psychosomatischen Rehabilitation**

*Alexandra Kaminski<sup>1</sup>; Axel Kobelt-Pönicke<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Rehasentrum Oberharz, Schwerpunktlinik für Psychosomatik, Clausthal-Zellerfeld;

<sup>2</sup> Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

## **Hintergrund und Zielstellung**

Verzerrungen in der Symptombildung durch Patienten innerhalb des Rehabilitationskontextes sind in der wissenschaftlichen Literatur belegt. So berichteten Kobelt et al. (2012) in ihrer Studie mit stationären psychosomatischen Rehabilitationspatienten erstmals eine Prävalenz von 24.6% nicht-authentischer Symptombildungen. Diagnostikinstrumente zur Validierung geltend gemachter Symptome sind jedoch kaum vorhanden und im Bereich der Rehabilitationslandschaft nur wenig erprobt. Das Ziel der vorliegenden Studie

ist es ein innovatives Messinstrument zur Erfassung negativer Antwortverzerrungen, den BEVA (Beschwerdenvvalidierungstest, Walter et al. 2016), anhand bestehender zu validieren.

## **Methoden**

Es werden Daten von 147 psychosomatischen Rehabilitanden des RehaZentrum Oberharz vorgelegt. Das Durchschnittsalter lag bei 50 Jahren (SD= 8.8) und 52% waren männlich. Die Mehrheit der Patienten hatte einen Real- oder Hauptschulabschluss (66%). Zusätzlich zum BEVA wurden der SFSS (Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome, Cima et al., 2003) und SRSI (Self-Report Symptom Inventory, Merten et al., 2016) herangezogen. Die Vollerhebung verlief über sieben Wochen, computerbasiert und in Papier-Bleistift-Form.

## **Ergebnisse**

Die höchste Korrelation bestand zwischen dem BEVA und dem SRSI ( $r = .82$ ,  $p < .001$ ). Der SFSS erreichte mit dem BEVA ebenfalls eine gute Korrelation ( $r_{SFSS*BEVA} = .70$ ,  $p < .001$ ). In allen drei Erhebungsinstrumenten wurden etwa 35% der Rehabilitanden als nicht-authentisch in ihrer Symptombangabe qualifiziert. Die Übereinstimmung der Klassifikation der Rehabilitanden zwischen dem BEVA und dem SRSI lag bei 75.5%. Der positive Prädiktive Wert im BEVA gemessen am SRSI lag bei .67, der negative Prädiktive Wert bei .80. Darüber hinaus unterschieden sich die Mittelwerte eines Depressionsscreenings signifikant zwischen Rehabilitanden, die als auffällig im BEVA im Vergleich zu unauffällig in ihrer Symptombangabe klassifiziert wurden ( $U = 341.5$ ,  $p < .05$ ).

## **Diskussion und Fazit**

Die Korrelation zwischen dem BEVA und dem SRSI fiel moderat aus. Bei insgesamt 24.5% der Rehabilitanden lag keine Übereinstimmung zwischen den beiden Messinstrumenten vor. Gemessen am SRSI klassifizierte der BEVA 67% der Rehabilitanden richtig als nicht-authentisch in ihren Symptombangaben und 80% als richtig unauffällig. Die unterschiedliche theoretische Konzeption der beiden Messinstrumente führte mutmaßlich zur Diskrepanz in der Klassifizierung: Der SRSI stellt ein Screeninginstrument mit einer hohen Sensitivität (90%) dar, während der BEVA die Spezifität fokussiert (96%). Die Verwendung beider Fragebögen könnte somit in der psychosomatischen Rehabilitation erste spezifische Hinweise auf ein nicht-authentisches Antwortverhalten geben.

## **Literatur**

- Cima, M., Hollnack, S., Kremer, K., Knauer, E., Schellbach-Matties, R., Klein, B., & Merckelbach, H. (2003). Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome. *Der Nervenarzt*, 74(11), 977-986.
- Kobelt, A., Göbber, J., Bassler, M. & Petermann, F. (2012). Beschwerdenvvalidität im Rahmen stationärer psychosomatischer Rehabilitation. *Rehabilitation*, 51, 1-8.
- Merten, T., Merckelbach, H., Giger, P., & Stevens, A. (2016). The Self-Report Symptom Inventory (SRSI): A new instrument for the assessment of distorted symptom endorsement. *Psychological injury and law*, 9(2), 102-111.
- Walter, F., Petermann, F. & Kobelt, A. (2016). Erfassung von negativen Antwortverzerrungen-Entwicklung und Validierung des Beschwerdenvvalidierungstests BEVA. *Rehabilitation*, 55, 182-190.

## **Einführung eines standardisierten Belastungstages zur Erfassung konzentrativer Belastbarkeit in der neurologischen Rehabilitation**

*Oliver Neumann*

Kliniken Schmieder Gerlingen

### **Hintergrund und Zielstellung**

Ziel der Studie war die Implementierung einer standardisierten Belastungserprobung („Belastungstag“) in den Klinikalltag einer neurologischen Rehabilitationsklinik (Kliniken Schmieder) mit Erfassung subjektiver und objektiver Parameter zur Einschätzung konzentrativer Belastbarkeit, als eine Voraussetzung für eine erfolgreiche berufliche Reintegration. Die Studie stützt sich auf Voruntersuchungen zur zirkadianen Messung von Aufmerksamkeitsleistungen, mit typischen belastungsbedingten Veränderungen im Tagesverlauf (u.a. Claros-Salinas et al., 2012, 2016) und wurde im Rahmen einer Masterarbeit durchgeführt.

### **Methoden**

N=34 Probanden mit verschiedenen neurologischen Störungsbildern durchliefen einen standardisierten Belastungstag mit 90-minütiger pc-gestützter kognitiver Testung am Morgen, der Vorgabe verschiedener Fragebogenverfahren sowie vier Messungen tonischer Alertness (Reaktionszeiten und Standardabweichung) über den Tag hinweg (Querschnittsdesign mit Messwiederholung).

Das Konstrukt „Belastung“ wurde bewusst nicht inhaltlich, sondern zeitlich über die Teilnahme an unterschiedlichen kognitiven, und in kleinerem Umfang auch motorischen, Therapien von mindestens sechs Stunden Dauer operationalisiert.

Ergänzend wurden am Tag vor und nach der Belastungserprobung subjektive Beeinträchtigungen wie Schmerzen, Müdigkeit oder Schlafqualität erfragt (Likert-Skala).

Es ist eine Katamneseerhebung in sechs Monaten geplant.

### **Ergebnisse**

Interferenzstatistisch konnten anhand von Clusteranalysen zwei Patientengruppen gebildet werden, die sich signifikant in ihren Verläufen der Reaktionszeiten und Standardabweichungen über den Tag hinweg unterschieden. Explorativ konnte ein Grenzwert der Belastbarkeit anhand der Veränderung mittlerer Reaktionszeiten von – 10 Millisekunden ermittelt werden.

Darüber hinaus ergaben sich keine signifikanten Veränderungen in weiteren erhobenen kognitiven Teilleistungen, der Depressivität oder den subjektiven Befindlichkeits- und Persönlichkeitsparametern, so dass keine Parallelen zum funktionellen Leistungsvermögen gezogen werden können.

## Diskussion und Fazit

Die Durchführbarkeit einer standardisierten Belastungserprobung mit Erfassung subjektiver und objektiver Parameter über einen Therapietag hinweg ist gegeben. Auch ließen sich belastungsabhängige Veränderungen der tonischen Alertness finden, wie sie schon in Voruntersuchungen, mit einem anderen Testverfahren, beschrieben wurden. Erstmals wurden in die Betrachtung Veränderungen der Standardabweichung einbezogen. Aus kognitiver Sicht scheinen nur diese beide Variablen sensitive Leistungsparameter zu sein, entgegen anderer kognitiver Parameter und vor allem auch entgegen den erhobenen Befindlichkeits- und Persönlichkeitsparametern, deren Aussagekraft hinsichtlich der Einschätzung von Belastbarkeit kritisch zu betrachten ist.

## Literatur

Claros-Salinas, D., Cunderlink, V.C. & Greitemann, G. (2012). Zurück in den Beruf – subjektive und objektive Perspektiven berufsorientierter Neurorehabilitation. *Neurologie und Rehabilitation*, 18(5), 275-290

Claros-Salinas, D., Menzel, C. & Streibelt, M. (2016). MBOR in der Neurologie – Bedarf und Therapiesteuerung. *Neuroreha* 8(01), 28-34

## Einsatz von HADS-D vs. PHQ-D bzw. GAD-7 in der kardiovaskulären Phase 2 Rehabilitation - eine Vergleichsstudie

*Christiane Marko<sup>1</sup>; Helena Bösze<sup>1</sup>; Caroline Hauer<sup>1</sup>; Ingrid Kaindl<sup>1</sup>; Daniela Leithner<sup>1</sup>; Werner Kullich<sup>2</sup>; Martin Skoumal<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Pensionsversicherungsanstalt (PVA) Zentrum für ambulante Rehabilitation Wien;

<sup>2</sup> Ludwig Boltzmann Cluster für Arthritis und Rehabilitation;

<sup>3</sup> Pensionsversicherungsanstalt (PVA), Chefärztlicher Dienst, Wien

## Hintergrund und Zielstellung

Kardiovaskuläre Erkrankungen gehen häufig mit deutlichen Veränderungen im Erleben und Verhalten der Betroffenen einher. Der routinemäßige Einsatz psychologischer Screening-Instrumente zur Erfassung der Dimensionen Angst und Depressivität stellt ein wichtiges, die psychologische Anamneseerhebung unterstützendes Hilfsmittel dar. Im Zentrum für ambulante Rehabilitation (ZAR) Wien kommt zu diesem Zwecke standardmäßig die deutsche Version des HADS-D (Hospital Anxiety and Depression Scale) zur Anwendung. Es liegen nur geringfügig Erfahrungen mit dem Einsatz des PHQ-D und GAD-7 (Kurzform des Gesundheitsfragebogens für Patienten) bei diesen PatientInnen vor.

Ziel der hier dargestellten Studie war es eine Einschätzung darüber zu treffen, welcher Fragebogen sich als geeigneteres Instrument zur Erfassung depressiver Verstimmungen und Ängstlichkeit bei kardiologischen RehabilitandInnen erweist und somit das praktikablere Werkzeug für die direkte PatientInnenarbeit darstellt.

## **Methoden**

Im Zeitraum Jänner 2017 bis Ende August 2018 wurde 146 PatientInnen (21 Frauen und 125 Männern) am Beginn und Ende der ambulanten sechswöchigen Kardiologischen Phase 2 Rehabilitation zwei psychologische Screeningverfahren vorgegeben: HADS-D und PHQ-D. Bei 112 PatientInnen wurde zusätzlich noch mit dem GAD-7 Modul des PHQ-D getestet.

Die kardiologischen Rehabilitationsmaßnahmen wurden durch ein multiprofessionelles Team durchgeführt und bestanden aus medizinischer Trainingstherapie, psychologischen Einzelgesprächen, psychologischen Einheiten zum Thema Stress- und Krankheitsbewältigung, gesundheitspsychologischer Beratung und Entspannungstechniken im Gruppensetting, sowie aus Gruppenschulungen mit medizinischen und ernährungsmedizinischen Inhalten.

## **Ergebnisse**

Die Korrelationsberechnungen zwischen den erzielten Summenwerten der Angst-Skala des HADS-D und den erzielten Summenwerten im GAD-7 fielen zu beiden Testzeitpunkten signifikant aus ( $r = 0,7678$ ,  $p < 0,0001$  und  $r = 0,7982$ ,  $p < 0,0001$ ). Ähnlich verhielt es sich hinsichtlich der Korrelationsberechnungen zwischen den erzielten Summenwerten in der Depressivitätsskala des HADS-D und den erzielten Summenwerten im PHQ-D ( $r = 0,6971$ ,  $p < 0,0001$  und  $r = 0,6354$ ,  $p < 0,0001$ ). Dies spricht dafür, dass HADS-D und GAD-7 bzw. PHQ-D dasselbe messen und als vergleichbar anzusehen sind. Weitere Berechnungen ergaben, dass sich beide Messinstrumente statistisch gesehen für eine Verlaufsmessung eignen.

Es konnte gezeigt werden, dass der Großteil der Testpersonen zu Beginn der Rehabilitation nicht das Vollbild einer Major Depression (91,8 %), einer Generalisierten Angststörung (84,8 %) oder Panikstörung (95,9 %) nach DSM-IV erfüllten. Daraus lässt sich schließen, dass der Einsatz eines Screening-Instruments wie der HADS-D im praktischen Rehabilitationsalltag als treffender einzuschätzen ist. Weiters zeigen sich im klinischen Alltag zusätzliche Vorteile des HADS-D, die PHQ-D und GAD-7 nicht bieten. So ermöglicht der HADS-D u.a. einen Vergleich mit der Normstichprobe kardiologischer PatientInnen (geschlechts- und altersspezifisch).

## **Diskussion und Fazit**

Zusammenfassend sind beide Fragebogenverfahren dazu in der Lage, die psychologische Anamneseerhebung sinnvoll zu unterstützen und stellen brauchbare Instrumente zur standardisierten Erfassung der Dimensionen Angst und Depressivität dar. In der klinischen Praxis zeigt sich jedoch der HADS-D überlegen und somit praktikabler.

## **Literatur**

- Buss, U. (2006). Depression und Angst bei Koronarpatienten. *Psychoneuro*, 32 (5), 237-246.
- Gräfe, K., Zipfel, S., Herzog, W. & Löwe, B. (2004). Screening psychischer Störungen mit dem „Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)“. *Diagnostica*, 50, 171-181.
- Herrmann-Lingen C., Buss U. & Snaith R.P. (2011). Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version (HADS-D). Manual. Bern: Hans Huber.
- Herrmann-Lingen C., Albus C. & Titscher G. (Hrsg). (2014). Psychokardiologie. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

# Identifikation von Patienten mit Bedarf für Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) anhand computergestützter Entscheidungsalgorithmen – Validierung eines berufsbezogenen diagnostischen Screenings

*Robert Mestel<sup>1</sup>; Andrés Steffanowski<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> VAMED Rehaklinik Bad Grönenbach; <sup>2</sup> SRH Hochschule Heidelberg

## Hintergrund und Zielstellung

Um Rehabilitanden gezielte Behandlungsangebote zur Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) unterbreiten zu können, ist eine valide Diagnostik notwendig. Diese sollte im Interesse einer bedarfsgerechten Versorgung zum einen sensitiv zur Identifikation von Patienten mit besonderer beruflicher Problemlage (BBPL), andererseits aber auch spezifisch zur Identifikation von Patienten ohne entsprechenden Bedarf sein.

Neben der Fremdeinschätzung eines Rehabilitanden durch das sozialmedizinische Team in der Reha-Klinik existieren mit dem Screening-Instrument Arbeit und Beruf (SIBAR, Bürger & Deck, 2009) sowie Work Ability Index (WAI, Projektteam Work Ability Index, 2003) zwei etablierte Verfahren zur Selbsteinschätzung der Patienten.

Inwieweit lässt sich die MBOR-Einstufung eines Falls (Fremdurteil) durch zeitnah verblindet erhobene Selbstangaben der Rehabilitanden im SIBAR und WAI vorhersagen?

## Methoden

Datenbasis waren 644 Patienten der VAMED Rehaklinik Bad Grönenbach (Aufnahmezeitraum Januar-Oktober 2019). Die Selbstangaben wurden bei Aufnahme mit der computergestützten psychologischen Routinediagnostik erhoben. Für die Datenanalysen fanden neben dem WAI und SIBAR auch der PHQ (Löwe, et al., 2002) und HEALTH-49 (Rabung et al., 2009) sowie weitere Patientenmerkmale Verwendung.

242 Patienten (37.6% von 644) wurden bei Aufnahme durch das sozialmedizinische Team der Klinik als MBOR-Fall eingestuft und 402 Patienten nicht. Diese Fremdeinschätzung als MBOR-Fall (ja/nein) diente als prognostisches Vorhersagekriterium.

Zur Auswertung kamen zunächst bivariate Verfahren zum Einsatz. Für den SIBAR und WAI wurden ROC-Analysen zur Identifikation von Risikopatienten hinsichtlich MBOR-Einstufung berechnet. Die prognostische Validität von SIBAR und WAI für den MBOR-Status wurde mit logistischer Regression inferenzstatistisch überprüft. Die Klassifikation aller Effektgrößen erfolgte nach Cohen (1992).

## Ergebnisse

Der Frauenanteil lag bei 63.4%, das Durchschnittsalter bei 49.54 Jahren (SD=10.05) und die mittlere Behandlungsdauer bei 39.26 Tagen (SD=14.38). Hinsichtlich der Hauptdiagnose nach ICD-10 dominierten die Kategorien F3 (64.1%), F4 (20.8%) sowie F6 (12.1%). Patienten mit Depressiven Störungen stellten insgesamt sechs von zehn aller Hauptdiagnosen, wobei zumeist ein mittlerer Schweregrad diagnostiziert wurde. Als Schulabschluss gaben 26.1% Hauptschule, 43.9% Realschule und 30.0% Abitur an. 19.7% waren Geringverdiener (bis

1.300€ netto). 63.0% hatten einen festen Partner und 50.8% stationäre Vorbehandlungserfahrung aufgrund psychischer Probleme.

Es ergaben sich keine signifikanten Zusammenhänge dieser Merkmale mit dem MBOR-Status, abgesehen von der Hauptdiagnose. Lediglich 28.4% der Patienten mit F4-Hauptdiagnose hatten MBOR-Status (ansonsten 40.0%). Dieses Verhältnis entsprach einem kleinen Effekt ( $r = -.10$ ;  $p = .013$ ).

Der Patientenanteil mit MBOR-Einstufung in Abhängigkeit von der SIBAR-Klassifikation ist aus Tabelle 1 ersichtlich. Der SIBAR sieht vier sozialmedizinische Empfehlungen vor. Es fällt auf, dass mit 56.2 Prozent mehr als die Hälfte aller 121 Patienten, die vom Algorithmus der Software als MBOR-Patienten identifiziert wurden, auch vom sozialmedizinischen Team als MBOR-Fall klassifiziert wurden. Wenn die Software hingegen keinen Bedarf an berufsbezogenen Angeboten attestierte ( $n = 244$ ), wurde lediglich in 51 Fällen (20.9%) eine MBOR-Einstufung in der Fremdbeurteilung vorgenommen. Die Verteilungsunterschiede zwischen den vier SIBAR-Kategorien hinsichtlich MBOR-Einstufung entsprachen umgerechnet einem knapp mittelgroßen Effekt ( $r = .28$ ;  $p < .001$ ).

	SIBAR-Klassifikation Algorithmus (Selbstangaben)	davon <u>mit</u> MBOR- Einstufung (Fremdangaben)
Kein Bedarf an berufsbezogenen Angeboten	244 (37.9%)	51 (20.9%)
Bedarf an berufsbezogenen Angeboten -> MBOR!	121 (18.8%)	68 (56.2%)
Diagnostik und Motivation	215 (33.4%)	94 (43.7%)
Prophylaxe	64 (9.9%)	29 (45.3%)
Gesamt	644 (100.0%)	242 (37.6%)

Tab. 1:MBOR-Fremdeinstufung in Abhängigkeit von den vier Klassifikationskategorien aus den SIBAR-Selbsteinschätzungen

Weitere Zusammenhangsanalysen zwischen MBOR-Status und psychometrischen Skalen ergaben kleine bis mittelgroße Zusammenhänge mit dem Summenscore des SIBAR ( $r = .23$ ;  $p < .001$ ) sowie WAI ( $r = -.24$ ;  $p < .001$ ), während die Zusammenhänge mit PHQ Ängstlichkeit ( $r = .11$ ;  $p = .007$ ), PHQ Depressivität ( $r = .09$ ;  $p = .022$ ) und PHQ Somatisierung ( $r = .06$ ;  $p = .154$ ) geringer ausfielen. Auch mit den HEALTH-49-Skalen ergaben sich nur kleine und zum Teil signifikante Korrelationen mit Selbstwirksamkeit ( $r = .10$ ;  $p = .008$ ), Partizipation ( $r = .10$ ;  $p = .009$ ), Soziale Belastung ( $r = .07$ ;  $p = .086$ ), Psychisches Wohlbefinden ( $r = .05$ ;  $p = .218$ ) und Soziale Unterstützung ( $r = -.02$ ;  $p = .629$ ).

SIBAR und WAI wiesen eine hohe negative Korrelation von  $-.80$  ( $p < .001$ ) auf, was auf inhaltliche Redundanz und Multikollinearität hindeutet. Daher wurden getrennte logistische Regressionsgleichungen für beide Prädiktoren auf das Kriterium MBOR-Status (ja/nein), jeweils unter Hinzunahme der PHQ- und HEALTH-Skalen berechnet. Als einziger signifikanter

Prädiktor verblieb in beiden Regressionsgleichungen ( $p < .001$ ) nur der SIBAR- bzw. WAI-Score.

ROC-Analysen ergaben, dass sich die Entscheidungsregel aus der Literatur für den SIBAR (über 7 Punkte = erhöhtes sozialmedizinisches Risiko) in der vorliegenden Stichprobe als Cutoff-Wert und Auffälligkeitssignal für BBPL bzw. MBOR-Bedarf bei einem ausgeglichenen Verhältnis von Sensitivität (62.4%) und Spezifität (59.5%) bei insgesamt 62.4% (logistische Regression) korrekten Zuordnungen bewährt hatte. Beim WAI erschien abweichend von der Literatur ein niedrigerer Cutoff-Wert von 20 Punkten indiziert (unter 20 = stark eingeschränkte Arbeitsfähigkeit), um ein ausgeglichenes Verhältnis von Sensitivität (59.1% bei diesem Grenzwert) und Spezifität (61.9%) bei insgesamt 62.7% korrekten Zuordnungen zu erreichen. Eine multiple logistische Regression unter simultaner Einbeziehung von SIBAR und WAI brachte aufgrund Multikollinearität keine Verbesserung der Vorhersageleistung mehr.

### **Diskussion und Fazit**

Auch wenn die Zusammenhänge zur MBOR-Einstufung zwischen Selbst- und Fremdanfragen nicht sehr hoch ausgefallen sind und der Anteil korrekter Klassifikationen durch den Softwarealgorithmus noch optimierungsbedürftig ist, unterstreichen die Ergebnisse die Relevanz der Verwendung von berufsbezogenen diagnostischen Selbstauskunftsverfahren in der psychologischen Routinediagnostik zur Identifikation von Patienten mit MBOR-Bedarf. Die Übereinstimmungsquote zwischen Selbst- und Fremdanfragen für den SIBAR entspricht in der vorliegenden Arbeit den Ergebnissen von Bürger & Deck (2009), die einen Wert von 63% angeben.

Für die Anwendung in der Praxis kann als Bewertungs- und Entscheidungshilfe daher die Empfehlung ausgesprochen werden, bei auffälligen Screening-Werten im SIBAR bzw. WAI grundsätzlich immer eine sozialmedizinische Fremdbeurteilung im Hinblick auf BBPL und entsprechenden MBOR-Bedarf durchzuführen, während dies bei Patienten mit unauffälligen Werten im SIBAR und WAI in Zeiten hoher Arbeitsbelastung im Behandlungsteam auch mal niedriger priorisiert werden kann.

### **Literatur**

- Bürger, W. & Deck, R. (2009). SIBAR - ein kurzes Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 2009, 48 (4), S. 211-221.
- Cohen (1992). A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 112 (1), S. 155-159.
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Zipfel, S. & Herzog, W. (2002). Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D). Komplettversion und Kurzform. Autorisierte deutsche Version des Prime MD Patient Health Questionnaire (PHQ). Karlsruhe: Pfizer.
- Projektteam Work Ability Index (2003). WAI. Work Ability Index. Arbeitsbewältigungsindex. Wuppertal: Bergische Universität Wuppertal, Fachbereich D - Abteilung Sicherheitstechnik, WAI-Netzwerk.
- Rabung, S. Harfst, T., Kawski, S., Koch, U., Wittchen, H.-U.; Schulz, H. (2009). Psychometrische Überprüfung einer verkürzten Version der "Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis" (HEALTH-49). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 55 (2), S. 162-179.

# **Selbsteinschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit mittels M-SFS während und 3 Monate nach stationärer traumatologischer Rehabilitation**

*Martin Schindl<sup>1</sup>; Sylvia Wassipaul<sup>1</sup>; Harald Zipko<sup>2</sup>; Daniel Riese<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> RZ Weißer Hof, AUVA; <sup>2</sup> FH Campus Wien; <sup>3</sup> Kliniken Valens

## **Hintergrund und Zielstellung**

Die selbsteingeschätzte Leistungsfähigkeit stellt einen wichtigen personenbezogenen Prädiktor für die Teilhabe am Arbeitsplatz dar (Clay et al., 2010). Bisher fand der Spinal Function Sort (SFS) (Matheson & Matheson, 1989) zur Beurteilung der selbsteingeschätzten Leistungsfähigkeit weite Verbreitung. Der modifizierte SFS (M-SFS) (Trippolini et al.), der nunmehr 20 statt 50 Fragen umfasst wurde entwickelt, um Redundanzen einzelnen Fragen zu vermeiden, die Fragen an die aktuelle Lebenssituation anzupassen und um die Zeitdauer für die Anwendung zu reduzieren.

In der vorliegenden Studie sollte überprüft werden, ob sich der M-SFS zur Verlaufsbeurteilung der selbsteingeschätzten körperlichen Leistungsfähigkeit während und 3 Monate nach stationärer Rehabilitation eignet.

## **Methoden**

Die vorliegende Datenanalyse ist Teil einer multizentrischen Validierungsstudie zur prädiktiven Wertigkeit des M-SFS für die berufliche Wiedereingliederung. Es wurde im Rehabilitationszentrum Weißer Hof den Patienten zu Beginn, am Ende und 3 Monate nach stationärer Rehabilitation der M-SFS zur Beurteilung der selbsteingeschätzten Rehabilitation vorgelegt.

Um einen Zusammenhang mit der Lebensqualität und der Selbstständigkeit im Alltag zu untersuchen, wurden den Patienten der EQ-5D und der HAQ (Health Assessment Questionnaire) zu denselben Untersuchungszeitpunkten vorgelegt.

Fehlende Werte wurden durch den Mittelwert ersetzt.

Das Ausmaß der Korrelation zwischen M-SFS und HAQ bzw. M-SFS und der EQ-5D VAS wurde mittels Pearson Korrelationskoeffizienten untersucht.

Das Ausmaß für die Veränderung des M-SFS wurde mittels 2-seitigem t-Test für gepaarte Stichproben untersucht.

Die Studie wurde von der Ethikkommission der NÖ Landesregierung freigegeben [GSK1-EK-4/578-2018]

## **Ergebnisse**

Im Zeitraum von März bis Juli 2019 wurden insgesamt 117 Patienten in eine Validierungsstudie des M-SFS eingeschlossen. Derzeit liegen von 54 Patienten Ergebnisse inklusive der 3 Monatskatamnese (36 Männer, 18 Frauen) vor. Das mittlere Alter betrug 47,4 +/- 9,2 Jahre.

Bei 15 Patienten lagen 2 verletzte Körperregionen vor, in 4 Patienten 3 oder mehr verletzte Körperregionen.

Der Mittelwert des M-SFS betrug zum Aufnahmezeitpunkt 57,2 (SD 15,9) Punkte, zum Zeitpunkt der Entlassung 67,1 (SD 12,0) Punkte und 3 Monate nach Entlassung 62,6 (SD 16,1) Punkte.

Die Veränderung des M-SFS zwischen Aufnahme und Entlassung und zwischen Aufnahme und 3 Monate nach Entlassung war signifikant (Mittelwertdifferenz +9,75,  $p < 0,001$ ; +4,96,  $p = 0,020$ ).

Im HAQ fanden sich zu Beginn Werte, die mit 0,68 (SD 0,47) einer geringen Beeinträchtigung entsprechen. Am Ende der Rehabilitation lag der Mittelwert bei 0,32 (SD 0,37) und 3 Monate nach Ende der Rehabilitation bei 0,59 (SD 0,69). Die Veränderungen zwischen Eintritt und Austritt lag im Mittel bei 0,36 ( $p < 0,001$ ) und 3 Monate nach Austritt bei 0,08 ( $p < 0,001$ ).

Der EQ-5D VAS Wert lag zu Beginn bei 66,41 (SD 16,8) und ist zum Ende der Rehabilitation um 14,4 Punkte ( $p < 0,001$ ) auf 80 (SD 14,7) gestiegen und 3 Monate nach Ende der Rehabilitation hat sich der Wert um 8,6 gegenüber Eintritt ( $p = 0,001$ ) auf 74,9 (SD 17,7) Punkte gesteigert.

M-SFS und HAQ zeigten einen mittelstarken negativen linearen Zusammenhang bei Eintritt ( $r = -0,67$ ), bei Austritt ( $r = -0,66$ ) und 3 Monate nach Austritt ( $r = -0,69$ ).

Die Korrelation des M-SFS mit der EQ-5D VAS lag bei Eintritt bei  $r=0,61$ , bei Austritt bei  $r = 0,49$  und 3 Monate nach Austritt bei  $r = 0,67$ .

## **Diskussion und Fazit**

Die selbsteingeschätzte körperliche Leistungsfähigkeit steigt durch eine mehrwöchige stationäre Rehabilitation signifikant an und reduziert sich, vermutlich durch die Exposition mit der realen Alltagsumgebung wieder, ist jedoch 3 Monate nach Ende der Rehabilitation immer noch signifikant höher als zu Beginn der stationären Rehabilitation.

Der M-SFS korreliert bei Patienten in der traumatologischen Rehabilitation mit der Lebensqualität und mit dem allgemeinen Gesundheitsempfinden und ist geeignet eine Veränderung der selbsteingeschätzten körperlichen Leistungsfähigkeit während und 3 Monate nach einer stationären Rehabilitationsmaßnahme abzubilden.

## **Literatur**

Clay FJ, Newstead SV, McClure RJ (2010). A systematic review of early prognostic factors 309 for return to work following acute orthopaedic trauma. *Injury* 41, 787-803.

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

Trippolini M, Janssen S, Hilfiker R, Oesch P. *J Occup Rehabil* DOI 10.1007/s10926-017-971-y

## **Arbeitserfahrungen und Pensionspläne von Wanderarbeitnehmern ab 55 aus Ex-Jugoslawien in Deutschland: Beziehung zu Akkulturationsstrategien**

*Zaklina Aguilar<sup>1,2</sup>; Jakob Fruchtmann<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Bremen International Graduate School of Social Sciences; <sup>2</sup> Jacobs University Bremen

### **Hintergrund und Zielstellung**

Trotz der Tatsache, dass viele der rund 10 Millionen Ausländer in Deutschland (Destatis, 2019) Wanderarbeitnehmer sind, ist die Forschung zum Thema Wanderarbeitnehmer und Arbeit, insbesondere im Zusammenhang mit Altersvorsorgepläne, sehr begrenzt. In Anbetracht des neuen Vorschlags, das Rentenalter in Deutschland auf 69 Jahre anzuheben, ist es sehr wichtig, mehr über diese Bevölkerungsgruppe in Deutschland, deren Zahl voraussichtlich steigen wird, zu erfahren.

Die Akkulturation bedeutet die Anpassung der kulturellen Identität eines/er Migrantes/Migrantin an die neue Kultur. Die Akkulturationsstrategien (Integration, Assimilation, Separation, und Marginalisierung; Berry, 1997) lassen sich unterscheiden je nachdem ob der Migrant/Migrantin an der eigenen kulturellen Identität festhalten möchte und wie hoch die Akzeptanz für die andere Kultur ist. Der Zusammenhang zwischen Akkulturationsstrategien und Arbeitssinnlosigkeit ist derzeit begrenzt. Darüber hinaus, gibt es, obwohl viele Wanderarbeitnehmer in Deutschland aus Ex-Jugoslawien kommen, kaum Forschung zu dieser Bevölkerungsgruppe.

Zielstellung der Studie:

(1) Die Akkulturationsstrategien von Wanderarbeitnehmern aus Ex-Jugoslawien in Deutschland herauszufinden; (2) Die Beziehung zwischen Akkulturationsstrategien und Arbeitssinnlosigkeit zu erforschern; (3) Die Pensionspläne sowie Faktoren, die diese Pläne beeinflussen könnten zu analysieren; Sowie (4) die Arbeitserfahrung der Wanderarbeitnehmern aus Ex-Jugoslawien in Deutschland besser zu verstehen.

### **Methoden**

Dies ist eine explorative, qualitative Studie. Wir haben die Biographical-Narrative Interpretative Methode (BNIM; Wengraf, 2004) verwendet mit zwei Interviewrunden. An der Studie nahmen 12 Gastarbeiter aus Ex-Jugoslawien teil. Sechs Teilnehmer waren Männer und sechs Frauen im Alter von 53 bis 63 Jahren (M = 61). Alle Teilnehmer arbeiten noch in Vollzeit. Sie werden in einer Vielzahl von Branchen vom Bau bis zur Reinigung angestellt. Acht Teilnehmer sind verheiratet. Alle Teilnehmer haben Kinder und neun von ihnen haben Kinder, die in Deutschland leben.

## **Ergebnisse**

Erstens, befanden sich sechs Teilnehmer in der Separationsgruppe (der Wille der deutschen Kultur anzunehmen ist niedrig, aber eigene kulturelle Identität ist hoch). Drei Teilnehmer waren in der Assimilationsgruppe (das Gegenteil von der Separationsgruppe, die eigene kulturelle Identität ist niedrig, aber der Wille die deutsche Kultur anzunehmen ist hoch). Drei Teilnehmer waren in der Marginalisierungsgruppe (die eigene kulturelle Identität ist niedrig, der Wille die deutsche Kultur anzunehmen ebenfalls; Gefühl, nicht zu Deutschland oder ihrem Heimatland zu gehören).

Zweitens erlebten Teilnehmer, die eine stärkere Entfremdung (Gefühl der Nichtzugehörigkeit) zu Deutschland (Separations- und Marginalisierungsgruppen) verspürten, einem höheren Grad an Arbeitssinnlosigkeit und erlebten die Arbeit negativer.

Drittens äußerten alle Teilnehmer den Wunsch, so schnell wie möglich in den Ruhestand zu treten. Der Hauptgrund, in der Rente zu arbeiten, wäre lediglich ihre Familie finanziell zu unterstützen. Die Teilnehmer der Separationsgruppe neigten eher dazu, früher in Rente zu gehen und nach Hause zurückzukehren als die Teilnehmer der Assimilationsgruppe. Alle Teilnehmer, die in der Rente arbeiten möchten, würden nur schwarzarbeiten.

Schließlich wurden bei den Interviews zwei weitere Hauptpunkte deutlich. Erstens teilten alle Teilnehmer mit nur sehr begrenzte Kenntnisse über ihre Arbeits- und Rentenrechte in Deutschland. Dieses Problem ist noch schlimmer, wenn das Sprachniveau niedrig war. Ihre Hauptinformationsquelle waren Freunde in Deutschland. Zweitens gaben alle Teilnehmer an, dass sie während ihres Arbeitslebens die Krankenschreibung mehrmals benutzt haben, um in den Urlaub zu fahren oder sich um die familiären Probleme zu kümmern. Einige von ihnen erwägen sogar, den medizinischen Weg zu nutzen, um früher in den Ruhestand zu treten, auch wenn die medizinischen Gründe dafür nicht sehr solide sind. Dieses „medizinische Betrügen“ war anscheinend bei Teilnehmern mit höheren negativen Arbeitserfahrungen höher, die aber auch das Gefühl hatten, nicht zu Deutschland zu gehören (Separations- und Marginalisierungsgruppen).

## **Diskussion und Fazit**

Die mangelnde Integration von Wanderarbeitnehmern kann langfristig negative Folgen für die Wanderarbeitnehmer haben (schlechtere Arbeitszufriedenheit, geringeres Wohlbefinden und Gesundheit), aber auch für das Sozialsystem in Deutschland (Ausbeutung des Krankenversicherungssystems, mehr Arbeitnehmer auf dem Schwarzmarkt, weniger Menschen, die freiwillig bis / nach dem Rentenalter arbeiten wollen usw.). Darüber hinaus wird empfohlen, dass Wanderarbeitnehmer, insbesondere in Niedriglohnberufen, besser von den vorhandenen Diensten unterstützt werden, damit sie sich ihrer Rechte bewusst sind, sodass sie sich als geschätzte Arbeitnehmer fühlen. Dies könnte helfen damit sie eine höhere Zugehörigkeit zu Deutschland haben empfinden. Schließlich wird empfohlen, dass schlecht bezahlte Berufe bei der Erörterung der Rentenreform besonders berücksichtigt werden.

Es wird weitere Studien erforderlich, die sich auf Wanderarbeitnehmer konzentrieren, um die bestehenden Dienstleistungen zu verbessern und die Arbeitsplätze besser auf ihre Bedürfnisse abzustimmen.

Note: Die Autoren bedanken sich bei Martin Meiners, Dipl.-Ing. Verw., Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen.

## **Literatur**

Berry, J. W., (1997): Lead Article: Immigration, Acculturation, and Adaptation. *Applied Psychology: An International Review*, 46(1). 5-68.

Destatis. (2019). Bevölkerungsstand. URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/zensus-geschlecht-staatsangehoerigkeit-2019.html>, Abruf: 14.10.2018.

Wengraf, T. (2004): *The Biographic-Narrative Interpretive Method (BNIM) - Shortguide*, version 22. URL: <http://eprints.ncrm.ac.uk/30/>, Abruf: 27.02.2018.

Förderung: Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG), Bremen International School of Social Sciences

## **Bedarf und Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen bei älteren Arbeitnehmern mit und ohne Migrationshintergrund - Ergebnisse der lidA-Studie**

*Chloé Charlotte Schröder<sup>1</sup>; Jürgen Breckenkamp<sup>2</sup>; Jean-Baptist du Prel<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Bergische Universität Wuppertal, Lehrstuhl für Arbeitswissenschaft;

<sup>2</sup> Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften

### **Hintergrund und Zielstellung**

Der demographische Wandel führt zu alternden und schrumpfenden Belegschaften, wobei die sukzessive Erhöhung des gesetzlichen Renteneintrittsalters den Anteil älterer Beschäftigter zusätzlich erhöht. Diese Entwicklung kann mit einem erhöhten Bedarf an Rehabilitationsleistungen einhergehen. Personen mit Rehabilitationsbedarf müssen zwecks optimaler Versorgung frühzeitig erkannt und erreicht werden. Wichtig ist in diesem Zusammenhang die Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund, die vermehrt eine Erwerbsminderungsrente aufgrund von schlechter Gesundheit, aber vermindert Rehabilitationsleistungen in Anspruch nehmen (Brzoska et al., 2013; Voigtländer et al., 2013). Zur Gruppe mit Migrationshintergrund zählen Personen, „wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil die deutsche Staatsangehörigkeit nicht durch Geburt besitzt(en)“ (Destatis, 2018). Vor diesem Hintergrund ist unsere Hypothese, dass trotz höheren Bedarfs der Beschäftigten mit Migrationshintergrund (BmM) deren Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen geringer ist als bei Beschäftigten ohne Migrationshintergrund (BoM).

### **Methoden**

Die lidA-Studie ist eine deutschlandweite, repräsentative prospektive Kohortenstudie zu Arbeit, Alter, Gesundheit und Erwerbsteilhabe unter sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten der Geburtsjahrgänge 1959 und 1965. Die TeilnehmerInnen wurden mittels Computer Assisted Personal Interviews befragt. Für die Analysen wurden die unabhängigen

Variablen (siehe unten) aus der ersten Studienwelle (2011, n=6.585) und die abhängige Variable (Reha-Inanspruchnahme) aus der zweiten Welle (2014, n=4.244) kombiniert.

Der Reha-Bedarf wurde in Anlehnung an Deck et al. (2009) anhand eines Summenscores aus verschiedenen arbeits- und gesundheitsbezogenen Variablen (Tabelle 1) ermittelt (0=kein Bedarf bis 15=hoher Bedarf).

Bivariate Häufigkeits- bzw. Mittelwertsunterschiede wurden mittels Chi-Quadrat-Tests oder ANOVA zwischen BmM der 1. (G1) und 2. Generation (G2) sowie BoM geprüft. Es wurde auf Interaktion zwischen Bedarf und Migrationshintergrund getestet. Unterschiede in der Reha-Inanspruchnahme in Abhängigkeit vom Bedarf wurden mittels hierarchischer logistischer Regression analysiert. Blockweise wurde für soziodemographische (Alterskohorte, Geschlecht, Bildungs-Ausbildungs-Score, Haushaltseinkommen), weitere wichtige Charakteristiken (Erwerbsstatus, zuhause gesprochene Sprache) sowie Betreuungsverpflichtungen (Kinderbetreuung, Pflege Verwandter) adjustiert.

## **Ergebnisse**

Insgesamt gaben 581 Teilnehmer (13,7%) an, in der Zeit von 2011 bis 2014 an einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen zu haben. Dabei zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen BoM und BmM ( $p=0,027$ ), wobei die Inanspruchnahme bei den G2 mit 18,2% am höchsten war. Der Scoremittelwert für Reha-Bedarf war mit 4,09 (95% KI 3,82-4,36) am höchsten bei G1, gefolgt von G2 (3,77; 95% KI 3,51-4,03) und den BoM (3,64; 95% KI 3,56-3,72). Diese unterschieden sich signifikant voneinander, was speziell durch die Scoremittelwertsunterschiede zwischen G1 und BoM erklärbar ist. Bei in Anspruch genommener Rehabilitationsleistung lag der Bedarfsscore im Mittel höher als bei Nicht-Inanspruchnahme. Die Mittelwerte bei genutzter Rehaleistung lagen für G1 bei 5,51 (95% KI 4,62-6,39), für BoM bei 4,84 (95% KI 4,59-5,09) und für G2 bei 4,79 (95% KI 4,09-5,58). Bei den Teilnehmern ohne Inanspruchnahme einer Reha-Leistung ergab sich die gleiche Abstufung, aber auf niedrigerem Niveau.

Die Interaktion von Migration mit Reha-Bedarf in Bezug auf Reha-Inanspruchnahme war statistisch signifikant, so dass multiple Analysen stratifiziert nach Migrationsgruppen durchgeführt wurden. Für die complete case Analyse ergaben sich für die BoM 3312, für die G1 352 und für die G2 302 Fälle. Im Nullmodell zeigte sich eine Erhöhung des Bedarfs in allen 3 Gruppen als prädiktiv für eine Reha-Inanspruchnahme. Unterschiede im OR waren geringfügig: BoM (OR=1,26, 95% KI 1,21-1,31), G1 (OR=1,26, 95% KI 1,13-1,41) und G2 (OR=1,25, 95% KI 1,11-1,41). Im voll adjustierten Modell blieb eine positiv signifikante Assoziation des Bedarfs mit der Reha-Inanspruchnahme bestehen: BoM (OR=1,22, 95% KI 1,16-1,28), G1 (OR=1,25, 95% KI 1,06-1,49) und G2 (OR=1,20, 95% KI 1,02-1,42).

Tab. 1

Kategorie der Checkliste	Zugeordnete Variablen/ Ausprägung in lidA	Inhalt der Variable
<b>Reha-Indikation: Zugrundeliegende Erkrankung</b>  - Behandlungsbedürftige Erkrankung - Chronifizierung (>3 Monate) - Komorbiditäten - Organschäden	Einschränkungen/ Behinderungen	Vorhandensein einer Einschränkung/Behinderung z.B. Hörbehinderung, Epilepsie etc.
	Auftreten von Krankheiten	Auftreten von Krankheiten in den letzten 12 Monaten, Liste von Krankheiten wie z.B. Bluthochdruck, Erkrankungen der Leber etc.
<b>Funktionseinschränkungen</b>  - Beeinträchtigung der Aktivitäten des täglichen Lebens -Funktionseinschränkungen/ Schwierigkeiten in Bezug auf die berufliche Tätigkeit - Andere Teilhabestörung	Unterstes Terzil der physical health scale, SF12 (SOEP Version)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beeinträchtigung beim Treppen steigen</li> <li>• Beeinträchtigung bei anderen anstrengenden Tätigkeiten im Alltag</li> <li>• Unzufriedenheit, dass man weniger geschafft hat als man wollte oder/und eingeschränkt war oder/und starke Schmerzen hatte</li> </ul>
	Immer oder oft gesundheitliche Einschränkungen durch Schmerz	Häufigkeit (in den letzten 4 Wochen) der Einschränkung durch Schmerzen bei der Arbeit oder alltäglichen Beschäftigungen in den letzten 4 Wochen
<b>Psychische Begleitsymptome</b>  - Auswirkungen der Grunderkrankung auf die psychische Lage - Depressivität, Ängste - Vitale Erschöpfung - Befindlichkeitsstörungen	Unterstes Terzil der mental health scale, SF-12 (SOEP- Version)	Häufigkeit (in den letzten 4 Wochen) <ul style="list-style-type: none"> <li>• der Gefühle niedergeschlagen, traurig, energielos zu sein,</li> <li>• weniger geschafft zu haben als man wollte oder weniger sorgfältig aufgrund von seelischen Problemen</li> <li>• in sozialen Kontakten eingeschränkt gewesen zu sein</li> <li>• der Ausgeglichenheit oder Energie</li> </ul>
<b>Beeinflussbare Risikofaktoren</b>  -Nikotin - Alkohol - Bewegungsmangel - Adipositas - Fettstoffwechselstörungen	BMI > 30	BMI durch Größe und Gewicht
	Wenig/kein Sport oder Bewegung in der Freizeit	Häufigkeit der körp. Anstrengung von mind. 30 Minuten in der Freizeit pro Woche
	Regelmäßiges Rauchen zum Befragungszeitpunkt	Häufigkeit des jetzigen Rauchens bzw. vergangenes Rauchen

Kategorie der Checkliste	Zugeordnete Variablen/ Ausprägung in lidA	Inhalt der Variable
<b>Therapie</b> - Amb. Therapie nicht ausreichend - positives Veränderungspotential - Mehrere Therapieformen nötig - keine ausreichenden Behandlungsmöglichkeiten am Wohnort - Therapieungünstige Arbeitszeiten	Therapieungünstige Arbeitszeiten (wie Schichtdienst, besonders Nacht- und Wechselschicht, Montage)	Angaben über Arbeitszeit mit Gleitzeit, (keine) feste Zeiten oder Schichtdienst mit Detaillierung in Früh-, Spät-, Nacht- oder Wechselschicht
<b>Ungünstige Einflüsse in Arbeit, Beruf und Alltag</b> - erhebliche biomechanische Belastung (einseitige Bewegungen, Zwangshaltung etc) - erhebliche äußere Belastung (Nässe, Dämpfe, Stäube etc) - psychische Belastung/Stress	Mind. eine physische Arbeitsexposition über die Hälfte der Arbeitszeit	In Zwangshaltung arbeitend, schweres Heben/Tragen, einseitige Bewegung
	Niedrige Arbeitsfähigkeit, Workability-Index < 8	Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auf körperl. und geistige Anforderungen in Abhängigkeit von aktueller Tätigkeit
	Unterstes Terzil auf der ERI-Skala, Effort-Reward-Imbalance	Schlechtes Verhältnis von Belastungen und Belohnungen/Anerkennung bei der Arbeit
<b>Arbeitsunfähigkeit</b> - aktuelle oder drohende AU - lange oder wiederholte AU in den letzten zwei Jahren	AU-Tage > 30 Tage (Langzeit-AU)	> 30 AU-Tage in den letzten 12 Monaten
	Angabe zu verminderter Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit	Vom Arzt festgestellte verminderte Erwerbsfähigkeit oder Berufsunfähigkeit
	Angabe von längerer Krankheit	Angabe von längerer Krankheit bei der Frage nach der Erwerbstätigkeit

## Diskussion und Fazit

In der multiplen Analyse ergaben sich im Gruppenvergleich nur geringfügige, wenn auch statistisch signifikante Unterschiede im Zusammenhang zwischen Reha-Bedarf und Reha-Inanspruchnahme. Daraus lässt sich aus unserer Sicht kein direkter Handlungsbedarf ableiten, um die Reha-Inanspruchnahme besonders bei Personen mit Migrationshintergrund zu fördern.

Nach unserer Kenntnis ist dies hierzulande die erste differenzierte Analyse zum Reha-Bedarf bei Personen mit Migrationshintergrund in Hinblick auf die spätere Inanspruchnahme einer Reha-Leistung. Der Reha-Bedarf wird über eine sozialmedizinische Indikationsstellung des Haus- oder Facharztes anhand des Zusammenspiels von vielen Komponenten festgestellt (Morfeld 2015). In der lidA-Studie werden viele dieser Komponenten erfasst, welche für den Summenscore zum Reha-Bedarf verwendet werden konnten. Jedoch war die Abbildung des Themenblocks „Therapie“ und auch eine objektive Einschätzung des Bedarfs nicht möglich, da die Daten auf Selbstangaben basieren. Die Stärke der lidA-Daten ist die hohe

Teilnehmerzahl und die differenzierte Erfassung des Migrationsstatus. In weiteren Analysen ist geplant, das subjektive Bedürfnis für Reha bei BmM zu betrachten.

## Literatur

- Brzoska, P., Voigtländer, S., Spallek, J., Razum, O. (2013): Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und Erwerbsminderung bei Menschen mit Migrationshintergrund. In: Schott, T., Razum, O. (Hrsg.): Migration und medizinische Rehabilitation. Weinheim: Beltz Juventa Verlag. 49–61.
- Deck, R., Träder, J-M., Raspe, H. (2009): Identifikation von potenziellem Reha-Bedarf in der Hausarztpraxis: Idee und Wirklichkeit. *Die Rehabilitation*, 48. 73–83.
- Morfeld, M. (2015): Identifikation von Reha-Bedarf. In: Weber, A., Peschkes, L., de Boer, W. (Hrsg.): Return to work - Arbeit für alle: Grundlagen der beruflichen Reintegration. Stuttgart: Genter Verlag. 179–185.
- Voigtländer, S., Brzoska, P., Spallek, J., Exner, A-K., Razum, O. (2013): Die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation bei Menschen mit Migrationshintergrund. In: Schott, T., Razum, O. (Hrsg.): Migration und medizinische Rehabilitation. Weinheim: Beltz Juventa Verlag. 92–104.
- Statistisches Bundesamt (DESTATIS) (2018): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2017. Fachserie 1 Reihe 2.2. URL: [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/\\_inhalt.html;jsessionid=09FBC88008143646C0BA562FF5B24AC7.internet731#sprg228898](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/_inhalt.html;jsessionid=09FBC88008143646C0BA562FF5B24AC7.internet731#sprg228898), Abruf: 17.10.2018.

## **Geht nicht, gibt's nicht!? - Familienmaßnahmen als neues Konzept im Setting von Mutter-Kind-/Vater-Kind-Vorsorgeeinrichtungen**

*Claudia Kirsch<sup>1</sup>; Jette Jax<sup>2</sup>; Friederike Otto<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Medizinische Hochschule Hannover; <sup>2</sup> Eltern-Kind-Klinik „Haus am Meer“, Zingst

### **Hintergrund und Zielstellung**

Die Belastungen und gesundheitlichen Beschwerden von Müttern, Vätern und ihren Kindern können durch stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen (§§ 24 und 41 SGB V) nachhaltig verbessert werden (Otto, 2014, Jaunzeme et al., 2014). Die Bewältigung von familiären Belastungen oder Gesundheitsproblemen wird jedoch immer häufiger als gemeinsame Aufgabe von Müttern und Vätern verstanden. Daher zeigt sich in Kurberatungsstellen und Kliniken eine steigende Nachfrage nach Familienmaßnahmen, obwohl es dafür noch keine gesetzliche Grundlage gibt und bisher nur Mutter-Kind- bzw. Vater-Kind-Maßnahmen bewilligt werden können.

Um diesem Bedarf Rechnung zu tragen, hat das therapeutische Team der Eltern-Kind-Klinik „Haus am Meer“ in Zingst ein Konzept entwickelt, um mit dem „Gesamtsystem Familie“ zu arbeiten und somit allen Familienmitgliedern zu veränderten Sichtweisen verhelfen zu können. Werden Angehörige in die Behandlung einbezogen, wächst die Wirksamkeit

somatischer und psychotherapeutischer Interventionen (von Sydow et al., 2007). So gibt es in der Klinik seit 1998 das Angebot „Familien stärken“, das die Teilnahme des Lebenspartners zum Ende der Maßnahme für fünf Tage ermöglicht. Ab 2005 ist die Aufnahme der ganzen Familie (mit Mutter und Vater als Patienten) oder mit einem Partner als Selbstzahler über den kompletten Zeitraum von drei Wochen möglich.

Die Gründe von Eltern für eine Familienmaßnahme wurden von 2017-2019 in einer qualitativen Untersuchung ermittelt.

## **Methoden**

Die Teilnahme an einer Familienmaßnahme ist bislang nur durch getrennt beantragte Mutter-Kind- bzw. Vater-Kind-Maßnahmen möglich, die dann zur selben Zeit in der Vorsorgeeinrichtung stattfinden. Kontraindikationen sind u.a. akute Suchterkrankungen oder schwere psychische Störungen der Mütter/Väter.

Zielebenen der Familienmaßnahmen sind:

- Emotionale Entlastung, Abbau von Schuldgefühlen, Respektieren von Abwehrmechanismen
- Förderung familiärer Kohärenz und Unterstützungsfunktion
- Veränderung dysfunktionaler Bewältigungs- und Interaktionsmuster

Neben geschlechtergetrennten Angeboten gibt es im „Haus am Meer“ auch eltern- oder familienbezogene Angebote (Eltern im Dialog, Paare im Dialog, Eltern-Kind-Interaktion) zur Stärkung des gemeinsamen Dialogs zwischen Eltern und ihren Kindern. Die Therapien erfolgen geschlechterspezifisch, wobei die Paar- und Familienberatungen bei Bedarf auch durch zwei Therapeuten (männlich und weiblich) durchgeführt werden können.

Für die qualitative Untersuchung wurden insgesamt 42 Mütter (M=37,6; Range 31-48) und Väter (M=42,4; Range 33-57), die an einer Familienmaßnahme teilgenommen haben, mittels eines halbstandardisierten Leitfadens getrennt voneinander interviewt. Die aufgezeichneten Interviews wurden transkribiert und mittels einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2018) ausgewertet.

## **Ergebnisse**

Seit 2014 kann die Eltern-Kind-Klinik „Haus am Meer“ eine steigende Inanspruchnahme von Familienkuren vorweisen (Abb. 1).

Folgende Gründe für eine Familienmaßnahme konnten in der qualitativen Untersuchung unter anderem ermittelt werden:

- eine zu hohe Belastung, eine Maßnahme allein mit mehreren und/oder kleinen Kindern in Anspruch zu nehmen
- die Stärkung des Familiensystems
- das Gelernte direkt mit dem Partner teilen zu können

Diese Gründe sind vor dem Hintergrund zu betrachten, dass die Familien, die an einer Familienmaßnahme teilgenommen hatten, hochbelastet waren. So hatte jedes Elternteil entweder ein medizinisches oder psychologisches Problem sowie familienbezogene Schwierigkeiten durch, zum Beispiel, ein verhaltensauffälliges oder krankes Kind.

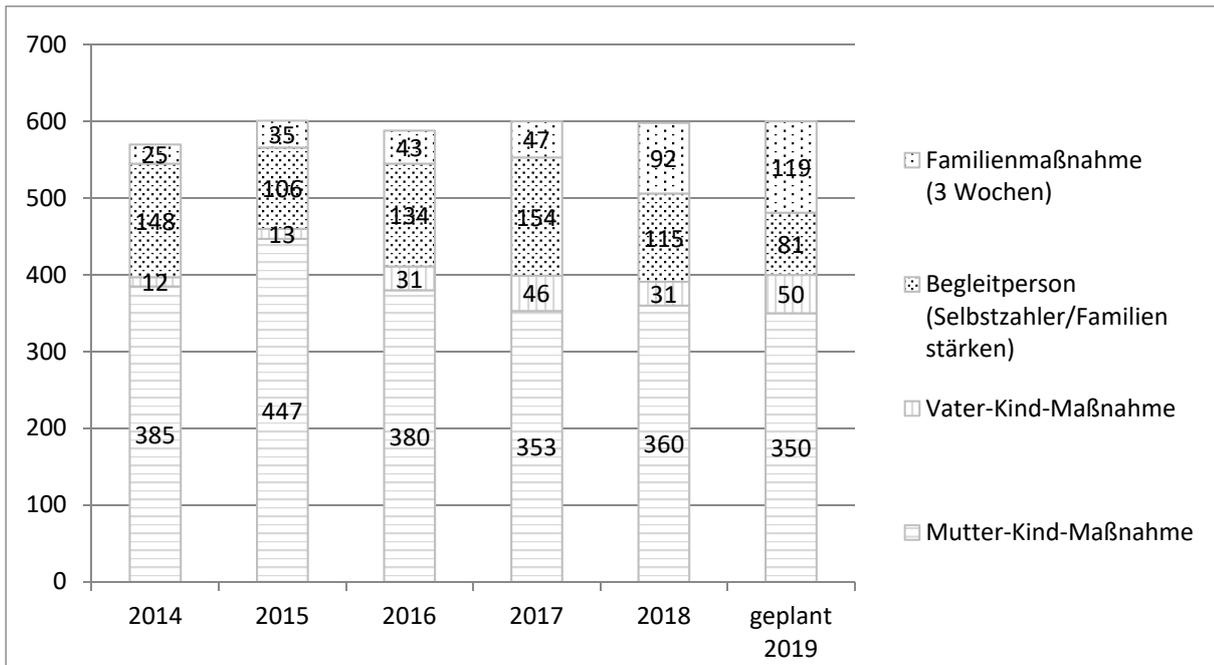


Abb.1: Inanspruchnahme von Maßnahmen für Mütter, Väter und Familien in der Eltern-Kind-Klinik „Haus am Meer“ (2014-2019)

## Diskussion und Fazit

Mit Blick auf die steigenden Kosten im Gesundheitswesen kommt einer nachhaltigen Förderung der gesundheitlichen, persönlichen und psychosozialen Ressourcen von Müttern und Vätern sowie einer stabilen Eltern-Kind-Beziehung eine besondere Bedeutung zu. Diese Förderung ist in Einrichtungen mit dem Angebot einer Familienkur möglich. Ergebnisse zeigen, dass die Belastungen aus der familiären Situation, ist das Herauslösen eines Elternteils mit oder ohne Kinder aus dem familiären Kontext zu einer mehrwöchigen Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme therapeutisch nicht sinnvoll und von den Familien auch nicht gewollt. Trotz steigendem Bedarf an Familienmaßnahmen, finden diese jedoch nur in wenigen Kliniken statt. Die größten Herausforderungen für die Aufnahme von Familien liegen vor allem in den räumlichen Strukturen der Einrichtungen sowie der Kostenübernahme, für die es einer gesetzlichen Grundlage bedarf.

## Literatur

- Jaunzeme, J., Otto, F., Geyer, S. (2014): Gesünder nach der Kur? Analyse von GKV-Daten mit Vorher-Nachher-Vergleich für Teilnehmerinnen einer Mutter-Kind-Maßnahme und Mütter ohne Kurbewilligung. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 93. 41-49.
- Kuckartz, U. (2018): *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (4. Aufl.). Basel, Weinheim: Beltz Juventa.
- Otto, F. (2014): Effekte stationärer Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Kinder - Eine kontrollierte Vergleichsstudie. *Rehabilitation*, 52. 86-95.
- Sydow, K. v., Beher, S., Retzlaff, R. & Schweitzer, J. (2007). *Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie/ Familientherapie*. Göttingen, Bern, Wien, Toronto, Seattle, Oxford, Prag: Hogrefe.

Förderung: 29 Mutter-/Vater-Kind-Kliniken

# Lassen sich internationale Behandlungsmodelle für die Ausgestaltung der ambulanten Kinderreha nutzen? – eine systematische Literaturanalyse

Nina Ammelburg; Sandra Fahrenkrog; Kristin Herrmann; Karla Spyra  
Charité - Universitätsmedizin Berlin

## Hintergrund und Zielstellung

Durch das „Flexirentengesetz“ (13.12.2016, BGBL Teil I, 59) stärkt der Gesetzgeber auch die Rehabilitation für Kinder und Jugendliche entscheidend. Nach §15a SGB VI wird die Kinder- und Jugendrehabilitation von einer Kann- zur Pflichtleistung der Deutschen Rentenversicherung. Neben neuen Regelungen zur Mitnahme von Begleitpersonen, ambulanten Nachsorgeleistungen und der Streichung der frühesten Wiederholungsfrist ergibt sich aus dem gesetzlichen Anspruch nun auch, dass Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche zukünftig ambulant erbracht werden können und nicht wie bislang ausschließlich stationär. Leistungsträger und Leistungserbringer stehen damit vor gänzlich neuen Herausforderungen. Richtlinien gilt es zu erarbeiten und neue Konzepte zu schaffen. Ziel der systematischen Literaturanalyse war es, international wirksame Studien zu möglichen übertragbaren Modellen und Interventionen zu sichten, die relevante Ausgestaltungshinweise für die Kinder- und Jugendreha liefern könnten.

Tab. 1: PIKO-Schema

	Einschlusskriterien		Ausschlusskriterien
Population	Indikation	Adipositas, Übergewicht	Sekundäre Adipositas, andere Indikationen
		Psychische- und Verhaltensauffälligkeiten	Schizophrenie; Suchterkrankungen
		Asthma bronchiale	andere Indikationen
		Krankheiten der Haut und Unterhaut	andere Indikationen
	Alter	Kinder und Jugendliche	Alter ausschließlich > 18 Jahre
Intervention	Bio-psycho-soziale Interventionen		Kein ganzheitliches Angebot
	Setting: ambulant		Setting: stationär Dauer: intensive Phase > 1 Jahr
Kontrolle	Warteliste, landesübliche Standardversorgung, stationäre Behandlung		
Outcome	-		-
Studiendesign	RCT, nicht randomisierte kontrollierte Studie		Keine Kontrollgruppe

## Methoden

Es wurden die Datenbanken Embase, MEDLINE, PSYINDEX sowie PsycINFO mit jeweils eigenen Suchalgorithmen durchsucht. Dabei wurden Studien im Zeitraum von 01/2010 bis 11/2018 in den Sprachen Deutsch und Englisch berücksichtigt. Die Suche wurde auf die vier

Hauptindikationen der Kinder- und Jugendreha Adipositas, Psychische- und Verhaltensauffälligkeiten, Asthma bronchiale und Krankheiten der Haut und Unterhaut begrenzt. Folgende Ein- und Ausschlusskriterien wurden anhand des PIKO-Schemas definiert (Tabelle1), die Bewertung erfolgte durch zwei unabhängige Reviewer. Die Qualität der identifizierten Studien wurde anschließend in Anlehnung an die Checkliste vom Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment (2008) bewertet.

## **Ergebnisse**

Krankheiten der Haut und Unterhaut: Die Suche lieferte 313 Publikationen, von denen jedoch keine relevante Studie identifiziert werden konnte.

Asthma: Die Suche lieferte 674 Publikationen, jedoch erfüllte auch bei dieser Indikation keine Studie die gesetzten Ein- und Ausschlusskriterien.

Adipositas: Die Suche in den Datenbanken lieferte 2470 Ergebnisse, von denen 4 Studien zunächst identifiziert werden konnten, eine aufgrund mangelnder Qualität jedoch ausgeschlossen werden musste, sodass letztendlich drei Studien übrigblieben. Die Datenextraktion zeigte, dass zwei dieser Studien in den Niederlanden und eine in den USA durchgeführt wurden und sich auf unterschiedliche Studienpopulationen bezogen (Alter der Kinder u. Geschlecht). Betrachtet man die formalen Ausgestaltungspunkte, so zeigt sich, dass alle drei Interventionen ausschließlich in einem Gruppensetting von einem multidisziplinären Team durchgeführt wurden und sich sowohl an die Kinder als auch an die Eltern richteten. In einer Studie wurden zusätzlich Kinderärzte geschult. Die Gesamtanzahl therapeutischer Sitzungen unterschied sich nicht maßgeblich, jedoch variierte die Dauer der Maßnahme zwischen 3 und 24 Monaten. Ziel der Interventionen war die Veränderung von Ernährungsgewohnheiten und der sportlichen Aktivität.

Psychische – und Verhaltensauffälligkeiten: Die Suche lieferte 13645 Ergebnisse, drei Studien wurden davon als geeignet eingeschätzt. Aufgrund unzureichender Qualität einer Studie, konnten letztendlich nur zwei Studien herangezogen werden. Eine Studie wurde in Australien durchgeführt und schloss Patientinnen mit einer Anorexia Nervosa Diagnose. Der relevante ambulante Behandlungsarm der Studie erstreckte sich über 6 Monate und fand ausschließlich im Einzelsetting statt in Form von kognitiver Verhaltenstherapie und Ernährungsberatung, auch die Eltern erhielten Beratungsangebote. Ziel der Intervention war die Gewichtsstabilisierung und die Verbesserung der Symptombelastung.

Die in Großbritannien durchgeführte Studie richtete sich an Patienten mit einer Autismus-Spektrums-Störung (ASS) oder einer Entwicklungsverzögerung. Alle Studienteilnehmer erhielten gemeinsam mit ihren Eltern über einen Zeitraum von einem Jahr zwei wöchentliche therapeutische Einzelsitzungen, durchgeführt von einem multidisziplinären Team. In der Studie ging es insbesondere darum die Wirksamkeit von zusätzlichen wöchentlichen Hausbesuchen zu überprüfen. Ziel der Intervention war Verbesserung der kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten.

## **Diskussion und Fazit**

Die Besonderheit des deutschen Reha-Systems und des fest verankerten bio-psycho-sozialen Behandlungsansatzes spiegelt sich insbesondere darin wider, dass so gut wie keine internationalen Wirksamkeitsstudien zu übertragbaren Behandlungsansätzen gefunden

werden konnten. In wie weit die relevanten Studien tatsächlich für die Umsetzung der ambulanten Rehabilitation genutzt werden bzw. Anregungspunkte liefern können, gilt es zu diskutieren.

## Literatur

Deutscher Bundestag (2016): Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz). Bundesgesetzblatt, I(59). 2838-2847. Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment. (2008): (Internes) Manual Abläufe und Methoden – Teil 2. Letzter Zugriff am 02.10.2019, [http://eprints.hta.lbg.ac.at/713/3/HTA-Projektbericht\\_06\\_%20282.Auflage%29.pdf](http://eprints.hta.lbg.ac.at/713/3/HTA-Projektbericht_06_%20282.Auflage%29.pdf).

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

## **Strategien diversitätssensibler Gesundheitsversorgung in der medizinischen Rehabilitation – Ergebnisse einer postalischen Befragung von Rehabilitationseinrichtungen**

*Fabian Erdsiek<sup>1</sup>; Tugba Aksakal<sup>1,2</sup>; Yüce Yilmaz-Aslan<sup>2</sup>; Dennis Padberg<sup>1</sup>; Maria Dyck<sup>1,2</sup>; Oliver Razum<sup>2</sup>; Patrick Brzoska<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Universität Witten/Herdecke; <sup>2</sup> Universität Bielefeld

## Hintergrund und Zielstellung

Die Bevölkerung Deutschlands ist heterogen. Verschiedene Diversitätsmerkmale, wie beispielsweise das Geschlecht, das Alter, der sozioökonomische Status oder ein Migrationshintergrund implizieren auch unterschiedliche Erwartungen und Bedürfnisse an die Gesundheitsversorgung (Campinha-Bacote 2003; Brzoska, Razum 2017). Die unzureichende Berücksichtigung dieser kann sich negativ auf die Versorgungszufriedenheit und den Behandlungserfolg auswirken (Brzoska et al., 2016; Brzoska, Razum 2017; Deck et al. 1999). Unterschiedliche Maßnahmen können eine diversitätssensible Versorgung fördern, die dieser Vielfalt gerecht werden und zu einer höheren Nutzerorientierung beitragen kann. Inwiefern solche Maßnahmen in der Rehabilitation bereits zum Einsatz kommen und welche Faktoren ihren Einsatz fördern oder behindern, ist bisher unklar. Ziel der vorliegenden Querschnittuntersuchung ist es zu ermitteln, welche Maßnahmen und Strukturen Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation nutzen, um eine diversitätssensible Versorgung anzubieten und welche möglichen Hindernisse bei der Umsetzung entsprechender Maßnahmen wahrgenommen werden.

## Methoden

Im Rahmen einer bundesweiten postalischen Fragebogenerhebung wurden die Verwaltungsleitungen aller stationären Rehabilitationseinrichtungen (n=1233) sowie von 50% aller ambulanten Rehabilitationseinrichtungen (n=129) im Mai 2019 kontaktiert und um die Beantwortung eines Fragebogens gebeten. Der Fragebogen umfasste Fragen zum Umgang

mit der Diversität von Mitarbeitern/innen und Rehabilitanden/innen. Nach einmaliger Erinnerung im August 2019 lagen Antworten von insgesamt 206 stationären und 23 ambulanten Rehabilitationseinrichtungen vor (Rücklaufquote: 16,7% bzw. 17,8%). Die Daten wurden deskriptiv ausgewertet.

## **Ergebnisse**

Die Mehrheit der Befragten (59,8%) sieht eine diversitätssensible Ausrichtung der Einrichtung als notwendig an. Darüber hinaus stimmen der Aussage, dass eine diversitätssensible Ausrichtung zukünftig eine noch größere Bedeutung spielen werde, 14,9% voll und 58,1% eher zu. 57,2% der Befragten stimmten der Aussage, dass ihre Einrichtung auf die Behandlungsbedürfnisse eingehe, voll zu und 38,9% stimmten eher zu. Nach Einschätzung der Einrichtungen ist Diversitätssensibilität besonders von Bedeutung für die Zufriedenheit von Patienten/innen (72,9%), die Zufriedenheit der Mitarbeiter/innen (68,1%) und den Behandlungserfolg von Patienten/innen (75,1%). Insgesamt 41,1% der Einrichtungen sahen eine diversitätssensible Versorgung als wichtigen Aspekt zur Steigerung der Patienten/innen-Zahlen.

Die am häufigsten genannten Hindernisse bei der Umsetzung einer diversitätssensiblen Versorgung sind fehlende Anreize der Versorgungsträger (55,9%), fehlende finanzielle Ressourcen (47,6%) und organisatorische Schwierigkeiten (43,2%). Weitere vielfach angegebene Hindernisse sind Unklarheiten hinsichtlich der Umsetzung (27,9%) und fehlende Überzeugung der Notwendigkeit solcher Maßnahmen seitens einiger Entscheidungsträger/innen (24,9%). 19,7% der Einrichtungen sehen keinerlei Hindernisse bei der Umsetzung.

Die Mehrheit der Einrichtungen gibt an, diversitätssensible Aspekte im Leitbild (61,7%) und/oder im Qualitätsmanagement (59,8%) zu berücksichtigen. 19,7% der Einrichtungen bieten regelmäßige Schulungen, Fortbildungen oder Fachberatungen zum Thema an. Arbeitsgruppen zum Thema Diversitätssensibilität existieren in 8,3% der Einrichtungen, während 7,6% über eine/n Diversitätsbeauftragte/n verfügen.

## **Diskussion und Fazit**

Es wird deutlich, dass für die Mehrheit der befragten Einrichtungen Diversitätssensibilität ein relevantes Thema ist. Dennoch findet sich die Berücksichtigung dieser Aspekte in der Versorgungspraxis nur teilweise wieder. Während die ideelle Verankerung in Leitbildern und im Qualitätsmanagement weit verbreitet ist, werden weitere Strukturen und Prozesse, wie spezielle Arbeitsgruppen, Diversitätsbeauftragte und Schulungen, von weit weniger Einrichtungen vorgehalten. Neben fehlenden Anreizen und finanziellen Ressourcen liegen die Hindernisse in der Umsetzung in Unklarheiten bei der Implementierung und fehlender Überzeugung über die Relevanz diversitätssensibler Versorgung auf Ebene von Entscheidungsträgern/innen begründet.

Zur Förderung einer diversitätssensiblen Versorgung lassen sich daher mehrere zentrale Handlungsfelder identifizieren: (I) Verbesserte Kommunikation des Nutzens diversitätssensibler Versorgung, (II) Bereitstellung von Anreizen und Ressourcen zur nachhaltigen Umsetzung in die Versorgungspraxis, (III) Kompetenzbildung und Unterstützung der Einrichtungen bei der Auswahl und Implementierung geeigneter Maßnahmen.

## Literatur

- Brzoska, P., Sauzet, O., Yilmaz-Aslan, Y., Widera, T., Razum, O. (2016): Self-rated treatment outcomes in medical rehabilitation among German and non-German nationals residing in Germany: an exploratory cross-sectional study. *BMC Health Services Research* 16, 105.
- Brzoska, P., Razum, O. (2017): Herausforderungen einer diversitätssensiblen Versorgung in der medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation* 56, 299-304.
- Campinha-Bacote, J. (2003): Many faces: addressing diversity in health care. *The Online Journal of Issues in Nursing* 8, 3.
- Deck, R. (1999): Erwartungen und Motivationen in der medizinischen Rehabilitation. Ihre sozialmedizinische und gesundheitspolitische Bedeutung für den Rehabilitationserfolg. Lage: Jacobs.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

## Entwicklung eines Qualitätsscores als Alternative zur globalen Qualitätseinschätzung von Durchgangsarztberichten im Peer-Review-Verfahren der DGUV

*Daniel Szczotkowski<sup>1</sup>; Lisa Marie Telschow<sup>2</sup>; Ute Polak<sup>3</sup>; Marion Wittwer<sup>3</sup>;  
Thomas Kohlmann<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Institut für Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald;

<sup>2</sup> Hochschule Neubrandenburg; <sup>3</sup> Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV)

### Hintergrund und Zielstellung

Im Peer-Review-Verfahren der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e.V. (DGUV) wird die Dokumentationsqualität von Durchgangsarztberichten (D-Berichten) in neun Beurteilungskategorien mit jeweils einer Checklistenfrage erhoben (Antwortformat: kein Mangel/Mangel). Die Relevanz eines etwaigen Mangels kann durch den Peer auf einer Skala von 1-10 eingeschätzt werden (1 = sehr geringe, 10 = sehr starke Beeinträchtigung der Berichtsqualität durch den Mangel). Am Ende wird der D-Bericht global mit einer Gesamtnote bewertet (1 = sehr gut, 6 = ungenügend) (Szczotkowski et al., 2017).

Im Herbst 2018 erhielten 957 Leistungserbringer einen individualisierten Qualitätsbericht, in dem das eigene Abschneiden mit bundesweiten Durchschnittswerten verglichen werden konnte (Szczotkowski et al., 2019). In vereinzelt Rückmeldungen von Leistungserbringern wurde ersichtlich, dass die Akzeptanz des „Schulnotenprinzips“ als Globaleinschätzung nicht immer gegeben ist. Überdies ist aus messtheoretischer Perspektive denkbar, dass in die Gesamtnoten auch Qualitätsaspekte einfließen, welche nicht durch die Checklistenfragen erfasst werden.

Vor diesem Hintergrund sollte unabhängig von der vergebenen Gesamtnote ein Qualitätsscore (QS) als alternatives Maß zur globalen Einschätzung eines D-Berichtes entwickelt werden.

### Methoden

Die Beurteilung der D-Berichte durch die Peers mittels Checkliste erfolgte papierlos in einer eigens entwickelten Webanwendung. Zwei der neun Beurteilungskategorien enthielten optionale Checklistenfragen (u.a. war die Einschätzung des beschriebenen Röntgenergebnisses nur möglich, wenn geröntgt wurde). Bei allen Relevanzeinschätzungen handelte es sich um freiwillige Felder.

Im Falle einer Mängelfeststellung sollte die jeweilige Relevanzeinschätzung auf den zu berechnenden QS einen umso größeren Einfluss ausüben, desto stärker die Beeinträchtigung der Berichtsqualität durch den Mangel eingeschätzt wurde. Stellte ein Peer bei einer Checklistenfrage keinen Mangel fest, so wurde eine Relevanz von „0“ angenommen. Für Fälle, in denen zu einem festgestellten Mangel keine entsprechende Relevanzeinschätzung vorlag, gab es zwei verschiedene Ansätze zum Umgang mit diesen fehlenden Werten: In

Ansatz I wurde beim Auftreten solcher Missings kein QS ermittelt (listenweiser Fallausschluss). Für Ansatz II wurden derlei fehlende Werte mit dem Mittelwert der Relevanzeinschätzungen der jeweiligen Beurteilungskategorie ersetzt. Im letzten Schritt wurden alle Werte auf den Wertebereich von 0-100 skaliert. Die entwickelte Formel zur Berechnung des QS lautet:

$$QS = ((K * 10) - (\sum_{i=1}^k \text{Relevanz } x_i)) * 10 / K$$

K: Anzahl beantworteter Checklistenfragen

## Ergebnisse

Bei Ansatz I konnte für 3.253 (10,7%) Fälle kein QS ermittelt werden. Für Ansatz II war die Berechnung eines QS für alle 30.384 beurteilten D-Berichte möglich.

Der Mittelwert des QS I betrug  $92,4 \pm 11,2$  Punkte (Minimum: 0, Maximum: 100), derjenige des QS II  $91,2 \pm 12,1$  Punkte (Minimum: 0, Maximum: 100). Für beide Ansätze zeigte sich eine stark linksschiefe Verteilung, bei der jeweils die Hälfte der D-Berichte einen QS von mindestens 95 Punkten erreichte. Der Spearman-Korrelationskoeffizient zwischen der Gesamtnote des D-Berichts und dem QS I bzw. II ergab  $r_I = -0,810$  bzw.  $r_{II} = -0,818$  (jeweils  $p < 0,001$ ).

Auf der Ebene der 957 Leistungserbringer mit mindestens 25 beurteilten D-Berichten lag der Mittelwert des QS I bei  $92,4 \pm 3,5$  Punkten (Minimum: 72,2; Maximum: 99,7) und des QS II bei  $91,2 \pm 3,6$  Punkten (Minimum: 72,1; Maximum: 98,9). Zwischen durchschnittlicher Gesamtnote und durchschnittlichem QS I bzw. QS II betrug der Pearson-Korrelationskoeffizient  $r_I = -0,871$  bzw.  $r_{II} = -0,900$ . Die beide Ansätze korrelierten mit  $r_{I/II} = 0,949$  miteinander (jeweils  $p < 0,001$ ). Im Punktdiagramm lässt sich erkennen, dass die Streuung des durchschnittlichen QS etwas breiter ausfiel, desto schlechter die durchschnittliche Gesamtnote eines Leistungserbringers war (Abb. 1).

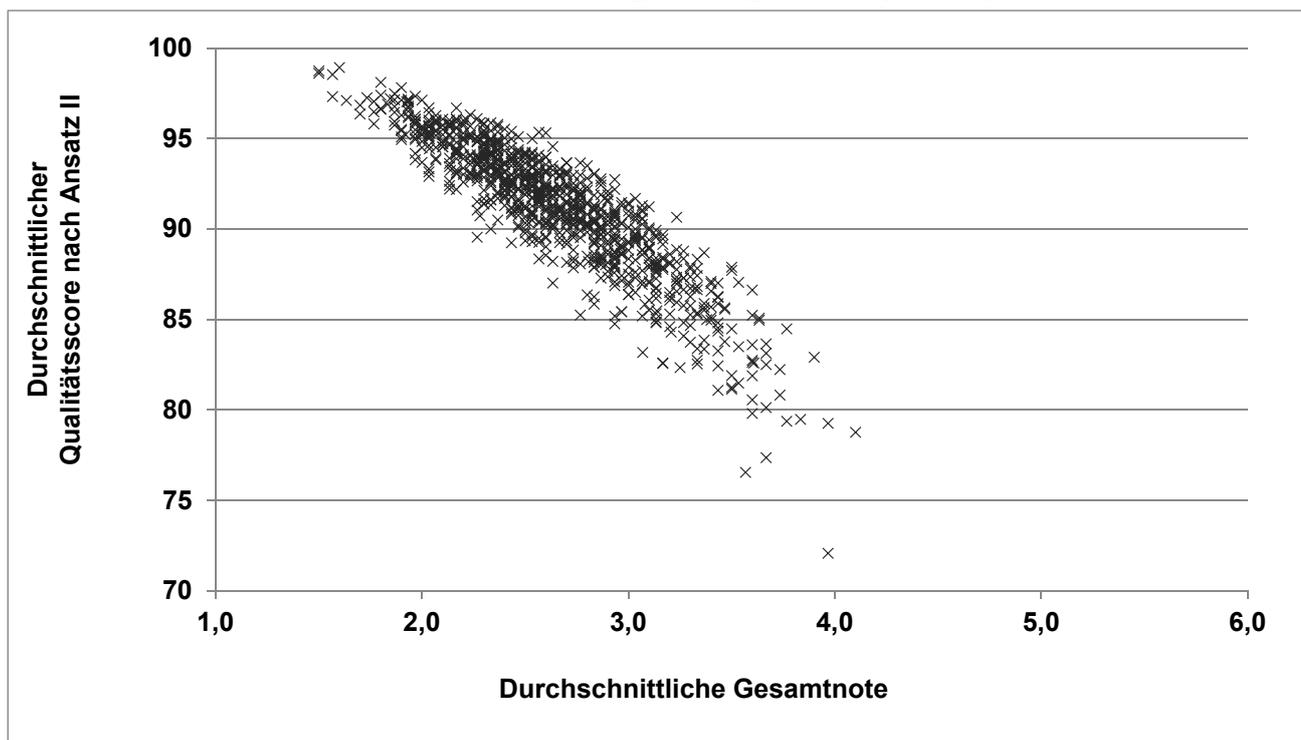


Abb. 1: Punktdiagramm zwischen durchschnittlicher Gesamtnote und durchschnittlichem Qualitätsscore nach Ansatz II für N = 957 Leistungserbringer.

## **Diskussion und Fazit**

Die jeweils sehr starken Korrelationen zwischen den Maßen zeigen, dass die hier entwickelten QS sehr gut mit den Gesamtnoten korrespondieren. Dieser Befund spricht sowohl für die Validität der Gesamtnoten als subjektives Globalurteil, als auch für die Struktur und die Inhalte der Checkliste, mit der eine alternative Bestimmung der gesamten Berichtsqualität durch einfache Verknüpfung von Mangelfeststellung und Mangelrelevanz möglich ist.

Mittels QS kann die Globaleinschätzung eines D-Berichtes wesentlich feingliedriger dargestellt werden, als dies bei einem Bewertungssystem mit lediglich sechs Noten der Fall ist. Trotz Ausschöpfung des kompletten Wertebereichs zeigte sich allerdings auch, dass eine große Mehrheit der D-Berichte einen QS von über 90 Punkten erreichte und alle Leistungserbringer mit ihrem durchschnittlichen QS in einem relativ engen Intervall von 72 bis 99 Punkten lagen. Dies lässt die Interpretation erreichter Ergebnisse intuitiv etwas schwieriger erscheinen, als dies bei einem Wertebereich von 1-6, in dem sich Schulnoten üblicherweise bewegen, angenommen werden kann.

Für die bereits geplante Fortführung des Peer-Review-Verfahrens bietet sich der DGUV mit der Rückmeldung von Qualitätsscores nun eine Alternative oder Ergänzung zur Globaleinschätzung von D-Berichten.

## **Literatur**

- Szczotkowski, D., Brodowski, H., Nolting, H., Haase, T., Gruner, A., Kükke, R., Kohlmann, T. (2017): Entwicklung und Erprobung einer Checkliste zur Beurteilung der Qualität von Durchgangsarztberichten. *Trauma Berufskrankh* 2017 · 19:41–46.
- Szczotkowski, D., Neik, C., Wittwer, M., Polak, U., Kohlmann, T. (2019): Qualitätssicherung in der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung am Beispiel des Peer Reviews der Durchgangsarztberichte, in: *Deutsche Rentenversicherung Bund* (2019), 28. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, DRV-Schriften Band 117, Berlin.

Förderung: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV)

## **(Non-)Responder-Analyse zur Requamo-II-Studie: Sind die Antworten repräsentativ?**

*Rainer Kaluscha<sup>1</sup>; Belinda Hoffmann<sup>2</sup>; Gert Krischak<sup>1,2</sup>; Rüdiger Nübling<sup>3</sup>; Udo Kaiser<sup>3</sup>;  
Edwin Toepler<sup>4</sup>*

<sup>1</sup> Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm (IFR Ulm);

<sup>2</sup> Federseeklinik Bad Buchau; <sup>3</sup> Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen (GfQG);

<sup>4</sup> SAMA Stuttgart

### **Hintergrund und Zielstellung**

Fragebogengestützte Datenerhebungen leiden im Regelfall darunter, dass nicht alle Personen zu einer Studienteilnahme bereit sind und in der Folge keine Vollerhebung erreicht wird. Da sich „Antwörter“ (Responder) häufig hinsichtlich studienrelevanter Eigenschaften systematisch von „Nichtantwortern“ (Non-Responder) unterscheiden, birgt dies die Gefahr, dass die gewonnenen Ergebnisse durch (Selbst-)Selektionseffekte (Non-Response Bias bzw. Self-Selection Bias) verzerrt werden.

Bei der Reha-QM-Outcome-Studie II wurden die Studienteilnehmer als Vollerhebung bzw. Zufallsstichprobe bei den Rentenversicherungsträgern gezogen. Damit standen auch für die Non-Responder (d.h. Studienteilnehmer, die den Fragebogen nicht zurückgesandt haben) die anonymisierten Routinedaten der Rentenversicherung zur Verfügung. So kann hier im Gegensatz zu vielen anderen Studien anhand dieser Merkmale geprüft werden, ob bestimmte Gruppen beim Fragebogenrücklauf über- oder unterrepräsentiert sind.

### **Methoden**

Für die Studie II wurden 16.000 Rehabilitanden der drei Rentenversicherungsträger Baden-Württemberg, Braunschweig-Hannover und Nordbayern ein Jahr nach Ende ihrer Rehabilitationsmaßnahme angeschrieben und um anonyme Rücksendung eines Fragebogens (Nübling et al., 2018) gebeten. Zusätzlich standen Routinedaten der Rentenversicherung sowie Angaben aus den Qualitätsmanagementsystemen der beteiligten Rehabilitationseinrichtungen (s.u. Danksagung) zur Verfügung. Diese wurden wie bei der Vorgängerstudie mittels Pseudonymen datenschutzgerecht mit den Fragebögen verknüpft, ohne dass dadurch den Forschungsinstituten die Identität der Beteiligten bekannt wurde (Kaluscha et al., 2015).

Nach einem Erinnerungsschreiben und Abzug der postalisch nicht erreichbaren Teilnehmer betrug die Rücklaufquote 51,4%. Es wurde eine logistische Regression (SAS 9.4, proc logistic / stepwise selection) unter Einbeziehung medizinischer, administrativer, soziodemografischer und erwerbsbezogener Merkmale gerechnet, um den Einfluss dieser Parameter auf die Rücksendung des Fragebogens zu modellieren.

Tab. 1: Odds-Ratios für Merkmale bzw. -ausprägungen hinsichtlich Fragebogenrücksendung (Merkmale jeweils  $p < 0,001$ , signifikante Ausprägungen in **Fettdruck**)

Variable / Ausprägung	Punktschätzer	95%-	
		Konfidenzintervall	
Region/RV-Träger:			
Braunschweig-Hannover vs. Baden-Württemberg	<b>1,106</b>	1,022	1,196
Nordbayern vs. Baden-Württemberg	<b>1,276</b>	1,163	1,400
Geschlecht: männlich vs. Weiblich	<b>0,857</b>	0,796	0,923
Staatsangehörigkeit ausländisch vs. deutsch	<b>0,527</b>	0,471	0,589
Aufforderung durch Krankenkasse gem. §51 SGB V	<b>0,764</b>	0,651	0,897
Anschlussheilbehandlung vs. Heilverfahren	<b>0,818</b>	0,758	0,884
Fachabteilungsgruppe: Gastrologie vs. Orthopädie	0,936	0,783	1,120
Innere vs. Orthopädie	0,871	0,715	1,060
Kardiologie vs. Orthopädie	<b>0,822</b>	0,741	0,912
Neurologie vs. Orthopädie	1,103	0,947	1,283
Onkologie vs. Orthopädie	<b>1,236</b>	1,106	1,381
Pneumologie/Haut vs. Orthopädie	0,940	0,809	1,094
Psychosomatik vs. Orthopädie	0,994	0,883	1,120
Zeitlich zumutbarer Umfang letzte Tätigkeit: 3-6h vs. > 6h	<b>0,823</b>	0,725	0,934
<3h vs. > 6h	<b>0,744</b>	0,675	0,820
nicht beurteilt	0,685	0,296	1,584
Altersklasse < 30 vs. 50-55	<b>0,553</b>	0,433	0,705
30-35 vs. 50-55	<b>0,568</b>	0,453	0,711
35-40 vs. 50-55	<b>0,512</b>	0,427	0,613
40-45 vs. 50-55	<b>0,634</b>	0,552	0,729
45-50 vs. 50-55	<b>0,789</b>	0,707	0,881
55-60 vs. 50-55	1,069	0,974	1,173
60-65 vs. 50-55	<b>1,187</b>	1,065	1,323
> 65 vs. 50-55	1,925	0,831	4,458
Familienstand: geschieden vs. Ledig	0,937	0,821	1,069
geschieden vs. Ledig	<b>1,258</b>	1,136	1,394
geschieden vs. Ledig	0,901	0,717	1,130
Sozialversicherungsbeiträge im Jahr vor Rehabilitation	<b>1,384</b>	1,262	1,518
Gesamtanzahl Reha-Maßnahmen / -anträge	<b>1,041</b>	1,017	1,064

## **Ergebnisse**

Das logistische Model erreichte nur eine mäßige Vorhersagegüte (c-Wert: 0,625), d.h. es dürfte noch andere relevante Einflüsse auf die Studienteilnahme geben, die in den Routinedaten nicht abgebildet sind. Die relevanten Einflussgrößen sind mit den zugehörigen Odds-Ratios in Tabelle 1 aufgeführt. Den deutlichsten Einfluss haben dabei die Merkmale Staatsangehörigkeit, Alter, Familienstand und die gewichteten Sozialversicherungsbeiträge im Jahr vor der Rehabilitation. Auch einige Indikationen sowie die Region bzw. der zuständige Rentenversicherungsträger hatten Einfluss auf die Rücklaufquoten (vgl. Tab. 1).

Ebenfalls geprüft, aber als nicht signifikant verworfen, wurden noch die Parameter „zumutbarer zeitlicher Umfang einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt“, Anzahl Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Anzahl Rentenanträge, Durchführung ambulant/stationär und Arbeitslosenquote in der jeweiligen Arbeitsmarktregion.

## **Diskussion und Fazit**

Im großen Ganzen entsprechen Richtung und Größe des Einflusses der einzelnen Parameter den Ergebnissen der auf Baden-Württemberg begrenzten Vorgängerstudie und sind auch plausibel zu erklären. So dürfte z.B. die geringere Rücklaufquote bei ausländischen Staatsangehörigen auf Sprachschwierigkeiten zurückzuführen sein. Allerdings hatte auch die Region bzw. der leistende Rentenversicherungsträger trotz Berücksichtigung der zahlreichen anderen Parameter im Modell immer noch einen Einfluss.

Bei der Beurteilung des Verzerrungsrisikos sind sowohl die Odds-Ratios für die Rücksendung in dieser Gruppe als auch die Gruppengröße in Betracht zu ziehen. In dieser Studie antworteten z.B. ausländische Staatsangehörige und jüngere Versicherte unter 40 Jahren nur halb so häufig wie ihre Referenzgruppen (deutsche Staatsangehörige bzw. die Altersklasse von 50 bis 55 Jahren). Allerdings umfassen diese Gruppen nur 10,8% bzw. 6,6% der Befragten, so dass ein höherer Rücklauf in diesen Gruppen nicht zu wesentlich anderen Gesamtergebnissen führen dürfte. Insofern ist von einer guten Repräsentativität der erhaltenen Antworten für die befragte Zielgruppe auszugehen.

Mögliche Auswirkungen von Verzerrungen durch (Selbst-)Selektionseffekte müssen bei allen Datenerhebungen mit freiwilliger Teilnahme bedacht werden – insbesondere bei geringen Rücklaufquoten. Leider bleiben die Gründe für eine Ablehnung der Studienteilnahme oft im Dunkeln, so dass die Interpretation der Studienergebnisse schwierig werden kann.

Hier gelang es durch die Nutzung von Routinedaten, das Risiko für Verzerrungen durch Selbstselektionseffekte abzuschätzen, so dass die Studienergebnisse besser zu interpretieren sind und an Belastbarkeit gewinnen.

Danksagung: Unser Dank gilt der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg, Braunschweig-Hannover und Nordbayern für die Unterstützung der Studie. Ferner sei den 41 teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen (Verbund Norddeutscher Rehakliniken, Qualitätsverbund Gesundheit sowie den Kliniken der DRV Braunschweig-Hannover und DRV Nordbayern) sowie den Rehabilitanden, die mit ihrem Fragebogen zum Gelingen der Studie beigetragen haben, herzlich gedankt.

## **Literatur**

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

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

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

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

## **Die Methode der sozialen Netzwerkanalyse beim Aufbau einer überbetrieblichen Bewegungsnachbarschaft**

*Gabriele Fohr<sup>1</sup>; Bert Droste-Franke<sup>1</sup>; Carina Hoffmann<sup>2</sup>; Gerrit Stassen<sup>2</sup>; Andrea Schaller<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> IQIB – Institut für qualifizierende Innovationsforschung und -beratung;

<sup>2</sup> Deutsche Sporthochschule Köln

### **Hintergrund und Zielstellung**

Für die Bewegungsförderung bei Erwachsenen spielt neben dem häuslichem Umfeld insbesondere die betriebliche Lebenswelt eine besondere Rolle (Rütten, Pfeifer, 2016). Empfohlen werden hierbei Mehrkomponentenmaßnahmen, die sowohl konkrete Kursangebote als auch die Umgestaltung betrieblicher Abläufe und die Schaffung bewegungsförderlicher Infrastrukturen im Betrieb vorsehen (ebd., S. 86). Dies stellt zum einen gerade für Klein- und Kleinstbetriebe (KKU) eine besondere Herausforderung dar, deren finanzielle und personelle Ressourcen für die Teilnahme zumeist eng begrenzt sind. Zum anderen wird deutlich, dass vielfältige Stakeholder mit eingebunden werden müssen: neben den Kursanbietern und Beschäftigten, sind das insbesondere die Betriebe, die als Mittler zwischen den bewegungsfördernden Maßnahmen und deren Teilnehmern erforderlich sind. Der Aufbau und die gemeinsame Nutzung eines überbetrieblichen Netzwerks stellt hier eine Möglichkeit dar, auch KKU an vorhandenen Ressourcen teilhaben zu lassen bzw. zu diesen beizutragen. Im Projekt „KomRüBer: Konzept, Umsetzung und Evaluation einer überbetrieblichen Bewegungsnachbarschaft unter Nutzung kommunaler und regionaler Strukturen“ wird daher erprobt, wie der Aufbau und die Umsetzung einer überbetrieblichen Bewegungsnachbarschaft durch die soziale Netzwerkanalyse (SNA) ergänzt werden kann.

### **Methoden**

Der im Projekt gewählte Ansatz orientiert sich am BIG-Modell (Rütten, Wolff, 2017), wendet diesen auf Bewegung an und verknüpft ihn mit der SNA, die den Prozess begleitet. Die SNA als Methode in KomRüBer zielt dabei insbesondere auf die Verhältnisorientierung und untersucht neben der individuellen Ebene (Mikroebene) wesentlich die Beziehungen

zwischen den Akteuren, d.h. die relationale Ebene (Mesobene), in die die Akteure eingebettet sind. Dies stellt einen in diesem Kontext neuen Ansatz dar und erweitert und ergänzt die in der Prävention und Rehabilitation üblicherweise verwendeten Methoden (s.a. Peters, Wäsche, 2017). Im weiteren Verlauf wird versucht, mithilfe der SNA Aussagen zu Förderfaktoren und Barrieren für die Teilnahme an der überbetrieblichen Bewegungsnachbarschaft zu treffen und Empfehlungen abzugeben (Valente, 2010).

## **Ergebnisse**

Im Mittelpunkt der SNA in KomRüBer stehen entsprechend dem Fokus auf Betriebe die beteiligten Organisationen: Unternehmen, die die Bewegungsnachbarschaft bilden, bewegungsorientierte Akteure, sowie weitere Netzwerkpartner. Das Vorgehen orientiert sich dabei weitgehend an dem Verfahren zum Aufbau und zur Umsetzung der Bewegungsnachbarschaft. Dabei werden die einzelnen Veranstaltungen als eigenen Akteur bzw. Knoten eingeführt. Dies stellt zum einen die Verbindung zwischen den Akteuren her, zum anderen eröffnet es die Möglichkeit, weitere Arten von Knoten hinzuzufügen, wie etwa im weiteren Verlauf des Projektes die Ebene der Beschäftigten bzw. der Verhaltensorientierung. Dies ist auch insofern konsequent, als dass durch die gemessene Häufigkeit besuchter Netzwerkveranstaltungen ein stärkeres Commitment bzw. eine stärkere Verbindlichkeit der einzelnen Betriebe angenommen werden kann. Technisch wird dies anhand eines Two-Mode-Netzwerks gelöst, das dann auf ein Single-Mode-Netzwerk projiziert wird.

## **Diskussion und Fazit**

Das gewählte Vorgehen erlaubt sowohl die netzwerktheoretische Analyse und Visualisierung der einzelnen Veranstaltungen (d.h. der Strukturqualität) als auch der Entwicklung des Netzwerks über die Veranstaltungen bzw. den Zeitverlauf hinweg (d.h. der Prozessqualität). Als weitere wesentliche Elemente können darüber hinaus netzwerkspezifische Maße wie Größe und Zentralität berechnet werden. Die Akzeptanz und Nutzung der Maßnahme durch die Beschäftigten kann im weiteren Verlauf als zusätzlicher Modus oder als Eigenschaft der Organisationen hinzugenommen werden.

## **Literatur**

- Peters, S., Wäsche, H. (2017): Projekt SAMBA: Systematische Erfassung relevanter Akteure, Berufsgruppen sowie künftiger Multiplikatoren in der Bewegungsförderung zur Analyse und Entwicklung eines interdisziplinären Netzwerks zur nachhaltigen Bewegungsförderung. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport* 2017, 33. 114-118.
- Rütten, A., Pfeifer, K. (Hrsg.) (2016): *Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung*. Erlangen: FAU University Press.
- Rütten, A., Wolff, AR. (2017): *BIG – Bewegung als Investition in Gesundheit. Gesundheitsförderung in der Kommune für Frauen in schwierigen Lebenslagen. BIG-Manual*. URL: [https://www.sport.fau.de/files/2018/01/BIG\\_Manual\\_Auflage2\\_2018\\_DSS\\_BARMER.pdf](https://www.sport.fau.de/files/2018/01/BIG_Manual_Auflage2_2018_DSS_BARMER.pdf), Abruf: 25.10.2019.
- Valente, TW. (2010): *Social Networks and Health. Models, Methods, and Applications*. New York: Oxford University Press.
- Förderung: Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

# **Outcome medizinischer Rehabilitation ein Jahr nach Behandlungsende auf der Basis einer umfangreichen Rehabilitandenbefragung – Gesamtergebnisse und Klinikvergleiche**

*Rüdiger Nübling<sup>1</sup>; Udo Kaiser<sup>1</sup>; Rainer Kaluscha<sup>2</sup>; Jürgen Schmidt<sup>1</sup>; Edwin Toepler<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen (GfQG);

<sup>2</sup> Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm; Federseeklinik Bad Buchau; <sup>3</sup> Hochschule Bonn Rhein Sieg

## **Hintergrund und Zielstellung**

Die kontinuierliche Weiterentwicklung der Rehabilitation ist eine gemeinsame Aufgabe aller Akteure im Rehabilitationssystem. Eine Grundlage hierfür ist die Erfassung und Bewertung von Rehabilitationsergebnissen und darauf aufbauend faire Klinikvergleiche, u.a. auch für eine qualitätsorientierte Belegungssteuerung. Die Outcomes können dabei sowohl auf der Basis von Routine-Daten der Rentenversicherung (RSD) als auch von Patientenangaben im Sinne von Patient Reported Outcomes (PRO) erfasst werden. Letztere haben in der Rehabilitationsforschung eine lange Tradition (Nübling et al., 2018), die Verbindung zwischen den Datenebenen wurde u.a. in der „Reha-QM-Outcome-Studie“ (Requamo I (Nübling et al., 2015, 2016, 2017)) realisiert. Auch die Nachfolgestudie Requamo II fokussiert mit erweiterten Fragestellungen dieses Thema.

## **Methoden**

Analog zur ersten Studie erfolgt die Datenerhebung für Requamo II auf drei Ebenen: (1) Katamnestische Patientenbefragung 12 Monate nach Reha, (2) QM-Kennzahlen der beteiligten Kliniken und (3) Routine-Daten der Reha-Statistik Datenbasis (RSD). Einbezogen wurden knapp 16.000 Versicherte der DRVen Baden-Württemberg, Braunschweig-Hannover und Nordbayern, die im ersten Halbjahr 2017 eine stationäre Reha absolvierten. Eingeschlossen wurden alle Indikationsbereiche (Ausnahme Suchterkrankungen). Im vorliegenden Beitrag werden Ergebnisse der Nachbefragung ein Jahr nach Behandlungsende berichtet. Insgesamt n=7.870 Patienten nahmen an der Befragung teil (Rücklaufquote 52%). Eingesetzt wurde ein Katamnesefragebogen, der u.a. eine Skala zur allgemeinen Zufriedenheit (ZUF8) und zwei MBOR-R-Skalen beinhaltete und der direkte (Skala BESS) und quasi-indirekte Veränderungsmessungen (Skalen PHQ/UKS, WAS, IMET, EQ5D mit retrospektiven Prä-Tests) ermöglichte (zum Assessment vgl. Toepler et al.)

## **Ergebnisse**

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

Ergebnisse: 52% der Patienten geben an, ihre persönlichen Ziele in der Reha „vollständig“ oder „größtenteils“, weitere 28% „teilweise“ erreicht zu haben, über 70% der Patienten bewerten den Nutzen der Reha positiv. Die Return-to-Work-Quote liegt für die Gesamtgruppe je nach Berechnungsverfahren zwischen 79% (Zeitpunktquote) und 85% (kumulative Zeitverlaufsquote; vgl. Nübling 2016). Die mittlere Patientenzufriedenheit (ZUF8) beträgt

M=25,1 (sd=4,9), ca. 87% waren mit der Qualität der Behandlung zufrieden, 83% würden die jeweilige Klinik weiterempfehlen. Die Prä-Post-Effektstärken der Skalen sind in Tab. 1 dargestellt, sie liegen zwischen ES=.39 und ES=.72. Erste differentielle Analysen weisen auf Unterschiede zwischen Kliniken, z.B. hinsichtlich Patientenzufriedenheit, hin. Die Adjustierungen sind allerdings noch ohne RSD-Daten und damit vorläufig bzw. nur als Trend zu verstehen (vgl. Abb. 1).

Tab. 1: Psychometrische Skalen, Reliabilität, Fallzahlen, Mittelwerte und Streuungen bei Aufnahme (Prä) und Katamnese (Post); T-Test für abhängige Stichproben, Prä-Post-Effektstärken

Skalen	$\alpha$	N	Aufnahme M/sd	Katamnese M/sd	T	p	ES		
Gesundheitliches Befinden GB10	0,95	7273	30,4	11,2	38,2	10,5	57,9	.000	0.72
Gesundheitliche Beschwerden GBesc	0,90	7033	22,4	11,7	17,5	11,1	45,6	.000	0,43
Einschränkungen zur Teilhabe IMET	0,90	6664	26,4	12,2	21,6	10,5	36,3	.000	0.42
Risikofaktoren-Index (IRES)	0,71	6166	11,5	6,0	9,3	5,2	46,1	.000	0.39
Work Ability Scale (WAS)	--	7228	4,2	3,1	5,7	3,2	39,1	.000	0.47
EQ5D Lebensqualität	0,79	6819	12,0	4,4	9,5	3,8	46,6	.000	0.60
EQ5D VAS-Skala Gesundheit	--	7471	45,6	23,9	60,1	24,3	43,7	.000	0.60
PHQ4 Depressivität/Angst	0,91	6803	5,1	3,8	3,6	3,2	40,5	.000	0,46
UKS Psychosoziale Problemlagen	0,90	6449	10,8	6,5	7,7	5,8	44,9	.000	0.52

Legende:  $\alpha$ : Cronbach's Alpha (interne Konsistenz/Reliabilität der Skala), M: Mittelwert, sd: Streuung, T: Prüfgröße t-Test, p: Wahrscheinlichkeit, ES: Effektstärke =  $(M_{\text{prä}} - M_{\text{post}}) / ((sd_{\text{prä}} + sd_{\text{post}}) / 2)$

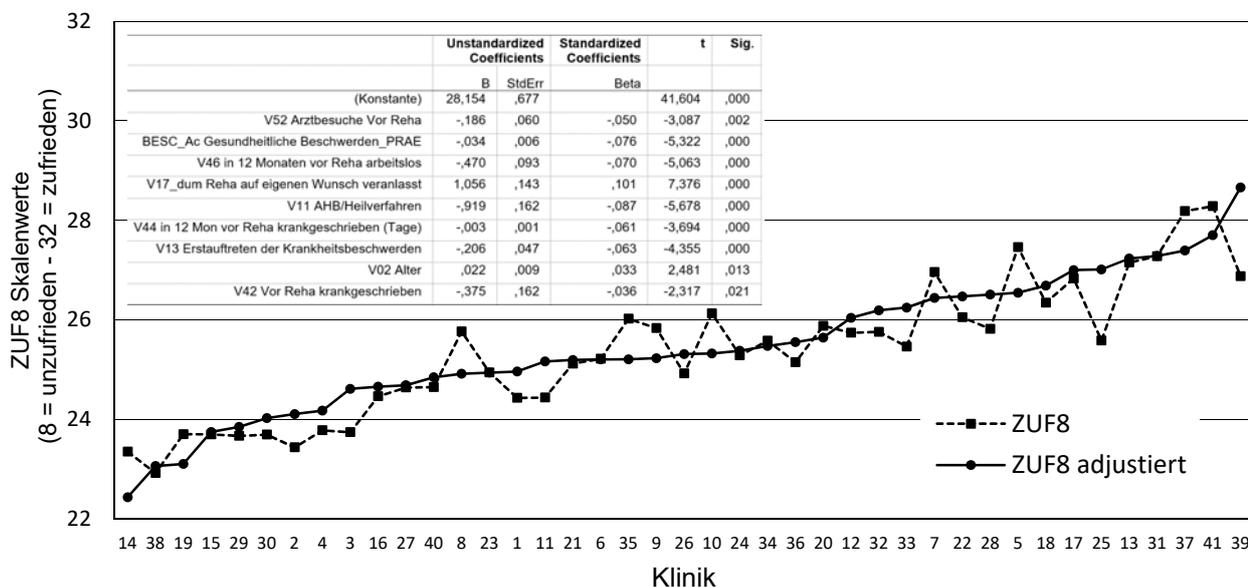


Abb. 1: Patientenzufriedenheit (ZUF8), Klinikvergleich adjustierte und nicht adjustierte Skalenwerte; Adjustierungsmodell (vorläufige Adjustierung, noch ohne RSD-Variablen, n=41 Kliniken, n=7795 Patienten)

## Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung Requamo-II-Studie sind wie in der Vorgängerstudie insgesamt positiv. Erstmals ist gelungen, in Kliniken von zwei großen Klinikverbänden bzw. von drei regionalen Rentenversicherungen anhand einer substantiellen Patientenstichprobe zu untersuchen. Wie Responderanalysen (Kaluscha et al. in diesem Band) zeigen, ist die Befragungsstichprobe weitgehend repräsentativ. Die Requamo-I-Studie ergab u.a. eine hohe Korrespondenz zwischen die subjektiven Patienteneinschätzungen und

„objektiveren“ Parametern wie Beitragszahlungen (Nübling et al., 2017). Dies wird auch für die aktuelle Studie erwartet, das Matching der Datenebenen steht allerdings derzeit noch aus, auch sind alle hierfür nötigen RSD-Daten erst Anfang 2020 verfügbar. Erste Klinikvergleiche weisen auf Unterschiede zwischen Einrichtungen hin. Die im Rahmen der im Projekt vorgesehenen (und z.T. bereits durchgeführten) gemeinsamen Konferenzen mit den beteiligten Kliniken können als Ausgangspunkt klinikübergreifender Lernprozesse im Sinne eines Benchmarkings für das Qualitätsmanagement genutzt werden (Kaiser et al., 2018).

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

## Literatur

Kaiser, U., Toepler, E., Renzland, J., Kaluscha, R., Kriz, D., Schmidt, J. & Nübling, R. Zur Qualität des Qualitätsmanagements – Nutzung empirischer Daten für die Weiterentwicklung der Qualität von Rehaeinrichtungen. *Prax Klin Verhaltensmed Rehab* 2018; 31 (103): 196–210

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

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

Nübling R, Kaluscha R, Krischak G et al. Return to Work nach stationärer Rehabilitation – Messvarianten auf der Basis von Patientenangaben und Validierung anhand Sozialversicherungs-Beitragszahlungen. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin* 2016; 26: 293–302

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

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

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

## Digital Leadership und Einflüsse auf das psychische Wohlbefinden

*Sabrina Zeike; Lara Lindert; Holger Pfaff*

Universität zu Köln, IMVR

### Hintergrund und Zielstellung

Durch die zunehmende Digitalisierung verändert sich die heutige Arbeitswelt in rasantem Tempo und stellt Führungskräfte vor neue Herausforderungen. Studien konnten zeigen, dass die digitale Transformation grundlegende Auswirkungen auf Unternehmen, die Gesellschaften und auf Einzelpersonen hat (Westermann et al., 2014; Berman & Marshall 2014; Berman, 2012; Bouée, 2015).

Digital Leadership-Kompetenzen sind ein wichtiger Faktor bei der Bewältigung dieser Herausforderungen und sind zu einem Schlüsselkonzept in der Diskussion darüber geworden, welche Art von Qualifikation(en) Führungskräfte in einer sich verändernden Welt benötigen. Die Hauptfragen der vorliegenden Studie waren: Haben Digital Leadership-Kompetenzen einen Einfluss auf das psychische Wohlbefinden von Führungskräften der oberen Führungsebene?

### Methoden

Basierend auf einer qualitativen Vorstudie und relevanter Literatur wurde eine neue Skala zur Erfassung von Digital Leadership-Kompetenzen bei Führungskräften der oberen Managementebene entwickelt. Die Skala besteht aus sechs Items und hat ein Cronbachs  $\alpha = 0,87$  für die vorliegende Studie. Es wurde eine Online-Befragung mit einer Stichprobe von 368 Führungskräften in einem deutschen großen IT-Unternehmen durchgeführt. Mit einer schrittweisen logistischen Regressionsanalyse wurden mögliche Auswirkungen von Digital Leadership Kompetenzen auf das psychische Wohlbefinden (WHO-5) getestet.

### Ergebnisse

Der Durchschnitt der wahrgenommenen Digital Leadership-Kompetenzen aller Führungskräfte lag im mittleren bis hohen Bereich ( $M=2,94$ ;  $SD=0,63$ ). Logistische Regressionsanalysen zeigten, dass ein höheres Maß an Kompetenz signifikant mit einem höheren psychischen Wohlbefinden verbunden ist. Die Ergebnisse haben auch gezeigt, dass Geschlecht und Alter keinen Einfluss auf das Wohlbefinden der Führungskräfte haben.

### Diskussion und Fazit

Die Studie liefert einen wertvollen Einblick in den Zusammenhang zwischen Digital Leadership-Kompetenzen und psychologischem Wohlbefinden bei Führungskräften.

Die Rolle der Führung in digitalen Transformationsprozessen ist ein aufstrebendes Forschungsgebiet. In unserer Studie haben wir Belege dafür gefunden, dass Führungskräfte mit geringeren Digital Leadership-Kompetenzen eher ein geringes psychologisches Wohlbefinden aufweisen. Nach unserem Kenntnisstand war die vorliegende Studie die erste,

die diesen Zusammenhang analysiert hat. Es sind jedoch weitere Forschungsarbeiten erforderlich, um die neu entwickelte Skala zu validieren und zu bestätigen ob es einen kausalen Effekt der digitalen Führung auf das psychische Wohlbefinden gibt.

## **Literatur**

- Berman, S.; Marshall, A. (2014): The next digital transformation: From an individual-centered to an everyone-to-everyone economy. *Strategy Leadersh.* 2014, 42, 9–17.
- Berman, S.J. (2012): Digital transformation: Opportunities to create new business models. *Strategy Leadersh.* 2012, 40, 16–24.
- Bouée, C.E. (2015): Digital transformation doesn't have to leave employees behind. *Harv. Bus. Rev.* 2015, 2015, 1–5.
- Westerman, G.; Bonnet, D.; McAfee, A. (2014): *Leading Digital: Turning Technology into Business Transformation*; Harvard Business Press: Boston, MA, USA, 2014.

# **Jymmin - Musikfeedback in Prävention und Rehabilitation**

*Thomas Fritz*

Max-Planck-Institut für Kognitions- und Neurowissenschaften

## **Hintergrund und Zielstellung**

Ergebnisse mehrerer Studien der vergangenen fünf Jahre zeigen vorteilhafte Interaktionseffekte von Anstrengungserfahrung und musikalischer Handlungsmacht (agency), die für Prävention und Rehabilitation potentiell vorteilhaft sind. Diese Methode, die in der Literatur als Jymmin bekannt ist wird von Teilnehmern als besonders motivierend empfunden und findet zunehmend Eingang in betriebliches Gesundheitsmanagement.

## **Methoden**

Teilnehmer musizieren dabei alleine oder miteinander wie in einer Band auf speziell nachgerüsteten Sportgeräten. Diese können sozusagen gespielt werden wie Musikinstrumente auf denen man sich nicht verspielen kann. Dies wird durch eine Kombination von Sensoren und einer hierfür speziell entwickelten Software erreicht. Es hat sich gezeigt, daß die Methode gegenüber vergleichbaren sportlichen Aktivitäten sehr effektiv ist, so dass schon kurze Trainingsdauern zwischen 6-10min ausreichen um messbare Effekte zu zeigen.

## **Ergebnisse**

Nach zehn Minuten Jymmin im Vergleich zu herkömmlichem Sporttraining konnte eine gehobene Stimmung gezeigt, die vermutlich hormonell vermittelt ist (Fritz et al., 2013a), und so körperliche Anstrengung positiv konditioniert. Eine andere Population zeigte bei demselben Musikfeedbacktraining gegenüber herkömmlichem Fitnesstraining eine stark verringerte Kraftanstrengungserfahrung bei entspannterer Muskulatur (Fritz et al., 2013b). Diese Effekte scheinen zumindest teilweise mit einer besonders effektiven Freisetzung von Endorphin zusammen zu hängen. So konnte gezeigt werden, dass sich durch die oben beschriebene Kombination von körperlicher Anstrengung und Musik machen bei Teilnehmern

im Vergleich zu einer Kontrollbedingung die Schmerzempfindlichkeit beim Cold-Pressure-Task verringerte (Fritz et al., 2018). Es auch gezeigt werden, daß sich Interaktionseffekte von Anstrengungserfahrung und musikalischer Handlungsmacht auf die Ausdauer von Teilnehmern vorteilhaft auswirkt.

### **Diskussion und Fazit**

Musikfeedback im sportlichen Training ist ein neuer Ansatz, dessen Integration in bestehende physio- und ergotherapeutische Methoden in Prävention und Rehabilitation besonders effektiv sein könnte.

### **Literatur**

- Fritz TH, Bowling DL, Contier O, et al. (2018): Musical Agency during Physical Exercise Decreases Pain. *Frontiers in Psychology*. 2018; 8(2312).
- Fritz TH, Halfpaap J, Grahl S, Kirkland A, Villringer A. (2013): Musical feedback during exercise machine workout enhances mood. *Frontiers in Cognitive Science*. 2013; 4:921.
- Fritz TH, Hardikar S, Demoucron M, et al. (2013): Musical agency reduces perceived exertion during strenuous physical performance. *Proceedings of the National Academy of Sciences U S A*. 2013; 110(44):17784-17789.

Interessenkonflikt: Die Max-Planck-Gesellschaft hat auf Teilaspekte der Jymmintechnologie Patente angemeldet, und Prof. Thomas Fritz ist Teil eines Gründerteams, die versuchen über ein Startup die Technologie für Interessierte zugänglich zu machen.

## **Rehabilitation bei Adipositas: Einfluss sozioökonomischer Faktoren auf die subjektive Krankheitsperspektive**

*Margit Anzelini<sup>1</sup>; Thomas Ellrott<sup>2</sup>; Andrea Reusch<sup>3</sup>; Monika Reuss-Borst<sup>4</sup>*

<sup>1</sup> Rehasentrum Bad Bocklet AG; <sup>2</sup> Georg-August Universität Göttingen;

<sup>3</sup> Julius-Maximilians Universität Würzburg;

<sup>4</sup> Rehabilitations- und Präventionszentrum Bad Bocklet

### **Hintergrund und Zielstellung**

Aufgrund der zunehmenden Zahl adipöser Rehabilitanden in Deutschland stellen sich neben der Frage nach adäquaten, langfristig wirksamen stationären Rehabilitationsmaßnahmen auch weitere, vor allem sozioökonomische Fragen. Dies insbesondere auch vor dem Hintergrund der hohen gesamtgesellschaftlichen Kosten der Adipositas-Therapie und somit dringend erforderlicher Erkenntnisse über die Zusammenhänge zwischen Ausbildungsstand, Berufstätigkeit, Einkommen und Übergewicht, um langfristig bereits frühzeitig- in den Bereichen Bildung und Arbeitswelt- das Fortschreiten der Adipositas-Epidemie reduzieren zu können.

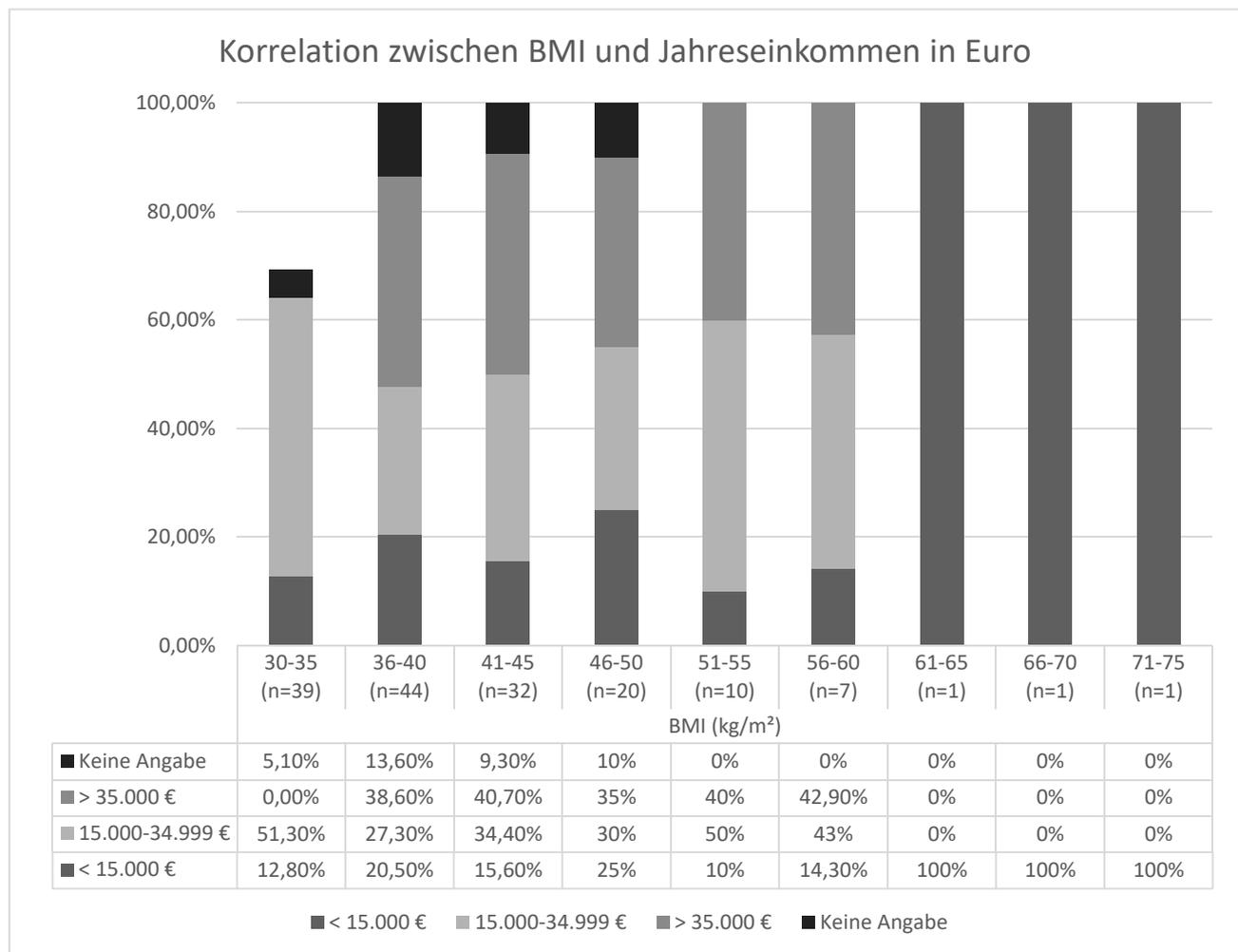
### **Methoden**

Anhand eines 61 Fragen umfassenden Fragebogens wurden 155 Patienten (52,3% Männer, 47,7% Frauen) im Alter von 21-69 Jahren (mittleres Alter: 49 Jahre), die im Rahmen einer

internistischen, orthopädischen oder psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahme im Rehabilitations- und Präventionszentrum Bad Bocklet im Zeitraum vom 01.01.2018 bis 01.06.2019 stationär behandelt wurden, befragt. Die Belegung des Rehabilitationszentrums erfolgt überwiegend durch regionale Träger der Deutschen Rentenversicherung (früher LVA). Die Hauptfragestellung bezog sich auf Optionen der Online-basierten Nachsorge bei Adipositas, parallel wurden jedoch zusätzlich Bildungsstand, Einkommen und subjektive Zukunftsperspektive hinsichtlich der Adipositas erhoben.

Einschlusskriterien waren ein BMI > 30 kg/m<sup>2</sup> sowie Teilnahme an den Gewichtsschulungen im Rahmen der Rehabilitationsmaßnahme. Der Durchschnitts-BMI lag bei 41,8 kg/m<sup>2</sup>.

Die statistische Auswertung erfolgte mithilfe des Programms Excel (Microsoft).



## Ergebnisse

In Bezug auf die Einkommensspanne gaben diejenigen Rehabilitanden, deren BMI über 61 kg/m<sup>2</sup> lag, ein Jahreseinkommen von unter 15.000€ an. Im BMI-Bereich zwischen 51 und 60 kg/m<sup>2</sup> wurden von 46,5% der Befragten Einkommensspannen von 15.000 bis 34.999€ angegeben. Bei Rehabilitanden mit einem BMI zwischen 30 und 50 kg/m<sup>2</sup> ließ sich insgesamt der höchste Prozentsatz auch in diesem Einkommensbereich verorten, allerdings mit 20,4% bei einem BMI zwischen 36 und 40 kg/m<sup>2</sup> durchaus auch relevant höher, nämlich bei einer Spanne von 55.000 bis 74.999€.

Auf die Frage nach der gegenwärtigen Arbeitsfähigkeit gaben 70% der Befragten an, aktuell arbeitsfähig zu sein. Signifikante Unterschiede in Korrelation zum BMI ergaben sich hier nicht. 41% der Rehabilitanden hatten einen Hauptschulabschluss, 30% die Mittlere Reife als höchsten Schulabschluss. Mit je 11% waren die höheren Schulabschlüsse (Abitur bzw. Fachhochschulreife) deutlich seltener.

Ähnliches lässt sich auch zum höchsten Berufsabschluss feststellen: Mit 61,2% wurde ein Lehrberuf als Abschluss am häufigsten genannt.

Die Korrelation zwischen Berufsabschluss und der subjektiven Zuversicht hinsichtlich der Gewichtsreduktion im Anschluss an die RehaMaßnahme zeigt, dass diejenigen Rehabilitanden mit niedrigerem Schulabschluss eine höhere Zuversicht aufweisen: 23,6% der Befragten mit Lehrabschluss waren sehr zuversichtlich, bei denjenigen mit Universitätsabschluss war keiner sehr zuversichtlich, in Zukunft weiterhin Gewicht reduzieren zu können.

### **Diskussion und Fazit**

Die o.g. Ergebnisse zeigen zum einen, dass - wie vermutet - eine Korrelation zwischen höherem BMI und niedrigerem Einkommen besteht. Trotz eines durchschnittlichen BMIs von 40kg/m<sup>2</sup> waren 70% der Rehabilitanden zum Zeitpunkt der Maßnahme arbeitsfähig und damit noch im Erwerbsleben integriert! Aus unserer Sicht ist allerdings zu diskutieren, dass bei dieser Klientel auch Präsentismus aus Angst vor Stigmatisierung eine Erklärung für die hohe Arbeitsfähigkeitsquote sein könnte.

Aufgrund der drohenden oder bereits manifesten Komorbiditäten besteht jedoch perspektivisch ein hohes Risiko für Arbeitsunfähigkeitszeiten bzw. auch Erwerbsunfähigkeit, sodass alles darangesetzt werden sollte, durch kontinuierliche Begleitung in Form von Gewichtsreduktionsprogrammen, Rehabilitation und betrieblichen Maßnahmen, wie z.B. Schulungen, diese Personen im Erwerbsleben zu halten.

Da sich zeigte, dass mit 71% die meisten Befragten über einen Hauptschulabschluss oder Mittlere Reife verfügen, sollte besonders in diesen Schul- und Ausbildungsbereichen noch intensiver in präventive Maßnahmen investiert werden, vor allem in denjenigen Betrieben, die insbesondere Angestellte in Lehrberufen (wie z.B. im produzierenden Gewerbe) beschäftigen.

Gleichzeitig fällt auf, dass insbesondere diese Rehabilitanden-Klientel häufiger sehr zuversichtlich in Bezug auf die künftige Gewichtsabnahme ist als höherqualifizierte Angestellte. Hier lässt sich diskutieren, inwieweit es sich um eine tatsächlich realistische Einschätzung handelt oder vielleicht auch um sozial erwünschte Antworten. Gerade diese Betroffenen benötigen vermutlich eine langfristige Unterstützung insbesondere im Lebens- und Berufsalltag, um in wirklich umsetzbaren (kleinen) Teilschritten die nötigen Veränderungen vorzunehmen. Hierbei könnten gerade Betriebe durch entsprechende mittel- bis langfristig ausgerichtete Angebote Leistungseinschränkungen und Ausfälle durch Adipositas-Folgen aktiv verhindern helfen.

### **Literatur**

Ahnert, J., Küffner, R., Musekamp, G., Anzelini, M., Reuss-Borst, M., Reusch, A. (2018):

- Anzelini, M., Ellrott, T., Reusch, A., Reuss-Borst, M. (2019): Was hält adipöse Rehabilitanden von der Nutzung von post-stationären Online-Nachsorgeangeboten ab?. DRV-Schriften, Bd.114. 154-156.
- Dorow, M., Löbner, M., Stein, J., Kind, P., Markert, J., Keller, J., Weidauer, E., Riedel-Heller, S.G. (2017): Die Nutzungsbereitschaft von Patienten mit Adipositas gegenüber neuen Medien in der Rehabilitationsnachsorge. Die Rehabilitation, 56. 167-172.
- Gesser, U. (2016): Langzeiteffekte der Adipositas therapie – internetbasierte, ärztliche Nachsorge mit dem Online-Portal „rehasonanz.de“. Adipositas, 10. 25–30.
- Online-Nachsorge für adipöse Rehabilitanden – Machbarkeit in der Reha-Klinik aus Sicht der Mitarbeitenden. DRV-Schriften, Bd.113. 129-131.

## **Verbesserung der Schlafqualität bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Polizei - Untersuchung der Auswirkungen von zwei unterschiedlichen Interventionsansätzen**

*Anja Mahlke; Anja Tausch*

SRH Fernhochschule - The Mobile University

### **Hintergrund und Zielstellung**

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Polizeidienst stehen vielfältigen Stressoren gegenüber. Insbesondere Schichtarbeit, mangelnde Wertschätzung bis hin zu Bedrohungen des eigenen Lebens können zu Belastungssymptomen, wie einer verringerten Schlafqualität, führen.

### **Methoden**

In einer quasiexperimentellen Studie mit vier prä-post-follow-up-Messungen wurden zwei Gruppen (jeweils  $n = 14$ ) von Polizeimitarbeitern verglichen. Gruppe 1 erhielt als Intervention nur einen Vortrag (Information), Gruppe 2 erhielt den Vortrag plus vier Workshopeinheiten (Verhaltenstraining). Die Schlafqualität wurde mit dem Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI; Buysse et al., 1989) jeweils vor sowie vier, zehn und 16 Wochen nach dem Vortrag erhoben.

### **Ergebnisse**

Beide Gruppen zeigten eine Verbesserung ihrer Schlafqualität durch die Intervention, die über den gesamten Untersuchungszeitraum anhielt (Haupteffekt Messzeitpunkt:  $F = 14.3$ ,  $p < .001$ ,  $d = 1.53$ ). Eine tendenziell weiter verbesserte Schlafqualität von Gruppe 2 im Vergleich zu Gruppe 1 beim vierten Messzeitpunkt erreichte nicht ganz die Signifikanzgrenze (Interaktion Messzeitpunkt \* Gruppe:  $F = 3.16$ ,  $p = .052$ ). Zusätzlich zur Intervention berichteten die Teilnehmer von einem positiven Effekt durch die jeweiligen Rückmeldungen der Ergebnisse des PSQI.

### **Diskussion und Fazit**

Die Schlafqualität der Polizeimitarbeiter konnte bereits durch einen Vortrag positiv und nachhaltig verbessert werden. Dies liefert Ansatzpunkte für ein regelmäßiges Angebot an Gesundheitsförderungsmaßnahmen zur Verbesserung der Schlafqualität. Die als positiv

erlebte Rückmeldung der PSQI-Ergebnisse könnte ebenfalls für weitere Interventionsansätze genutzt werden.

### **Literatur**

Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989): The Pittsburgh Sleep Quality Index: New instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Review*, 28, 193–213.

## **Wahrnehmung und Marketingmanagement von Wertangeboten von Dienstleistungen am Beispiel der Präventionsdienstleistungen der DRV BW**

*Cara Halder-Hinz; Michael Raith; Regina Mannl*  
Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

### **Hintergrund und Zielstellung**

Über die Hälfte aller sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten sind in KMU beschäftigt sowie 99,5% an deutschen Unternehmen zu KMU zählen (Statistisches Bundesamt, 2019). Doch gerade in KMU stoßen BGM-Strategien und BGF-Maßnahmen auf Widerstand und fehlende Akzeptanz sowie der Nutzen aus den zuletzt genannten, v. a. bei Entscheidern aus KMU, nicht erkannt wird (Techniker Krankenkasse, o. J.). Kaum war der Bedarf an Maßnahmen zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit größer. Bekannte demographische Entwicklungen, wie der Fachkräftemangel usw. erfordern gesunde und motivierte Beschäftigte. Die Stärkung von Arbeitgebern und Beschäftigten entgegen drohender Arbeits- und Erwerbsunfähigkeiten wird auf Bundesebene und seitens der Sozialversicherungsträger forciert (PrävG, BTHG). Die DRV bietet Präventionsdienstleistungen (nach § 14 SGB VI) für sozialversicherungspflichtige Beschäftigte an. Sie greifen im Rahmen der Sekundärprävention, mit dem End-Ziel Versicherten mit beginnenden, aber noch nicht krankhaften Funktionsstörungen, zur Genesung durch Verhaltensänderung beizusteuern. Der baden-württembergische Rentenversicherungsträger hat im Jahr 2016 einen sogenannten Firmenservice etabliert, welcher baden-württembergische Unternehmen darin unterstützt, die teils sehr fachspezifischen und komplexen Leistungen der DRV besser nutzen zu können. Hierzu zählt auch die Beratung zu Leistungen der Sekundärprävention der DRV unter dem bezeichneten Modul „gesunde Mitarbeiter“ (DRV Bund, 2018). Entgegengesetzt der geschilderten Bedarfslage, bleibt die zu erwartende hohe Inanspruchnahme von beratenen KMU des Firmenservice (der DRV BW) gegenüber beratenen Großunternehmen aus. Das Präventionsmanagement der DRV BW hinterfragt den (angebotenen) Nutzen der Sekundärleistungen für insbesondere organisationale Entscheider aus KMU. Die Wissenschaft des (social) Marketingmanagement bietet hier Lösungsansätze (Meffert, 2019). Ziel ist es herauszufinden, ob und wenn ja, welcher Nutzen insbesondere für Entscheider aus KMU Aufmerksamkeit erfahren kann um missionsdienliche Handlungsableitungen für die DRV (BW), aber auch für weitere (B)GF Anbieter der (Sekundär) Prävention erkennen lassen.

## **Methoden**

Die empirisch-qualitative Untersuchung wird auf Basis des gegenwärtigen Kenntnisstandes des (organisationalen) Entscheidungsverhaltens und bisheriger Operationalisierungsansätze des (potentiellen) Nutzens einer (angebotenen) Dienstleistung vorbereitet. Mittels Methoden- und Perspektiventriangulation werden die qualitativen Daten gewonnen. Konkret werden mit drei unterschiedlichen Fachexpertisen an (Ver-)Mittlern der Präventionsdienstleistungen, worunter Betriebsärzte, Reha-Experten sowie Mitarbeiter des Firmenservice der DRV BW zählen, problemzentrierte Interviews durchgeführt. Die Daten werden durch die Methodik der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring entschlüsselt.

## **Ergebnisse**

Es können Unterschiede in der Nutzenwahrnehmung bzw. dem organisationalen Entscheidungsverhalten in Abhängigkeit der Unternehmensgröße bestätigt werden. Für Entscheider aus KMU überwiegt insbesondere ein, als kurzfristig wahrgenommenes finanzielles Risiko. Dieses steht einem nicht wahrnehmbaren langfristigen funktionellen Haupt-Nutzen durch die Präventionsdienstleistungen, gegenüber. Das Bedürfnis der existenziellen Sicherung scheint, bei Entscheidern in KMU, einem sozialetischen Aspekt von gesunden Mitarbeitenden hierarchisch gegenübergeordnet zu sein. Diese vermutete Erkenntnis wird dadurch bestätigt, dass situative, die Existenz bedrohende absehbare personelle Ereignisse, wie z. B. das drastische Ausfallen mehrere Mitarbeiter, auch Entscheider aus KMU zur Aufnahme und Umsetzung der Präventionsdienstleistungen motivieren können. Das Involvement, in Abhängigkeit persönlicher und situativer Faktoren der Entscheider aus KMU ist hier als Bestimmungsfaktor zu identifizieren. Örtliche und leistungspolitische Einflussgrößen, insbesondere die Nähe zum Betrieb und Qualität der kooperierenden Trainingszentren können als zentral determinierend identifiziert werden. Sie können das als kurzfristig bedrohlich, wahrgenommene finanzielle Risiko reduzieren bzw. den erwarteten langfristigen funktionellen Hauptnutzen erhöhen.

Ein von Großunternehmen wahrgenommener zentraler Nutzen, ist das organisationale interne und externe Ansehen. Die jeweilige Organisation verspricht sich hierdurch einen langfristigen ökonomischen Haupt-Nutzen. Wird der zuletzt genannte durch evtl. Faktoren, welche Unzufriedenheit bei organisationalen Benutzer (Beschäftigten) auslösen gefährdet, so lässt auch in Großunternehmen das Involvement, aufgrund von befürchtetem Nutzenverlust, nach. Der „gesunde Arbeitgeber“ als Wettbewerbsvorteil scheint allmählich in KMU anzukommen. Es bleibt offen, ob die Existenzsicherung aufgrund von zunehmenden sozialen Kundenanforderungen determiniert wird oder Erfahrungen branchenähnlicher Betriebe oder anderer Meinungsführer ausschlaggebend sind.

Unabhängig von der Unternehmensgröße können Erfahrungen mit dem Leistungsanbieter, positiv wie negativ identifiziert werden. Diese gelten für Erfahrungen mit dem Leistungsanbieter, z. B. Reha Zentren, ambulante Trainingszentren, die DRV aber auch den anbieterseitigen materiellen und immateriellen Ressourcen. Eigene Erfahrungen und durch Mund-zu-Mund-Propaganda erworbene, v. a. von geschätzten Personen, spielen eine zentrale Rolle. Die zu Letzt genannten sollten v. a. in Hinblick auf die anbieterseitig gewünschten teilnehmenden Versicherten bzw. Mittler und Betriebe an den Präventionsdienstleistungen überprüft und entsprechend gesteuert werden.

## **Diskussion und Fazit**

Die Erforschung der Facetten und Einflussfaktoren des dienstleistungsspezifischen Nutzens konnte Unterschiede im organisationalen Entscheidungsverhalten, in Abhängigkeit der Unternehmensgröße, bestätigen. Aufgrund der kleinen Stichprobe und zusätzlichen Wahrnehmungsverzerrungen der indirekten Befragung über (Ver-)Mittler sind weitere branchenspezifische und direkte Stichproben zu empfehlen. Der tatsächlich eintretende Nutzen nach der organisationalen Implementierung, im Gegensatz zum hier erforschten erwarteten Nutzen, bleibt weiter spannend. Insbesondere aufgrund des Einflusses der organisationalen Erfahrungen. Die Beschäftigten zu aktivieren, welche seitens der DRV die bedürftigen sind, sollte in Hinblick auf die organisationalen Erfahrungen als Hauptdeterminante interessieren. Insbesondere wenn der funktionelle Hauptnutzen aus Sicht der DRV BW kommuniziert bleibt. Grundsätzlich sind die Ergebnisse für vergleichbare Anbieter übertragbar. Die dienstleistungsspezifische bzw. branchenspezifische Überprüfung kann in Hinblick auf die Abgrenzung gegenüber Vergleichbaren Angeboten sehr aufschlussreich sein.

## **Literatur**

- DRV Bund (2018). Starker Service. Starke Firma. S. 22 f. online unter (29.10.2019): [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/Arbeitgeber-und-Steuerberater/Firmenservice/bgm\\_leitfaden.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/Arbeitgeber-und-Steuerberater/Firmenservice/bgm_leitfaden.pdf?__blob=publicationFile&v=1)
- DRV BW (2018). Statistik des Firmenservice der DRV BW 2018
- Meffert et al. (2019). Marketing. Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung. Konzepte, Instrumente, Praxisbeispiele.
- Statistisches Bundesamt (2018). Online unter (29.10.2019): <https://www.destatis.de/DE/Themen/Branchen-Unternehmen/Unternehmen/Kleine-Unternehmen-Mittlere-Unternehmen/aktuell-beschaefigte.html>
- Techniker Krankenkasse (o.J.). Gesundheit in KMU. Widerstände gegen Betriebliches Gesundheitsmanagement in kleineren und mittleren Unternehmen. Gründe, Bedingungen und Wege zur Überwindung. Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK, Band 17.

**Debora II: Langfristige Wirksamkeitsnachweise eines  
Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionstrainings bei  
chronischem Rückenschmerz unter Berücksichtigung des  
Chronifizierungsstadiums**

*Anne Köpnick<sup>1</sup>; Dieter Deuerling<sup>2</sup>; Petra Hampel<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Europa-Universität Flensburg; <sup>2</sup> Rehabilitationsklinik Lautergrund

**Hintergrund und Zielstellung**

Der Chronifizierungsprozess von unspezifischen Rückenschmerzen wird von psychologischen Faktoren, wie Depressivität und ungünstigen Schmerzverarbeitungsstrategien begünstigt (z.B. Hasenbring et al., 2018). Frühere Befunde verdeutlichten, dass Personen in einem höherem Chronifizierungsstadium ebenfalls ungünstigere Werte in psychologischen und schmerzbezogenen Parametern (z.B. Frettlöh et al., 2003) sowie insgesamt einen ungünstigeren Behandlungserfolg aufwiesen. Das kognitiv-behaviorale Schmerzkompetenz- und Depressionstraining Debora (Mohr et al., 2017) wurde für die stationäre verhaltensmedizinisch orthopädische Rehabilitation (VMO) konzipiert und entsprechend den Bedürfnissen einer Rehabilitationsklinik modifiziert (Debora II).

Die vorliegende Studie zielte darauf ab, die Wirksamkeit der VMO in Abhängigkeit vom Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionstraining Debora II sowie vom Chronifizierungsstadium zu untersuchen.

**Methoden**

Im Rahmen einer prospektiven unizentrischen Kontrollgruppenstudie wurden Rehabilitanden mit der Hauptdiagnose „Chronische Rückenschmerzen“ (CRS; ICD-10: M51, 53, 54) rekrutiert. Zu insgesamt vier Messzeitpunkten (t0: Rehabilitationsbeginn, t1: Rehabilitationsende, t2: 6- Monatskatamnese (MK), t3: 12-MK) wurden Daten von N=36 Rehabilitanden (Frauen: 63,9%; Alter: MW= 53,64 Jahre, SD=6.51) per-protocol varianzanalytisch ausgewertet. Wegen zu geringer Zellbesetzungen werden nur die Haupteffekte und einfache Interaktionen interpretiert.

Die erste unabhängige Variable bildete die „Experimentelle Bedingung“, die sich in die Interventionsgruppe (IG; Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionstraining) und in die Kontrollgruppe (KG; Schmerzkompetenztraining) aufgliederte. Zudem wurde die Stichprobe anhand des Mainzer Stadienmodells der Schmerzchronifizierung (MPSS; Gerbershagen, 1996) in drei Chronifizierungsstadien (I = 27.8%; II = 47.2%; III = 25.0%) eingeteilt.

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde durch den Short-Form 12 (SF-12), die Schmerzbewältigung durch den Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung (FESV-

BW) und die Anzahl der Schmerzorte durch den Deutschen Schmerzfragebogen (DSF) erhoben.

## **Ergebnisse**

Es zeigte sich jeweils auf univariater Ebene sowohl für die Skala „Körperliche Lebensqualität“ (SF-12;  $F(2.7, 72.1) = 3.54, p = .023, \eta^2 = .116$ ) als auch für die Schmerzverarbeitungsstrategie der „Kognitiven Umstrukturierung“ (FESV-BW;  $F(2.4, 67.3) = 3.06, p = .044, \eta^2 = .099$ ) eine signifikante einfache Wechselwirkung „Bedingung x Zeit“. Die Rehabilitanden der KG schätzten ihre körperliche Lebensqualität zur 12-MK signifikant besser sowie den Einsatz der Bewältigungsstrategie signifikant höher ein als zu Rehabilitationsbeginn. Zudem wurde hypothesengenerierend die einfache Wechselwirkung für die „Mentale Ablenkung“ nachgewiesen (FESV-BW;  $F(2.8, 78.8) = 2.72, p = .053, \eta^2 = .089$ ). Rehabilitanden der IG konnten signifikante Verbesserungen zur 6-MK sowie Rehabilitanden der IG und KG positive Effekte zur 12-MK mit kleinen Effektstärken erzielen.

Die signifikanten Haupteffekte „Zeit“ weisen darauf hin, dass alle Rehabilitanden in der psychischen Lebensqualität (SF-12) sowie den Handlungsplanungskompetenzen, dem Kompetenzerleben, der Mentalen Ablenkung und der Entspannung des FESV kurzfristig profitierten. Jedoch konnten diese positiven Befunde nicht mittel- und langfristig stabilisiert werden.

## **Diskussion und Fazit**

Insgesamt profitierten alle Rehabilitanden langfristig von der VMO-Maßnahme. Insbesondere die KG mit der Schmerzbewältigungskompetenz erzielte langfristig günstige Effekte. Diese Befunde widersprechen früheren Ergebnissen, die eine langfristige Überlegenheit des kombinierten kognitiv-behavioralen Gruppentrainings belegten (z.B. Hampel et al., 2014). Stundenbefragungen zeigten zudem, dass die Rehabilitanden die kognitiven Anteile insbesondere in der Depressionsprävention schlechter bewerteten. Des Weiteren legten qualitative Befragungen nahe, dass die Experten gleichfalls diese kognitiven Anteile als zu schwierig einschätzten für das Rehabilitandenklientel. Damit bekräftigen die Befunde die Notwendigkeit, die kognitiven Anteile des kombinierten kognitiv-behavioralen Gruppentrainings an die eher niedrigere Gesundheitskompetenz der Rehabilitanden anzupassen.

## **Literatur**

- Frettlöh, J., Maier, C., Gockel, H. & Hüppe, M. (2003): Validität des Mainzer Stadienmodells der Schmerzchronifizierung bei unterschiedlichen Schmerzdiagnosen. *Schmerz*. 17. 240–251. <https://doi.org/10.1007/s00482-003-0227-9>
- Gerbershagen, H. U. (1996): Das Mainzer Stadienkonzept des Schmerzes. In: Klingler, D., Morawetz, R., Thoden, U. & Zimmermann, M. (Hrsg.), *Antidepressiva als Analgetika* (S. 71–95). Wien: Arachne.
- Hampel, P., Gemp, S., Mohr, B., Schulze, J. & Tlach, L. (2014): Langfristige Effekte einer kognitiv-behavioralen Intervention auf die Schmerzverarbeitung in der stationären orthopädischen Rehabilitation von chronisch unspezifischem Rückenschmerz und Depressivität. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*. 64. 439–447. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1370913>

- Hasenbring, M., Levenig, C., Hallner, D., Puschmann, A.-K., Weiffen, A., Kleinert, J., Belz, J., Schiltenswolf, M., Pfeifer, A.-C., Heidari, J., Kellmann, M. & Wippert, P.-M. (2018): Psychosoziale Risikofaktoren für chronischen Rückenschmerz in der Allgemeingesellschaft und im Leistungssport: Von der Modellbildung zum klinischen Screening – ein Review aus dem MiSpEx-Netzwerk. *Schmerz*. 32. 259–273. <https://doi.org/10.1007/s00482-018-0307-5>
- Mohr, B., Korsch, S., Roch, S. & Hampel, P. (2017): *Debora - Trainingsmanual Rückenschmerzkompetenz und Depressionsprävention*. Berlin: Springer.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg

## **Ein qualitativer Vergleich erfolgreicher und nicht erfolgreicher Entwöhnungsbehandlung anhand von Entlassungsberichten alkoholabhängiger Rehabilitanden**

*Anna Maximova<sup>1</sup>; Moritz Radamm<sup>2</sup>; Axel Kobelt-Pönicke<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Universität Bremen; <sup>2</sup> Klinik am Kronsberg;

<sup>3</sup> Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

### **Hintergrund und Zielstellung**

Über 3 Millionen Menschen in Deutschland konsumieren abhängig oder missbräuchlich Alkohol (Pabst, Kraus, Matos & Piontek, 2013). Dabei gehen alkoholbezogene Störungen mit einer Vielzahl somatischer, sowie psychischer Begleit- und Folgeerkrankungen einher und sind mit erheblichen sozialen und gesellschaftlichen Problemen verbunden (DHS, 2019; Singer & Teyssen, 2001; Soyka, 2001). Trotz umfangreicher institutionalisierter Hilfsangebote, nehmen nur 11% bis maximal 22% der betroffenen Personen Angebote des Versorgungssystems in Anspruch (Pabst et al., 2013). Bezogen auf eine umfassende stationäre Rehabilitationsbehandlung sind es sogar nur etwa 1,8% (Weissinger, 2019). Doch auch wenn betroffene Personen an Angebote des Versorgungssystems gelangen, führt eine Behandlung lediglich bei etwa der Hälfte der Hilfesuchenden zum Erfolg (Bachmeier et al., 2019).

Diese Unstimmigkeit zwischen Angebot und Nachfrage, sowie die nicht erfolgreichen Behandlungsverläufe alkoholkranker Patienten könnten auf das Fehlen passgenauer Behandlungsangebote und -strukturen für spezifische Zielgruppen hinweisen.

Welche Merkmale trennen zwischen erfolgreichen und nichterfolgreichen Rehabilitanden in einer Entwöhnungsbehandlung

### **Methoden**

88 Entlassungsberichten von Rehabilitanden, die im Jahr 2017 eine Entwöhnungsbehandlung auf Grund der Primärdiagnose einer Alkoholabhängigkeit absolvierten, wurden inhaltsanalytisch ausgewertet (Mayring, 2002). Die Patienten wurden zuvor einer erfolgreichen (n = 49) bzw. nicht-erfolgreichen Gruppe (n = 39) zugeteilt.

Nach einem zweifachen Kodierprozess des gesamten Materials entstand ein Kategoriensystem mit 128 induktiv am Text gebildeten nominalen Einzelkategorien (4373 kodierte Textsegmente), mit dessen Hilfe nach intragruppalen Gemeinsamkeiten gesucht wurde. Zum einen wurden Merkmale betrachtet, die bei mindestens der Hälfte der erfolgreichen bzw. nicht-erfolgreichen Gruppe vorkamen. Zum anderen wurden, entsprechend eines hermeneutischen Vorgehens, subjektiv relevant erscheinende Merkmale in ihrem qualitativen und quantitativen Auftreten dargestellt. Anschließend wurden intergrupale Unterschiede untersucht.

## **Ergebnisse**

Das entstandene Kategoriensystem ermöglichte den Vergleich anhand von 128 personen-, sucht-, arbeits-, behandlungsbezogenen, sozialen und klinischen Merkmalen, sowie Merkmalen aus der Eingangsdagnostik. Intragruppal (erfolgreich bzw. nicht-erfolgreich) wiesen die Rehabilitanden eine Vielzahl an Gemeinsamkeiten auf. Beispielsweise berichtete die Mehrzahl der positiven Verläufe von suchtkranken Familienmitgliedern oder einer vorhandenen Erwerbstätigkeit zum Aufnahmezeitpunkt, während die Mehrheit der nicht-erfolgreichen Patienten bspw. aktuell belasteten Lebensumständen ausgesetzt waren. Neben einzelnen Merkmalen, konnten auch relevante Merkmalskombinationen (z.B. Geschlecht und Belastung) festgestellt werden. Die intergrupale Gegenüberstellung zeigte jedoch, dass nicht alle intragruppalen Gemeinsamkeiten spezifisch für einen positiven bzw. negativen Verlauf sind.

Letztendlich konnte eine Vielzahl von Merkmalen herausgearbeitet werden, die zwischen erfolgreichen und nicht-erfolgreichen Rehabilitanden differenzieren vermögen.

## **Diskussion und Fazit**

Die eindeutigsten Unterschiede fanden sich in den biographiebezogenen, den suchtbezogenen, sowie den arbeitsbezogenen Merkmalen. Vor allem im suchtbezogenen Themengebiet offenbarte sich eine Vielzahl an bisher kaum beachteten, doch scheinbar relevanten Merkmalen, deren weitere Untersuchung dringend empfohlen wird.

Eine Überprüfung der Ergebnisse und der Güte der Studie durch die Anwendung des Kategoriensystems auf weitere Stichproben, sowie eine Erhebung der Daten durch weitere Personen wäre ratsam. Zudem sind bisher nur wenig wissenschaftliche Versuche unternommen worden, Merkmalscluster zu definieren, um auf deren Grundlage spezifische Rehabilitationsprogramme zu entwickeln.

## **Literatur**

Bachmeier, R., Bick-Dresen, S., Dreckmann, I., Feindel, H., Funke, W., Kemmann, D. ... & Weissinger, V. (2019). FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2016 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige, *Sucht Aktuell*, 26(1), 34-50. Verfügbar unter: [https://www.sucht.de/files/pdf/sucht\\_aktuell/2019--1/Katamnese%20Alkohol\\_Medikament%20EJ%202016.pdf](https://www.sucht.de/files/pdf/sucht_aktuell/2019--1/Katamnese%20Alkohol_Medikament%20EJ%202016.pdf)

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.; 2019). *Jahrbuch Sucht 2019*. Lengerich: Pabst Science Publishers.

- Pabst, A., Kraus, L., Gomes de Matos, E. & Piontek, D. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. *Sucht*, 59(6), 321-331. doi:10.1024/0939-5911.a000275
- Singer, M. V. & Teysse, S. (2001). Alkoholassozierte Organschäden. *Deutsches Ärzteblatt*, 98(33), 1702-1713. Verfügbar unter: [http://cms.addiction-valais.ch/Upload/viagampel/Dokumente/Dt\\_%20Aerzteblatt%20Somat\\_Auswirkunge nALK.pdf](http://cms.addiction-valais.ch/Upload/viagampel/Dokumente/Dt_%20Aerzteblatt%20Somat_Auswirkunge nALK.pdf)
- Soyka, M. (2001). Psychische und soziale Folgen chronischen Alkoholismus. *Deutsches Ärzteblatt*, 98(42), 2177-2181. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=29088>
- Weissinger, V. (2019). Die Versorgung bei alkoholbezogenen Störungen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 62(2), 173-185. doi:10.1007/s00103-018-2866-0

## **Evaluation eines Gruppenprogramms für PatientInnen mit chronischer Schmerzstörung an der Rehaklinik für seelische Gesundheit Klagenfurt**

*Markus Schwab<sup>1</sup>; Michaela Krassnig<sup>2</sup>; Andrea Jansche<sup>2</sup>; Georg Spiel<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> pro mente Forschung; <sup>2</sup> Reha-Klinik für seelische Gesundheit

### **Hintergrund und Zielstellung**

Die Reha-Klinik für Seelische Gesundheit ist eine Sonderkrankenanstalt zur medizinisch-psychiatrischen Rehabilitation. Patient\*innen erhalten während eines sechswöchigen stationären Aufenthaltes ein breit gefächertes gruppentherapeutisches Programm, welches überwiegend durch den zuweisenden Leistungsträger geregelt ist. Im Rahmen der Entwicklung und Implementierung indikationsspezifischer Therapieangebote wurde ein neuer Schwerpunkt gesetzt, welcher sich gezielt an Patient\*innen mit chronischen Schmerzen richtet, ein therapeutisches Behandlungskonzept zur Förderung von Schmerzbewältigung. Das Pilotprojekt zielt darauf ab, Patient\*innen, die unter einer somatoformen Schmerzstörung leiden, bei der Bewältigung ihrer Beschwerden im Alltag zu unterstützen. Dadurch soll die Lebensqualität und das psychische Befinden verbessert werden, eine weitere Chronifizierung und deren Folgen verhindert bzw. hinausgezögert, sowie die berufliche und soziale Teilhabe gefördert werden.

Den methodischen Schwerpunkt des Therapieangebots stellt die kognitive Verhaltenstherapie dar. Das Setting bildet eine störungsspezifische geschlossene Basisgruppe. Der Aufbau und die Sitzungsstruktur orientieren sich an einem Manual, welches an der APR Salzburg (Ambulante Psychosoziale Rehabilitation) von Michael Bach et al. konzipiert wurde. Die konkreten Inhalte sind in zwölf Schwerpunktsitzungen unterteilt, wobei zu Beginn vor allem umfassende Psychoedukation das zentrale Element bildet. Hierbei wird v. a. das bio-psycho-soziale Störungsmodell chronischer Schmerzen sowie deren Funktionalitäten (z.B. sekundärer Krankheitsgewinn) vermittelt, um Teilnehmenden zum einen für die psychische Komponente ihrer körperlichen Beschwerden zu sensibilisieren und zum anderen, eine fundierte Vorbereitung für die darauffolgenden Interventionen zu gewährleisten.

Ziel dieser Evaluation ist es, die Wirksamkeit des Schmerzbewältigungsschwerpunktes hinsichtlich des Schmerzerlebens zu untersuchen. Folgende Forschungsfragen sollen beantwortet werden: (1) Verringert sich die subjektive Belastung durch den Schmerz während des Rehabilitationsverfahrens stärker als in den ca. sechs Monaten vor dem Aufenthalt? (2) Verringert sich die Schmerzintensität während des Reha-Aufenthalts? (3) Kommt es zu einer Verbesserung der allgemeinen Beweglichkeit während des Reha-Aufenthalts?

## Methoden

Die Auswertung basiert auf Evaluationsdaten von  $N = 85$  Probanden (57 % weiblich). Das Durchschnittsalter beträgt 49,1 Jahre ( $SD = 7,64$ ). Die häufigsten ICD-10 Diagnosegruppen waren affektive Störungen (F3) mit 46,8% sowie neurotische-, somatoforme und Belastungsstörungen (F4) mit 46,8 %. Patient\*innen, welche im als Screening-Instrument verwendeten Chronic Pain Grade Questionnaire (CPGQ: Korff, 1992) über einem bestimmten Cut-Off lagen, erhielten das Angebot, an der Schmerzbewältigungsgruppe teilzunehmen.

Zur Erfassung der Beeinträchtigung durch Schmerzen wurde der CPGQ vorgegeben. Die Auswertung erfolgte anhand von Beeinträchtigungspunkten (von 0 [keine Beeinträchtigung] bis 6 [maximale Beeinträchtigung]). Weiters wurde die Visuelle Analog Skala (VAS) vorgegeben, wobei die Teilnehmenden gebeten wurden, ihre aktuellen Schmerzen auf einer 100 mm langen Linie zu markieren (0 entspricht keinem Schmerz, 100 mm dem schlimmsten vorstellbaren Schmerz). Die allgemeine Beweglichkeit wurde durch den Finger-Boden-Abstand-Test (FBA) erhoben. Hierzu beugen sich die Teilnehmenden soweit wie möglich vornüber. Der Abstand zwischen Fingerspitzen und Boden gilt dabei als Indikator für die allgemeine Beweglichkeit.

Patient\*innen, die an der Schmerzbewältigungsgruppe teilgenommen haben, bearbeiteten etwa sechs Monate vor dem Rehabilitationsverfahren den CPGQ im Rahmen des Screenings. Zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme sowie zur Entlassung (nach 6 Wochen) wurde der CPGQ (in adaptierter Form) sowie die VAS vorgegeben und der FBA gemessen. Da für den CPGQ Messwerte zu drei Zeitpunkten vorliegen, konnte im Sinne einer Eigenkontrollgruppe (Pospeschill, 2018) ausgewertet werden. Hierzu wird das Ausmaß der Veränderung in dem Zeitraum, in dem keine Intervention erfolgte, mit dem Ausmaß der Änderung, in dem die Intervention erfolgt, verglichen. Für die VAS und den FBA wurden die Unterschiede zu Aufnahme und Entlassung verglichen. Für die prä-post-Vergleiche wurden einseitige t-Test für abhängige Stichproben durchgeführt, als Effektstärke wird Hedge's  $g$  angegeben (Lakens, 2013).

## Ergebnisse

Die erlebte Beeinträchtigung (CPGQ) ist in der Zeit während der Intervention stärker gesunken als in der Zeit ohne Intervention ( $t(52) = -2.426$ ,  $p = .018$ ). Im Detail zeigt sich eine signifikante Verbesserung ( $t(76) = 3.625$ ,  $p < .001$ ,  $ES = 0.50$ ) zwischen dem Screening ( $M = 4.6$ ,  $SD = 1.2$ ) und der Aufnahme ( $M = 3.8$ ,  $SD = 2.0$ ), sowie eine signifikante Verbesserung ( $t(76) = 6.841$ ,  $p < .001$ ,  $ES = 0.92$ ) zwischen Aufnahme und Entlassung ( $M = 1.9$ ,  $SD = 1.4$ ). Für die VAS zeigt sich im Vergleich zwischen Aufnahme ( $M = 63.8$ ,  $SD = 17.2$ ) und Entlassung ( $M = 64.9$ ,  $SD = 24.6$ ) eine Differenz von  $ES = 0.77$ . Diese war statistisch signifikant ( $t(36) = 4.784$ ,  $p < .001$ ). Für den FBA gab es ebenfalls eine signifikante

Verbesserung ( $t(53) = 4.122, p < .001$ ). Im Mittel erreichen die Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung ( $M = 24.0, SD = 14.3$ ), gegenüber der Aufnahme ( $M = 29.5, SD = 13.9$ ) einen ca. 5.6 cm geringeren ( $ES = 0.40$ ) Abstand zum Boden.

### **Diskussion und Fazit**

In Bezug auf die Beeinträchtigung, das Schmerzerleben und die allgemeine Beweglichkeit wurden im prä-post-Vergleich deutliche Verbesserungen gefunden. In einem nächsten Schritt werden die Patient\*Innen einer anfallenden Kontrollbedingung (treatment as usual) zugewiesen, um die Überlegenheit des Schmerzschwerpunktes im Vergleich zu Standardbehandlung zu überprüfen. Weiters soll der Effekt auf die Lebensqualität sowie die Nachhaltigkeit der Wirkung untersucht werden.

### **Literatur**

- Lakens, D. (2013): Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: a practical primer for t-tests and ANOVAs. *Frontiers in Psychology*, 4. 863.
- Pospeschill, M., Siegel R. (2018): Design für Einzelfälle und kleine Stichproben. In Pospeschill, M., Siegel R. (Hrsg.) *Methoden für die klinische Forschung und diagnostische Praxis*. Berlin: Springer. 7-24.
- Von Korff, M., Ormel, J., Keefe, F. J., & Dworkin, S. F. (1992). Grading the severity of chronic pain. *Pain*, 50. 133-149.

## **Psychisch Gesund? – Patienten ohne F-Diagnose in der psychosomatischen Rehabilitation**

*Beate Muschalla; Anne Meier-Credner; Betül Asrak*

TU Braunschweig

### **Hintergrund und Zielstellung**

Psychosomatische Rehabilitation schließt auch Patienten mit Leiden und Beeinträchtigungen auf Grundlage somatischer Erkrankungen ein, wie bspw. Migräne. Somatische Erkrankungen können mit psychischen Beschwerden und Beeinträchtigungen (DRV; Worringen et al., 2018) oder gar psychischen Erkrankungen einhergehen (Härter et al., 2007). Insbesondere chronische Migräne ist mit selbstberichteten Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit verbunden (Lipton et al., 2016) sowie mit psychischen Beschwerden (Jette et al., 2008). Die Effektivität von Verhaltenstherapie bei diesen Patienten ist belegt (Gaul et al., 2016).

Nun findet man jedoch in der psychosomatischen Rehabilitation regelhaft einen Anteil von Patienten bei denen im Rehaentlassungsbericht keine F-Diagnose gestellt wird, d.h. bei denen keine psychische Erkrankung vorliegt.

Es stellt sich die Frage, ob und mit welchen psychischen Beschwerden und Beeinträchtigungen diese Patienten in die Rehabilitation kommen, und ob es Unterschiede zwischen ihnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen gibt, d.h. einer oder mehreren F-Diagnosen.

## Methoden

Daten von konsekutiven Patienten aus der Klinikroutine einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik wurden ausgewertet. Zufällig ausgewählte Patienten mit psychischer Erkrankung (F-Diagnose/n) wurden verglichen mit denjenigen Patienten ohne F-Diagnose. Unterschiedstestungen wurden mittels T-Test oder X<sup>2</sup>-Test durchgeführt im Hinblick auf Vor- und Nachbehandlungen, psychische Beschwerdesymptomatik, Arbeitsprobleme und Arbeitsfähigkeit.

Tab. 1: Vergleich von Patienten ohne oder mit psychischer Erkrankung in der psychosomatischen Rehabilitation

	<b>Ohne psych. Erkrankung</b>  n = 34	<b>Psych. Erkrankung</b>  n = 34	<b>Signifikante Gruppen- unterschiede (T-Test oder X<sup>2</sup>-Test)</b>
Geschlecht: % Frauen	70.6%	64.7%	.604
% Rentenantrag geplant, gestellt oder im Widerspruchsverfahren	2.9%	26.5%	.038
Alter in Jahren	48.41 (7.9)	46.06 (9.6)	.276
Arbeitsunfähigkeitsdauer in den vergangenen 12 Monaten in Wochen	9.21 (16.5)	19.47 (18.9)	.020
Höchster Berufsabschluss (0: kein, 1: in Ausbildung, 2:Facharbeiter, 3: Meister, 4: Hochschulabschluss)	2.68 (1.06)	2.24 (0.96)	.077
Arbeitsplatzproblem (0: Arbeitsplatz ohne Probleme, 1: Arbeitsplatz mit Problemen, 2 kein Arbeitsplatz)	0.79 (0.82)	1.09 (0.75)	.123
Anzahl früherer Richtlinienpsychotherapien	0.15 (0.44)	0.62 (1.6)	.102
Vereinbarte ambulante Nachbehandlung Nervenarzt Psychiater Psychotherapeutischer Mediziner	56 %	79 %	.039
Vereinbarte ambulante Nachbehandlung Richtlinienpsychotherapie	16%	79%	.000
Arbeitsangst (Arbeitsplatzphobieskala 0-4)	0.57 (0.84)	1.69 (1.45)	.000
Symptombelastung allgemein (SCL-90 GSI 0-4)	0.63 (0.51)	1.24 (0.70)	.000
Rehaaufenthalt hat sich gelohnt (0-10)	7.18 (2.19)	6.15 (3.04)	.114
Arbeitsunfähigkeit bei Entlassung	19 %	53 %	.003

## **Ergebnisse**

Ein kleiner Anteil der Patienten in psychosomatischer Rehabilitation (hier 2.1% einer Gesamtstichprobe von 1583 Patienten) hat keine psychische Erkrankung. 59% dieser Patienten kommen auf hausärztliche Veranlassung in die Rehabilitation, 11.7% durch Krankenlasse/MdK. 24 dieser 34 Patienten haben eine Kopfschmerz- oder Migräneproblematik. Sie berichten geringere Symptombelastung (SCL-90 GSI), haben kürzere Arbeitsunfähigkeitszeiten in der Vorgeschichte, und werden häufiger arbeitsfähig entlassen als Patienten mit psychischen Erkrankungen.

Den Rehabilitationsaufenthalt erleben sie in vergleichbarem Maße lohnenswert wie Patienten mit psychischen Erkrankungen. Im Gegensatz zu Patienten mit psychischen Erkrankungen erhalten Patienten ohne F-Diagnosen nur in Ausnahmefällen eine Psychotherapieempfehlung, für die Mehrzahl von ihnen wird eine medizinische Behandlung vorgeschlagen.

## **Diskussion und Fazit**

Patienten mit somatischen Problemlagen und ggf. damit einhergehender Beeinträchtigung in Alltagsvollzügen profitieren subjektiv von einer psychosomatischen Rehabilitation. Im Einzelfall ist die Indikationsstellung zur Psychotherapie innerhalb und nach dem Rehaklinikaufenthalt sorgfältig abzuwägen und eine solche nicht pauschal durchzuführen oder zu empfehlen. Optionen für Schwerpunktsetzungen im Behandlungsprogramm für diese Patienten können psychopathologieunabhängige verhaltens- und trainingsorientierte Maßnahmen sein (Gaul et al., 2016).

## **Literatur**

- Gaul, C., Liesering-Latta, E., Schafer, B., Fritsche, G. & Holle, D. (2016). Integrated multidisciplinary care of headache disorders: A narrative review. *Cephalalgia*, 36(12), 1181-1191.
- Härter M., Baumeister H. & Bengel J. (2007): *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen*. Heidelberg: Springer.
- Jette, N., Patten, S., Williams, J., Becker, W. & Wiebe, S. (2008). Comorbidity of migraine and psychiatric disorders – A national population-based study. *Headache*, 48(4), 501-516.
- Lipton, R. B., Manack Adams, A., Buse, D. C., Fanning, K. M. & Reed, M. L. (2016). A comparison of the chronic migraine epidemiology and outcomes (CaMEO) study and American migraine prevalence and prevention (AMPP) study: Demographics and headache-related disability. *Headache*, 56(8), 1280-1289.
- Worringen, U., Muschalla, B., Hoppe, A. & Kalwa, M. (2018). *Erfassung und Dokumentation psychischer Funktions- und Fähigkeitsbeeinträchtigungen in der somatischen Rehabilitation*. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

# Psychosomatische Rehabilitation bei somatoformen Schmerzstörungen: Zur Rolle von Depressivität und Angst

*Eike Fittig<sup>1</sup>; Matthias Diekmann<sup>2</sup>; Markus Bassler<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Celenus Klinik Carolabad Chemnitz, Medizinisches Rehabilitationszentrum für Psychotherapie, Psychiatrie und Psychosomatik; <sup>2</sup> Technische Universität Chemnitz, Institut für Psychologie; <sup>3</sup> Institut für Sozialmedizin, Rehabilitationswissenschaften und Versorgungsforschung Hochschule Nordhausen

## Hintergrund und Zielstellung

Überblicksarbeiten bescheinigen stationären psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahmen im Hinblick auf die Verringerung von Schmerzen und körperlichen Beschwerden hinreichend gute Behandlungserfolge (Steffanowski et al., 2007; Petermann & Koch, 2010). Dabei werden Patienten mit somatoformen Schmerzstörungen nicht selten als besondere Herausforderung erlebt (Witte, 2010). Somatoforme Schmerzstörungen gehen zudem häufig mit affektiven Störungen und Angsterkrankungen einher (Arnow et al., 2007). Die Ergebnisse verschiedener Arbeiten sprechen dafür, dass sowohl angstbezogenes Vermeidungsverhalten (Vlayen & Linton, 2012) als auch eine depressive Symptomatik (Arnow et al., 2007) Einfluss auf den Behandlungserfolg von Patienten mit chronischen Schmerzen haben. In der vorliegenden Arbeit wurde daher die Rolle von Depressivität und Angst im Hinblick auf den Reha-Erfolg von Patienten mit chronischen Schmerzstörungen untersucht.

## Methoden

Es wurden die Daten von N=180 Patienten (87.2% weiblich, Alter M = 51, SD = 8.6) mit der Erst- oder Zweit-Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung (F45.40 und F45.41), welche zwischen 2015 – 2017 zur stationären psychosomatischen Rehabilitation in der Celenus Klinik Carolabad waren, in einem naturalistischen Prä-Post-Studiendesign analysiert. Die Depressivität, das Angst-Niveau, das Ausmaß somatoformer Beschwerden sowie die allgemeine psychosoziale Gesundheit der Patienten wurden dabei mit dem HEALTH-49 quantifiziert. Mittels T-Tests für abhängige Stichproben sowie Effektstärken (Cohens dz) wurde die Wirksamkeit psychosomatischer Rehabilitation bei den Patienten mit chronischen Schmerzstörungen untersucht. Der Zusammenhang von Depressivität, Angstniveau und Reha-Erfolg wurde mittels multipler Regression analysiert.

## Ergebnisse

Sowohl die somatoformen Beschwerden ( $t = 9.9$ ,  $p < .001$ ,  $d = 0.76$ ) als auch die allgemeine psychosoziale Gesundheit der Patienten besserten sich im Verlauf der psychosomatischen Reha signifikant. Die Effektstärken lagen dabei zwischen  $d = 1.2$  (Psychisches Wohlbefinden) und  $d = 0.51$  (Beeinträchtigung sozialer Unterstützung). In der multiplen Regression war ein hohes Ausmaß der Depressivität der Patienten ( $\beta = 0.19$ ,  $t = 2.1$ ,  $p < .05$ ) mit einer größeren Verbesserung der somatoformen Beschwerden assoziiert. Für das Ausmaß des Angstniveaus konnte hingegen kein Zusammenhang mit der Verbesserung der somatoformen Beschwerden festgestellt werden.

## **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie sprechen dafür, dass das multimodale Therapieprogramm der Celenus Klinik Carolabad gut für die Behandlung von Patienten mit somatoformen Schmerzstörungen geeignet ist. Dabei konnten Patienten, die gleichzeitig über depressive Symptome berichteten, im Hinblick auf die Verringerung ihrer somatoformen Beschwerden in größerem Ausmaß profitieren. Das Angst-Niveau der Patienten war hingegen nicht mit der Verbesserung der somatoformen Beschwerden assoziiert. Die Ergebnisse werden im Hinblick auf Limitationen, wie beispielsweise die verwendeten Messinstrumente sowie therapeutische Implikationen diskutiert.

## **Literatur**

- Arnow, B. A., Hunkeler, E. M., Blasey, C. M., Lee, J., Constantino, M. J., Fireman, B., & Hayward, C. (2006). Comorbid depression, chronic pain, and disability in primary care. *Psychosomatic medicine*, 68, 262-268.
- Petermann, F. & Koch, U. (2009). Psychosomatische Rehabilitation: Quo vadis? *Die Rehabilitation*, 48, 257-262.
- Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, W. W. & Nübling, R. (2007). Metaanalyse der Effekte psychosomatischer Rehabilitation. Bern, Huber.
- Vlaeyen, J. W. S. & Linton, S. J. (2012). Fear-avoidance model of chronic musculoskeletal pain: 12 years on. *Pain*, 153, 1144-1447.
- Witte, B. (2010). Stationäre psychosomatische Rehabilitation bei Patienten mit chronischen Kopfschmerzen und somatoformen Schmerzstörungen. *Psychotherapieforum*, 18, 146-152.

## **Anpassungsstörungen nach der ADN8-Skala und Verbitterungsempfindungen bei Patienten in psychosomatischer Rehabilitation**

*Barbara Lieberei<sup>1</sup>; Ariane Andrea Mossakowski<sup>2</sup>; Mathias Bippert<sup>2</sup>; Michael Linden<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Heinrich Heine Klinik Potsdam; <sup>2</sup> Charité - Universitätsmedizin Berlin

### **Hintergrund und Zielstellung**

Die Mehrzahl der Menschen muss in ihrem Leben mit negativen Lebensereignissen und „gesundem Leiden“ fertig werden. Psychisch kranke Menschen haben vermehrt Probleme mit Lebensanforderungen funktional umzugehen, so dass sie verstärkt mit negativen Lebensereignissen konfrontiert sind. Andererseits führen psychische Störungen dazu, dass auch normale Lebensereignisse negativ gesehen und als Ursache der aktuellen Störung missverstanden werden.

Unter den negativen Lebensereignissen spielen soziale Belastungen im Sinne von Ungerechtigkeitserleben, Herabwürdigung oder Vertrauensverlust mit Verbitterungs- und ggfls. sogar Rachegefühlen eine besondere Rolle.

Ziel der vorliegenden Studie war, bei Patienten in psychosomatischer Rehabilitation die Prävalenz von Lebensbelastungen und Anpassungsstörungen zu erheben und die Rolle von Verbitterungs- und Rachegefühlen zu untersuchen.

### **Methoden**

Es wurden 104 unselektierte Patienten einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik gebeten den ADN8 (Kazlauskas et al., 2018) auszufüllen, ein Instrument das nach den Autoren Anpassungsstörungen misst. Zugleich wurden sie gefragt, ob sie Rachegefühle und Verbitterungserleben haben.

### **Ergebnisse**

Der ADN8-Score war im Durchschnitt 25,1 (s.d. 5,9) mit einer rechtsschiefen Verteilung, was deutlich über dem Score von 18 liegt, der nach den Auswertungsvorgaben des ADN8 als Hinweis auf eine Anpassungsstörung gelten kann. 86,5% der Patienten lagen über diesem Cuttingscore.

23,1% der Patienten gaben an, manchmal und 42,3% sogar oft unter Verbitterungsgefühlen zu leiden. 20,2% sprachen davon, manchmal und 10,6% oft Rachegefühle zu haben.

Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen Verbitterungs- und Rachegefühlen einerseits und dem ADN8 Score andererseits.

### **Diskussion und Fazit**

Die Daten von einer unausgewählten Stichprobe psychosomatischer Patienten zeigen, dass die überwiegende Mehrzahl unter relevanten Lebensbelastungen leidet. Sie zeigen auch,

dass ausgeprägte Kränkungs- und Verbitterungsgefühle von etwa jedem zweiten berichtet werden.

Die Daten unterstreichen die Bedeutung sozialer Stressoren bei psychosomatischen Patienten und die besondere Rolle von Kränkungs- und Verbitterungserleben. Die Daten bestätigen damit entsprechende Erhebungen anderer Autoren. Es konnte bereits vielfach gezeigt werden, dass Verbitterung von großer Relevanz für die berufliche Eingliederung ist und besonderer Therapiemaßnahmen bedarf. Für die psychosomatische Rehabilitation bedeutet dies, dass Verbitterungsempfindungen angemessene diagnostische und therapeutische Aufmerksamkeit zukommen muss, was derzeit eher noch unzureichend geschieht.

### **Literatur**

Kazlauskas E, Gegieckaite G, Eimontas J, Zelviene P, Maercker A. (2018). A Brief Measure of the International Classification of Diseases-11 Adjustment Disorder: Investigation of Psychometric Properties in an Adult Help-Seeking Sample. *Psychopathology* 51:10–15.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg

## **Big Data und Artificial Intelligence in Klinik und Rehabilitation**

*Lilia Papst<sup>1</sup>; Volker Köllner<sup>2</sup>; Ulrich Adam-Keßler<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Charité - Universitätsmedizin Berlin, Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation;

<sup>2</sup> Reha-Zentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung, Teltow

### **Hintergrund und Zielstellung**

Rehakliniken erheben im Rahmen der Diagnostik und Qualitätssicherung täglich gewaltige Datenmengen. Das Potential dieser Informationen kann im Alltag jedoch selten in seiner Ganzheitlichkeit genutzt werden, auch weil Daten oft dezentral organisiert sind. Die Nutzung von Big Data und Artificial Intelligence (AI) im psychosomatischen Rehabilitations-Setting könnte dabei helfen, frühzeitig sozialmedizinische Prognosen zu stellen und auf dieser Basis effiziente Interventionen für bestimmte Patientengruppen zu verschreiben. So könnten z.B. Patienten identifiziert werden, die grundsätzlich in der Lage sind zur Arbeit zurückzukehren, aber das Risiko tragen die Rehabilitation durch suboptimale Abstimmung des Behandlungsplans arbeitsunfähig zu verlassen. AI und untergeordnete Methoden wie Machine Learning (ML) und Deep Learning erfahren stetig zunehmendes Interesse im psychiatrisch-klinischen Bereich (Shah et al., 2019; Durstewitz et al., 2019). Über diesen hinausgehend verlangt das psychosomatische Rehabilitations-Setting allerdings zusätzlich die Berücksichtigung von arbeitsplatzbezogenen Faktoren und bedarf somit nicht nur einer Einschätzung über Krankheit und Gesundheit, sondern auch über die Passung zwischen dem Anforderungsprofil einer Arbeitsstelle und dem Fähigkeitsprofil der Patienten.

### **Methoden**

Im ersten Schritt hin zur Entwicklung eines AI-Systems wurden zur hypothesenfreien Klassifikation von Patientengruppen strukturentdeckende Verfahren der Dimensionsreduktion

(PCA, MDS) und variance partition eingesetzt. Genutzt wurden zunächst nur Daten der Eingangs- und Abschlussdiagnostik von Patienten, deren Entlassdatum zwischen dem 15.02.2019 und dem 15.07.2019 lag (N=543), sowie der vergebenen Diagnosen und erfolgten Interventionen. Die computergestützte Diagnostik umschloss zum Untersuchungszeitpunkt das Beck Depressioneninventar (BDI-II; Hautzinger et al., 2010), die Hamburger Module (Health-49; Rabung et al., 2009), den SIMBO-C (Streibelt, 2016), den Abridged Cognitive Effort Scale (ACES; Strobel et al., in Vorb.), die Skalen zur Erfassung von Arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern (AVEM; Schaarschmidt & Fischer, 1997), den Insomnie Schweregrad Index (ISI-G; Specht et al., 2014), den Fragebogen zur Erfassung von Anpassungsstörungen (ADNM-20; Einsle et al., 2010), sowie demographische und sozialmedizinische Angaben.

## **Ergebnisse**

Zunächst ließen die Daten zwei negativ miteinander korrelierte Hauptfaktoren erkennen, die je einer wenig und einer stark belasteten Patientengruppe entsprachen. Am stärksten waren diese Gruppen jeweils durch „Need for Cognition“ (dt. Kognitionsbedürfnis) und durch Depressivität gekennzeichnet. Des Weiteren ließen sich anhand der arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster Subgruppen bilden, wobei selbstüberfordernde Patienten (Typ A) sich zwischen den beiden Hauptfaktoren bewegten. Im Gegensatz zum Burnout-Typ wiesen diese Patienten offensives Problemlösungsverhalten auf und wurden häufiger zur stufenweisen Wiedereingliederung entlassen. Bemerkenswerterweise fanden selbstberichtete Veränderungen auch von dysfunktionalen Mustern zu anderen dysfunktionalen Mustern statt, so zum Beispiel aus dem selbstüberfordernden Muster hin zum Burnout.

## **Diskussion und Fazit**

Am Beispiel der oben beschriebenen Daten lässt sich bereits absehen, dass einerseits Interventionen zur Depressionsbewältigung und Steigerung der Problemlöseorientierung zu einer effizienten Verbesserung der Gesamtbelastung führen sollten, andererseits spezifische Interventionen für arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster indiziert sein könnten. Weiterführende Analysen werden dabei helfen, Faktoren zu identifizieren, die mit Verschiebungen zwischen dysfunktionalen Mustern und signifikanten Verbesserungen in der Symptomatik zusammenhängen. Mit zunehmender Eingliederung weiterer Datentypen werden zunehmend bessere Prädiktionsmodelle erstellt, die schließlich mit Hilfe eines Machine Learning-Algorithmus als Grundlage für die Prädiktion bei neu ankommenden Patienten Anwendung finden könnten.

## **Literatur**

- Durstewitz, D., Koppe, G., & Meyer-Lindenberg, A. (2019). Deep neural networks in psychiatry. *Molecular psychiatry*, 1.
- Einsle, F., Köllner, V., Dannemann, S., & Maercker, A. (2010). Development and validation of a self-report for the assessment of adjustment disorders. *Psychology, Health & Medicine*, 15(5), 584–95.
- Hautzinger, M., Keller, F., & Kühner, C. (2010). BDI-II. Klinisch-psychiatrische Ratingskalen für das Kindes- und Jugendalter, 6, 75.

- Rabung, S., Harfst, T., Kawski, S., Koch, U., Wittchen, H. U., & Schulz, H. (2009). Psychometrische Überprüfung einer verkürzten Version der» Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis «(HEALTH-49). Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 55(2), 162-179.
- Schaarschmidt, U., & Fischer, A.W. (1997). "AVEM-ein diagnostisches Instrument zur Differenzierung von Typen gesundheitsrelevanten Verhaltens und Erlebens gegenüber der Arbeit."
- Shah, P., Kendall, F., Khozin, S., Goosen, R., Hu, J., Laramie, J., ... & Schork, N. (2019). Artificial intelligence and machine learning in clinical development: A translational perspective. NPJ digital medicine, 2(1), 69.
- Specht M.B., Spaude E., Kaluza A. (2014). Kurzintervention bei Insomnie (KI): Eine Anleitung zur Behandlung von Ein-und Durchschlafstörungen. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- Streibel, M. (2016). Das Screeninginstrument SIMBO-C zur Identifikation besonderer beruflicher Problemlagen bei Rehabilitanden der Rentenversicherung: Analysen zur Validität bei psychischen Erkrankungen. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 29, 98.

## **Bindungsstil, MBOR-Bedarf und Therapieplanung: Wie geht man mit „sicheren“, „abweisenden“, „anklammernden“ und „ängstlich-vermeidenden“ Patienten um?**

*Andrés Steffanowski<sup>1</sup>; Robert Mestel<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> SRH Hochschule Heidelberg; <sup>2</sup> VAMED Rehaklinik Bad Grönenbach

### **Hintergrund und Zielstellung**

Patienten mit besonderer beruflicher Problemlage (BBPL) bringen individuell unterschiedliche Beziehungsdynamiken und Therapieanliegen in die Rehabilitation mit, was für die Behandlungsplanung zur Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) berücksichtigt werden sollte.

Ein Rahmenmodell zum Verständnis berufsbezogener Probleme und Konflikte am Arbeitsplatz im Kontext zwischenmenschlicher Beziehungen bietet die Bindungstheorie (von Ploetz, 2002; Schmidt & Strauß, 1996). Diese postuliert ein sicheres und drei unsichere Bindungsmuster, welche sich nach Bartholomew & Horowitz (1991) aus zwei orthogonalen Dimensionen (Angst vor Nähe und Angst vor Trennung) ergeben. Ein unsicherer Bindungsstil manifestiert sich sowohl im privaten als auch beruflichen Leben immer wieder in Form von problematischer Beziehungsgestaltung, was in der Konsequenz zu BBPL führen kann. Eine valide Diagnostik und Verbesserung der Bindungssicherheit ist daher im Interesse berufsbezogener Behandlungsangebote zur medizinischen Rehabilitation.

Welche Zusammenhänge bestehen zwischen den beiden Bindungsdimensionen und dem sozialmedizinischen Frühberentungsrisiko bei psychosomatischen Rehabilitanden? Welchen Bindungsstil haben Patienten mit MBOR-Bedarf? Welche Empfehlungen kann man aus den

Daten für die differentielle Behandlungsplanung für „sicher“, „abweisend“, „anklammernd“ und „ängstlich-vermeidend“ gebundene Patienten ableiten?

## Methoden

Zur Diagnostik des Frühberentungsrisikos (und entsprechenden MBOR-Bedarf) hat sich das Screening-Instrument Arbeit und Beruf (SIBAR, Bürger & Deck, 2009) etabliert und zur Bestimmung der Bindungssicherheit steht mit der Kurzform der deutschen Version des Experience in Close Relationships (ECR-RD12, Brenk-Franz et al., 2018) ein ökonomisches und validiertes Instrument zur Verfügung.

Analysebasis der vorliegenden Studie waren 5232 Patienten der VAMED Rehaklinik Bad Grönenbach im Aufnahmezeitraum vom 1. Quartal 2014 bis einschließlich 3. Quartal 2019 mit Angaben in beiden Fragebögen. Diese wurden zum Aufnahmezeitpunkt mit der computergestützten psychologischen Routinediagnostik der Klinik erhoben. Angesichts der sehr großen Stichprobe war zu erwarten, dass selbst kleine Zusammenhänge von  $r = |.10|$  (vgl. Cohen, 1992) mit einer hohen Teststärke von 99.9 Prozent auf einem Signifikanzniveau von  $p < .001$  statistisch abgesichert werden konnten, was mit der Software G\*Power v3.1.9.4 (Faul et al., 2007) verifiziert wurde.

## Ergebnisse

Das Durchschnittsalter der Patienten zum Aufnahmezeitpunkt lag bei 46.80 Jahren (SD = 11.09) und der Frauenanteil bei 64.3 Prozent. Als Hauptdiagnosen wurden nach ICD-10 insgesamt 70.0% (F3) affektive Störungen (häufig mittelgradige depressive Störungen F32.1 bzw. F33.1) diagnostiziert, gefolgt von F4 (15.6%) und F6 (11.5%).

Der SIBAR-Algorithmus sieht vier Kategorien zur sozialmedizinischen Einstufung vor. Hier attestierte die Software in jedem 2. Fall Handlungsbedarf in Bezug auf BBPL (45.1% von 5232 Rehabilitanden bei Aufnahme: „Kein Bedarf an berufsbezogenen Angeboten“, 12.2% „Prophylaxe“, 27.8% „Diagnostik und Motivation“ und 14.9% „Bedarf an berufsbezogenen Angeboten“).

Furcht vor Trennung (bindungsbezogene Angst) im ECR korrelierte mit dem SIBAR (Frühberentungsrisiko) mit einem Wert von .03 in sehr kleiner, aber statistisch noch signifikanter Größenordnung ( $p = .014$ ). Furcht vor Nähe (bindungsbezogene Vermeidung) wies mit .10 einen kleinen Zusammenhang mit dem SIBAR auf ( $p < .001$ ).

Hinsichtlich der Bindungsstile im ECR waren 30.7% aller 5232 Patienten bei Behandlungsbeginn sicher, 15.8% distanziert, 22.4% anklammernd und 31.1% ängstlich vermeidend gebunden. Dies entspricht den Ergebnissen aus der Forschung, wonach in klinischen Stichproben von einer geringeren Bindungssicherheit auszugehen ist (Steffanowski, Oppl, Meyerberg, Schmidt, Wittmann, & Nübling, 2001).

Der Bindungsstil in Abhängigkeit von der entsprechenden SIBAR-Einstufung ist in Tabelle 1 wiedergegeben. Auch wenn die Verteilungsunterschiede klein ausfallen ( $\Phi = .09$ ), sind diese statistisch mit  $p < .001$  signifikant. Der Anteil „Unsicher-vermeidender“ Patienten ist bei MBOR-Empfehlung mit 35.2% in Relation am höchsten. Bei „Diagnostik und Motivation“ ist der Anteil der „abweisenden“ Patienten mit 18.1% am größten, während bei „anklammernden“ Patienten die Empfehlung „Prophylaxe“ mit 22.4% an zweiter Stelle nach „kein Bedarf“ steht.

## Diskussion und Fazit

Auch wenn die Zusammenhänge zwischen Bindungssicherheit und sozialmedizinischen Risiko nach Cohen (1992) als klein einzustufen sind, ergeben sich folgende Empfehlungen für die Praxis:

- Sicher gebundene Patienten dazu ermuntern, gerade in schwierigen Zeiten Sozialkontakte nicht zu vernachlässigen und trotz hoher Energie bewusst Erholungspausen einzuplanen.
- Abweisende Patienten mit rational nachvollziehbaren Diagnosen zur Veränderung motivieren und dazu, mehr soziale Unterstützung anzunehmen und sich menschlich mehr auf die Kollegen einzulassen.
- Anklammernde Patienten dazu ermutigen, sich aus den Angelegenheiten anderer mehr herauszuhalten, „ihr eigenes Ding zu machen“, Gelassenheit zu entwickeln und sich von Kollegen abzugrenzen, die einem nicht guttun.
- Ängstlich-vermeidende Patienten dazu ermutigen, mehr für eigene Bedürfnisse auf der Arbeit einzustehen und insgesamt mehr Engagement zu zeigen, um auf diese Weise positive Rückmeldungen zu erhalten, die gut für das Selbstwertgefühl sind.

## Literatur

- Bartholomew, K. & Horowitz, L.M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, pp. 226-244.
- Brenk-Franz, K., Ehrenthal, J., Freund, T., Schneider, N., Strauß, B., Tiesler, F., Schauenburg, H. & Gensichen, J. (2018). Evaluation of the short form of "Experience in Close Relationships" (Revised, German Version "ECR-RD12") - A tool to measure adult attachment in primary. *PLoS ONE*, 2018, 13 (1), No. e0191254, 34. DOI: 10.1371/journal.pone.0191254.
- Bürger, W. & Deck, R. (2009). SIBAR - ein kurzes Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 2009, 48 (4), S. 211-221.
- Cohen (1992). A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 112 (1), S. 155-159.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, S. 175-191.
- Schmidt, S. & Strauß, B. (1996). Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 41, S. 139-150.
- Steffanowski, A., Oppl, M., Meyerberg, J., Schmidt, J., Wittmann, W. W. & Nübling, R. (2001). Psychometrische Überprüfung einer deutschsprachigen Version des Relationship Scales Questionnaire (RSQ). In: Bassler, Markus (Hrsg.), *Störungsspezifische Ansätze in der stationären Psychotherapie. Mainzer Werkstatt über empirische Forschung von stationärer Psychotherapie 2000* (S. 320-342). Gießen: Psychosozial-Verlag.

# **Die ICD-11 Anpassungsstörung in der beruflichen psychosomatischen Rehabilitation: Auslösende Ereignisse, Symptomkonstellationen und Ergebnisse zu Behandlungserfolgen**

*Alexa Kupferschmitt; Volker Köllner*

Reha-Zentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung, Teltow

## **Hintergrund und Zielstellung**

Die ICD-11 Anpassungsstörung beschreibt psychische Schwierigkeiten nach entscheidenden Lebensveränderungen, z.B. Tod, Trennung oder - für die medizinisch-beruflich orientierte psychosomatische Rehabilitation besonders bedeutsam - berufsbezogene Belastungen wie Mobbing, Arbeitsüberlastung, Arbeitsplatzverlust. Bei ambulant psychiatrisch/psychotherapeutisch behandelten Patienten liegt in 5–20% eine Anpassungsstörung als Hauptdiagnose vor. Werden diesbezüglich verschiedene Sozial- und Gesundheitssysteme betrachtet, so können hohe individuelle, finanzielle und soziale Belastungen nachgewiesen werden (Arends et al., 2012; Bachem & Casey, 2017). Diese Patientengruppe scheint hinsichtlich Arbeitsunfähigkeit und weiterer sozialmedizinischer Aspekte vergleichbar belastet wie Patienten mit primär depressiven Störungen (Köllner et al., 2018).

## **Methoden**

Konsekutive Patienten des Reha-Zentrums Seehof, Teltow, wurden hinsichtlich der ICD-11 Anpassungsstörung im Zeitraum 12/2018 bis 09/2019 untersucht. Bei klinisch relevantem ADN-20 Wert wurden die auslösenden Ereignisse, Unterschiede in der Symptomkonstellation/-ausprägung/-schwere und die Veränderung der Symptomlast im Behandlungsverlauf zu zwei Messzeitpunkten (Aufnahme, Entlassung) näher betrachtet.

Das Selbstbeurteilungsverfahren Adjustment Disorder - New Module (ADNM-20) erfasst mit zwanzig Items (Cut-off 47.5) die für die ICD-11 Anpassungsstörung kennzeichnenden psychischen, körperlichen und psychosozialen Beschwerden; dies mittels sechs Skalen, welche in zwei Kernsymptome (Präokkupation, Fehlanpassung) und vier Zusatzsymptome (Vermeidung, Depressive Verstimmung, Angst, Störung der Impulskontrolle) unterteilt werden (Lorenz et al., 2016). Mittelwertunterschiede und Korrelationsanalysen wurden berechnet, als Kontrollparameter hinsichtlich des Krankheitsverlaufs galt Depression (BDI).

## **Ergebnisse**

Aus der Gesamtstichprobe  $n=573$  (65.62% Frauen, mittleres Alter: 51.45,  $SD=8.86$ , 61.52% arbeitsunfähig bei Aufnahme) wiesen 60.73% ( $n=348$ ) einen klinisch relevanten ADN-20-Wert auf (64.94% Frauen, mittleres Alter: 51.33,  $SD=8.82$ , 67.15% arbeitsunfähig bei Aufnahme). Neben Familienkonflikten (52.30%) und eigenen schweren Erkrankungen (52.59%) wurden überwiegend berufsbezogene Themen wie Arbeitsplatzkonflikte (61.49%), Termin-/Zeitdruck (63.79%) und Arbeitslast (54.02%) als sehr belastend eingestuft. Der Mittelwert des ADN-20 in der klinisch relevanten Subgruppe lag bei 63.57 ( $SD=8.71$ ), was einer hoch ausgeprägten Symptomatik entspricht. Bei beiden Geschlechtern war Präokkupation stärker ausgeprägt als Fehlanpassung; von den Zusatzsymptomen war Angst am geringsten ausgeprägt. Ergebnisse der Analyse siehe Tab.1. Geschlechterunterschiede

konnten lediglich bei Vermeidung festgestellt werden; Frauen vermieden signifikant stärker. Bei allen Belastungsereignissen lagen vergleichbare Symptomkonstellationen vor.

Im Reha-Verlauf sank die Symptomlast auf allen Skalen signifikant ( $d = -1.162$ ). Große Effekte zeigten sich bei den Kernsymptomen Präokkupation ( $d = -0.939$ ) und Fehlanpassung ( $d = -1.01$ ) und beim Zusatzsymptom Depressive Verstimmung ( $d = -0.913$ ). Mittlere Effekte waren bei Angst ( $d = -0.681$ ) und Störung der Impulskontrolle ( $d = -0.671$ ) zu verzeichnen; ein kleiner Effekt bei Vermeidung ( $d = -0.436$ ). Große Effekte hatte die Reha ebenfalls auf die gesamtdepressive Symptomatik (BDI gesamt  $d = -1.485$ ) und auf die Einzelsymptome Freudverlust ( $d = -0.933$ ), Ermüdung/Erschöpfung ( $d = -1.027$ ), Energieverlust ( $d = -1.09$ ). Bei Entlassung waren Betroffene wesentlich weniger entschlossenunfähig ( $d = -0.867$ ) oder reizbar ( $d = -0.934$ ).

Geschlechterunabhängig war die gesamtdepressive Symptomatik war bei Aufnahme schwer ausgeprägt ( $M=29.17$ ,  $SD=10.83$ ); Geschlechterunterschiede zeigten sich bei Einzelsymptomen. Bei Aufnahme vermieden Frauen ( $M=12.12$ ,  $SD=2.75$ ) signifikant stärker ( $p=0.01$ ) als Männer ( $M=11.33$ ,  $SD=2.70$ ); bei Entlassung war dieser Effekt nicht mehr vorhanden. Frauen lehnten sich bei Aufnahme signifikant stärker ab (Frauen:  $M=1.23$ ,  $SD=0.827$ ; Männer:  $M=1.05$ ,  $SD=0.759$ ;  $p=.012$ ;  $gHedges= 0.224$ ,  $CI= 0.003 - 0.445$ ) und weinten mehr (Frauen:  $M=1.54$ ,  $SD=0.817$ ; Männer:  $M=1.16$ ,  $SD=1.037$ ;  $p=.032$ ;  $gHedges= 0.422$ ,  $CI= 0.2 - 0.645$ ). Bei Entlassung waren Frauen weniger pessimistisch (Frauen:  $M=0.48$ ,  $SD=0.779$ ; Männer:  $M=0.69$ ,  $SD=0.873$ ;  $p=0.14$ ;  $gHedges= -0.258$ ,  $CI= -0.479 - -0.037$ ), litten weniger unter Freudverlust (Frauen:  $M=0.89$ ,  $SD=0.798$ ; Männer:  $M=1.09$ ,  $SD=0.962$ ;  $p=.022$ ;  $gHedges= -0.233$ ,  $CI= -0.454 - -0.012$ ) und waren weniger gereizt (Frauen:  $M=0.46$ ,  $SD=0.706$ ; Männer:  $M=0.62$ ,  $SD=0.856$ ;  $p=.015$ ;  $gHedges= -0.21$ ,  $CI= -0.431 - 0.011$ ).

Tab. 1 geschlechterspezifische Mittelwertunterschiede ADN-20 und BDI

	männlich	weiblich	p	
Kernsymptome	Präokkupation	M= 13.93 (SD=1.98)	M=13.93 (SD=2.19)	.975
	Fehlanpassung	M= 12.80 (SD=2.55)	M= 12.78 (SD=2.33)	.952
Zusatzsymptome	Vermeidung	M= 11.33 (SD= 2.70)	M= 12.12 (SD= 2.75)	.010
	Depressive Stimmung	M= 9.92 (SD= 1.82)	M= 9.79 (SD= 1.69)	.505
	Angst	M= 5.98 (SD=1.72)	M= 6.15 (SD= 1.57)	.339
	Störung der Impulskontrolle	M= 9.27 (SD= 2.16)	M= 9.00 (SD= 2.26)	.273
ADNM gesamt	M= 63.21 (SD= 9.24)	M= 63.77 (SD= 8.42)	.570	
BDI	M= 27.88 (SD= 11.08)	M= 29.86 (SD= 10.66)	.103	

## Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass mehr als die Hälfte der Rehabilitanden von einer ICD-11 Anpassungsstörung betroffen sind und die psychosomatische Rehabilitation zu einer signifikanten, klinisch relevanten Symptomreduktion beiträgt. Unabhängig davon, ob berufliche oder private Konfliktthemen ursächlich sind, liegen bei allen Belastungsereignissen vergleichbare Symptomkonstellationen vor. Im Reha-Verlauf profitierten beide Geschlechter hinsichtlich der spezifischen Anpassungsstörungssymptomatik und der depressiven Symptomatik gleichermaßen; die Effektstärken unterschieden sich nicht wesentlich voneinander. Neben den Kernsymptomen Präokkupation und Fehlanpassung spielt

insbesondere Vermeidung eine große Rolle. Bei berufsbezogenen Anpassungsstörungen erscheint es daher besonders wichtig, intensives Vermeidungsverhalten (z.B. Konfrontation mit dem Arbeitsgeber) therapeutisch anzugehen und aufzulösen, um eine Rückkehr an den Arbeitsplatz oder ins Erwerbsleben zu ermöglichen. Die ICD-11 Anpassungsstörung ist eine für die Rehabilitation relevante Diagnose mit günstiger Prognose. Um ein auf die Bedürfnisse der Betroffenen zugeschnittenes Therapieprogramm entwickeln zu können, ist es daher indiziert, die zentralen Wirkmechanismen der Anpassungsstörung noch genauer zu erforschen.

## **Literatur**

- Arends, I., Bruinvels, D., Rebergen, D., Nieuwenhuijsen, K., Madan, I., Neumeyer-Gromen, A., Bultmann, U., Verbeek, J. (2012). Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS, 12(12), Art. No CD006389-. [006389]. DOI: 10.1002/14651858.CD006389.pub2
- Bachem, R., & Casey, P. (2017). Adjustment Disorder: A diagnosis whose time has come. *Journal of Affective Disorders*, 227, 243-253.
- Köllner, V., Tauchnitz, D., Neu, R., & Käfer, M. (2018). Unterscheiden sich Rehabilitanden mit berufsbezogenen Anpassungsstörungen und depressiven Störungen im Verlauf der medizinisch-beruflich orientierten psychosomatischen Rehabilitation?. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 31(1), 48-56.
- Lorenz, L., Bachem, R.C. & Maercker, A. (2016). The Adjustment Disorder--New Module 20 as a Screening Instrument: Cluster Analysis and Cut-off Values. *Int J Occup Environ Med*, 7, 215-220.
- Maercker, A., Einsle F., & Köllner, V. (2007). Adjustment Disorders as Stress Response Syndroms: A New Diagnostic Concept and its Exploration in a Medical Sample. *Psychopathology*, 40, 135-146.

## **Screening von depressiven Erkrankungen in der psychokardiologischen Rehabilitation**

*Sebastian Bock; Eike Langheim; Volker Köllner*

<sup>1</sup> Reha-Zentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung, Teltow

### **Hintergrund und Zielstellung**

Eine Komorbidität von depressiven Störungen und Herzkrankheiten ist mittlerweile gut belegt (Correll et al., 2017). Durch eine Überlappung der Symptome werden jedoch depressive Erkrankungen häufig bei kardiovaskulär erkrankten Patienten in der Praxis übersehen (Feinstein et al., 2006). Dabei zeigen kardiovaskulär erkrankte Patienten ein erhöhtes Mortalitätsrisiko, eine geringere Lebensqualität und häufigere Hospitalisierungen und koronare Ereignisse, wenn sie gleichzeitig an einer depressiven Störung leiden (Albus et al., 2018). Um solche Folgeschäden zu vermeiden, ist ein routinemäßiges Screening auf Depression bei kardiovaskulär erkrankten Patienten zwingend notwendig. Zu diesem Zweck vergleicht diese Studie die Diskriminationsleistung des Beck-Depressions-Inventars (BDI-II), des Beck-Depressions-Inventars Fast Screen (BDI-FS) und der deutschen Form der Hospital

Anxiety and Depression Scale (HADS-D) in der Erkennung depressiver Erkrankungen in der psychokardiologischen Rehabilitation.

## Methoden

Die Stichprobe umfasst 166 psychokardiologische Patienten (46% Frauen, MAlter = 54.1 J., SD = 7.5) einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik. Bei Aufnahme füllten die Patienten den BDI-II, BDI-FS und HADS-D selbstständig aus. Depressive Erkrankungen wurden durch das Fachpersonal der Klinik nach Facharztstandart diagnostiziert. Insgesamt erhielten 52% der Patienten eine Diagnose aus dem depressiven Störungsfeld. Die Diskriminationsleistung der Fragebögen wurde mittels der Kennwerte Sensitivität, Spezifität und durch ROC-Analysen verglichen. Bei den Analysen wurde ausschließlich die Depressionsskala des HADS-D berücksichtigt.

## Ergebnisse

Der BDI-II und BDI-FS zeigten eine höhere Sensitivität und eine geringere Spezifität als der HADS-D wenn die gängigen Cut-Off-Werte der Fragebögen berücksichtigt wurden (BDI-II: Sensitivität = 94.3, Spezifität = 37.8; BDI-FS: Sensitivität = 92.0, Spezifität = 44.6; HADS-D: Sensitivität = 80.9, Spezifität = 62.3). Dagegen zeigten alle drei Fragebögen ein ähnliches Verhältnis zwischen Sensitivität und Spezifität wenn ROC-Analysen ohne vorher festgelegte Cut-Off-Werte berechnet wurden. Zudem zeigten alle Fragebögen ein hohes Cronbachs Alpha als Maß der internen Konsistenz (BDI-II  $\alpha$  = .92, BDI-FS  $\alpha$  = .85, HADS-D  $\alpha$  = .90).

## Diskussion und Fazit

Für die Erkennung depressiver Erkrankungen bei psychokardiologischen Patienten scheinen der BDI-II, der BDI-FS und der HADS-D ähnlich gut geeignet. Dabei sollten jedoch nicht die bisher gängigen Cut-Off-Werte herangezogen werden. Für ein Screening in der Praxis empfehlen wir aus zeitökonomischen Gründen vor allem den Einsatz der Fragebögen BDI-FS und HADS-D, da diese deutlich kürzer sind als der BDI-II. Weitere Studien sind notwendig, um die Ergebnisse zu replizieren und ideale Cut-Off-Werte in dieser spezifischen Population an Patienten zu ermitteln. Die Ergebnisse bilden einen wichtigen Grundstein in Richtung eines zuverlässigen und routinemäßigen Screenings von depressiven Störungen in der psychokardiologischen Rehabilitation.

## Literatur

- Albus, C., Waller, C., Fritzsche, K., Gunold, H., Haass, M., Hamann, B., Kindermann, I., Köllner, V., Leithäuser, B., Marx, N., Meesmann, M., Michael, M., Ronel, J., Scherer, M., Schrader, V., Schwaab, C., Weber, S., & Hermann-Lingen, C. (2018): Bedeutung von psychosozialen Faktoren in der Kardiologie. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie. *Der Kardiologe*, 12. 312-331.
- Correll, C. U., Solmi, M., & Veronese, N., Bortolato, B., Rosson, S., Santonastaso, P., Thapachhetri, N., Fornaro, M., Gallicchio, D., Collantoni, E., Pigato, G., Favaro, A., Monaco, F., Kohler, C., Vancampfort, D., Ward, P.B., Gaughran, F., Carvalho, A.F. & Stubbs, B. (2017): Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls. *World Psychiatry*, 16. 163-180.

Feinstein, R. E., Blumenfeld, M., & Orlowski, B. (2006): A national survey of cardiovascular physicians' beliefs and clinical care practices when diagnosing and treating depression in patients with cardiovascular disease. *Cardiology in Review*, 14. 164-169.

## Die Rolle von Aktivierung und Vermeidung bei der Genesung von Patienten mit depressiven Störungen in der Rehabilitation

*Ursula Melicherova<sup>1</sup>; Tobias Schott<sup>2</sup>; Volker Köllner<sup>3</sup>; Jürgen Hoyer<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Charité - Universitätsmedizin Berlin; <sup>2</sup> Technische Universität Dresden;

<sup>3</sup> Rehasentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund, Teltow

### Hintergrund und Zielstellung

Affektive Störungen, insbesondere depressive Störungen, bilden mehr als die Hälfte der Diagnosen, aufgrund denen sich Personen einer psychosomatischen Rehabilitation unterziehen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2012). Die Fähigkeiten von Betroffenen zur aktiven und flexiblen Teilhabe an verschiedenen Lebensbereichen zeigen sich oftmals als chronisch eingeschränkt, was zum früheren Ausscheiden aus Erwerbsleben führen kann (Köllner, 2016). Auch vor dem Hintergrund der hohen Belastungen für das Sozialsystem ist die Identifizierung der aufrechterhaltenden Mechanismen von depressiven Störungen essentiell.

Vermeidungsverhalten und reduzierte Aktivierung, werden im Rahmen von behavioralen Störungsmodellen (z.B. P.M. Lewinsohn 1974) als eine der wichtigsten aufrechterhaltenden Mechanismen der Depression dargestellt. Die bisherige Studienlage zeigt allerdings heterogene Ergebnisse. In der Studie von Wagener et al. (2016) konnte ein positiver Zusammenhang zwischen Depressivität und behavioraler Vermeidung, und ein negativer zwischen Depressivität und Aktivierung gefunden werden. Dagegen konnte zwar in den experimentellen Studien von Struijs et al. (2017) zwar ein positiver Zusammenhang zwischen Vermeidung und Depressivität gefunden werden, der Zusammenhang zwischen Aktivierung und Depressivität zeigte sich allerdings als nicht signifikant. Die Bedeutsamkeit der Vermeidung in Bezug auf die depressive Symptomatik konnte auch in der Studie von Visted et al. (2018) gezeigt werden. Maladaptive emotionale Regulationsformen wie z.B. behaviorale Vermeidung und Grübeln wurden sowohl in akut depressiven als auch in remittierten Patienten identifiziert. Das Ziel der vorliegenden Studie war es, die Rolle von Vermeidung und Aktivierung in einer Stichprobe von depressiven Patienten in dem Rehabilitationskontext zu untersuchen.

### Methoden

Im Zuge der Routinediagnostik wurden bei 51 Patienten (38 Frauen, Alter MW  $\pm$  SD: 51.88  $\pm$  9.18 Jahre) einer psychosomatischen Rehaklinik vor (T1) und nach (T2) der Behandlung depressive Symptome (DS) anhand des 21 Items umfassenden revidierten Beck Depressions-Inventars (Hautzinger et al., 2009) erfasst. Darüber hinaus wurde auch der Fragebogen Behavioral Activation for Depression Scale - Deutsche Version (BADSD, Hoyer & Teisman, 2016) erhoben, der sich aus vier Subskalen (Aktivierung, Vermeidung,

Beeinträchtigung sozialer Beziehung und Beeinträchtigung im beruflichen/schulischen Leben) zusammensetzt.

## Ergebnisse

Es fanden sich bedeutsame negative korrelative Zusammenhänge zwischen den Skalen Aktivierung, Depressionsschwere, Vermeidung und sowohl sozialen als auch beruflichen Beeinträchtigung zu beiden Messzeitpunkten (s. Tabelle 1). Es konnte ein positiver Zusammenhang zwischen Vermeidung und Depressionsschwere zu Beginn der Behandlung gefunden werden. Zu T2 fanden sich zusätzlich positive Korrelationen zwischen Vermeidung, den beiden Beeinträchtigungs-Skalen und Depressivität im signifikanten mittleren Bereich (s. Tabelle 1).

Tab. 1: Spearman-Rangkorrelationen für alle Selbstberichtsmaße

	Aktivierung_T1	Vermeidung_T1	beruf.Beeinträchtigung_T1	soz.Beeinträchtigung_T1	Aktivierung_T2	Vermeidung_T2	beruf.Beeinträchtigung_T2	soz.Beeinträchtigung_T2
Vermeidung_T1	0,1							
beruf.Beeinträchtigung_T1	-0,32*	0,06						
soz.Beeinträchtigung_T1	-0,13	0,26	0,05					
Aktivierung_T2	0,54**	0,08	-0,39**	-0,33*				
Vermeidung_T2	-0,24	0,34*	0,19	0,35*	-0,45**			
beruf.Beeinträchtigung_T2	-0,41**	0,09	0,46**	0,31*	-0,80**	0,54**		
soz.Beeinträchtigung_T2	-0,37**	0,11	0,25	0,58**	-0,78**	0,60**	0,69**	
Depression_T1	-0,33*	0,40**	0,12	0,46**	-0,23	0,48**	0,22	0,42**
Depression_T2	-0,26	0,16	0,26	0,39**	-0,65**	0,50**	0,69**	0,72**

p<.001= \*\*, p<.05 = \*, T1= vor dem Beginn der Behandlung, T2= nach der Behandlung

## Diskussion und Fazit

In Übereinstimmung mit der bisherigen Forschung war auch in der Psychosomatischen Rehabilitation Aktivierung mit geringerer Depressivität assoziiert, während Vermeidung mit der Schwere der depressiven Symptomatik eher einhergeht. Darüber hinaus zeigte sich gerade die Beeinträchtigung in sozialen Beziehungen im Gegensatz zu beruflichen Schwierigkeiten als bedeutsam im Hinblick auf die berichtete depressive Symptomatik sowohl zu Beginn der Behandlung als auch am Ende. Insgesamt unterstützen die hier gefundenen Zusammenhänge die Wichtigkeit der verhaltensaktivierenden Therapien, angereichert durch auf soziale Kompetenzen gerichtete Maßnahmen, die zur Förderung von Fähigkeiten und Fertigkeiten zu der Teilhabe im beruflichen und gesellschaftlichen Leben führen könnten.

## Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund: Reha-Bericht 2012. Berlin, 2012  
 Köllner V. (2016). Rehabilitation bei depressiven Störungen. Die Rehabilitation; 55: 395 - 410.

- Wagener, A., Baeyens, C. & Blairy, S. (2016). Depressive symptomatology and the influence of the behavioral avoidance and activation: A gender-specific investigation. *Journal of Affective Disorders*. 193. 10.1016/j.jad.2015.12.040.
- Struijs, S., Lamers, F., Vroling, M., & Roelofs, K., Spinhoven, P., & Penninx, B. (2017). Approach and avoidance tendencies in depression and anxiety disorders. *Psychiatry Research*. 256. 10.1016/j.psychres.2017.07.010.
- Visted, E., Vøllestad, J., Nielsen, M. B., & Schanche, E. (2018). Emotion regulation in current and remitted depression: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 9, 756. doi:10.3389/fpsyg.2018.00756

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

## **Einstellung ärztlicher und psychologischer PsychotherapeutInnen zum Thema EM-Rente – Ergebnisse einer nicht repräsentativen Piloterhebung**

*Charlotte Gombert<sup>1</sup>; Bettina Hesse<sup>2</sup>; Angelika Nebe<sup>3</sup>; Ulrich Eggens<sup>4</sup>; Birgit Wagner<sup>1</sup>; Volker Köllner<sup>5</sup>*

<sup>1</sup> Klinische Psychologie & Psychotherapie – Verhaltenspsychologie, Medical School Berlin;

<sup>2</sup> Deutsche Rentenversicherung Westfalen; <sup>3</sup> Deutsche Rentenversicherung Bund;

<sup>4</sup> Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg;

<sup>5</sup> Rehasentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund, Teltow

### **Hintergrund und Zielstellung**

Psychische und psychosomatische Erkrankungen sind seit der Jahrtausendwende die häufigste Begründung für Erwerbsminderungsrenten (DRV, 2018). Diese werden zunächst meist befristet gewährt (Rose & Köllner, 2016). Der Anteil derjenigen, die tatsächlich in das Erwerbsleben zurückkehren liegt jedoch nur im niedrigen einstelligen Prozentbereich, obwohl ErwerbsminderungsrentnerInnen in Studien eine deutlich höhere Rückkehrintention äußerten (Kobelt et al., 2008; Zschucke et al., 2017). Eine zentrale Größe in der kurativen Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen sind niedergelassene Psychotherapeuten. Über den Wissensstand der Psychotherapeuten zu Rehabilitation und EM-Renten sowie deren Umgang mit Berentungswünschen ist wenig bekannt. Mit einer Befragung ärztlicher und psychologischer PsychotherapeutInnen soll geklärt werden, ob die Erhaltung und Wiedererlangung der beruflichen Leistungsfähigkeit in die ambulante Psychotherapie einbezogen wird und welche Einstellungen zu Erwerbsminderungsrenten (EMR) und Leistungen zur Teilhabe bei den BehandlerInnen bestehen.

### **Methoden**

Auf der Grundlage einer offenen Befragung einer Pilotstichprobe wurde ein strukturierter Online-Fragebogen zu den o. g. Themenfeldern entwickelt (Gombert et al., 2019) und mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM) sowie mehrerer Psychotherapeutenkammern und Berufsverbände eingesetzt. Bis Februar 2019

beteiligten sich 333 PsychotherapeutInnen. Davon waren 74,8% weiblich, 73,5% waren psychologische und 26,5% ärztliche PsychotherapeutInnen.

## **Ergebnisse**

89,9% der TherapeutInnen nehmen Personen in Behandlung, bei denen ein Antrag auf EMR läuft und thematisieren dies in der Behandlung. Als häufige Einflussfaktoren bei der Beantragung von EMR werden berichtet: Eingeschränkte psychische Flexibilität (65,3%), komorbide körperliche Erkrankungen (73%), Konflikte am Arbeitsplatz (57,8%), qualitative oder quantitative Überforderung (75,3%) oder fehlende Unterstützung am Arbeitsplatz in Bezug auf die Erkrankung (62,5%), fehlende Stellen für ältere Arbeitnehmer (53%) fehlende Angebote für beeinträchtigte Personen aufgrund von psychischen Erkrankungen (68,4%) sowie für Langzeitarbeitslose (43,4%). In 48,8% der Fälle wird die Leistungseinschränkung nur als vorübergehend angesehen. 87,1 Prozent der Teilnehmenden sehen die psychosomatische Rehabilitation eindeutig oder eher als Ressource im Gesamtbehandlungsplan an. 88,5% gaben an, dass von ihnen unterstützte Rehaanträge immer, oft oder zumindest meistens angenommen würden. Im Gegensatz zur eigenen Erfahrung wurde die durchschnittliche Ablehnungsquote von Rehaanträgen aber mit 41,5% überschätzt.

Barrieren wurden bei der langfristigen Begleitung des Wiedereinstiegs, der Anpassung von Arbeitsplätzen und der beruflichen Rehabilitation gesehen. 76,4 % der TherapeutInnen sehen hier ein Casemanagement als erfolgversprechenden Ansatz und würden sich daran beteiligen. Als wichtige Voraussetzungen für eine Beteiligung werden zeitliche Vereinbarkeit (93,1%) sowie Transparenz (94,8%) und Ergebnisoffenheit (93,7%) gegenüber den Betroffenen genannt. Eine angemessene Honorierung spielt die geringste Rolle (77,8%).

## **Diskussion und Fazit**

PsychotherapeutInnen greifen das Thema EMR bei ihren Patienten differenziert auf und benennen sowohl arbeitsplatzbezogene und institutionelle als auch gesundheitliche Faktoren als Hinderungsgründe für einen beruflichen Wiedereinstieg. Psychosomatische Rehabilitation wird für die berufliche Reintegration als Ressource angesehen. Als wesentliche Barrieren werden neben somatischer Komorbidität das Fehlen geeigneter Arbeitsplätze sowie schlechte Koordination zwischen den unterschiedlichen Sozialversicherungsträgern genannt. Als Lösungsansatz wird ein längerfristig angelegtes sozialmedizinisches Casemanagement gesehen. Die überwiegende Mehrzahl der TherapeutInnen ist sehr motiviert, sich hieran zu beteiligen.

## **Literatur**

- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2018). Verteilung der Ursachen von Erwerbsminderungsrenten in Deutschland im Jahr 2017 (Rentenneuzugang). In Statista - Das Statistik-Portal. Verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/899209/umfrage/haeufigsteursachen-von-erwerbsminderungsrenten-in-deutschland>
- Gombert C, Hesse B, Nebe A, Dellbrück, R, Eggens U, Wagner B, Köllner V. (2019). Einstellung ärztlicher und psychologischer PsychotherapeutInnen zum Thema EM-Rente – Ergebnisse einer nicht repräsentativen Piloterhebung. In: Rehabilitation - Shaping healthcare for the future. DRV-Schriften Band 117. Berlin, 2019; S. 207-209.

- Kobelt, A., Grosch, E., Hesse, B., Gebauer, E., & Gutenbrunner, C. (2008). Wollen psychische erkrankte Versicherte, die eine befristete Rente wegen voller Erwerbsminderung beziehen, wieder ins Erwerbsleben eingegliedert werden?, *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 59(07), 273-280.
- Rose, A. D., & Köllner, V. (2016). Sozialmedizinische Begutachtung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen in Deutschland, *Grundlagen und Grundbegriffe, Psychotherapie im Dialog*, 17 (2), 58-64.
- Zschucke, E., Lippke, S., & Hessel, A. (2017). Erwerbsminderungsrente und Rückkehr ins Erwerbsleben aus Sicht der Betroffenen, *Fachbeitrag D15-2017*. Verfügbar unter [https://www.reharecht.de/fileadmin/user\\_upload/RehaRecht/Diskussionsforen/Forum\\_D/2017/D15-2017\\_Erwerbsminderungsrente\\_und\\_Rueckkehr\\_ins\\_Erwerbsleben\\_aus\\_Sicht\\_der\\_Betroffenen.pdf](https://www.reharecht.de/fileadmin/user_upload/RehaRecht/Diskussionsforen/Forum_D/2017/D15-2017_Erwerbsminderungsrente_und_Rueckkehr_ins_Erwerbsleben_aus_Sicht_der_Betroffenen.pdf)

## **Rehabilitationserfolg bei stationärer psychiatrischer Rehabilitation in Österreich gemessen an Krankschreibungszeiten und stationären Aufenthalten**

*Sigurd Hochfellner; Stefanie Lamprecht; Michaela Krenn; Birgit Senft*

Privatklinik St. Radegund Betriebs GmbH

### **Hintergrund und Zielstellung**

Eine erfolgreiche Re-Integration in das Berufsleben sowie eine Reduktion von Krankschreibungszeiten oder Krankenhausaufenthalten sind neben Symptomreduktion und Steigerung der Lebensqualität wichtige Rehabilitationsziele der medizinisch psychiatrischen Rehabilitation in Österreich. Die Behandlungseffekte in Bezug auf die Symptomreduktion bei Reha-Ende und ein Jahr später (Piso, Reinsperger, 2014; Rabenstein et al., 2015; Sprung et al., 2019) entsprechen in etwa jenen der stationären psychosomatischen Rehabilitation in Deutschland (Steffanowski et al., 2007). Positive Zusammenhänge zwischen Patient Reported Outcomes (PROs) und Sozialversicherungsbeiträgen sind belegt (Nübling et al., 2017). Objektive Daten zu Versicherungs- und Krankschreibungszeiten oder zu Return to Work sind für österreichische Rehabilitanden aktuell nicht verfügbar. Eine Besonderheit der medizinisch psychiatrischen Rehabilitation in Österreich ist der geringe Anteil von Rehabilitanden die bei Reha-Beginn berufstätig sind (etwa gut  $\frac{1}{3}$ ), das ist deutlich weniger als in der psychosomatischen Rehabilitation in Deutschland.

An einer Stichprobe von 269 Rehabilitanden mit vollständigen Datensätzen aus dem Jahr 2018 der Privatklinik St. Radegund wurde ein Jahr nach Reha-Ende untersucht, wie sich Krankschreibungszeiten, stationäre Aufenthalte und Berufstätigkeit im Jahr nach der Rehabilitation im Vergleich zum Jahr vor der Rehabilitation entwickelt haben. Ziel der Analyse war eine Einschätzung der Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolgs auf Basis selbst berichteter Angaben.

## Methoden

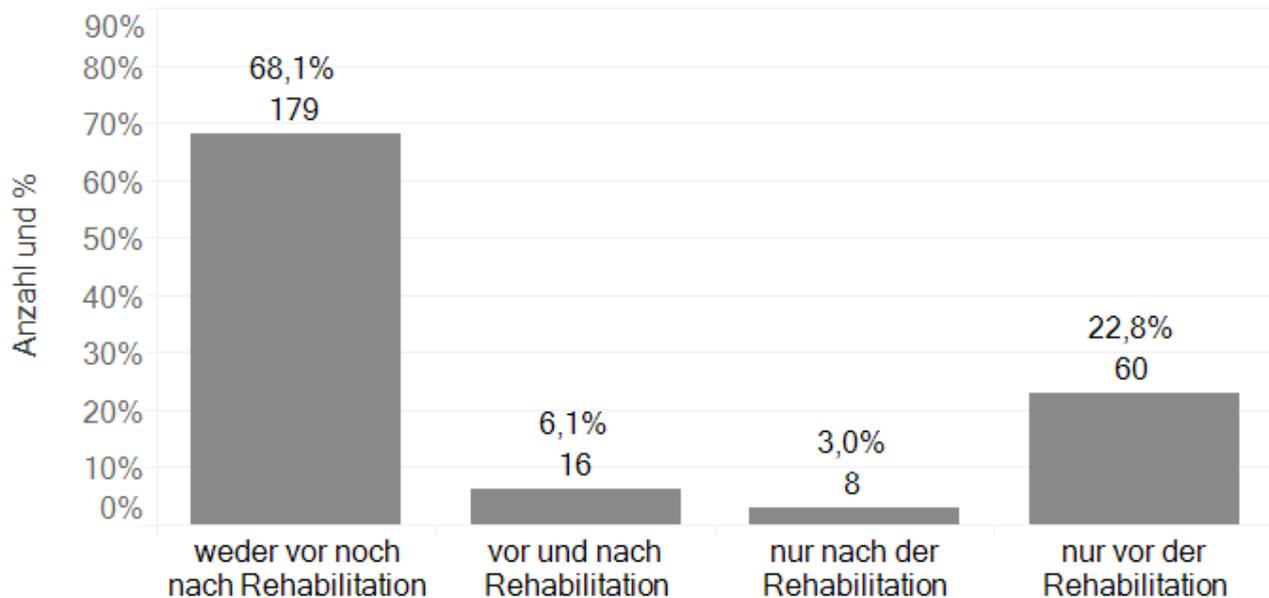
Die Daten wurden schriftlich bei Aufnahme, Entlassung und ein Jahr nach Ende der Rehabilitation erhoben. Neben standardisierten Fragebögen zu Symptombelastung, Lebensqualität sowie zu Aktivitäten und Teilhabe wurden Krankenstände und stationäre Aufenthalte aufgrund psychischer Erkrankungen sowie der berufliche Status erhoben.

## Ergebnisse

Krankschreibungszeiten wurden für Rehabilitanden mit aufrechtem Dienstverhältnis oder Bezug von Arbeitslosengeld analysiert, da die Gruppen Reha-Geld-Bezug und Berufsunfähigkeitspension per Definition keine Krankschreibungszeiten aufweisen können. Die selbst berichteten Krankenstände bei berufstätigen und arbeitslosen Rehabilitanden haben sich im Jahr nach der Rehabilitation ( $M=6,08$ ;  $SD=10,16$ ) im Vergleich zum Jahr vor der Rehabilitation ( $M=11,04$ ;  $SD=11,91$ ) im Ausmaß eines mittleren Effekts ( $d=0,45$ ) signifikant verringert. Knapp 21% der Rehabilitanden waren nur im Jahr vor der Reha krankgeschrieben, 10% nur nach der Rehabilitation.

Stationäre Aufenthalte zeigen sich unabhängig vom beruflichen Status bei gut  $\frac{2}{3}$  der Rehabilitanden weder im Jahr vor noch im Jahr nach der Rehabilitation und bei knapp  $\frac{1}{4}$  nur im Jahr vor der Rehabilitation (Abbildung 1). Die Dauer stationärer Aufenthalte verringerte sich von durchschnittlich 1,5 Wochen ( $SD=4,35$ ) im Jahr vor der Rehabilitation auf durchschnittlich 0,36 Wochen ( $SD=1,43$ ) im Jahr nach der Rehabilitation.

### Stationäre Aufenthalte im Jahr vor und im Jahr nach der Rehabilitation



## Diskussion und Fazit

Bei Rehabilitanden ohne Rentenbegehren oder Reha-Geld-Bezug verringerten sich die Krankschreibungszeiten deutlich, sie stellen die Gruppe mit der besten Rehabilitationsprognose dar. Bei allen Rehabilitanden kommt es zu einer deutlichen Reduktion stationärer Aufenthaltstage im Jahr nach der Rehabilitation verglichen mit dem Jahr vor der Rehabilitation. Es besteht allerdings erheblicher Forschungsbedarf in Bezug auf

die Nachhaltigkeit der Rehabilitation einerseits, aber auch in Bezug auf die Verknüpfung objektiver und subjektiver Datenquellen.

## Literatur

- Nübling, R., Kaluscha, R., Krischak, G., Kriz, D., Martin, H., Müller, G., Renzland, J., Reuss-Borst, M., Schmidt, J., Kaiser, U., Toepler, E. (2017). Ergebnisqualität medizinischer Rehabilitation: Zum Zusammenhang zwischen „Patient Reported Outcomes“ (PROs) und geleisteten Sozialversicherungsbeiträgen [Outcome Quality in Medical Rehabilitation: Relationship Between "Patient-Reported Outcomes" (PROs) and Social Security Contributions]. *Die Rehabilitation*, 56(1), 22–30. <https://doi.org/10.1055/s-0042-118580>
- Piso, B., Reinsperger, I. (2014). Nachhaltigkeit der stationären psychiatrischen Rehabilitation für Erwachsene: Systematischer Review (LBI-HTA Projektbericht Nr.: 75). Wien: Ludwig Boltzmann Institut Health Technology Assessment.
- Rabenstein, R., Pintzinger, N., Knogler, V., Kirnbauer, V., Lenz, G., Schosser, A. (2015). Wirksamkeit eines ambulanten, verhaltenstherapeutisch orientierten Rehabilitationsprogramms - eine Wartelistenkontrollgruppenstudie. *Verhaltenstherapie*, 25(3), 192–200. <https://doi.org/10.1159/000437449>
- Sprung, M., Münch, H. M., Kaiser, E., Streibl, L., Riffer, F. (2019). Meta-Analyse der Evaluationsergebnisse psychiatrischer-psychosomatischer Rehabilitation in Österreich [Meta-analysis of evaluation results of psychiatric-psychosomatic rehabilitation in Austria]. *Neuropsychiatrie: Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation: Organ der Gesellschaft Österreichischer Nervenärzte und Psychiater*, 33(1), 8–24. <https://doi.org/10.1007/s40211-018-0290-1>
- Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, W. W., Nübling, R. (2007). Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation: Mesta-Studie (1. Aufl.). *Arbeiten zur Theorie und Praxis der Rehabilitation in Medizin, Psychologie und Sonderpädagogik: Vol. 48*. Bern u. a.: Huber.

## **Salutogenetische Faktoren therapeutisch begleiteten Waldbadens - Eine Kooperationsstudie der Dr. Becker Klinik Möhnesee mit dem Landesbetrieb Wald und Holz Nordrhein-Westfalen**

*Christiane Ihlow; Julia Haubrich; Joern Luley; Simone Lamming*

Dr. Becker Klinikgesellschaft Möhnesee GmbH

## Hintergrund und Zielstellung

Im Rahmen dieser Studie wurde mit einem randomisierten, kontrollierten Messwiederholungs-Design der Einfluss einer einmaligen, ca. 4-stündigen Waldbaden-Maßnahme auf verschiedene salutogenetische Faktoren bei stationären Patienten der psychosomatischen Rehabilitationsklinik 'Dr. Becker Klinik Möhnesee' empirisch untersucht. Das in Kleingruppen mit max. 15 Teilnehmern durchgeführte Waldbaden wurde von einem forstlich ausgebildeten „Ranger“ mit der Zusatzqualifikation zum geprüften Natur- und Landschaftspfleger des 'Landesbetriebs Wald und Holz Nordrhein-Westfalen' angeleitet und therapeutisch begleitet. Eine Kontrollgruppe nahm alternativ an einer angeleiteten Progressiven Muskelrelaxation teil.

Als Kriterien wurden positiver und negativer Affekt, Optimismus und Pessimismus, allgemeine Lebenszufriedenheit und die allgemeine Selbstwirksamkeit sowie Zustands-Ängstlichkeit und Zustands-Depressivität mittels validierter Instrumente erfasst. Die Erhebungen fanden unmittelbar vor und nach den Maßnahmen sowie 7 Tage später statt.

## **Methoden**

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine randomisierte, kontrollierte Studie mit zwei Gruppen. Die Teilnehmer der ersten Gruppe, der Behandlungsgruppe, nahmen einmalig an der Maßnahme 'Waldbaden' teil. Die zweite Gruppe diente als Kontrollgruppe. Um auszuschließen, dass etwaige positive Effekte in der Behandlungsgruppe ausschließlich auf die in der Gruppe gemeinsam verbrachte Zeit unter therapeutischer Anleitung zurückzuführen sein könnten, wurde mit den Kontrollgruppenmitgliedern ebenfalls eine therapeutische Maßnahme durchgeführt. Hierfür wurde die etablierte 'Progressive Muskelrelaxation' aus dem regulären Klinikangebot gewählt. Die einzelnen Gruppengrößen, Zeitpunkt und Dauer der Maßnahmen waren in der Behandlungs- und der Kontrollgruppe vergleichbar.

Um die simultane Überprüfung intraindividuelle und interindividuelle Veränderungen zu ermöglichen, wurde für die Gestaltung und Auswertung der Studie ein gemischtes, faktorielles Varianzanalysendesign gewählt. Wie bei einer klassischen Varianzanalyse lassen sich hiermit interindividuelle Unterschiede statistisch modellieren (Unterschiede in den interessierenden Messwerten zwischen verschiedenen Gruppen, in diesem Fall Unterschiede zwischen der Behandlungs- und der Kontrollgruppe); die Größe der Gruppenunterschiede lässt sich zudem statistisch auf Signifikanz und Bedeutsamkeit überprüfen. Gleichzeitig erlaubt das gemischte Design auch die Erfassung und Überprüfung intraindividuelle Veränderungen (Vorher-Nachher-Vergleiche für jeden einzelnen Probanden) mittels eines Messwiederholungsparameters, der ebenfalls auf Signifikanz und Bedeutsamkeit überprüft werden kann.

Es gab insgesamt drei Messzeitpunkte (siehe Abb. 1). Die erste Erhebung fand jeweils vor der ersten Maßnahme statt, also vor dem Waldbaden bzw. im Fall der Kontrollgruppe vor der Progressiven Muskelrelaxation. Die zweite Erhebung erfolgte unmittelbar nach der Maßnahme und die dritte im Abstand von einer Woche. Dieser Erhebungsplan ermöglicht die Erfassung unmittelbarer Auswirkungen der untersuchten Maßnahmen wie auch möglicher längerfristiger Effekte.

## **Ergebnisse**

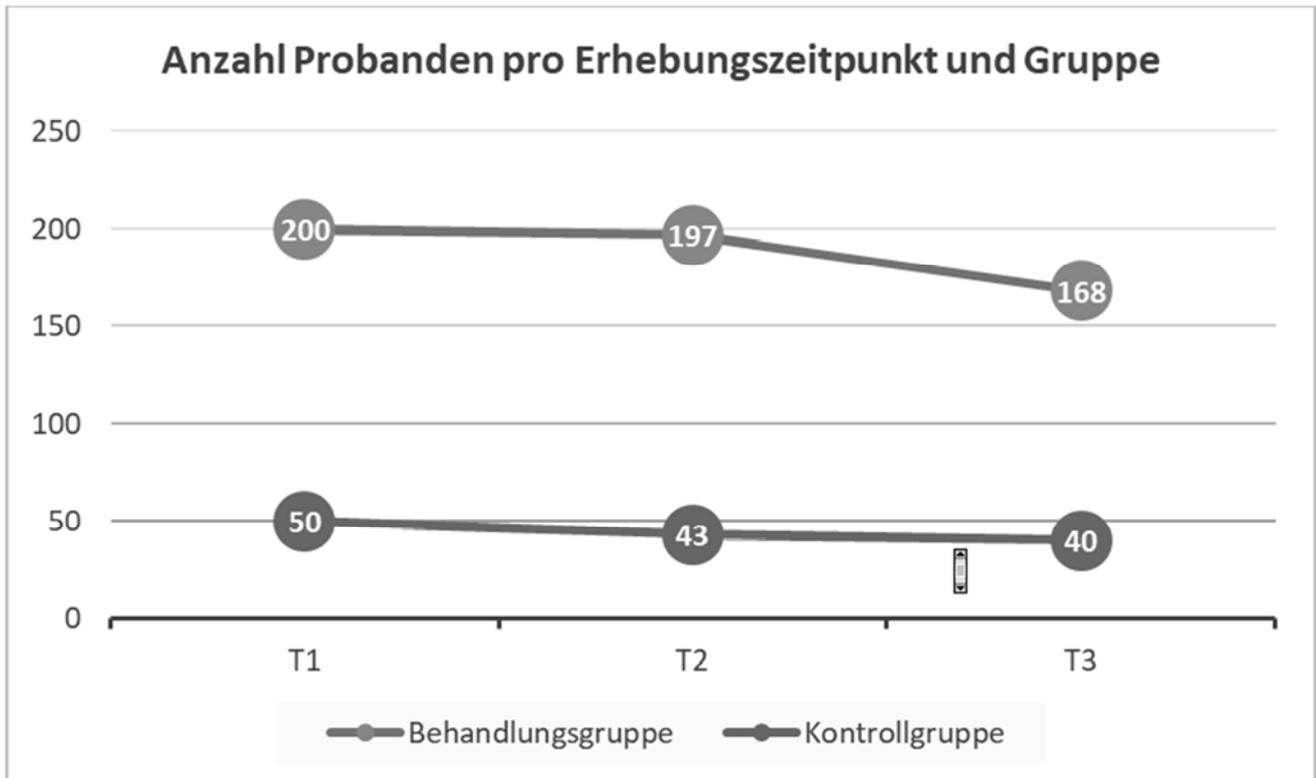
Insgesamt lässt sich feststellen, dass sowohl Waldbaden als auch Progressive Muskelrelaxation positive unmittelbare Effekte auf die hier untersuchten Kriterien ausüben. Optimismus ist in beiden Gruppen direkt nach beiden Maßnahmen signifikant erhöht, Ängstlichkeit und Depressivität sind signifikant vermindert. Diese Effekte sind eine Woche später zwar tendenziell deskriptiv noch vorhanden, allerdings nicht mehr signifikant.

Darüber hinaus gibt es für Positiven Affekt und für die Selbstwirksamkeitserwartung nur in der Behandlungsgruppe signifikant ansteigende Effekte. Für Selbstwirksamkeit sind die Werte in dieser Gruppe auch nach einer Woche noch signifikant höher als bei der Ausgangsmessung. Der Negative Affekt sinkt, ebenfalls nur in der Behandlungsgruppe, unmittelbar nach der

Maßnahme. Dieser Wert liegt nach einer Woche jedoch wieder im Bereich der Ausgangsmessung.

Zusammenfassend hat die Maßnahme ‚Waldbaden‘ also mindestens gleich gute Effekte wie die Progressive Muskelrelaxation (bezüglich Optimismus, Ängstlichkeit und Depressivität); teilweise lassen sich sogar bessere Auswirkungen feststellen (bezüglich Positivem und Negativem Affekt und bezüglich der Selbstwirksamkeitserwartung). Ein längerfristiger, nach einer Woche noch identifizierbarer Effekt liegt ebenfalls nur für die Behandlungsgruppe vor (für die Selbstwirksamkeitserwartung).

Abb. 1.



## Diskussion und Fazit

Waldbaden übte a) mehr statistisch signifikante und b) gemäß den Effektstärken größere Effekte auf die Kriterien aus; diese zeigten sich teilweise auch noch 7 Tage nach Durchführung der Maßnahme. Dass die Maßnahme ‚Waldbaden‘ gerade im Vergleich mit der etablierten Methode der Progressiven Muskelrelaxation mit stärkeren nachweisbaren Effekten verbunden ist, unterstreicht insgesamt deren Bedeutsamkeit.

## Literatur

- Beierlein, C., Kovaleva, A., Kemper, C. J. & Rammstedt, B. (2014). Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzskala (ASKU). Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen. doi:10.6102/zis35
- Beierlein, C., Kovaleva, A., László, Z., Kemper, C. J., Rammstedt, B. (2015). Kurzskala zur Erfassung der Allgemeinen Lebenszufriedenheit (L-1). Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen. doi:10.6102/zis229
- Cervinka, R., Höltge, L., Pirgic, M., Schwab, J., Sudkamp, D., Haluza, A., Arnberger, R., Eder, M. & Ebenberger, M. (2014). Zur Gesundheitswirkung von Waldlandschaften.

- Bundesforschungs- und Ausbildungszentrum für Wald, Naturgefahren und Landschaft, Wien, 2014, BFW-Berichte 147, 85 Seiten.
- Haluza, D., Schönbauer, R. & Cervinka, R. (2014). Green Perspectives for Public Health: A Narrative Review on the Physiological Effects of Experiencing Outdoor Nature. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 11, 5445-5461.
- Janke, S., & Glöckner-Rist, A. (2014). Deutsche Version der Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). Janke, S. & Glöckner-Rist, A., Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen. doi: 10.6102/zis146. 10.6102/zis146.
- Kemper, C. J., Beierlein, C., Kovaleva, A. & Rammstedt, B. (2012). SOP2 - Skala Optimismus-Pessimismus-2 [Manual]. In Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID) (Hrsg.), Elektronisches Testarchiv (PSYINDEX Tests-Nr. 9006493). Trier: ZPID. <https://doi.org/10.23668/psycharchives.420>
- Laux, L., Hock, M., Bergner-Koether, R., Hodapp, V. & Renner, K.-H. (2016). STADI: State-Trait-Angst-Depressions-Inventar.

## **Stay active with mental illness (SAMI) – Ein Studiendesign zur körperlichen Aktivität in der psychiatrischen Rehabilitation**

*Wolfgang Schebesch-Ruf<sup>1</sup>; Lukas Juvan<sup>2</sup>; Susanna Anhaus<sup>2</sup>; Matteo Sattler<sup>3</sup>; Mireille van Poppel<sup>3</sup>; Michaela Hiebler-Ragger<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> DHGS Deutschen Hochschule für Gesundheit und Sport;

<sup>2</sup> pro mente Reha/Ambulante Psychosoziale Rehabilitation Graz;

<sup>3</sup> Karl-Franzens-Universität Graz/Institut für Sportwissenschaft

### **Hintergrund und Zielstellung**

Psychische Erkrankungen sind ein weltweit häufiges Problem, das unter anderem mit einem höheren Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen einhergeht (Firth et al., 2015). Regelmäßige gesundheitswirksame Bewegung kann diesen Gesundheitsrisiken entgegenwirken und zu einem verbesserten sozialen und individuellen Wohlbefinden führen (Soundy et al., 2014). Trotz dieser Ergebnisse erfüllen laut einer Umfrage der Ambulanten psychosozialen Reha Graz (APR Graz) nur 24% der Patient\*innen die Österreichischen Bewegungsempfehlungen von 150 Minuten mit mindestens mittlerer Intensität. Im Vergleich dazu erfüllen laut des Gesundheitsberichtes 2014 der Statistik Austria ca. 50% der österreichischen Bevölkerung die Bewegungsempfehlungen. Eine Ursache für die Inaktivität von Menschen mit psychischen Erkrankungen sind die fehlenden bedarfsorientierten Angebote nach Reha- oder Psychiatrieaufenthalt. Ziel dieser Studie ist es daher zu erheben, welche Strukturen Menschen mit psychischen Erkrankungen dabei unterstützten das Bewegungsverhalten regelmäßig und langfristig zu verbessern.

### **Methoden**

Dazu wird in der APR Graz eine randomisiert-kontrollierte Studie durchgeführt. Patient\*innen der Interventionsgruppe erhalten während des Reha-Aufenthalts sowie beim Follow-up nach

3 bzw. 12 Monaten eine 30-minütige Bewegungsberatung durch akkreditierte Trainingstherapeut\*innen. Patient\*innen aus der Kontrollgruppe erhalten keine Bewegungsberatung, haben jedoch die Möglichkeit nach Studienende eine Bewegungsberatung in Anspruch zu nehmen.

**Bewegungsberatung:**

Im Rahmen der Bewegungsberatung, orientiert am Self-Management-Modell (Glasgow, Emont & Miller, 2006), werden kurzfristige und langfristige Bewegungsziele sowie Barrieren und mögliche Lösungswege besprochen. Darüber hinaus werden Möglichkeiten der sozialen Unterstützung diskutiert. Menschen mit psychischen Erkrankungen sollen bereits während des sechswöchigen Reha-Aufenthalts eines der kurzfristigen Ziele umsetzen.

**Datenerhebung:**

Um die Veränderung des Bewegungsverhaltens objektiv zu messen, werden die Patient\*innen anschließend an den Reha-Aufenthalt, sowie beim Follow-up nach 3 bzw. 12 Monaten eine Woche einen Accelerometer (Beschleunigungsmesser) tragen und einen standardisierten Bewegungsfragebogen ausfüllen. Zudem werden die Veränderung der Belastung durch psychische und körperliche Symptome, die soziale Einbindung, die Selbstwirksamkeit und die Achtsamkeit über standardisierte Fragebögen erhoben.

Die Datenerhebung wurde 2019 begonnen, Ergebnisse werden Ende 2021 vorliegen.

## **Ergebnisse**

Nach Abschluss der Studie kann bewertet werden, inwieweit eine individuelle Bewegungsberatung die Patient\*innen dabei unterstützt, ihr Bewegungsverhalten regelmäßig und langfristig zu verbessern.

Des Weiteren können aus den Bewegungsberatungen Erkenntnisse dazu abgeleitet werden, wie bestehende Rahmenbedingungen in und außerhalb des Reha-Aufenthalts wahrgenommen werden und wo Veränderungspotential besteht. Bisher gibt es noch keine einheitlichen Rahmenbedingungen, durch die Menschen mit psychischen Erkrankungen unterstützt werden können, langfristig körperlich aktiv zu sein. So konnte aus vorherigen Studien beispielsweise noch nicht eindeutig beantwortet werden, ob Menschen mit psychischen Erkrankungen Sport und Bewegung alleine oder in der Gruppe bevorzugen. Während beispielsweise die Angst vor Stigmatisierung eine Inanspruchnahme der Gruppe verhindern kann, bietet sie auch die Möglichkeit sich vom Stigma der psychischen Krankheit zu lösen (Schebesch-Ruf, 2017).

Des Weiteren wird angenommen, dass eine Verbesserung der körperlichen Aktivität zu einer Verminderung der Belastung durch psychische und körperliche Symptome (Vancampfort et al., 2016) sowie zu Verbesserungen in sozialer Einbindung, Selbstwirksamkeit und Achtsamkeit beitragen kann.

## **Diskussion und Fazit**

Insgesamt liegt mit SAMI ein kohärentes Studiendesign zur Erforschung der körperlichen Aktivität von Personen in der psychiatrischen Rehabilitation vor. Um die körperliche Aktivität von Menschen mit psychischen Erkrankungen langfristig zu verbessern, sind jedenfalls Interventionen auf individueller und sozialer Ebene sowie der Ebene der

Rahmenbedingungen notwendig. SAMI kann über die individuelle Bewegungsberatung wichtige Erkenntnisse zu diesen Bereichen beisteuern.

Darüber hinaus können die Ergebnisse in die Schulung anderer Berufsgruppen in der Rehabilitation einfließen, um auch diese zunehmend für die Thematik zu sensibilisieren. In weiteren Studien sollte auch die Bedeutung der Trainingstherapeut\*innen als Identifikations- und Vertrauensperson genauer herausgearbeitet werden.

### **Literatur**

Firth, J., Cotter, J., Elliott, R., French, P., Yung, A. R. (2015): A systematic review and meta-analysis of exercise interventions in schizophrenia patients. *Psychological Medicine*, 45(07). 1343–1361.

Glasgow, R. E., Emont, S., Miller, D. C. (2006). Assessing delivery of the five “As” for patient-centered counseling. *Health Promotion International*, 21(3). 245-255.

Soundy, A., Freeman, P., Stubbs, B., Probst, M., Coffee, P., Vancampfort, D. (2014): The transcending benefits of physical activity for individuals with schizophrenia: A systematic review and meta-ethnography. *Psychiatry Research*, 220(1–2). 11–19.

Schebesch-Ruf, W. (2017): Determinanten zur Förderung körperlicher Aktivität von Menschen mit psychischen Erkrankungen – eine qualitative Studie. Unveröffentlichte Dissertation, Karl-Franzens Universität, Graz.

Vancampfort, D., Probst, M., Daenen, A., Damme, T. Van, De Hert, M., Rosenbaum, S., Bruyninckx, D. (2016): Impact of antipsychotic medication on physical activity and physical fitness in adolescents: An exploratory study. *Psychiatry Research*, 242. 192–197.

## „Ja, aber ...“ - Evaluation einer umfassenden Inhouse-Fortbildung des Reha-Zentrums Bad Eilsen zu motivierenden Gesprächen

Andrea Reusch<sup>1</sup>; Perdita Berg<sup>2</sup>; Monika Dorn<sup>2</sup>; Elke Unland<sup>2</sup>; Uwe Polnau<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Julius-Maximilians-Universität Würzburg;

<sup>2</sup> Reha-Zentrum Bad Eilsen der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

### Hintergrund und Zielstellung

Es gibt Hinweise darauf, dass Fortbildungen die Gesprächs- und Schulungskompetenz therapeutischer Mitarbeitenden in der Rehabilitation verbessern (Meng et al., 2015; Reusch et al., 2019). Vor diesem Hintergrund hat das Zentrum Patientenschulung und Gesundheitsförderung (ZePG e.V.) in den letzten Jahren zahlreiche Inhouse-Fortbildungen in (stationären) Reha-Einrichtungen durchgeführt, begleitend evaluiert aber nicht systematisch ausgewertet. Die Fortbildungen waren thematisch unterschiedlich, meist berufsgruppenheterogen, wobei jeweils etwa 12 bis 20 Mitarbeitende einer Klinik geschult wurden (Reusch & Küffner, 2017). Im Reha-Zentrum Bad Eilsen wurde im Spätsommer 2019 eine umfassende Mitarbeiterfortbildung zu „Ressourcenorientierten und motivierenden Gesprächen mit Rehabilitanden, Patientenorientierung und Partizipativer Entscheidungsfindung“ durchgeführt. Insgesamt wurden 9 Ganztagesseminare angeboten und 113 Behandler\*innen der Klinik von derselben Dozentin mit denselben Materialien geschult. Die Daten des Evaluationsbogens konnten deshalb quantitativ und berufsgruppenspezifisch ausgewertet werden und geben erste Hinweise auf unterschiedliche Fortbildungsbedarfe zwischen den Berufsgruppen.

### Methoden

Die Teilnehmenden erhielten direkt im Anschluss an die Fortbildung einen standardisierten Fragebogen zur Evaluation. Dieser enthielt Fragen zu soziodemografischen Daten und zur Fortbildungsbewertungen (angelehnt an Meng et al., 2009; Ströbl et al., 2007). Zur Zusammenstellung der Fortbildung gab es drei Antwortmöglichkeiten (zu gering, genau richtig, zu hoch). Die Gesamtbewertungen und einzelne Teilaspekte der Fortbildung wurden mit Aussagesätzen erfasst, die auf einer 6-stufigen Likertskala (1 = „trifft völlig zu“ bis 6 = „trifft gar nicht zu“) bewertet werden konnten. Zudem konnten offenen Anmerkungen zu fünf Fragen gegeben werden.

Stichprobe: Insgesamt nahmen 113 Mitarbeitende an den Fortbildungen teil und füllten den Fragebogen direkt nach der Fortbildung aus. Die neun - überwiegend berufsgruppenhomogenen - Seminargruppen wurden jeweils mit 9 bis 15 Teilnehmern ( $M=12.8$ ;  $SD=1.7$ ) durchgeführt. 51 Personen hatten Vorerfahrungen zum Thema (45%). Es nahmen dreimal so viele Frauen wie Männer (76% vs. 23%) im Alter zwischen 18 und 69 Jahren ( $M=49.8$ ;  $SD=11.5$ ) teil. Die offenen Berufsangaben wurden nachträglich nach Funktionsgruppen kategorisiert, um geringe Feldbesetzungen zu vermeiden: Ärztlicher Dienst

(n=17; 15%), Bewegungstherapie (n=37; 32.7%), Ernährungsberatung, Ergotherapie, Sozialdienst (n=18; 15.9%), Pflege und Medizinische Fachangestellte (n=34; 30.1%), Psychologischer Dienst (n= 7; 6.2%).

## **Ergebnisse**

Ein Großteil der Teilnehmenden fand die Zusammenstellung der Fortbildung genau richtig. Der Anteil an Theorie wurde von 8 Personen als zu hoch, der Anteil der Übungen von 25 Personen als zu gering angegeben. Die Übungen fanden nur 4 Personen zu leicht. Während die meisten den Zeitumfang genau richtig beurteilten, gab es immerhin 25 Personen, die die Fortbildung zu kurz und 15 Personen, die sie zu lang empfanden. Interpretiert man die Angaben als „Schulnoten“ wurden alle Aspekte als „gut“ bis „sehr gut“ bewertet: Die Beurteilung der Fortbildungsmethoden fiel besser aus ( $1.20 \leq M \leq 1.72$ ) als die Möglichkeit zum Praxistransfer ( $1.66 \leq M \leq 2.04$ ). Am besten wurde beurteilt, dass jederzeit Fragen eingebracht werden konnten ( $M=1.20$ ;  $SD=0.63$ ). Am schlechtesten wurde die eigene Fähigkeit eingeschätzt, die Strategien auch im Arbeitsalltag einsetzen zu können ( $M=2.04$ ;  $SD=0.05$ ). Das Gesamturteil fällt sehr gut bis gut aus. Die Teilnehmenden waren insgesamt mit der Fortbildung zufrieden ( $M=1.47$ ;  $SD=0.75$ ) und würden diese auch anderen weiterempfehlen ( $M=1.46$ ;  $SD=0.75$ ). Ein differenzierteres Bild zeigt sich zwischen den verschiedenen Berufsgruppen: Während im Gesamturteil die Pflege ( $M=1.15$ ;  $SD=0.44$ ), Bewegungstherapie ( $M=1.41$ ;  $SD=0.73$ ), Psychologischer Dienst ( $M=1.43$ ;  $SD=0.77$ ) sowie Ernährungsberatung, Ergotherapie und Sozialdienst ( $M=1.53$ ;  $SD=0.62$ ) tendenziell „sehr „zustimmten, war die Gruppe der Ärzte eher weniger zufrieden ( $M=2.25$ ;  $SD=1.07$ ). Die offenen Anmerkungen fallen überwiegend sehr positiv aus und spiegeln die Zufriedenheit der Teilnehmenden wider. Sehr positiv wurde die Möglichkeit des Austausches untereinander und zwischen den Berufsgruppen betont (sofern mehrere Berufsgruppen im Seminar anwesend waren), sowie die anschaulichen Fallbeispiele. Einige wünschten sich mehr oder zusätzliche Übungen, ggf. dafür auch mehr Zeit oder Vertiefungsveranstaltungen.

## **Diskussion und Fazit**

Die Teilnehmenden bewerteten die Fortbildung, Inhalte und Austausch sehr gut, wünschten sich aber mehr Zeit zum Üben. Dies verdeutlichte sich auch in der geringfügig schlechter bewerteten Zuversicht, die Strategien selbst anwenden zu können und dem Wunsch nach Vertiefung. Ärzte und Ärztinnen wünschten sich Fortbildungen zu spezifischen schwierigen Gesprächssituationen, z. B. zum Dilemma zwischen der therapeutischen Rolle und der sozialmedizinischen Begutachtung. Möglichkeiten zur Vertiefung der Gesprächskompetenzen im Rehasentrum Bad Eilsen und spezifische Angebote für den Ärztlichen Dienst wurden diskutiert.

## **Literatur**

- Meng, K., Seekatz, B., Roßband, H., Worrigen, U., Faller, H. & Vogel, H. (2009). Entwicklung eines standardisierten Rückenschulungsprogramms für die orthopädische Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 48, 335-344.
- Meng, K., Peters, S., Schultze, A., Pfeifer, K., Faller, H. (2015). Der Einfluss von zwei Implementierungs-interventionen auf die Implementierungsgüte einer standardisierten Rückenschulung in der orthopädischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 54, 325-331.

- Reusch, A. & Küffner, R. (2017). Neue Fortbildungsangebote des Zentrums Patientenschulung. *Die Rehabilitation*, 56, 11.
- Reusch, A., Küffner, R., Höfter, A., Sträßner, J. E., Lühr, T., Schagg, D. & Göhner, W. (2019). Psychologische Strategien für die Bewegungstherapie – Welche Effekte haben neue Fortbildungen und welche Fortbildungsformate sind geeignet? *DRV Schriften*, Band 117, 284-286.
- Ströbl, V., Friedl-Huber, A., Küffner, R., Reusch, A., Vogel, H., Bönisch, A., Ehlebracht-König, I. & Faller, H. (2007). Evaluation des Train-the-Trainer-Grundlagenseminars in der Rheumatologie - Entwicklung und erste Anwendung eines Fragebogens zur Kompetenz zur Gruppenleitung. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 20 (76), 106-112.

## **Das subjektive Krankheitskonzept von Rehabilitanden mit Metabolischem Syndrom**

*Manuela Glattacker<sup>1</sup>; Ute Dederichs-Masius<sup>2</sup>; Jürgen M. Giesler<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Sektion für Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung, Universitätsklinikum Freiburg, Medizinische Fakultät, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg;

<sup>2</sup> Drei-Burgen-Klinik der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

### **Hintergrund und Zielstellung**

Subjektive Krankheitskonzepte (SK) – d.h. patientenseitige Annahmen zu Aspekten wie dem Krankheitsverlauf, der Symptomlast, den Konsequenzen oder der Behandelbarkeit/Kontrollierbarkeit einer Erkrankung – bilden nach dem Common Sense-Selbstregulationsmodells den Ausgangspunkt der krankheitsbezogenen Selbstregulation (Leventhal et al., 2001). Dementsprechend sind SK ein vielversprechendes interventionell adressierbares Konstrukt, um die krankheitsbezogene Selbstregulation von Patienten zu unterstützen.

Empirisch wurde der Einfluss der SK für eine Vielzahl gesundheitsbezogener Outcomes wie Adhärenz, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen oder Funktionsfähigkeit in verschiedensten Patientenpopulationen und Settings bestätigt (Petrie et al., 2007). Auch für Betroffene mit Typ 1 und Typ 2 Diabetes zeigt sich die Relevanz der SK, z.B. im Hinblick auf die glykämische Kontrolle oder die Mortalität (Abubakari et al., 2016). Über die SK von Patienten mit metabolischem Syndrom (MetS) – einem Cluster aus vier Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen (Diabetes bzw. Prä-Diabetes, Adipositas, Hypercholesterinämie und Hypertonie) – ist hingegen wenig bekannt.

Ziel des vorliegenden Beitrags ist es daher, die SK von Rehabilitanden mit metabolischem Syndrom sowie deren Veränderung während einer stationären Rehabilitation mit explizit biopsychosozialem Therapieprogramm (META-Programm) zu beschreiben.

### **Methoden**

Die Datenerhebung fand zwischen Mai 2018 und Juni 2019 im Rahmen der Evaluation des META-Programms der Drei-Burgen-Klinik statt. Einschlusskriterien waren das Vorliegen

eines diagnostizierten Typ 2-Diabetes oder die Erfüllung der o.g. Kriterien eines metabolischen Syndroms. Das subjektive Krankheitskonzept der Rehabilitanden wurde zu Reha-Beginn und zu Reha-Ende mit dem B-IPQ gemessen (Broadbent et al., 2006). Mit 8 Items, die auf 11-stufigen Skalen (0-10) zu beantworten sind, misst der B-IPQ den wahrgenommenen „Krankheitsverlauf“, „Konsequenzen“, „Persönliche Kontrolle“, „Behandlungskontrolle“, „Symptomlast“, „Sorgen“, „Kohärenz (Verstehbarkeit)“ und die „Emotionale Belastung“ durch das metabolische Syndrom (höhere Werte repräsentieren eine höhere Zustimmung). Die Auswertung erfolgte deskriptiv sowie mittels Korrelationen (Pearson), t-Tests für unabhängige und abhängige Stichproben sowie über das Effektstärkemaß SES (standardized effect size). Ein positives Ethik-Votum der Universität Freiburg liegt vor.

Die Stichprobe umfasste N=114 Rehabilitanden mit metabolischem Syndrom. 74% der Stichprobe waren Männer, das Durchschnittsalter lag bei 51 Jahren. 56% der Rehabilitanden verfügten über einen Hauptschulabschluss, 80% waren zu Reha-Beginn erwerbstätig.

## **Ergebnisse**

Die Mittelwerte bzgl. der SK rangierten bei Reha-Beginn zwischen 5,9 („Emotionale Beeinträchtigung durch das MS“ und „Persönliche Kontrolle“) und 7,8 („Behandlungskontrolle“). Die verschiedenen Aspekte des SK korrelierten dabei mehrheitlich in maximal mittlerer Höhe. So waren die Konsequenzwahrnehmung mit der wahrgenommenen Symptomlast ( $r=.712$ ), mit Sorgen ( $r=.568$ ) und mit der emotionalen Belastung durch das MetS ( $r=.419$ ), die Symptomlast mit Sorgen ( $r=.510$ ) und mit der emotionalen Belastung durch das MetS ( $r=.365$ ), Sorgen mit der emotionalen Belastung durch das MetS ( $r=.559$ ) und die persönliche Kontrolle mit der Behandlungskontrolle ( $r=.332$ ) assoziiert ( $p$  jeweils  $< .001$ ). Zwischen den Geschlechtern bestanden nur wenige Unterschiede in den SK: Frauen repräsentierten den Krankheitsverlauf in signifikant stärkerem Ausmaß als chronisch ( $p=.049$ ) und waren emotional stärker durch das MetS beeinträchtigt ( $p=.004$ ). Bei Reha-Ende nahmen die Rehabilitanden durch das MetS signifikant weniger Konsequenzen wahr als zu Reha-Beginn ( $p < .001$ ), die Effektstärke lag bei .41. Sie repräsentieren das MetS als weniger stark durch die Behandlung kontrollierbar ( $p < .001$ ;  $SES=.49$ ), nahmen eine geringere Symptomlast wahr ( $p=.018$ ;  $SES= .23$ ), waren weniger besorgt ( $p < .001$ ;  $SES=.37$ ), hatten ein besseres subjektives Verständnis des MetS ( $p < .001$ ;  $SES= .35$ ) und waren emotional weniger stark durch das MetS beeinträchtigt ( $p=.001$ ;  $SES=.27$ ). Keine Veränderungen im Reha-Verlauf ergaben sich bzgl. des wahrgenommenen Zeitverlaufs sowie der repräsentierten persönlichen Kontrollierbarkeit des MetS.

## **Diskussion und Fazit**

Im Vergleich mit anderen Studien repräsentierten die hier untersuchten Betroffenen mit MetS ihre Erkrankung als relativ schwerwiegend. Die vergleichsweise geringen Geschlechtsunterschiede müssen vor dem Hintergrund der kleinen Zellenbesetzung mit Frauen interpretiert werden. Im Reha-Verlauf entwickelten die Betroffenen im Mittel eine geringere subjektive Beeinträchtigung durch das MetS, während gleichzeitig die Repräsentation des MetS als behandelbar abnahm.

Der Nachweis der Relevanz der SK auf relevante Outcomes (z.B. verbessertes Ernährungs- und Bewegungsverhalten) für Betroffene mit metabolischem Syndrom steht noch aus. Bei Patienten mit Diabetes wurden SK jedoch bereits als wichtige Barrieren für erfolgreiches Selbstmanagement und dementsprechend als wichtige Zielgrößen für selbstmanagementbezogene Interventionen betont (Dimova et al., 2019). Davon unabhängig bietet die interventionelle Adressierung der SK von Rehabilitanden eine patientenorientierte Möglichkeit, die subjektive Sicht der Betroffenen in die Behandlung einzubeziehen. Ein relevanter Ansatzpunkt dürfte dabei insbes. die Steigerung der Repräsentation des metabolischen Syndroms als persönlich kontrollierbar sein, da hierin vermutlich eine Stellschraube für die Veränderung lebensstilassoziierter Verhaltensweisen liegt.

### **Literatur**

- Abubakari, A., Cousins R., Thomas, C., Sharma, D. & Naderali, E. (2016). Sociodemographic and Clinical Predictors of Self-Management among People with Poorly Controlled Type 1 and Type 2 Diabetes: The Role of Illness Perceptions and Self-Efficacy. *Journal of Diabetes Research*, 6708164.
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res*, 60(6), 631–637.
- Dimova, E., Ward, A., Swanson, V. & Evans, J. (2019). Patients' Illness Perceptions of Type 2 Diabetes: A Scoping Review. *Current Diabetes Reviews*. 15(1):15-30.
- Leventhal, H., Leventhal, E. A., & Cameron, L. (2001). Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: a perceptual-cognitive model. In A. Baum, T. A. Revenson & J. E. Singer (Hrsg.), *Handbook of Health Psychology* (S. 19-48). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Petrie, K. J., Jago, L. A., & Devcich, D. A. (2007). The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Curr Opin Psychiatry*, 20(2), 163–167.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

## **Erfassung der psychischen Belastung bei Menschen mit Intelligenzminderung - Eine Praktikabilitätsstudie**

*Melanie Jagla; Gabriele Helga Franke*

Hochschule Magdeburg-Stendal / Standort Stendal

### **Hintergrund und Zielstellung**

Die WHO ([www.dimdi.de](http://www.dimdi.de)) definiert Intelligenzminderung (IM) als „Zustand von verzögerter oder unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeiten“. Die Prävalenz der IM liegt bei ca. 1% (Maulik et al., 2011); deren Risiko an psychischen Störungen zu erkranken ist deutlich erhöht (Häßler, 2016). Im deutschsprachigen Raum liegen keine zielgruppenspezifischen Selbstbeurteilungsinstrumente zum Screening auf psychische Belastungen vor. Um diese Lücke zu schließen und die Teilhabe von Personen mit IM an der Psychodiagnostik zu

gewährleisten, wurde die SCL-90®-S (Franke, 2014) zielgruppenspezifisch modifiziert. Im Rahmen einer Praktikabilitätsstudie erfolgte auch eine erste psychometrische Prüfung.

## **Methoden**

Die SCL-90®-S (Franke, 2014) wurde mit Hilfe des Einsatzes von leichter Sprache und Piktogrammen so modifiziert, dass sie als Selbstbeurteilungsinstrument von Menschen mit IM genutzt werden konnte (Jagla et al., 2017). Weiterhin wurde die deutsche Version der Glasgow Anxiety Scale (GAS) und der Glasgow Depression Scale (GDS) eingesetzt (Jagla et al., 2018).

Die Datenerhebung fand von Januar 2017 bis April 2019 im AWO Fachkrankenhaus Jerichow sowie den Prignitz-Werkstätten e.V., der WfbM Magdeburg und der WfbM Osterburg statt.

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

## **Ergebnisse**

283 Personen mit IM im Alter von  $M=39$  Jahren ( $SD=13$ , 62% weiblich) nahmen an der Studie teil. 59 Personen (42 Jahre,  $SD=13$ , 62% weiblich) wurden im stationären psychiatrischen Kontext mit den Verfahren untersucht, wobei hier oft nur GAS und GDS zum Einsatz kamen. 224 Personen (38 Jahre,  $SD=13$ , 44% weiblich) waren in einer WfbM tätig; diese Probandinnen und Probanden bearbeiteten zumeist alle drei Verfahren.

Die Praktikabilitätsprüfung ergab, dass die Probandinnen und Probanden die SCL-gB gut verstanden haben und teilweise eigenständig durchführen konnten. Sie kommentierten z.B.: „Das habe ich gut verstanden.“, „Das konnte ich allein machen. Das ist gut.“, „Warum ist das nicht immer so?“

Die Itemanalyse wies bei einigen Items eine zu hohe oder zu geringe Schwierigkeit und eine zu geringe Trennschärfe auf; aufgrund inhaltlicher Aspekte wurden vorerst keine Items eliminiert.

Die Reliabilitätsanalyse ergab in der Gesamtstichprobe ( $N=195$  vollständige SCL-gB-Datensätze)  $r=.71$  (Cronbachs Alpha, Psychotizismus) und  $r=.84$  (Somatisierung) und in der Teilstichprobe der psychiatrischen Patientinnen und Patienten (19 vollständig bearbeitete SCL-Datensätze) schwächere Werte.

Die Interskalenkorrelationen waren erwartungsgemäß zwischen Ängstlichkeit und Depressivität ( $r=.70$ ,  $p\leq.0001$ ) am höchsten; insgesamt zeigten sich mittlere bis starke Zusammenhänge zwischen den SCL-gB-Skalen. Die Korrelationen zwischen den SCL-gB-Skalen und den Glasgow-Skalen waren ebenfalls mittel bis stark; die höchsten Zusammenhänge fanden sich zwischen der Glasgow Depression Scale und den SCL-gB-Skalen Depressivität ( $r=.60$ ,  $p\leq.0001$ ) und Phobische Angst ( $r = .60$ ,  $p\leq.0001$ ) sowie zwischen der Glasgow Anxiety Scale und den SCL-gB-Skalen Phobische Angst ( $r = .58$ ,  $p\leq.0001$ ) und Ängstlichkeit ( $r = .58$ ,  $p\leq.0001$ ).

Die Prüfung auf Mittelwertunterschiede zwischen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der WfbM und den Patientinnen und Patienten zeigte, dass die Patientinnen und Patienten höhere Mittelwerte bei der Skala Depressivität ( $t(194)=-2.15$ ,  $p\leq.03$ ) aufwiesen; für die weiteren Skalen zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede.

## **Diskussion und Fazit**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die SCL-gB von den Probandinnen und Probanden gut akzeptiert wurde und in einer ersten psychometrischen Prüfung zufriedenstellende bis gute Ergebnisse zeigte. Mit der modifizierten Version der SCL-90®-S liegt ein umfassendes und praktikables Screeninginstrument vor, dessen Güte in größeren Stichproben, vor allem im klinischen Bereich, in zukünftigen Studien geprüft werden sollte.

## **Literatur**

- Franke, G.H. (2014). SCL-90®-S. Symptom-Checkliste 90. Göttingen: Hogrefe.
- Häßler, F. (2016). Intelligenzminderung – S2k-Leitlinie. Berlin: MWV.
- Jagla, M., Schreckenbach, D., Häring, M. & Franke, G.H. (2017). Modifikation der Mini-SCL für den Einsatz bei Menschen mit Intelligenzminderung. In Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), DRV-Schriften Band 109, "Prävention und Rehabilitation in Zeiten der Globalisierung" (S. 64-65). Berlin: DRV.
- Jagla, M., Tschache, A., Wagner, S., Engel, D. Häring, M. & Franke, G.H. (2018). Assessing anxiety and depression in people with intellectual disability – a feasibility study. *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie*, 68(8), e40.
- Maulik, P.K., Mascarenhas, M.N., Mathers, C.D., Dua, T. & Saxena, S. (2011). Prevalence of intellectual disability: A meta-analysis of population based studies. *Research in Developmental Disabilities*, 32,419-436.

## **Erwerbsbiografische Erfahrungen von beruflichen Rehabilitanden als Zugang zu persönlichkeitsbezogenen Selbstbewertungen**

*Jens Knispel; Viktoria Arling*

RWTH Aachen, Institut für Psychologie

## **Hintergrund und Zielstellung**

Die Klientel beruflicher Rehabilitanden zeichnet sich dadurch aus, dass die Ausübung des bisherigen Berufes nicht mehr wie bisher möglich ist. Als mögliche Lösung zur Überwindung dieses erwerbsbiografischen Bruchs besteht die Möglichkeit einer Umschulung in einen anderen Beruf. In einer längsschnittlichen Studie konnte diesbezüglich gezeigt werden, dass eine günstige persönlichkeitsbezogene Selbstbewertung des Teilnehmers (z.B. berufliche Selbstwirksamkeitserwartungen und proaktives Coping) den Umschulungs- und Reintegrationserfolg vorhersagen konnte (Arling et al., 2016). Somit stellt die Bewusstmachung entsprechender Bewertungen ein wichtiges Element der Interaktion zwischen Mitarbeiter und Teilnehmer im Umschulungskontext dar.

Mit der vorliegenden Studie rückte vor diesem Hintergrund die Fragestellung in den Fokus, ob konkretes erwerbsbiografisches Erleben und Verhalten als Zugang genutzt werden kann, um den Teilnehmer zur Selbstreflexion über seine persönlichkeitsbezogenen Selbstbewertungen anzuregen.

## **Methoden**

Es nahmen 88 Teilnehmer einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme des freien Bildungsträgers Reha & Beruf an der Studie teil. Die soziodemografischen Merkmale entsprechen der einer charakteristischen Stichprobe von beruflichen Rehabilitanden [29 Frauen, 33,0% und 59 Männer, 67,0%; Alter AM = 37,27 Jahre, SD = 6,43 Jahre, Spanne: 21 - 51 Jahre; 61x (69,3%) körperliche Problemlage, 4x (4,6%) psychische Erkrankung und 22x (25,0%) komorbide gesundheitliche Einschränkung].

Die Teilnehmer wurden mit Hilfe eines erwerbsbiografischen Fragebogens (Knispel, 2019) gebeten, konkrete Erfahrungen im Berufsleben (z.B. Anforderungen, Stresserleben im Arbeitskontext, (Nicht-)Erreichen beruflicher Ziele) offen zu beschreiben. Auf Basis dieser Beschreibung waren die Teilnehmer angehalten, entsprechende Erfahrungen standardisiert zu bewerten (z.B.: „Konnten Sie den Ihnen gestellten beruflichen Anforderungen gerecht werden?“ auf einer Skala von ‚1‘: nie bis ‚4‘: immer).

Bezüglich der persönlichkeitsbezogenen Selbstbewertung kamen validierte Skalen zum Einsatz (berufliche Selbstwirksamkeitserwartung: BSW-Skala von Abele et al., 2000; Proaktives Coping: PCS von Schwarzer et al., 2000; zentrale Selbstbewertung: G-CSES, Heilmann et al., 2010).

## **Ergebnisse**

Es ergaben sich erwartungskonforme Zusammenhänge zwischen der Einschätzung erwerbsbiografischer Erfahrungen und den Persönlichkeitsfacetten (vgl. Tabelle 1): je besser der Teilnehmer beruflichen Anforderungen gerecht werden konnte, desto proaktiver handelnd schätzte er sich ein. Je mehr berufliche Ziele erreicht werden konnten, desto positiver fiel die Einschätzung der zentralen Selbstbewertung und dem proaktiven Coping aus. Gefühle beruflicher Machtlosigkeit waren mit einer ungünstigeren zentralen Selbstbewertung assoziiert. Je besser der Umgang mit beruflichem Stress ausfiel, desto höher wurde die berufliche Selbstwirksamkeit und desto positiver wurde die zentrale Selbstbewertung eingeschätzt.

Tab. 1: Deskriptionen (AM/SD) und Zusammenhänge zwischen der Einschätzung der beruflichen Erfahrung (grau) und den Persönlichkeitsfaktoren.

N <sup>a</sup>	Berufliche Erfahrungen	AM (SD) Erwerbsbiografische Erfahrungen ▼	Persönlichkeitsfaktoren (Skalen)		
			BSW <sup>c</sup>	G-CSES <sup>d</sup>	PCS <sup>e</sup>
75	Berufliche Anforderungen <sup>b</sup> (+)	3,57 (0,60)	-0,062	0,154	0,221*
52	Erreichen beruflicher Ziele <sup>b</sup> (+)	3,00 (0,95)	0,224	0,436**	0,420**
77	Machtlosigkeit <sup>b</sup> (-)	1,73 (0,79)	-0,129	-0,228	-0,070
74	Umgang mit beruflichem Stress <sup>b</sup> (+)	3,08 (0,75)	0,211*	0,301*	0,050
		AM (SD) ► Persönlichkeitsfaktoren	3,27 (0,52)	3,65 (0,53)	2,89 (0,40)

**Anmerkungen:** Pearson-Korrelationen, einseitige Testung auf  $\alpha = 0,05$  – Niveau, \*  $p \leq 0,05$ , \*\*  $p \leq 0,01$  <sup>a</sup> N schwankt zwischen 77 und 52, da nicht alle beruflichen Erfahrungen von allen Teilnehmern konkret erlebt bzw. eingeschätzt wurden; <sup>b</sup> Einschätzung der beruflichen Erfahrung auf einer Skala von ,1': nie bis ,4': immer; <sup>c</sup> BSW-Skala von Abele et al, 2000, Skala von ,1': trifft nicht zu bis ,4': trifft zu; <sup>d</sup> G-CSES von Heilmann et al., 2010, Skala von ,1': stimme überhaupt nicht zu bis '5': stimme voll

## Diskussion und Fazit

Berufliche Erfahrungen stellen einen geeigneten Zugang zur persönlichkeitsbezogenen Selbstbewertung dar, es lassen sich entsprechende Bezüge identifizieren. In diesem Ergebnis liegt ein großes Potenzial für die Biografiearbeit in der beruflichen Rehabilitation. Über die beruflichen Erfahrungen können eher allgemein-übergeordnete Persönlichkeitsfaktoren anhand konkreter Beispiele aus der eigenen Vergangenheit verdeutlicht werden. Die Selbstreflexion über das berufliche Erleben und Verhalten ermöglicht in diesem Zuge die Identifikation von konkreten beruflichen Stärken und Schwächen, die als Ressource bzw. Förderbedarf in der beruflichen Rehabilitation mit Blick auf den Umschulungs- und Reintegrationserfolg Berücksichtigung finden können.

## Literatur

- Abele, A.E., Stief, M., Andrä, M.S. (2000): Zur ökonomischen Erfassung beruflicher Selbstwirksamkeitserwartungen – Neukonstruktion einer BSW-Skala. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 44. 145–151.
- Arling, V., Slavchova, V., Knispel, J., Spijkers, W. (2016): Die Bedeutsamkeit von Persönlichkeitsfaktoren für den beruflichen Rehabilitationserfolg. Die Rehabilitation, 55. 6-11.

- Heilmann, T. & Jonas, K. (2010). Validation of a German-language core self-evaluations scale. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 38(2), 209–225.
- Knispel, J. (2019): Die Vergangenheit im Kopf, die Zukunft im Blick. Die Relevanz der Erwerbsbiografie für die berufliche Rehabilitation. Dissertationsschrift an der RWTH Aachen, eingereicht.
- Schwarzer, R., Greenglass, E., Taubert, S. (2000): PCI - Fragebogen zu allgemeiner und proaktiver Stressbewältigung, Deutsche Testversion 1. URL: [http://userpage.fu-berlin.de/~health/pci\\_german1.htm](http://userpage.fu-berlin.de/~health/pci_german1.htm), Abruf: 23.10.2019.

## **What matters: money, values, perceived negative life events? - Explanative factors in embitterment**

*Beate Muschalla<sup>1</sup>; Johann von Kenne<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> TU Braunschweig; <sup>2</sup> SRH University of Applied Health Sciences Gera

### **Background**

Embitterment can occur as a reaction to unjust life events which damage the person's life values. It can be associated with severe enduring impairment of the ability to work or participate in life generally and is therefore of high relevance in rehabilitation medicine (Linden & Rotter, 2019; Michailidis & Coprey, 2017). Socio-economic status, general mental wellbeing and number of perceived negative life events are all factors which may be related to embitterment. A better understanding of this is necessary for diagnostics and intervention planning.

### **Methods**

With the aim of collecting data from a heterogeneous sample – i.e. people with a different socio-economic and health status – we approached participants in two ways: first, via an online questionnaire distributed via Facebook and other online groups; and second, by personally approaching people in the waiting room of a large city primary care surgery. 281 persons from the general population and primary care offices, completed the survey.

Participants were first asked to state their socio-demographics: gender, age, highest professional qualification, and their net monthly income in Euros. The WHO-5 well-being rating (WHO, 1998) – which is broadly established internationally – was used to assess general mental well-being, namely whether the patient felt well, relaxed, active, and full of interest in life.

Life values were assessed with the Short version of Schwartz's Value Survey (SVS, Lindeman & Verkasalo, 2005). A factor analysis suggested a grouping of the items into three subscales, i.e. (1) power and achievement, (2) hedonism, creativity, tolerance and stimulation, and (3) tradition, conformity, security, benevolence.

Perceived negative or unjust life events were assessed using the PTED scale's instructions (Linden et al., 2009): "Have you experienced a life event which has led to enduring anger, embitterment and feelings of injustice, and which comes to your mind continuously in a negative way?" The person was then offered a number of possible event types (injustice from

a privately-important person, injustice from a professionally-important person, stroke of fate, injustice from an institution, societal injustice), and the option “I did not experience an event which irritates me enduringly”.

Embitterment was assessed using the nineteen-item PTED embitterment self-rating scale (Linden et al., 2009). It starts with the statement “During the recent years there was a severe and negative life event...,” which is followed by answers such as “...that hurt my feelings and caused considerable embitterment,” “...that triggers feelings of satisfaction when I think that the responsible party has to live through a similar situation,” or “... that caused me to withdraw from friends and social activities.” For statistical analysis in this present study, groups of embitterment severity were formed according to the embitterment mean score. The group with a PTED mean score >1.5 represents persons with a moderate or stronger embitterment symptom load.

## Results

People with high levels of embitterment reported more negative life events, had lower general wellbeing and lower income. However, they had similar values to those with a low perception of embitterment. Age, wellbeing and the number of perceived negative life events, explained the degree of embitterment more than values (Table 1). The types of negative life events reported were similar in the different income groups; general blow of fates and injustice from a person who was privately important person to them, were reported most often.

Tab. 1: Regression analysis: Characteristics associated with embitterment (PTED mean score)

	Standardized beta coefficients	Significance
Gender	.001	.978
Age in years	-.192	.003**
Highest professional qualification	.017	.767
Netto income	-.114	.041*
Wellbeing WHO-5	-.509	<.001***
Number of reported negative live events	.268	<.001***
Values: dominance, competence	.094	.099
Values: new experiences, tolerance, creativity, fun	-.086	.146
Values: Social, tradition, norms, harmony	.078	.168

Note: Levels of significance: \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

Netto income: 1: <=400 €, 2: 401-800, 3: 801-1200, 4: 1200-2000, 5: >2000. Values: 1=not important at all, 6=very important. Wellbeing (WHO-5): 5=always, 0=never. Highest professional education: 1=without profession, 3=finished apprenticeship, 6=university degree.

## Conclusion

Rehabilitation clinicians should be aware of the potential influences of socio-economic status and general wellbeing on embitterment and potentially associated illness development. Although life values are important in the individual etiology of embitterment disorders (PTED), there is no specific life value which is generally susceptible to embitterment. Embitterment

must be understood against the background of individually important context and person factors, i.e. socioeconomic conditions, perception of life events.

## References

- Linden, M., Baumann, K., Lieberei, B., Rotter, M. (2009): The post-traumatic embitterment disorders self-rating scale (PTED scale). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16. 139-147. doi: 10.1002/cpp.610
- Linden, M., Rotter, M. (2019): Unemployment and embitterment in contrast to general psychological distress. *Work*, 62. 133-138. doi: 10.3233/WOR-182848
- Lindeman, M., Verkasalo, M. (2005): Measuring values with the short Schwartz's values survey. *Journal of Personality Assessment*, 85. 170-178. doi: 10.1207/s15327752jpa8502\_09
- Michailidis, E., Copley, M. (2017): Exploring predictors and consequences of embitterment in the workplace. *Ergonomics*, 60. 1197-1206. doi: 10.1080/00140139.2016.1255783.
- WHO. World Health Organization. (1998): WHO Fünf Fragebogen zum Wohlbefinden. WHO Collaborating Center for Mental Health, Psychiatric research unit, Frederiksborg General Hospital, Denmark. Retrieved from [https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/Documents/WHO5\\_German.pdf](https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/Documents/WHO5_German.pdf)

## Feasibility and safety of functional and nutritional assessments for advanced age patients in cardiac rehabilitation

*Miralem Hadzic<sup>1</sup>; Sarah Eichler<sup>1</sup>; Heinz Völler<sup>2</sup>; Annett Salzwedel<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Universität Potsdam; <sup>2</sup> Klinik am See, Fachklinik für Innere Medizin, Rüdersdorf b. Berlin; Professur für Rehabilitationswissenschaften, Universität Potsdam

### Background

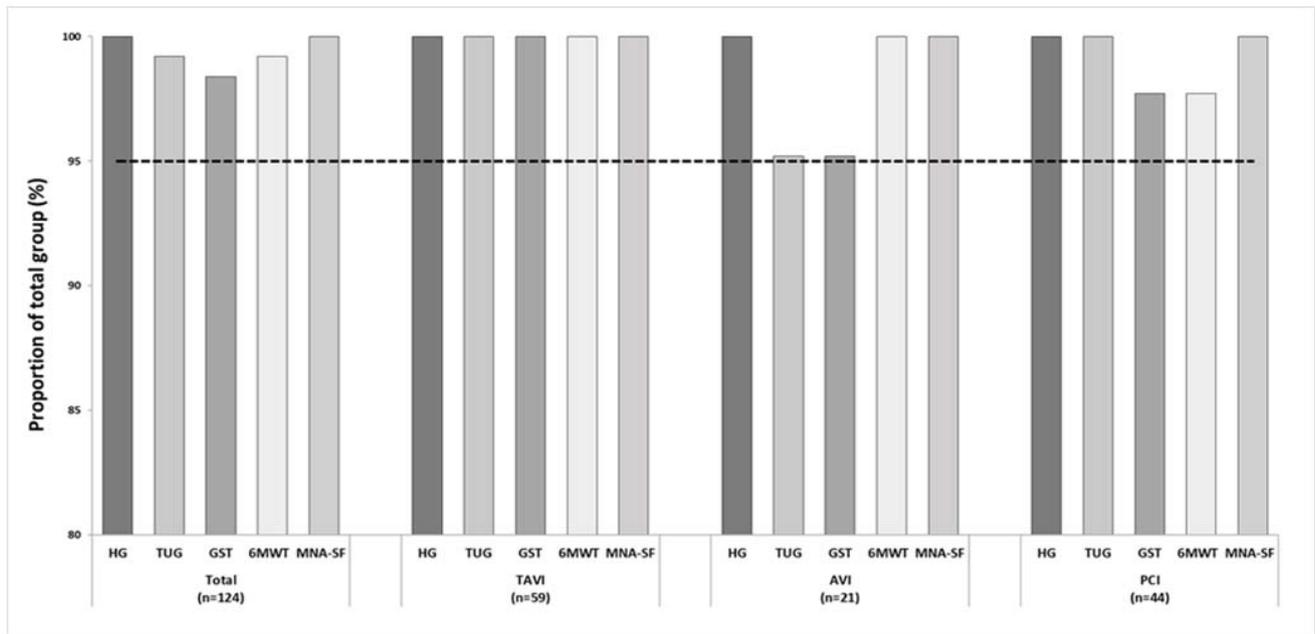
The prevalence of patients with aortic stenosis or mitral regurgitation as the most frequent valve diseases is still rising due to the demographic change toward an aging population (Zahn, 2017; Panaich, 2018). Consequently, multimorbid octogenarians after percutaneous interventions become more present in cardiac rehabilitation (CR). Currently, standardized assessments to classify the functional and nutritional status at CR seem not to be suitable in advanced age patients (Eichler, 2017). Therefore, the aim of the study was to investigate the feasibility and safety of functional and nutritional assessments in octogenarians after percutaneous procedures in CR.

### Methods

Between 10/2018 and 06/2019, 124 patients ( $81.8 \pm 3.5$  years, 52.4% men) after transcatheter aortic valve implantation (TAVI), atrioventricular valve interventions (AVI) and percutaneous coronary intervention (PCI) were enrolled in this prospective monocentric observational study. At admission, sociodemographic and clinical data were documented. Further, the following assessments were investigated: Mini Mental State Examination, Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA-SF), Basic Activities of Daily Living, Instrumental Activities of Daily Living, Timed Up and Go Test (TUG), hand grip strength, 4m gait speed test as well as 6-minute walk test. An assessment was considered feasible, if at least 95% of the patients were able to perform it and safe, if no adverse events occurred. To compare the assessments with their gold standards, we calculated correlations between physical assessments and the 6-minute walk test as well as between laboratory data and the MNA-SF by using Pearson correlations analysis.

### Results

In the total cohort, each assessment was feasible and safe (Figure 1). Patients reached  $339.2 \pm 131.7$  m in the 6-minute walk test,  $1.0 \pm 0.2$  seconds in the gait speed test and  $11.4 \pm 6.3$  seconds in the TUG. Hand grip strength was at  $24.0 \pm 8.9$  kg and MNA-SF at  $11.8 \pm 2.2$  points (Table 1). TUG, hand grip strength and gait speed showed significant correlations with the 6 minute walk test ( $p < 0.001$ ). Furthermore, hemoglobin ( $p < 0.05$ ) and albumin ( $p < 0.01$ ) were significantly correlated with the MNA-SF.



**Figure 1.** Feasibility of the functional assessments (Total cohort, TAVI, AVI and PCI patients)

TAVI = transcatheter aortic valve implantation, AVI = atrioventricular valves intervention, PCI = percutaneous coronary intervention, HG = hand grip, TUG = Timed Up and Go Test, GST = gait speed test, 6MWT = 6-minute walk test, MNA-SF = Mini-Nutritional Assessment Short Form.

**Table 1.** Baseline Assessments (Total cohort, TAVI vs. AVI vs. PCI)

	Total cohort (n = 124)	TAVI (n = 59)	AVI (n = 21)	PCI (n = 44)	P-value
<b>Assessments</b>					
Hand grip, kg	24.0 ± 8.9	23.6 ± 9.1	21.0 ± 6.1	26.0 ± 9.4	0.089
Low strength (f < 16; m < 27)	43 (34.7)	23 (39.0)	10 (47.6)	10 (22.7)	0.090
TUG, sec	11.4 ± 6.3	11.4 ± 6.1	11.8 ± 5.6	11.3 ± 7.0	0.467
Good mobility (< 10)	68 (55.3)	30 (50.8)	10 (50.0)	28 (63.6)	0.380
Limited mobility (≥ 10)	55 (44.7)	29(49.2)	10 (50.0)	16 (36.4)	
Gait Speed, m/s	1.0 ± 0.2	0.9 ± 0.2	0.9 ± 0.2	1.0 ± 0.2	0.198
Impaired mobility (< 0.8)	31 (25.4)	17 (28.8)	6 (30.0)	8 (18.6)	0.442
No limitations (≥ 0.8)	91 (74.6)	42 (71.2)	14 (70.0)	35 (81.4)	
6MWD, m	339.2 ± 131.7	340.7 ± 128.2	300.4 ± 133.7	356.0 ± 134.6	0.284
Limited mobility (< 350)	60 (48.4)	30 (50.8)	12 (57.1)	18 (41.9)	0.469
Good mobility (≥ 350)	63 (51.2)	29 (49.2)	9 (42.9)	25 (58.1)	
BADL, points	93.9 ± 9.8	94.1 ± 9.4	91.9 ± 11.1	94.6 ± 9.7	0.290
IADL, points	7.0 ± 1.5	6.5 ± 1.5	6.5 ± 1.8	7.3 ± 1.2	0.157
MMSE, points	25.9 ± 2.9	25.6 ± 3.3	26.7 ± 2.1	25.8 ± 2.7	0.427
MNA-SF, points	11.8 ± 2.2	12.0 ± 1.8	10.3 ± 3.0	12.1 ± 2.1	0.041
Normal (12-14)	77 (62.1)	37 (62.7)	9 (42.9)	31 (70.5)	0.099
Risk of malnutrition/ malnutrition (≤ 11)	47 (37.9)	22 (37.3)	12 (57.1)	13 (29.5)	
Subjective mobility disability	89 (71.8)	45 (76.3)	18 (85.7)	26 (59.1)	0.047

Categorical variables are presented in n (%), metric variables in mean ± SD.

TAVI = transcatheter aortic valve implantation, AVI = atrioventricular valves intervention, PCI = percutaneous coronary intervention, TUG = Timed Up and Go Test, 6MWD = 6-minute walk distance, BADL = Basic Activities of Daily Living, IADL = Instrumental Activities of Daily Living, MMSE = Mini-Mental State Exam, MNA-SF = Mini-Nutritional Assessment Short Form.

## Conclusion

The investigated functional and nutritional assessments for octogenarians in cardiac rehabilitation can be considered feasible and safe. Moreover, patients after AVI are of particular interest due to their poorer functional and nutritional status. A suitable cardiac rehabilitation program for older patients should be focused on dynamic strength training and nutritional counselling.

## References

- Eichler S., Salzwedel A., Reibis R., Nothroff J., Harnath A., Schikora M., Butter C., Wegscheider K., Völler H. (2017). Multicomponent cardiac rehabilitation in patients after transcatheter aortic valve implantation: Predictors of functional and psychocognitive recovery. *European journal of preventive cardiology* 24 (3):257-264. doi:10.1177/2047487316679527
- Panaich S.S., Eleid M.F. (2018). Current status of MitraClip for patients with mitral and tricuspid regurgitation. *Trends in cardiovascular medicine* 28 (3):200-209. doi:10.1016/j.tcm.2017.08.008
- Zahn R., Werner N., Gerckens U., Linke A., Sievert H., Kahlert P., Hambrecht R., Sack S., Abdel-Wahab M., Hoffmann E., Zeymer U., Schneider S. (2017). Five-year follow-up after transcatheter aortic valve implantation for symptomatic aortic stenosis. *Heart* 103 (24):1970-1976. doi:10.1136/heartjnl-2016-311004

## **Handlungsanforderungen an die Pflege in der Frühphase der Rehabilitation nach einem Herzinfarkt – eine sequenzanalytische Untersuchung**

*Isolde Lorenz<sup>1</sup>; Johann Behrens<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Universitätsklinikum Tübingen;

<sup>2</sup> Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

## Hintergrund und Zielstellung

Nach einem Herzinfarkt, als einer der häufigsten Diagnosen in Krankenhäusern, kommt der Pflege bereits in der Frühphase der Rehabilitation sowohl die Schulung und Beratung der Betroffenen, wie auch deren Unterstützung und Begleitung bei medizinischen Maßnahmen und der Krankheitsbewältigung zu (Lorenz et al., 2016). Parallel dazu wird angesichts veränderter Anforderungen und zunehmender Komplexität in der Gesundheitsversorgung die Professionalisierung der Pflege verlangt (SVR, 2007). Daher geht es in vorliegender Studie darum, inwieweit diese pflegerische Handlungspraxis sich als professionalisiert erweist und welcher Entwicklungsbedarf hierbei erkennbar ist. Dabei wird, dem Evidence based Nursing (Behrens, Langer, 2016) gemäß davon ausgegangen, dass Professionen typischerweise zum Aufbau interner Evidence (also dazu, den Betreffenden bei der Klärung ihrer Teilhabeziele und Ressourcen zur Seite zu stehen) verpflichtet sind und sich hieraus in der Regel die jeweils angezeigte Maßnahme erst ergibt (Behrens, 2019).

## **Methoden**

Zur Untersuchung der pflegerischen Handlungspraxis wurde eine hermeneutisch-interpretative Interaktionsanalyse auf einer kardiologischen Station durchgeführt. Dazu wurden pflegerische Gespräche mit einer Herzinfarkt-Betroffenen, die sich bei der stationären Behandlung ergaben, mithilfe eines Tonaufnahmegeräts aufgezeichnet und die jeweiligen Transkripte zu diesen Handlungssituationen mit insgesamt acht Pflegenden mittels Sequenzanalyse der Objektiven Hermeneutik (Oevermann, 2000) analysiert. Bei diesem Verfahren werden die Texte sequenzweise präzise interpretiert und bei jeder Sequenz gefragt, was faktisch damit gesagt wird, um dementsprechend mögliche Lesarten hierfür zu entwickeln. Des Weiteren werden die jeweiligen Sequenzen daraufhin untersucht, welche Anschlussmöglichkeiten sich dadurch eröffnen und diese werden daraufhin mit der tatsächlich gewählten Anschlussäußerung konfrontiert, was letztlich eine möglichst genaue Erschließung dessen ermöglicht, was in dieser Handlungspraxis eigentlich geschieht.

## **Ergebnisse**

Die Interaktionen der Pflegenden mit der Herzinfarkt-Betroffenen finden vornehmlich aufgrund technischer Routinemaßnahmen, wie z.B. dem Einsatz eines Telemetrieegeräts oder auch zur Blutdruckmessung statt. Dabei gibt die Herzinfarkt-Betroffene zu verstehen, dass sie des pflegerischen Beistands beim Aufbau interner Evidence bedarf. Diesem Erfordernis kommen die Pflegenden allerdings nur begrenzt nach und in diesen Situationen erweist sich deren Handeln lediglich ansatzweise als professionalisiert.

## **Diskussion und Fazit**

Angesichts der – am Beispiel der Frühphase der Rehabilitation nach einem Herzinfarkt – offensichtlichen Professionalisierungsbedürftigkeit der Pflege einerseits und der sich ansatzweise zeigenden Professionalisiertheit ihres Handelns andererseits scheint es vonnöten, die pflegerische Profession im Sinne von Evidence based Nursing weiter voranzubringen. Dabei könnten sich derartige Fallrekonstruktionen für eine entsprechende Sensibilisierung der Pflegenden als geeignet erweisen, was folglich im Weiteren zu prüfen wäre.

## **Literatur**

Behrens, J. (2019). Theorie der Pflege und der Therapie. Grundlagen für Pflege- und Therapieberufe. Hogrefe, Bern

Behrens, J., Langer, G. (2016). Evidence based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung - Vertrauensbildende Entzauberung der Wissenschaft. 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Hogrefe, Bern

Lorenz, I., Berg, A., Fleischer, S., Behrens, J. (2016). Die Funktion von Pflegenden im interprofessionellen Team in der Anfangsphase der Rehabilitation von Myokardinfarkt-Betroffenen, *HBScience*,7(3), 101-110

Oevermann, U. (2000). Die Methode der Fallrekonstruktion in der Grundlagenforschung sowie der klinischen und pädagogischen Praxis. In: Kraimer K (Hrsg) Die Fallrekonstruktion. Sinnverstehen in der sozialwissenschaftlichen Forschung. Suhrkamp, Frankfurt am Main, 58–156

SVR [Sachverständigenrat] (2007). Gutachten 2007 des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf> [09.12.2010]

## **Kardiologische Rehabilitation bei Patienten mit einer Defibrillationsweste**

*Roger Marx; Dirk Bassenge*  
MediClin Fachklinik Rhein/Ruhr

### **Hintergrund und Zielstellung**

Patienten mit einem transienten Risiko für ventrikuläre Tachykardien und den plötzlichen Herztod können überbrückend durch eine Defibrillator-Weste (LifeVest®, Fa Zoll) geschützt werden. Die Defibrillator-Weste bietet während der Behandlungsphase die Möglichkeit der Erkennung und Terminierung von ventrikulären Rhythmusstörungen. In dieser Phase werden die Patienten häufig einer kardiologischen Rehabilitation zugeführt, wobei diese Zeit mit einer erhöhten Gefahr für das Auftreten eines plötzlichen Herztodes verbunden ist. Es existieren derzeit keine Leitlinien für das Vorgehen in dieser Phase. Über die Rehabilitation von Patienten mit einer Defibrillator-Weste gibt es kaum Erfahrungsberichte.

### **Methoden**

Die Ergebnisse der Rehabilitation von insgesamt 109 Patienten zwischen 2012 und 2018 mit einer tragbaren Defibrillator-Weste wurden analysiert. Die Versorgung erfolgte während der Rehabilitationsmaßnahme.

### **Ergebnisse**

Bei allen Patienten erfolgte die Indikationsstellung in der Rehabilitationsklinik. Bei über 70% der Patienten betrug die tägliche Tragezeit mehr als 21 Stunden. Die Indikationen waren dilatative Kardiomyopathie (DCM) bei 21 Patienten (19 %), nach PCI bei 61 Patienten (56 %), nach CABG bei 19 Patienten (17%) und sonstige (z.B. Tachymyopathie) bei 8 Patienten (7%). Im Rahmen der Rehabilitation traten zwei Ereignisse auf: Bei einem Patienten erfolgte eine adäquate Detektion von Kammerflimmern und bei einem Patienten wurden Pausen bis 13 Sekunden diagnostiziert bei entsprechender klinischer Symptomatik. Insgesamt traten keine Komplikationen auf, das Rehabilitationsprogramm konnte ohne Probleme durchgeführt werden. Es wurden lediglich 3 Fehlalarme festgestellt, die durch die Patienten zeitgerecht beendet wurden. Im Verlauf wurde bei 47 Patienten (45%) ein ICD implantiert.

### **Diskussion und Fazit**

Die Rehabilitation von Patienten mit einer Defibrillationsweste stellt die kardiologische Rehabilitation vor neue Aufgaben. Die Patienten müssen entsprechend geschult werden ebenso wie die Mitarbeiter. Es konnte aber durch diese Analyse festgestellt werden, dass diese Patienten sicher und ohne Komplikationen die Rehabilitation durchführen können.

## Literatur

Patients with a wearable cardioverter-defibrillator (WCD): Prescription, function and rehabilitation Support. Schlitt et al.. Herz. 2019 Aug;44(5):379-389

Wearable Cardioverter-Defibrillator after Myocardial Infarction. Olgin et al.. N Engl J Med. 2018 Sep 27;379(13):1205-1215

## **Rehabilitation von PatientInnen mit symptomatischer peripherer arterieller Verschlusskrankheit - Ergebnisse einer prospektiven Beobachtungsstudie**

*Christiane Marko<sup>1</sup>; Elisabeth Kandioler<sup>1</sup>; Waltraud Dörrscheidt<sup>1</sup>; Caroline Hauer<sup>1</sup>; Johann Mikl<sup>2</sup>; Martin Skoumal<sup>3</sup>; Robert Kurz<sup>4</sup>*

<sup>1</sup> Pensionsversicherungsanstalt (PVA) Zentrum für ambulante Rehabilitation Wien;

<sup>2</sup> Pensionsversicherungsanstalt SKA Felbring;

<sup>3</sup> Pensionsversicherungsanstalt (PVA), Chefärztlicher Dienst, Wien;

<sup>4</sup> Pensionsversicherungsanstalt (PVA)

## Hintergrund und Zielstellung

In den ESC Guidelines 2017 wird der Empfehlungsgrad für ein überwachtes Gefäßtraining von symptomatischen Patient\*innen mit peripherer arterieller Verschlusskrankheit (PAVK) als IA Indikation geführt. Diese Form des Trainings ist in der Gefäßrehabilitation ein wesentlicher Bestandteil. Grundsätzlich werden 4 Rehabilitationsphasen unterschieden. Die Phase 1 beginnt im Akutkrankenhaus im Rahmen der Akutbehandlung, die Phase 2 kann stationär und ambulant fortgesetzt werden und die Phase 3 erfolgt ausschließlich ambulant mit dem Bestreben die erzielten Effekte zu stabilisieren und langfristige positive Veränderungen des Lebensstils zu erreichen. In der Phase 4 steht die selbstständige Festigung der Veränderungen im Vordergrund.

Ziel der Studie war es, die Effekte bei Patient\*innen am Ende der Phase 3 im Anschluss an eine Phase 2 zu vergleichen mit Patient\*innen, die nur eine Phase 2 absolvierten.

## Methoden

Wir untersuchten prospektiv Patient\*innen, die eine Phase 2 entweder ambulant im Zentrum für ambulante Rehabilitation in Wien über 6 Wochen oder stationär in der Sonderkrankenanstalt Felbring über 4 Wochen in den Jahren 2013 bis 2015 absolvierten. In weiterer Folge konnten alle Patient\*innen, die in Wien und Umgebung wohnten an einer ambulanten Phase 3 über 12 Monate 2x/Woche über je 1 Stunde teilnehmen.

Die Ergebnisse wurden am Beginn (T0) und am Ende (T1) der Phase 2 und am Ende der Phase 3 bzw. 1 Jahr nach Beendigung der Phase 2 (Patient\*innen ohne Phase 3) (T3) in Hinblick auf die absolute Gehstrecke (ACD- absolute claudication distance), die Anzahl der durchgeführten Zehenstände und die krankheitsbezogene Lebensqualität mittels eines Fragebogens (Vascuqol) erhoben.

## Ergebnisse

171 Patient\*innen (111 Männer) absolvierten entweder eine stationäre oder ambulante Rehabilitation, davon setzten 67 Patient\*innen (40 Männer) diese in Form einer ambulanten Phase 3 fort. In der Phase 2 (von T0 bis T1) kam es zu einer signifikanten Verbesserung der ACD ( $429,1 \pm 349,1$  auf  $549,9 \pm 399,4$  m,  $p=,000$ ), der Anzahl der durchgeführten Zehenstände ( $42,8 \pm 27,1$  auf  $55,1 \pm 31,5$ ,  $p=,000$ ), so auch der Ergebnisse des Vascuol ( $4,79 \pm 1,1$  auf  $5,33 \pm 1,11$   $p=,000$ ).

Patient\*innen, die die Rehabilitation in der Phase 3 fortsetzen konnten weiter von T1 auf T3 die ACD von  $598,8 \pm 417,0$  auf  $863,1 \pm 629$  m,  $p=,000$  verlängern und mehr Zehenstände absolvieren ( $60,0 \pm 41,0$  auf  $79,2 \pm 40,5$ ,  $p=,000$ ). Die Kontrollgruppe ohne Phase 3 hingegen zeigte keine weiteren signifikanten Veränderungen - ACD  $648,5 \pm 536,4$  auf  $784,3 \pm 628,3$  m,  $p=,126$ , Zehenstände  $53,7 \pm 28,0$  auf  $52,6 \pm 35,6$ ,  $p=,844$ . Dies spricht dafür, dass die Effekte auch 1 Jahr nach Ende der Phase 2 erhalten blieben. Weder bei den Patient\*innen mit absolvierter Phase 3 ( $5,39 \pm 1,12$  auf  $5,24 \pm 1,33$ ,  $p=,337$ ) noch ohne Phase 3 ( $5,49 \pm 1,2$  zu  $5,36 \pm 1,15$ ,  $p=,552$ ) veränderte sich nach Ende der Phase 2 (T1 zu T3) signifikant die krankheitsbezogene Lebensqualität.

## Diskussion und Fazit

Die Gefäßrehabilitation der Phase 2 bewirkt eine Verlängerung der ACD, eine Erhöhung der Anzahl der absolvierten Zehenstände und auch eine Verbesserung der krankheitsbezogenen Lebensqualität. Diese Effekte blieben auch ohne Phase 3 über 1 Jahr erhalten.

Patient\*innen, die die Rehabilitation mit einer Phase 3 fortsetzten, konnten im Gegensatz zur Kontrollgruppe ohne Phase 3 weiter die ACD verlängern und die Anzahl der absolvierten Zehenstände erhöhen. Bei der krankheitsbezogenen Lebensqualität konnte nach der Verbesserung in der Phase 2 keine weitere Veränderung weder bei den Patient\*innen mit Phase 3 noch ohne Phase 3 dokumentiert werden.

Zusammenfassend ist jedem symptomatischen Patient mit peripherer arterieller Verschlusskrankung nach einer Phase 2 eine Phase 3 Rehabilitation zu empfehlen.

Hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität kam es nach der Verbesserung nach der Phase 2 zu keiner weiteren subjektiv empfundenen Veränderung. Die körperlichen Effekte konnten nicht mehr in Verbindung mit einer Steigerung der krankheitsbezogenen Lebensqualität gebracht werden.

## Literatur

Aboyans V., Ricco J.B., Bartelink M.E.L., et al. (2018). ESC Scientific Document Group. 2017 ESC Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS): Document covering atherosclerotic disease of extracranial carotid and vertebral, mesenteric, renal, upper and lower extremity arteries Endorsed by: the European Stroke Organization (ESO) The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). Eur Heart J. 2018 Mar 1;39(9):763-816.

- Guidon M., McGee H. (2010). Exercise-based interventions and health-related quality of life in intermittent claudication: a 20-year (1989-2008) review. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2010 Apr;17(2):140-54.
- Pilz M., Kandioler-Honetz E., Wenkstetten-Holub A., Doerrscheidt W., Mueller R., Kurz R.W. (2014). Evaluation of 6- and 12-month supervised exercise training on strength and endurance parameters in patients with peripheral arterial disease. *Wien Klin Wochenschr.* 2014 Jun;126(11-12):383-9.
- Piso B., Tüchler H., Gyimesi M., Kollmann I., Endel G., Wilbacher I., Kurz R.W., Müller R. (2011). [Outpatient cardiac phase III rehabilitation at a Viennese institution - retrospective cohort study]. *Wien Med Wochenschr.* 2011 May;161(9-10):263-71.

## **Verändert sich Typ-D-Persönlichkeit durch psychokardiologische Rehabilitation? Ergebnisse einer Pilotstudie**

*Christoph Schmitz<sup>1</sup>; Wilma Rademacher<sup>2</sup>; Peter Langner<sup>2</sup>; Eike Langheim<sup>2</sup>; Volker Köllner<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Technische Universität Dresden, Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie;

<sup>2</sup> Reha-Zentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund, Teltow

### **Hintergrund und Zielstellung**

Typ-D Persönlichkeit (TypD), bestehend aus den Komponenten „negative Affektivität“ (NA) und „soziale Inhibition“ (SI), ist bedeutsam als Prädiktor für ungünstige Verläufe sowie als Moderator hinsichtlich langfristigen Therapie- und Reha-Erfolg bei kardiovaskulären Erkrankungen (Grande et al., 2012). Konzeptualisiert als Persönlichkeits-Trait, wurde ursprünglich eine Konstanz der Ausprägung angenommen (Denollet, 2005). Allerdings zeigen aber empirische Daten deutliche Zusammenhänge mit veränderbaren psychischen Erkrankungen wie Depressionen (Kuijpers et al., 2007) und neuere Forschungsergebnisse legen auch auf Veränderbarkeit von TypD durch Behandlung nahe (Dannemann et al., 2010). Andere Forschungsbefunde weisen dagegen eher auf Stabilität des TypD-Musters hin (Martens et al., 2007). Bislang existieren jedoch kaum Daten zur Veränderbarkeit von TypD durch Rehabilitation bzw. durch Psychotherapie. Es stellt sich die Frage, welche Zusammenhänge zwischen Veränderungen von TypD-Merkmalen und kardiologischen sowie psychosomatischen Reha-Ergebnissen bestehen. In dieser Pilotstudie soll nun vorerst die Veränderbarkeit von TypD durch psychokardiologische Rehabilitation untersucht werden sowie Zusammenhänge mit depressiven Symptomverläufen.

### **Methoden**

Es wurden 78 Patienten mit sowohl kardiologischen als auch psychischen Diagnosen in der stationären psychokardiologischen Rehabilitation im ersten Halbjahr 2019 untersucht. Erfasst wurden sozioökonomische Daten und ICD-10-Diagnosen sowie Verlaufsdaten der Fragebögen BDI II (zur Erfassung der depressiven Symptomschwere) und DS-14 (zur Erfassung der TypD). Erhebungszeitpunkte für die Verlaufsdaten lagen jeweils in der Aufnahmewoche sowie in der Woche vor Entlassung. Zur Messung der Veränderung in den genannten Skalen in Abhängigkeit von TypD-Kategorien sowie depressiven Diagnosen

wurden Allgemeine Lineare Modelle mit Messwiederholung berechnet mithilfe des Statistikprogramms SPSS 25.

## **Ergebnisse**

Die Messwerte der NA zeigten im Verlauf zwischen Aufnahmewoche ( $M = 13.97$ ,  $SE = 0.68$ ) und Entlassungswoche ( $M = 11.63$ ,  $SE = 0.80$ ) eine signifikante Reduktion (mean diff. 2.35, BCa 95% CI [1.39, 3.30],  $t(77) = 4.91$ ,  $p < .001$ ), während sich die SI-Komponente nicht signifikant veränderte (mean diff. 0.35, BCa CI [95% -0.31, 0.97],  $t(77) = 1.10$ ,  $p = .276$ ). In einer einfaktoriellen ANOVA zeigte sich eine signifikante Veränderung der NA-Werte ( $F = 24.07$ ,  $p < .001$ ) sowie der BDI-II-Werte ( $F = 142.16$ ,  $p < .001$ ), nicht aber der SI-Werte. Allerdings ergab sich nicht bei allen Patienten eine relevante dimensionale Veränderung in NA, sondern vor allem bei Patienten ohne klinisch manifeste Depression ( $F(1, 76) = 6.10$ ,  $p = .016$ ). Bei Vorliegen einer depressiven Störung blieb der NA-Wert nahezu stabil. Typ-D war hingegen kein Prädiktor für eine schlechte Behandelbarkeit der Depression ( $F(1,76) = 0.31$ ,  $p = .581$ ). 73,5% der Patienten, die am Anfang der Reha über dem Cutoff-Wert zur Typ-D-Persönlichkeit lagen, erfüllten am Ende weiterhin die Kriterien für Typ-D, nur bei 26,5% hatte sich das Typ-D-Muster zurückgebildet.

## **Diskussion und Fazit**

Die vorliegenden Ergebnisse weisen auf eine Veränderbarkeit der affektiven Komponente des Typ-D-Musters (NA) durch Rehabilitationsbehandlung hin. Soziale Inhibition blieb hingegen stabil und auch das Typ-D-Muster blieb im Verlauf der Rehabilitation eher stabil. In einem größeren Folgeprojekt sollen zukünftig weitere Zusammenhänge zwischen Typ-D-Muster und Reha-Ergebnissen untersucht werden, insbesondere wie sich die schwer veränderbare Komponente Soziale Inhibition auf Teilhabeaspekte der Reha-Ergebnisse auswirkt.

## **Literatur**

- Dannemann, S., Matschke, K., Einsle, F., Smucker, M. R., Zimmermann, K., Joraschky, P., Weidner, K., Köllner, V. (2010): Is type-D a stable construct? An examination of type-D personality in patients before and after cardiac surgery. *Journal of Psychosomatic Research*, 69. 101-109.
- Denollet, J. (2005): DS14: Standard Assessment of Negative Affectivity, Social Inhibition, and Type D Personality. *Psychosomatic Medicine*, 67. 89–97.
- Grande, G, Romppel, M, Barth, J. (2012): Association between Type D personality and prognosis in patients with cardiovascular diseases: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 43. 299–310.
- Kuijpers, P. M. J. C., Denollet, J., Wellens, H. J. J., Crijns, H. M., Honig, A. (2007): Noncardiac chest pain in the emergency department: the role of cardiac history, anxiety or depression and Type D personality. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 14. 273–279.
- Martens, E. J., Kupper, N., Pedersen, S. S., Aquarius, A. E., Denollet, J. (2007): Type-D personality is a stable taxonomy in post-MI patients over an 18-month period. *Journal of Psychosomatic Research*, 63. 545–50.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

## **Beobachtungsstudie: Einfluss einer 3-wöchigen stationären Rehabilitation auf das AGE/sRAGE System in Patienten mit Herz-/Kreislaufkrankung**

*Barbara Stritzinger<sup>1</sup>; Bettina Thauerer<sup>1</sup>; Thomas Berger<sup>2</sup>; Martin Skoumal<sup>3</sup>; Werner Kullich<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Ludwig Boltzmann Institut für Arthritis und Rehabilitation, Saalfelden; <sup>2</sup> Barmherzige Brüder Konventhospital, Linz; <sup>3</sup> Pensionsversicherungsanstalt (PVA), Chefärztlicher Dienst, Wien

### **Hintergrund und Zielstellung**

In einem stationären Rehabilitationsprogramm können neben der Behandlung der Grunderkrankung auch verschiedene Risikofaktoren wie Diabetes mellitus, Übergewicht und Adipositas, Stress sowie Bewegungsarmut sofort und präventiv beeinflusst werden. Von großem Interesse ist die Erfassung des Rehabilitationseffektes anhand der Veränderung bestimmter Risikofaktoren.

Advanced Glycation Endproducts (AGEs) sind nicht-enzymatische Produkte, die aus der Reaktion zwischen Zuckern und Aminogruppen von Proteinen, Lipiden und Aminosäuren entstehen. Sie sind bei zahlreichen Prozessen und Abläufen im Körper involviert und spielen daher eine Schlüsselrolle bei verschiedenen altersbedingten und chronischen Leiden wie Herz-Kreislauf Erkrankungen, Arteriosklerose oder Neurodegeneration. AGEs werden als ein neuer Marker für vaskuläre Komplikationen bei high-risk Patienten für kardiovaskuläre Erkrankung angesehen. (Isami et al., 2018)

Als „Receptor for Advanced Glycation Endproducts (RAGE)“ wird der membrangebundene Rezeptor der AGEs bezeichnet, als „soluble RAGE (sRAGE)“ der von der Membran abgespaltene, lösliche Teil des RAGE. Letzterer bindet sich an AGEs wodurch deren Aufnahme in die Zellen mit schädlichen Folgen gehemmt wird. sRAGE könnte demnach auch eine protektive Wirkung haben. (Lindsey et al., 2009) Um das Ligand-Rezeptor System besser darstellen zu können, wird der Quotient AGE/sRAGE gebildet. Ein durch die stationäre Rehabilitationsmaßnahme erniedrigter Quotient, bedeutet ein niedrigeres Risiko für die Entstehung von Atherosklerose. (Prasad, 2014)

### **Methoden**

In dieser prospektiven, epidemiologischen Kohortenstudie wurden die Daten von 67 (nach drop outs tatsächlich 62) Herz-Kreislauf-Rehabilitationspatienten zu den Zeitpunkten bei Aufnahme und Entlassung (Abstand von ca. 3 Wochen) aus der Rehabilitation erhoben. Das standardisierte multidisziplinäre Rehabilitationsprogramm erhielten alle Studienteilnehmer, darüberhinaus wurden keine zusätzlichen Interventionen durchgeführt. Von allen Patienten wurde bei Aufnahme und Entlassung die Haut-Autofluoreszenz (SAF) gemessen, die mit den im Gewebe eingelagerten AGEs korreliert. (Meerwaldt et al., 2004) Zudem wurden Serumproben gesammelt und neben Routinelaborparametern auch Spezialuntersuchungen

mittels ELISA-Technik durchgeführt, um die Konzentration von AGEs und sRAGE im Serum zu bestimmen.

### **Ergebnisse**

In der untersuchten Studienpopulation zeigte sich, dass sich ein multidisziplinäres Rehabilitationsprogramm mit passiver und aktiver Physiotherapie und an den Patienten angepasste Ernährungsumstellung oxidativen Stress reduzieren kann. Die Myeloperoxidase (MPO) Spiegel reduzierten sich von Aufnahme zu Entlassung statistisch signifikant ( $p < 0,05$ ). Die SAF-Messung während des 3-wöchigen Rehabaufenthalts zeigte aufgrund der kurzen Zeitspanne für AGE-Veränderungen in der Haut zu geringe Unterschiede zwischen den beiden Zeitpunkten. Allerdings konnte eine leichte Reduktion der AGE-Spiegel im Serum beobachtet werden während die sRAGE Spiegel anstiegen. Dadurch konnten wir eine deutliche Verringerung im errechneten AGE/sRAGE Quotienten beobachten ( $p < 0,01$ ). Interessanterweise hatten Patienten, die angaben vor Rehabilitation keine Bewegung gemacht zu haben, bereits vor Beginn der Rehabilitation höhere AGE-Werte verglichen mit jenen Patienten, die Bewegung machten. Die Verringerung des AGE/sRAGE-Quotienten im Verlauf des Rehabaufenthalts deutet auf einen risikosenkenden Effekt der stationären Rehabilitation hin.

### **Diskussion und Fazit**

Eine stationäre Rehabilitation ist ein starkes Instrument zur Verbesserung der Situation von Patienten indem oxidativer Stress und der AGE/sRAGE Quotient reduziert werden. Die multidisziplinäre Rehabilitation kombiniert aktive und passive Bewegungstherapie, Ernährungsumstellung und –Schulung. Eine stationäre Rehabilitation gewährleistet ein verringertes Risikoprofil, welches Genesung, Aufrechterhaltung der Gesundheit und die Wiederaufnahme von Arbeit begünstigt.

### **Literatur**

- Isami, F., West, B. J., Nakajima, S., Yamagishi, S. (2018): Association of advanced glycation end products, evaluated by skin autofluorescence, with lifestyle habits in a general Japanese population. *The Journal of international medical research*, 46 (3): 1043-1051.
- Lindsey, J. B., Cipollone, F., Abdullah, S. M., McGuire, D. K. (2009): Receptor for advanced glycation end-products (RAGE) and soluble RAGE (sRAGE). *Diabetes & vascular disease research*, 6 (1): 7-14.
- Meerwaldt, R., Graaf, R., Oomen, P. H., Links . , Jager J. J., Alderson, N. L., Thorpe, S. R., Baynes, J. W., Gans, R. O. B., Smit A. J. (2004): Simple non-invasive assessment of advanced glycation endproduct accumulation. *Diabetologia*, 47: 1324–1330.
- Prasad, K. (2014): Low levels of Serum soluble Receptors for Advanced Glycation End Products, Biomarkers for Diseases State: Myth or Reality. *International Journal of Angiology*, 23: 11-16.

# **Die Veränderung somatischer, verhaltensbezogener und psychosozialer Zielgrößen im Verlauf der Rehabilitation bei Metabolischem Syndrom: Eine Evaluation des META-Programms**

*Jürgen M. Giesler<sup>1</sup>; Ute Dederichs-Masius<sup>2</sup>; Manuela Glattacker<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Universitätsklinikum Freiburg, Medizinische Fakultät, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg;

<sup>2</sup> Drei-Burgen-Klinik der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

## **Hintergrund und Zielstellung**

Als Metabolisches Syndrom (MetS) wird ein Cluster aus vier Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen bezeichnet, das Diabetes bzw. Prä-Diabetes, Adipositas, Hypercholesterinämie und Hypertonie umfasst. Die Prävalenz des MetS wird auf ca. 20-25% weltweit geschätzt (IDF, 2006). Entstehung und Aufrechterhaltung des MetS werden als komplexes Zusammenwirken zwischen genetischer Disposition, Umwelteinflüssen und Lebensstilfaktoren wie ungünstiger Ernährung und Mangel an Bewegung beschrieben (Hauner et al., 2016; IDF, 2006). In Bezug auf Adipositas wird hierbei u.a. auch der Stellenwert von Stress und depressiven Erkrankungen diskutiert, psychosoziale Folgen der Adipositas zeigen sich dagegen in erhöhten Prävalenzen für Depressivität, Ängstlichkeit oder Selbstwertminderung. Entsprechend fokussiert die medizinische Rehabilitation gleichermaßen somatische, verhaltensbezogene und psychosoziale Zielgrößen (ebd.). Ziele sind hierbei die Erhöhung der Teilhabe am beruflichen und privaten Leben, die Reduktion von Übergewicht, die Verminderung des Risikos für Folgeerkrankungen und die Verbesserung der Lebensqualität. Dies schließt eine Verbesserung der Blutzuckereinstellung, der arteriellen Hypertonie, der Hypercholesterinämie und begleitender degenerativer Skeletterkrankungen ein. Verhaltensorientierte Ziele umfassen die Aneignung eines adäquaten Ernährungsverhaltens, eine kurzfristig einzuleitende und langfristig zu stabilisierenden Gewichtsabnahme, den Aufbau eines adäquaten Bewegungsverhaltens im Alltag und langfristig fortgeführte regelmäßige sportliche Aktivität sowie bei Bedarf Veränderung depressiven Erlebens und Verhaltens. Vor diesem Hintergrund war es Ziel der vorliegenden Untersuchung, zu analysieren, inwieweit sich somatische, verhaltensbezogene und psychosoziale Zielgrößen im Verlauf der Teilnahme an einem spezifisch auf die zuvor genannten Aspekte abgestimmten fünfwöchigen Gruppenprogramm für Rehabilitand/inn/en mit MetS (META-Programm) verändern.

## **Methoden**

Von Mai 2018 bis Juni 2019 konnten insgesamt N=114 Rehabilitand/inn/en mit MetS in die Studie eingeschlossen werden, die an dem META-Programm der Drei-Burgen-Klinik der DRV-Rheinland-Pfalz (in der Regel maximal 12 Betroffene pro Durchgang) teilnahmen. Zu Beginn und Ende des Programms wurden jeweils somatische (BMI, Körperzusammensetzung, Blutdruck etc.) und psychosoziale Zielgrößen (u.a. Gesundheitskompetenz, Depressivität, Selbstwirksamkeit und Wohlbefinden anhand der Fragebögen HELP bzw. HEALTH-49) erhoben. Zum Ende des Programms wurden zudem subjektive Einschätzungen wahrgenommener Veränderungen hinsichtlich des gesundheitlichen Zustands und des erkrankungsbezogenen Wissens und Verhaltens anhand eigenentwickelter Items erfragt. Für die Studie lag ein positives Votum der Ethikkommission

der Universität Freiburg vor. Zur Datenauswertung wurden deskriptiv-statistische Verfahren und t-Tests für abhängige Stichproben herangezogen. Als Maß der Effektstärke dienten SES (standardized effect sizes).

## **Ergebnisse**

Die Studienteilnehmer/innen waren im Mittel  $M = 51$  Jahre alt ( $SD = 8,4$ ), 74% waren männlich. 56% der Rehabilitand/inn/en verfügten über einen Hauptschul-, 20% über einen Realschulabschluss, 80% waren zu Reha-Beginn erwerbstätig. Für 16 von insgesamt 18 erfassten somatischen Zielgrößen zeigten sich signifikante Verbesserungen im Zeitverlauf ( $p < 0,001$ ) mit Effektstärken zwischen 0,14 (Fettmasse in Prozent) und 1,06 (Gesamtcholesterin). Hinsichtlich der Gesundheitskompetenz ergab sich für die Fähigkeit zum Verstehen medizinischer Information eine signifikante Zunahme zum Ende der Rehabilitation ( $p = 0,001$ ,  $SES = 0,23$ ). Darüber hinaus fanden sich signifikante Verbesserungen hinsichtlich des Ausmaßes von somatoformen Beschwerden, Depressivität, Wohlbefinden, interaktionellen Schwierigkeiten, Selbstwirksamkeit sowie Aktivität und Partizipation ( $p$  jeweils  $< 0,001$ ). Die Effektstärken variierten hierbei zwischen 0,44 (Selbstwirksamkeit) und 0,98 (Wohlbefinden). Ein Vergleich mit Referenzdaten einer Stichprobe erkrankter Patient/inn/en aus Hausarztpraxen (Rabung et al. 2016) ergab, dass die Eingangswerte der Befragten der vorliegenden Stichprobe z.T. deutlich höher lagen. Korrespondierend zu den Veränderungen im Zeitverlauf zeigten sich Verbesserungen in den von den Rehabilitand/inn/en selbst direkt eingeschätzten Veränderungen ihres Gesundheitszustandes und ihres gesundheitsbezogenen Wissens und Verhaltens (Gesundheitszustand, körperliches oder seelisches Befinden „etwas“ oder „deutlich“ besser: 84%, 77% bzw. 63%; „besser über Erkrankung informiert“: 70%, „kann Blutzucker selbst besser messen“: 66%).

## **Diskussion und Fazit**

Die vorliegende Studie zeigt mehrheitlich signifikante Verbesserungen der auf verschiedenen Ebenen angesiedelten Zielgrößen im Verlauf der medizinischen Rehabilitation bei Rehabilitand/inn/en mit MetS. Dies entspricht den Zielen des hier untersuchten Rehabilitationsprogramms. Soweit einzelne zwischen den Zielgrößen variierende Effektstärken geringer ausfallen, lassen sich diese als Hinweise auf möglicherweise wenig ausgeschöpfte Potentiale des META-Programms nutzen. Limitationen der Untersuchung ergeben sich daraus, dass sie als nicht-randomisierte Studie ohne Kontrollgruppe angelegt ist und lediglich eine Rehabilitationseinrichtung einschloss. Zudem sind Faktoren wie soziale Erwünschtheit und mögliche Selektionseffekte zu berücksichtigen. Inwieweit die hier ermittelten positiven Veränderungen erhalten bleiben, wird durch die Analyse von Daten einer Drei-Monats-Katamnese geklärt werden, deren Erhebung Mitte November 2019 abgeschlossen sein wird. Zukünftige Forschung sollte darüber hinaus klären, welche patienten- und interventionsseitigen Faktoren Veränderungen in einzelnen Zielgrößen möglicherweise beeinflussen.

## **Literatur**

Farin, E., Ullrich, A., Nagl, M. (2013): Health education literacy in patients with chronic musculoskeletal diseases: development of a new questionnaire and sociodemographic predictors. *Health Education Research*, 28(6). 1080–1091.

- Hauner, H., Moss, A., Berg, A., Bischoff, S.C., Colombo-Benkmann, M., Ellrott, T., Kanthak, U., Kunze, D., Stefan, N., Teufel, M., Wabitsch, M., Wirth, A. (2016): Prävention und Therapie der Adipositas. *Diabetologie und Stoffwechsel*. 11(S 02). S130-S135.
- IDF (International Diabetes Federation) (2006): The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome. <http://www.idf.org/metabolic-syndrome> (Abruf: 6.12.2016).
- Rabung, S., Harfst, T., Kawski, S., Koch, U., Wittchen, H. U., Schulz, H. (2009): Psychometrische Überprüfung einer verkürzten Version der »Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis« (HEALTH-49). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. 55(2). 162-179.
- Rabung, S., Harfst, T., Koch, U., Schulz, H. (2016): „Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH)“ – Referenzdaten zur verkürzten 49-Item-Version „Health-49“ (Stand: 15.01.2007). 4., überarbeitete Auflage, 25.11.2016. <https://www.yumpu.com/de/document/read/21769629/referenzwerte-zum-health-49-hamburger-module> (Abruf: 21.10.2019).

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

## **Effektivität der kardiologischen Rehabilitation bei 1.100 Patienten mit Koronarer Herzerkrankung (Daten aus dem LLT-R-Register)**

*Bernhard Schwaab<sup>1</sup>; Heinz Völler<sup>2</sup>; Kristina Eckrich<sup>3</sup>; Viktoria Heinze<sup>4</sup>;  
Christa Bongarth<sup>5</sup>; Manju Guha<sup>6</sup>; Axel Schlitt<sup>4</sup>*

<sup>1</sup> Curschmann Klinik Timmendorfer Strand; Universitätsklinikum Lübeck;

<sup>2</sup> Klinik Rüdersdorf; Universität Potsdam; <sup>3</sup> Klinik Tharandter Wald – Hetzdorf;

<sup>4</sup> Paracelsus-Harz-Klinik Bad Suderode; <sup>5</sup> Klinik Höhenried gGmbH der DRV Bayern Süd;

<sup>6</sup> Reha-Klinik am Sendesaal

### **Hintergrund und Zielstellung**

Die koronare Herzkrankheit (KHK) hat in den westlichen Industrienationen einen wesentlichen Anteil an Morbidität und Mortalität in der Gesamtbevölkerung (Perk et al., 2012). Kardiologische Rehabilitationsmaßnahmen verbessern im Rahmen der Tertiärprävention Lebensqualität und Prognose bei Patienten mit KHK und verringern im deutschen Sozialsystem die Rate an frühzeitigen Berentungen, durch Interventionen in den Bereichen Adhärenz zum Nikotinverzicht, zur medikamentösen Therapie, Bewegungs- und Ernährungsempfehlungen sowie zur Krankheitsbewältigung (Steinacker et al., 2007; Bjarnason-Wehrens et al., 2003).

### **Methoden**

Das primäre Ziel dieser prospektiven, multizentrischen Registerstudie war die Frage der leitliniengerechten Anpassung und Einhaltung der lipidsenkenden Therapie während und nach einer kardiologischen Rehabilitationsmaßnahme bei 1.100 Patienten mit KHK in einem Zeitraum von 12 Monaten nach Entlassung aus den sechs beteiligten Rehabilitationskliniken.

Die Patienten wurden nach schriftlicher Einverständniserklärung und nach Votum der jeweiligen lokalen Ethikkommissionen von 2016 bis 2018 in die Studie eingeschlossen.

Für die vorliegende Analyse wurde der Anteil der Berentung bzw. der Anteil der Erwerbstätigen in einem zwölfmonatigen Follow-up analysiert.

## Ergebnisse

Das mittlere Alter der 1.100 Patienten betrug  $63,4 \pm 10,4$  Jahre, und 24,1% der Patienten waren weiblich. 12,2% waren aktive Raucher, 33,9% litten an einem Diabetes mellitus und 86,5% an einem arteriellen Hypertonus. Der Großteil der Patienten kam mit den Hauptindikationen NSTEMI (31,6%) STEMI (29,6%) und Zustand nach ACB-Operation (26,4%).

72,9% der Patienten lebten in einer Ehe oder eheähnlichen Gemeinschaft, 9,4% waren geschieden, 8,6% ledig und 7,4% verwitwet.

Die Rehabilitationsverfahren verteilten sich auf 96,3% Anschlussrehabilitation (AHB), 3,3% medizinische Rehabilitation im Antragsverfahren (MRA) und 0,4% Andere.

Der Effekt der Rehabilitation zeigte sich in einer niedrigen Gesamtmortalität, nur 0,6% der Patienten verstarben im 12-Monats-Follow-up, wobei 13,1% der Patienten nicht nachverfolgt werden konnten (lost to follow-up).

Ein weiterer positiver Effekt der Rehabilitationsmaßnahmen zeigte sich in einem geringen Anstieg der Berentungen: Der Anteil der berenteten Patienten stieg um nur 2% im Jahresverlauf von 55,6% bei Aufnahme auf 56,4% im 3-Monats-Follow-up und 57,6% im 12-Monats-Follow-up (Abb. 1).

Der Anteil der Erwerbstätigen sank jedoch um ca. 6%: 36,0% der Patienten kamen erwerbstätig sowie 8,4% erwerblos zur Rehabilitationsmaßnahme. Der Anteil der Erwerbstätigen sank auf 30,3% nach drei und 30,1% nach 12 Monaten, der der Arbeitssuchenden stieg auf 13,3 nach drei Monaten um nach 12 Monaten auf 12,3% zu sinken (Abb. 1).

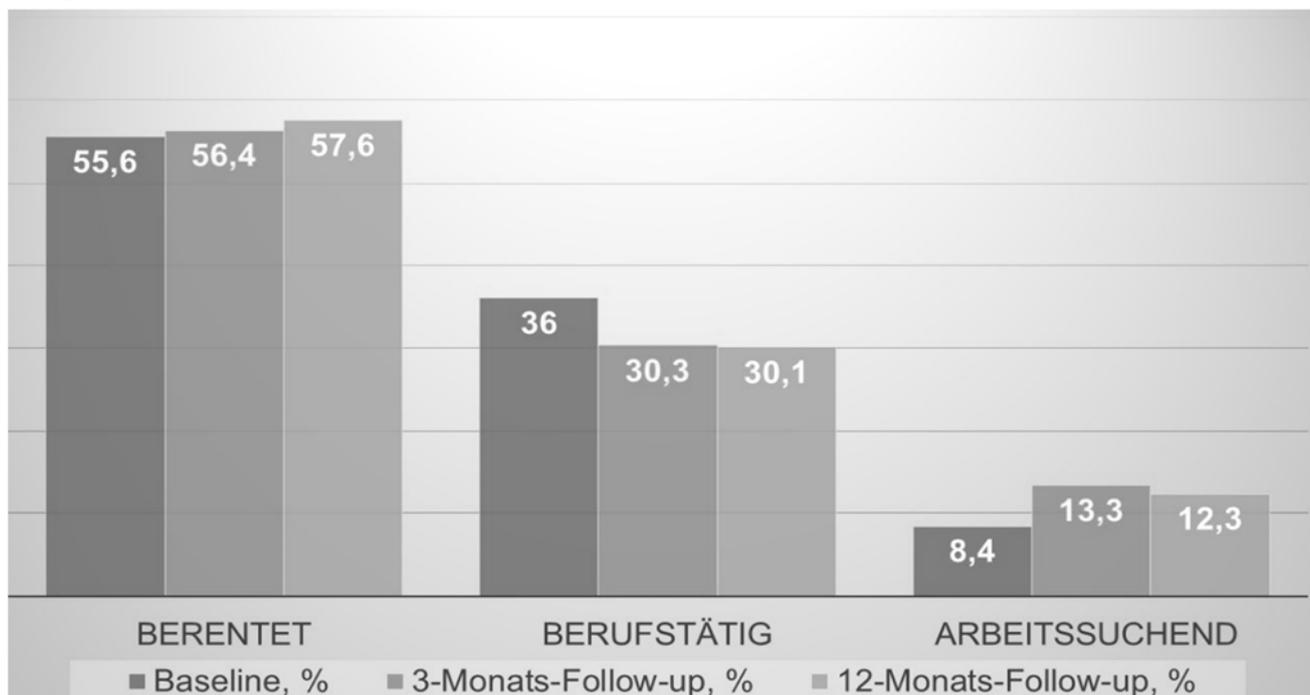


Abb 1: Anteil berenteter, berufstätiger und arbeitssuchender Rehabilitanden

## Diskussion und Fazit

Diese multizentrische Registerstudie aus sechs deutschen Rehabilitationskliniken zeigt die Effektivität der kardiologischen Rehabilitation in Deutschland.

## Literatur

Bjarnason-Wehrens B, Benesch L, Bischoff KO, Buran-Kilian B, Gysan D, Hollenstein U, Mayer-Berger W, McCabe M, Wilkniss R, Sauer G: Die Effektivität einer ambulanten kardiologischen Rehabilitation der Phase II. Modellprojekt der LVA-Rheinprovinz und der rheinischen Krankenhäuser zur ambulanten/teilstationären kardiologischen Rehabilitation. *Herz* 28(2003) 404-412.4.

Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M, Albus C, Benlian P, Boysen G, Cifkova R, Deaton C, Ebrahim S, Fisher M, Germano G, Hobbs R, Hoes A, Karadeniz S, Mezzani A, Prescott E, Ryden L, Scherer M, Syv anne M, Scholte op Reimer WJ, Vrints C, Wood D, Zamorano JL, Zannad F; European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR); ESC Committee for Practice Guidelines (CPG). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur Heart J.* 2012; 33: 1635-701.

Steinacker JM, Liu Y, Hahmann H, Imhoff A, Kropf C, Koenig W, Muche R, Schweikert B, Leidl R, Stilgebauer F, Hombach V: SAHRA-Studie: Stationäre versus ambulante Rehabilitation bei Patienten mit akutem Koronareignis. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): 16. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium - Tagungsband. (2007) 453-454. ([www.deutsche-rentenversicherung-bund.de](http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de))

Interessenkonflikt: Vortragshonorare und Mitarbeit in Advisory Boards für den Fördermittelgeber.

Förderung: Sanofi-Aventis Deutschland

## Eingangsbelastungen und Reha-Effekte bei 176 PatientInnen mit Lymphödem

*Daniel Schlittenhardt<sup>1</sup>; Heinrich Hakuba<sup>1</sup>; Nikolaus Gerdes<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Rehaklinikum Bad Säckingen GmbH; <sup>2</sup> Hochrhein-Institut am Rehaklinikum Bad Säckingen

## Hintergrund und Zielstellung

Nach Einschätzung der Fachgesellschaften leiden in Deutschland ca. 4 Millionen Menschen an Lymphödemen, die unbehandelt in hohem Prozentsatz zur Invalidisierung führen.

Das Lymphsystem ist neben dem arteriellen und venösen Blutkreislauf ein drittes Transportsystem des Körpers, das dazu dient, Stoffwechselschlacken, Zellreste etc. aus dem Zwischenzellgewebe abzuleiten. Lymphödeme sind Flüssigkeitsansammlungen, die durch ungenügenden Abtransport der lymphpflichtigen Substanzen hervorgerufen werden. Solche

Störungen können durch Verletzungen aller Art hervorgerufen werden (z.B. chirurgische / radiologische Therapien bei Krebserkrankungen), wobei eine ausgeprägte Adipositas einen wesentlichen Risikofaktor für Entstehung und Progredienz darstellt (AWMF 2017, S.9).

Die Standardtherapie der Lymphödeme ist die "Komplexe Physikalische Entstauungstherapie" (KPE) mit Manueller Lymphdrainage, Kompressionstherapie, entstauungsfördernder Bewegungstherapie und Schulung zur Selbsttherapie (AWMF 2017, S.37ff.). Therapieziele sind u.a.: Verringerung des Ödemvolumens, Verbesserung der Funktionsfähigkeit in Beruf und Alltagsleben und Vermittlung von Selbstbehandlungsmöglichkeiten.

Der Beitrag zielt darauf ab, die 2014 in unserer Klinik neu aufgebaute lymphologische Abteilung anhand der Eingangsbelastungen und Reha-Effekte der PatientInnen vorzustellen und dabei sowohl auf objektive (Volumenmessungen) als auch auf subjektive Daten zurückzugreifen.

## **Methoden**

In die Auswertungen wurden 176 RehabilitandInnen einbezogen, die 2018 unserer Klinik mit einer lymphologischen Hauptdiagnose zugewiesen wurden (Frauenanteil 83,5%). Von allen lagen Daten zum Körpergewicht sowie zur Volumenmessung an beiden Beinen (n=170) und/oder beiden Armen (n=112) bei Aufnahme und Entlassung vor. Das mittels Umfangmessungen ermittelte Volumen bezieht sich immer auf das Gesamtvolumen der betreffenden Extremität. Das isolierte Ödemvolumen kann nur dann berechnet werden, falls nur eine Körperseite betroffen ist und mit der unbetroffenen Seite verglichen kann. Diese Bedingung war bei unseren PatientInnen meistens nicht gegeben. Die subjektiven Eingangsbelastungen und ihre Veränderungen (z.B. Schmerzen, Funktionseinschränkungen in Beruf und Alltagsleben, psychische Belastungen) wurden mittels des IRES-Fragebogens (Bührlen et al., 2005) erfasst, der bei allen PatientInnen der Klinik zu Beginn und am Ende der Maßnahme erhoben wird. Aus klinikinternen Gründen mussten die IRES-Erhebungen im 1.Quartal 2018 entfallen, sodass sich die Anzahl auswertbarer IRES-Fragebögen auf 98 reduzierte.

## **Ergebnisse**

Zum Thema "Eingangsbelastungen" ist zu berichten, dass 67% mit Ödemen im Stadium II ("Ödem, nicht spontan reversibel") und 60% mit einer Adipositas der Grade II (20%: BMI=35-40) oder III (40%: BMI > 40) zur Rehabilitation gekommen sind. Diese gravierenden somatischen Befunde schlagen sich verständlicherweise auch in den subjektiven Belastungen im IRES-Fragebogen nieder: 60-70% lagen auf den Skalen "Summenscore", "Symptome MSK/HK", "Schmerzen", "Funktionsfähigkeit Alltag" und "psychisches Befinden" in Skalenbereichen, die in der Normstichprobe des IRES nur bei den "schlechtesten" 10% vorkommen. Insgesamt zeigten sich diese PatientInnen zu Reha-Beginn mit multiplen, (sehr) stark ausgeprägten Belastungen in fast allen Bereichen, die der IRES-Fragebogen erfasst.

Bei Reha-Ende haben sich folgende Veränderungen gezeigt: Das Ödemvolumen in beiden Beinen hat sich durchschnittlich um 1.800 ccm, also fast 2 Liter, verringert; Verschlechterungen sind nur in wenigen Ausnahmefällen vorgekommen. Zur Interpretation der Veränderungen wurden sog. "Effektstärken" bestimmt, die folgendermaßen interpretiert werden können: Werte < 0,3 = "geringe", 0,3 bis 0,8 = "mittlere" und > 0,8 = "starke" Effekte.

Mit Werten von SRM=1,80 (Arme) bzw. 1,21 (Beine) liegt die durchschnittliche Verringerung des Ödemvolumens klar im Bereich "starker" Effekte.

Diese Verbesserungen im somatischen Bereich spiegeln sich auch in den Veränderungen der subjektiven Belastungen: Auf allen Skalen hat sich der Anteil in den unauffälligen Skalenbereichen mindestens verdoppelt; z.B. beim Summenscore von 12% auf 41%. Beim psychischen Befinden hat sich die Schweregradverteilung weitgehend der Normstichprobe angenähert. Der Summenscore des IRES hat sich mit einem "starken" Effekt von SRM=1,27 verbessert.

### **Diskussion und Fazit**

Die objektiven Daten aus den Volumenmessungen und die subjektiven Angaben der PatientInnen ergänzen sich und stützen das Resümee einer insgesamt erfolgreichen Rehabilitation bei diesem Krankheitsbild.

Natürlich hätten wir die Ergebnisse der Volumenmessungen gerne mit den Daten aus anderen Kliniken oder kontrollierten Studien verglichen, aber die vorliegenden Studien (vgl. Oehlenberg et al., 2015) beziehen sich im Wesentlichen auf PatientInnen nach Mastektomie, bei denen das isolierte Ödemvolumen ermittelt und die Therapierergebnisse als prozentuale Verringerung des Ödemvolumens berechnet werden konnten. Diese Ergebnisse sind jedoch mit den unsrigen nicht vergleichbar und vergleichbare Ergebnisse aus anderen Reha-Kliniken liegen uns nicht vor. Auf diesem Hintergrund hat die hier vorgestellte Untersuchung auch zum Ziel, unsere Ergebnisse anderen Reha-Kliniken für Vergleiche zugänglich zu machen.

### **Literatur**

AWMF (2017): S2k Leitlinie - Diagnostik und Therapie der Lymphödeme. AWMF Reg.-Nr. 058-001. Mai 2017.

Bühren B., Gerdes N., Jäckel W.H. (2005): Entwicklung und psychometrische Testung eines Patientenfragebogens für die medizinische Rehabilitation (IRES-3). Rehabilitation 44: 63-74.

Oehlenberg, A., Möller D., von Piekartz, H. (2014): Ist Manuelle Lymphdrainage effektiv? Systematischer Literaturreview. *pt\_Zeitschrift für Physiotherapie* 67 (2015) 2.

## **Patienten mit Herzinsuffizienz in und nach einer kardiologischen Rehabilitationsmaßnahme, eine prospektive Single-Center-Untersuchung**

*Juliane Schürmann; Steffi Bethge; Viktoria Heinze; Axel Schlitt*

Paracelsus-Harz-Klinik Bad Suderode

### **Hintergrund und Zielstellung**

Die Herzinsuffizienz als dritthäufigste zum Tode führende Erkrankung führt in Deutschland jährlich zu Behandlungskosten von mehr als 2,9 Mrd. Euro (Bui et al., 2011). Während die Prävalenz nach US-amerikanischen Prognosen in den nächsten 15 Jahren um 25% zunehmen wird, ist mit einem Anstieg der Krankheitskosten um über 200% zu rechnen (Goldberg et al., 2007). Ursächlich hierfür ist eine Abnahme der Krankenhausmortalität, ein

kürzerer Klinikaufenthalt und dadurch bedingt eine erhöhte stationäre Wiederaufnahmerate. Dieser Circulus vitiosus kann durch das multimodale Programm der Rehabilitation unterbrochen werden (McMurray et al., 2012). Die Optimierung der während des Akutaufenthaltes initiierten Pharmakotherapie, die Durchführung standardisierter Schulungen, ein individualisiertes Kraftausdauer- und Koordinationstraining sowie die psychosoziale Betreuung mit Hilfestellungen zur beruflichen Reintegration stellen Kernkomponenten der Rehabilitation herzinsuffizienter Patienten dar. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt liegen jedoch für die Wirksamkeit der multimodalen Rehabilitation bei der Diagnose Herzinsuffizienz nur wenige Daten vor.

## **Methoden**

Nach Votum durch die Ethikkommission der Ärztekammer Sachsen-Anhalt und nach schriftlicher Einverständniserklärung wurden Patienten mit der Haupt- oder Nebendiagnose Herzinsuffizienz im Zeitraum 2016-2017 in der Paracelsus-Harz-Klinik Bad Suderode prospektiv eingeschlossen. Es wurden allgemeine Parameter wie Alter, Geschlecht, BMI, u.a. erfasst. Weitere Zielgrößen beinhalteten u.a. die Überprüfung des NYHA-Stadiums, der Gesamtmortalität, u.a. im Verlauf. Als Ausschlusskriterien dienten Krankheiten oder Funktionsstörungen, die eine Teilnahme ausschlossen (Demenz, psychische Störungen) sowie eine fehlende Einverständniserklärung. Für die vorliegende Analyse wurde der Anteil der Berentung in einem zwölfmonatigen Follow-up analysiert.

## **Ergebnisse**

Insgesamt wurden 200 stationär rehabilitierte Patienten rekrutiert. Das mittlere Alter betrug  $64,7 \pm 11,9$  Jahre, der Frauenanteil 24,1%, 41,7% litten unter einem Diabetes mellitus. Der Body-Mass-Index war im Verlauf unverändert: Bei Aufnahme  $29,0 \pm 5,2$  kg/m<sup>2</sup>, bei Entlassung  $28,8 \pm 5,1$  kg/m<sup>2</sup>, im 3-Monats-Follow-up  $28,9 \pm 4,5$  kg/m<sup>2</sup> und im 12-Monats-Follow-up  $29,7 \pm 5,6$  kg/m<sup>2</sup>.

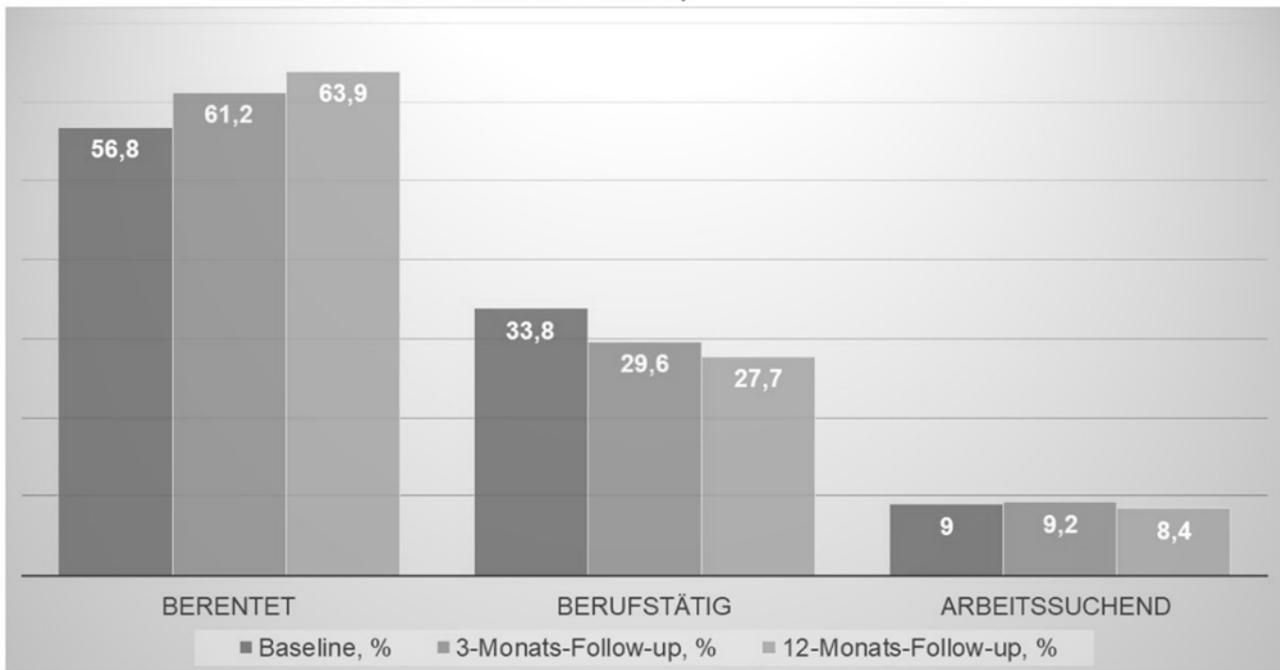
Die Kostenträger verteilten sich auf 48,2% Deutsche Rentenversicherung und 51,8% Krankenkassen. 33,8% der Patienten kamen erwerbstätig sowie 9% erwerblos zur Rehabilitationsmaßnahme, 56,8% der Patienten waren bei Aufnahme in die Klinik berentet.

Der Effekt der Rehabilitation zeigte sich in einer niedrigen Gesamtmortalität, nur 2% der Patienten verstarben im 12-Monats-Follow-up, einer Verbesserung der subjektiven Symptomatik gemessen anhand der NYHA-Klassifikation (Abbildung 1), sowie eines geringen Anteils der neu berenteten Patienten: In der Nachbeobachtung nahm der Anteil der berenteten Patienten von 56,8% bei Aufnahme auf 61,2% im 3-Monats-Follow-up und 63,9% im 12-Monats-Follow-up zu.

## **Diskussion und Fazit**

In Deutschland werden nur wenige Patienten mit der Hauptdiagnose Herzinsuffizienz rehabilitiert. In einer Untersuchung aus dem Jahr 2015 zeigte sich, dass nur bei ca. 17% der Patienten, die mit der Hauptdiagnose Herzinsuffizienz stationär behandelt wurden, eine Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt wurde (Schlitt et al., 2015).

**Abbildung 1** Anteil der berenteten, erwerbstätigen und arbeitssuchenden Patienten bei Aufnahme sowie im 3- und 12- Monats-Follow-up



In der hier vorgelegten monozentrischen Untersuchung zeigten sich sowohl symptomatische (Verbesserung der NYHA-Klassen) als auch prognostische (Gesamtmortalität) Effekte der Rehabilitation sowie ein geringer Anteil von Patienten (7,1%), die im Jahresverlauf neu berentet wurden.

Diese Daten spiegeln die Wirksamkeit der multimodalen Rehabilitation wider und unterstreichen die Notwendigkeit Patienten mit der Diagnose Herzinsuffizienz nach Akutkrankenhausaufenthalt (AHB) oder bei chronischer Verschlechterung (MRA) zu rehabilitieren.

### Literatur

- Bui, A.L. et al. (2011): Epidemiology and risk profile of heart failure. *Nat Rev Cardiol.* 2011; 8: 30-41.
- Goldberg, R.J. et al., (2007): Long-term survival after heart failure: a contemporary population-based perspective. *Arch Intern Med.* 2007;167:490–496.
- McMurray, J.J. et al. (2012): ESC Committee for Practice Guidelines. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur J Heart Fail.* 2012; 14: 803-69.
- Schlitt, A. et al. (2015): Rehabilitation in Patients With Coronary Heart Disease: Participation and Its Effect on Prognosis. *Dtsch Arztebl Int.* 2015; 112: 527-34.

Interessenkonflikt: Vortragshonorare und Mitarbeit in Advisory Boards für Novartis Deutschland.

Förderung: Novartis Deutschland

## **Das “SRH Nordschwarzwald IRENA Konzept” Stärkung der Selbstwirksamkeit im Bereich der beruflichen Aktivität und des Trainingsverhaltens**

*Pascal Benz; Christopher Röck*  
SRH Gesundheitszentrum Waldbronn

### **Hintergrund und Zielstellung**

2016 führte die DRV Bund 149.370 Nachsorgeleistungen durch (vgl. DRV, 2018, S.24). Dabei werden Leistungen aus mindestens zwei der nachfolgenden Therapiefelder erbracht (vgl. DRV, 2019):

- Therapiefeld I: Sport- und Bewegungstherapie, Physiotherapie
- Therapiefeld II: Klinische Psychologie, Arbeitstherapie, Klinische Sozialarbeit
- Therapiefeld III: Information/Motivation/Schulung, Ernährungsmedizin

Um den Anforderungen des IRENA Anforderungsprofils gerecht zu werden, hat das SRH Gesundheitszentrum Waldbronn ein Konzept erarbeitet, welches die Stärkung der Selbstwirksamkeit im Bereich der beruflichen Aktivität und des Trainingsverhaltens zum Ziel hat. Edukative Einheiten mit dem Ziel der Schulung und Patientenaufklärung sowie Entspannungseinheiten erweitern das bewegungspraktisch angelegte Programm (Therapiefeld I). Die theoretischen Schulungsinhalte und praktischen Lehrinhalte sollen Rehabilitanden im Alltag praktisch anwendbares Wissen aus den Bereichen Bewegung, Entspannung sowie Umgang mit Stress und Schmerz vermitteln.

Durch die Studienlage (Brox et al., 2008) sind Schulungen als evident zu erachten, so dass mit einer Steigerung der Selbstwirksamkeit im Bereich der beruflichen Aktivität und des Trainingsverhaltens gerechnet werden kann.

### **Methoden**

Das Schulungskonzept ist in vier Fachbereiche aufgegliedert (Siehe Tabelle 1):

1. Anatomie und Physiologie
2. Pathophysiologie
3. Evidenzbasierte Ergonomie und Training
4. Schmerz, Stress und Entspannung

Die praktische Umsetzung des Konzepts sieht wie folgt aus: Die Teilnehmer durchlaufen alle den gleichen Anwendungsablauf innerhalb der IRENA-Maßnahme. Die 24 Termine finden zweimal wöchentlich statt. Der erste Termin der Woche beginnt mit der Schulung, welche die theoretischen Inhalte vermittelt. Das jeweilige Schulungsmodul ist auf 60 min ausgelegt, und

kombiniert theoretische Inhalte mit praxisnahen Bewegungs- und Entspannungseinheiten. Am zweiten Wochentag wird ein Mix aus je 30 min Gruppengymnastik, MTT und Bewegungsbad absolviert. Um ein ansprechendes Schulungskonzept zu gewährleisten, wurden Lehrtafeln zu den einzelnen Themenfeldern (siehe Anhang) erarbeitet. Es wurde darauf geachtet, diese nachvollziehbar und verständlich zu gestalten, um im Anschluss praktische Übungen folgen zu lassen und so im Sinne der Nachhaltigkeit das jeweilige Handlungs- und Effektwissen der Rehabilitanden zu verbessern.

Das "SRH Nordschwarzwald IRENA Konzept" wird von 2020 bis 2022 mit einer Studie untersucht. Die Studie ist in drei Phasen aufgeteilt:

1. Stufe: Erfassen von Daten n= mind. 150 Rehabilitanden. Zeitraum 2020. 2. Stufe: Abschluss der Ergebnisse. Zeitraum 2021. 3. Stufe: Follow Up der Rehabilitanden, um die Nachhaltigkeit zu überprüfen. Zeitraum 2022

Es wird ein Auswertungstool mittels Fragebogen erarbeitet, um die Qualität der Ergebnisse nach Abschluss der IRENA Anwendung zu evaluieren. Dieses Auswertungstool ist ein Zusammenschluss mehrerer Fragebögen:

1. Soziodemographische Fragen
2. Rehabilitanden Zufriedenheit (Items aus DRV-Fragebögen)
3. Oswestry Disability Index (Beschwerden im Alltag und Sozialleben)

Als Messzeitpunkte wird der Beginn der IRENA/ ASP und der Abschluss gewählt. Angefragt werden die Teilnehmer IRENA / ASP „Wirbelsäule“, jegliche Teilnahme ist freiwillig. Um eine möglichst hohe Rücklaufquote zu erhalten, wird im Eingangs- und im Abschlussgespräch durch den betreuenden Arzt explizit auf den Fragebogen hingewiesen. Ein soziodemographischer Fragebogen wird als Abgleich genutzt, um eine Repräsentativität der Untersuchung zu ermöglichen. Ziel ist es, das "SRH Nordschwarzwald IRENA-Konzept" mit zwei Kontrollgruppen valide zu untersuchen. Eine Kontrollgruppe sind Rehabilitanden, welche das IRENA Programm nicht annehmen. Die andere Gruppe sind IRENA Teilnehmer von Einrichtungen, die nach einem anderen Konzept behandelt werden. Dazu werden derzeit Gespräche mit möglichen Partnern geführt.

### **Ergebnisse**

Durch das Auswertungstool wird erwartet, dass wir Ergebnisse in den Bereichen Rehabilitanden Zufriedenheit, Beschwerden im Alltag/Sozialleben, berufliche Aktivität und Trainingsverhalten/körperliche Aktivität erhalten.

### **Diskussion und Fazit**

Im März 2020 können wir auf dem Reha-Kolloquium in Hannover das "SRH Nordschwarzwald IRENA- Konzept" und den Studienaufbau mit dem Auswertungstool präsentieren. Erste Auswertungen können voraussichtlich 2021 präsentiert werden.

# Moderne Ansätze der Haltung und Ergonomie: Belastungen in Alltag und Beruf, Krafttraining

Rückenschmerzen und schwere körperliche Arbeit können zusammenhängen.

Wichtig: die Dosis-Wirkungsbeziehung und der zeitliche Einfluss von dieser Arbeit<sup>1</sup>



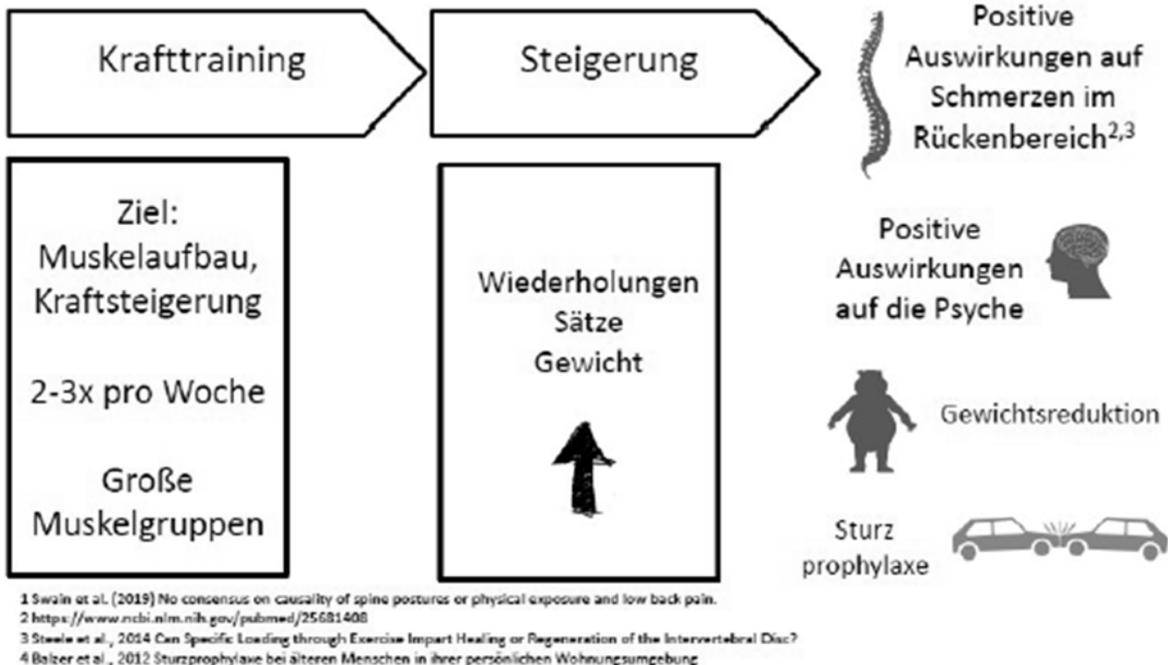
Was kann ich machen?



Das Gleichgewicht zwischen Belastung und körperlicher Fitness zurückgewinnen



Wie erlange ich körperliche Kraft?



<sup>1</sup> Swain et al. (2019) No consensus on causality of spine postures or physical exposure and low back pain.  
<sup>2</sup> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25681408>  
<sup>3</sup> Steale et al., 2014 Can Specific Loading through Exercise Impart Healing or Regeneration of the Intervertebral Disc?  
<sup>4</sup> Balzer et al., 2012 Sturzprophylaxe bei älteren Menschen in ihrer persönlichen Wohnumgebung

Abbildung 1: Plakat des Moduls: 3. Block, 2. Thema: Evidenzbasierte Ansätze der Haltung und Ergonomie: Belastungen in Alltag und Beruf, Krafttraining

WS Woche/Tag	1. Tag Im Anschluss immer Wassergymnastik B603	2. Tag Im Anschluss immer Wassergymnastik B603
0 Aufnahmet ermin	MTT Einweisung A652	
1. Woche	1. Block: Anatomie, Biomechanik, Physiologie C652 1. Thema: Grundlagen Wirbelsäule, Aufbau, Strukturen, Funktion	Spezifisch ausgerichtete Sport- und Bewegungstherapie orientiert an der Krankheit in der Gruppe A601 + Muskelkrafttraining an Krafttrainingsgeräten in der Gruppe A561
2. Woche	2. Block: Pathologie, Ätiologie C652 1. Thema: Deg. Veränderungen I: Bandscheibe, Zwischenwirbelraum, Facettengelenke, Spannungsfeld Struktur ↔ Beschwerden	Spezifisch ausgerichtete Sport- und Bewegungstherapie orientiert an der Krankheit in der Gruppe A601 + Muskelkrafttraining an Krafttrainingsgeräten in der Gruppe A561
3. Woche	3. Block: Sport, Bewegung und Belastung in Alltag und Beruf C633 1. Thema: Evidenzbasierte Ansätze Ergonomie: Haltung und Dynamik	Spezifisch ausgerichtete Sport- und Bewegungstherapie orientiert an den Anforderungen des Arbeitsplatzes in der Gruppe A602 + Muskelkrafttraining an Krafttrainingsgeräten in der Gruppe A561
4. Woche	4. Block: Umgang mit Schmerzen und Stress in Alltag und Beruf C634 1. Thema: Schmerzbewältigung und Krankheitsverarbeitung + Autogenes Training	Spezifisch ausgerichtete Sport- und Bewegungstherapie orientiert an den Anforderungen des Arbeitsplatzes in der Gruppe A602 + Muskelkrafttraining an Krafttrainingsgeräten in der Gruppe A561
5. Woche	1. Block: Anatomie, Biomechanik, Physiologie C652 2. Thema: Rumpfwirbelsäule BWS/LWS	Spezifisch ausgerichtete Sport- und Bewegungstherapie orientiert an der Krankheit in der Gruppe A601 + Muskelkrafttraining an Krafttrainingsgeräten in der Gruppe A561
6. Woche	2. Block: Pathologie, Ätiologie C652 2. Thema: Deg. Veränderungen II: Wirbelgleiten, Spinalkanalstenose Spannungsfeld Struktur ↔ Beschwerden	Spezifisch ausgerichtete Sport- und Bewegungstherapie orientiert an der Krankheit in der Gruppe A601 + Muskelkrafttraining an Krafttrainingsgeräten in der Gruppe A561
7. Woche	3. Block: Sport, Bewegung und Belastung in Alltag und Beruf C633 2. Thema: Evidenzbasierte Ansätze der Haltung und Ergonomie: Belastungen in Alltag und Beruf, Krafttraining	Spezifisch ausgerichtete Sport- und Bewegungstherapie orientiert an den Anforderungen des Arbeitsplatzes in der Gruppe A602 + Muskelkrafttraining an Krafttrainingsgeräten in der Gruppe A561
8. Woche	4. Block: Umgang mit Schmerzen und Stress in Alltag und Beruf C634 2. Thema: Stress und Stressbewältigung in Beruf und Alltag + Autogenes Training	Spezifisch ausgerichtete Sport- und Bewegungstherapie orientiert an den Anforderungen des Arbeitsplatzes in der Gruppe A602 + Muskelkrafttraining an Krafttrainingsgeräten in der Gruppe A561
9. Woche	1. Block: Anatomie, Biomechanik, Physiologie C652 3. Thema: HWS	Spezifisch ausgerichtete Sport- und Bewegungstherapie orientiert an der Krankheit in der Gruppe A601 + Muskelkrafttraining an Krafttrainingsgeräten in der Gruppe A561
10. Woche	2. Block: Pathologie, Ätiologie C652 3. Thema: Operationen an der Wirbelsäule: Chancen und Risiken: Nukleotomie, Spondylodese, Dekompression	Spezifisch ausgerichtete Sport- und Bewegungstherapie orientiert an der Krankheit in der Gruppe A601 + Muskelkrafttraining an Krafttrainingsgeräten in der Gruppe A561
11. Woche	3. Block: Sport, Bewegung und Belastung in Alltag und Beruf C633 3. Thema: Evidenzbasierte Ansätze der Haltung und Ergonomie: Heben und Tragen, Ausdauertraining	Spezifisch ausgerichtete Sport- und Bewegungstherapie orientiert an den Anforderungen des Arbeitsplatzes in der Gruppe A602 + Muskelkrafttraining an Krafttrainingsgeräten in der Gruppe A561
12. Woche	4. Block: Umgang mit Schmerzen und Stress in Alltag und Beruf C634 3. Thema: Schmerz und Stress: praktische Übungen + Autogenes Training	Spezifisch ausgerichtete Sport- und Bewegungstherapie orientiert an den Anforderungen des Arbeitsplatzes in der Gruppe A602 + Muskelkrafttraining an Krafttrainingsgeräten in der Gruppe A561

Tabelle 1: Aufteilung der Module des „SRH Nordschwarzwald IRENA-Konzept“

## Literatur

- Brox, JI; Storheim, K; Grotle, M; Tveito, TH; Indahl, A & Eriksen, HR. (2008) Evidenceinformed management of chronic low back pain with back schools, brief education, and fearavoidance training. Spine J., Jan-Feb;8(1), 28-39.
- Deutsche Rentenversicherung. (2014). KTL – Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation, 6. Auflage. Berlin: Druckerei Buck.
- Deutsche Rentenversicherung. (2018). Reha-Bericht 2018. Zugriff unter [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-undBerichte/Berichte/rehabericht\\_2018.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-undBerichte/Berichte/rehabericht_2018.html)
- Deutsche Rentenversicherung. (2019). IRENA - Das richtige Nachsorgeangebot für mich? Zugriff am 29.09.2019 unter [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Reha/RehaNachsorge/IRENA/irena\\_node.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Reha/RehaNachsorge/IRENA/irena_node.html)

# Rosenberg Reha-Nachsorge (RoReNa2): Evaluation einer internetbasierten Reha-Nachbetreuungs-Plattform für adipöse PatientInnen.

*Anne Schäfer<sup>1</sup>; Bénédicte Jolivet<sup>1</sup>; Harald Fischer<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> IfR Norderney; <sup>2</sup> Klinik Rosenberg der DRV Westfalen

## Hintergrund und Zielstellung

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

In den letzten Jahren sind viele Studien zum Thema Lebensstiländerung mittels Internet-Unterstützung publiziert worden, die z. T. positive Auswirkungen auf den langfristigen Erfolg zeigten (Afshin et al., 2016; Beilegoli et al., 2019; Sorgente et al., 2017).

Im Rahmen einer Pilotstudie wurde die internetbasierte Reha-Nachbetreuungs-Plattform „RoReNa“ (<https://rorena-rosenberg.de/>) für adipöse PatientInnen mit oder ohne Diabetes Typ 2 konzipiert und implementiert. Diese soll in der vorliegenden Studie evaluiert werden.

## Methoden

Bei dem Projekt handelt es sich um eine multizentrische, prospektive und randomisiert kontrollierte Studie. Die StudienteilnehmerInnen wurden in vier Reha-Kliniken in Bad Driburg (überwiegend mit internistischem, teilweise auch mit orthopädischem Schwerpunkt) rekrutiert: Klinik Rosenberg, Klinik Berlin, Marcus-Klinik und Caspar-Heinrich-Klinik.

Mit allen StudienteilnehmerInnen wurden bei Reha-Ende persönliche konkrete Ziele für die folgenden zwölf Monate vereinbart und schriftlich fixiert. Zudem erhielten alle TeilnehmerInnen eine Internet-Schulung: Die Kontrollgruppe (KG) lernte, wie sie im Internet seriöse Homepages finden kann. Die Interventionsgruppe (IG) wurde in die passwortgeschützte Reha-Nachsorge-Plattform „RoReNa“ eingeführt und erhielt eine einjährige internetbasierte Reha-Nachbetreuung. Neben informativen Inhalten enthält die Website einen interaktiven Bereich mit Gewichts-, Bewegungs- und Ernährungsprotokoll, Nachrichtenfunktion und Forum. Außerdem bekamen die NutzerInnen der Website monatliche persönliche Rückmeldungen von den Betreuern.

Die Datenerhebung erfolgte bei Reha-Beginn, bei Reha-Ende sowie postalisch sechs und zwölf Monate nach Reha-Ende. Hauptzielgröße war das Körpergewicht. Als Nebenzielgrößen wurden der BMI, die Zielerreichung mittels Fragebogen, Lebensqualität (SF12), HbA1c (bei Patienten mit Diabetes) und sozialmedizinische Parameter (Berufsstatus, AU-Zeiten) erhoben, sowie der Zeitaufwand für die Betreuung.

## Ergebnisse

Es wurden 317 PatientInnen rekrutiert und randomisiert, 162 in der KG und 155 in der IG. Die ProbandInnen waren im Durchschnitt 48 Jahre alt, 32% waren Frauen und der mittlere BMI bei Reha-Beginn betrug 42,2 kg/m<sup>2</sup>. Sie wiesen folgende Hauptdiagnosen auf: 64% Adipositas, 25% Diabetes Typ 2 und 11% orthopädische Diagnosen.

139 (90%) TeilnehmerInnen der IG haben sich mindestens einmal von zuhause aus auf der Plattform angemeldet. Während des 2., 3. und 4. Betreuungsquartals verringerte sich die Zahl der PatientInnen, die auf der Website noch aktiv waren. Während des 4. Betreuungsquartals haben sich noch 80 (52%) PatientInnen mindestens einmal auf RoReNa eingeloggt.

Die Datenerhebung nach sechs und zwölf Monaten ist bereits abgeschlossen, die Rücklaufquoten lagen bei 78 bzw. 79%. Nach sechs Monaten lag der Anteil der PatientInnen, die ihr Gewicht seit Reha-Beginn um 5% reduziert hatten, bei 54% in der KG und bei 58% in der IG. Der Zielerreichungsscore betrug 61,6 bzw. 61,1% in KG und IG. Es zeigte sich damit kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen nach sechs Monaten. Die Auswertung der Ergebnisse der Befragung nach zwölf Monaten liegt zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht vor.

### **Diskussion und Fazit**

Sollte sich ein Effekt der Online-Nachsorge nach einem Jahr zeigen, stünde ein spezifisches Instrument zur Verbesserung der Nachhaltigkeit der Reha für PatientInnen mit Adipositas mit oder ohne Diabetes Typ 2 sowie für orthopädische PatientInnen mit Adipositas zur Verfügung.

### **Literatur**

- Afshin, A., Babalola, D., Mclean, M., Yu, Z., Ma, W., Chen, C.Y., Arabi, M., Mozaffarian, D. (2016): Information technology and lifestyle: A systematic evaluation of internet and mobile interventions for improving diet, physical activity, obesity, tobacco, and alcohol use. *Journal of the American Heart Association*, 31/5, 9. e003058.
- Beleigoli, A.M., Andrade, A. Q., Cançado, A.G., Paulo, M.N.L., Diniz, M.F.H., Ribeiro, A.L. (2019): Web-based digital health interventions for weight loss and lifestyle habit changes in overweight and obese adults: systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 21, 1. e298.
- Sorgente, A., Pietrabisse, G., Manzoni, G.M., Re, F., Simpson, S., Perona, S., Rossi, A., Cattivelli, R., Innamorati, M., Jackson, J.B., Castelnovo, G. (2017): Web-based interventions for weight loss or weight maintenance in overweight and obese people: a systematic review of systematic reviews. *Journal of Medical Internet Research*, 19, 6. e229.

Förderung: Institut für Rehabilitationsforschung Norderney

## **Standardisierte Patientenschulungen in Rehakliniken der Deutschen Rentenversicherung Bund. Eine Befragung zur Umsetzung im Klinikalltag.**

*Anna-Lena Hofmann<sup>1</sup>; Christiane Patzelt<sup>1</sup>; Iris Brandes<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Hochschule Hannover; <sup>2</sup> Medizinische Hochschule Hannover

### **Hintergrund und Zielstellung**

In der medizinischen Rehabilitation kommt der Patientenschulung eine hohe Bedeutung zu (Schubmann & Seekatz, 2011). Ziel der Durchführung von Patientenschulungen ist die Vermittlung von Selbstkompetenzen, wie Compliance, Selbstmanagement und

Empowerment. Patienten werden so befähigt im Anschluss an eine Rehabilitation mit ihrer Krankheit im Alltag umzugehen (Zentrum Patientenschulung, 2014). Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) legt gleichermaßen großen Wert auf Patientenschulungsprogramme und unterscheidet hierbei in standardisierte und nicht standardisierte Schulungen, die sich durch verschiedene Vorgaben aus den Dokumenten Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2007) und den in den Reha-Therapiestandards (RTS) enthaltenen evidenzbasierten Therapiemodule (ETM) unterscheiden lassen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2009). Anhand der KTL und ETM Anforderungen sollten die Schulungen durchgeführt werden. Anschließend werden die erbrachten Leistungen mittels der Kriterien kodiert und abgerechnet. Sie dienen daher auch als Qualitätssicherungsinstrumente (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2007).

Im Rahmen der Studie „PASÖQ“ (Patienten Schulung Ökonomie Qualitätssicherung) der Medizinischen Hochschule Hannover wurde während der Durchführung von Interviews in Rehabilitations-Kliniken festgestellt, dass sich das Verständnis der Befragten und die Vorgaben der DRV hinsichtlich der Patientenschulungen unterscheiden. Daraufhin wurde eine weiterführende Befragung von Klinikmitarbeitern durchgeführt. Zielsetzung war es die Mitarbeiterperspektive mit den Vorgaben der DRV bezüglich des Verständnisses der Befragten von (standardisierten) Patientenschulungen zu vergleichen.

## **Methoden**

Es erfolgte 2014 eine schriftliche Befragung von Klinikmitarbeitern aus zehn Rehabilitationskliniken mit den Indikationsgebieten Brustkrebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und chronischer Rückenschmerz.

Die Auswahl der teilnehmenden Kliniken erfolgte durch die DRV Bund anhand festgelegter Qualitäts-Kriterien. Diese Kriterien beinhalteten das Umsetzen von standardisierten Patientenschulungen und evidenzbasierten Therapiemodulen, sehr gute Bewertungen der Schulungen durch die Patienten, sehr gute Qualitäts-Erfüllung im Zuge der Visitationen und hohe Patientenfallzahlen. Auf dieser Basis wurden 24 Fragebögen aus zehn Rehabilitations-Kliniken ausgewertet. Die überwiegend offen gestellten Fragen des Fragebogens wurden mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse, orientiert an Mayring, mit der Bildung von deduktiven und induktiven Kategorien analysiert.

So erfolgte durch eine erste und zweite Reduktion eine Zusammenfassung auf die wesentlichen Informationen. Anschließend wurden die Themen mittels induktiver Schlagworte strukturiert und abgeglichen. Zusätzlich wurden deduktive Kategorien anhand der KTL und ETM Vorgaben gebildet. Basierend auf der Zuordnung in Ober- und Unterkategorien wurden die Häufigkeiten jeder Gruppe analysiert.

## **Ergebnisse**

Das Verständnis der Befragten unterschied sich von den Vorgaben teilweise deutlich. In Zusammenhang mit der standardisierten Schulung werden die wichtigsten Anforderungen, wie Mindestanteil, Gruppengröße und Berufsgruppen, von den Befragten kaum genannt. Ähnliches zeigt sich bei der nicht standardisierten Schulung. Es fehlen die Angaben zur Teilnehmerzahlbegrenzung und der Missachtung der Qualitätsstandards. Die von der DRV nicht definierte individualisierte Schulung wird hingegen sehr ausführlich von den Befragten

beschrieben. Die Mitarbeiter der Kliniken selbst beurteilen ihren Kenntnisstand als durchschnittlich. Sie schätzen die Umsetzung der Vorgaben als anspruchsvoll ein und können die Ergebnisse der Qualitätsberichte nicht immer nachvollziehen.

### **Diskussion und Fazit**

Die Ergebnisse zeigen auf, dass das Qualitätssicherungs-System der DRV im Klinikalltag eine erhebliche Herausforderung darstellt. Es bestehen offensichtliche Wissenslücken zu wesentlichen Qualitätskriterien und die Einhaltung der Vorgaben kann aus verschiedenen Gründen nicht immer gewährleistet werden. Eine Überarbeitung unter Einbezug der Kliniken scheint geboten, um die unzweifelhaft wichtige Umsetzung zielführender Qualitätskriterien im Klinik-Alltag zu sichern. Aufgrund der Ergebnisse dieser Studie wurden erste Anpassungen durch die DRV im Rahmen ihrer Praxishilfe zur Umsetzung, Planung und Durchführung von Patientenschulungen in der medizinischen Rehabilitation vorgenommen. Es besteht nun die Möglichkeit bei krankheitsspezifischen Patientenschulungen die bisherige maximale Teilnehmerzahl von 15 Personen zu überschreiten, wenn keine ausreichenden Ressourcen für Kleingruppen-Schulungen vorhanden sind. Zusätzlich können Kliniken mit heterogenen Rehabilitations-Patienten die Module patientenspezifischer zu ordnen. Neben diesen Neuerungen wird die Definition der standardisierten Patientenschulung in der Praxishilfe ergänzend erläutert. Es wird verdeutlicht, dass standardisiert nicht gleichbedeutend mit einer immer identischen Abhaltung der Schulung nach Manual zu verstehen ist. Vielmehr soll eine Orientierung gegeben werden, sodass eine individuelle Anpassung auf die Schulungsteilnehmer erfolgen kann. Zuletzt werden Möglichkeiten für die KTL und ETM Verschlüsselung aufgezeigt (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2019).

Die aufgeführten Ergänzungen der Praxishilfe können eine gute Hilfestellung für Klinikmitarbeiter bezüglich der Umsetzung und Kodierung von (standardisierten) Patientenschulungen bieten.

### **Literatur**

- Deutsche Rentenversicherung Bund (2007): KTL. Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (5. Aufl.). Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2009): Reha-Therapiestandards Brustkrebs. Leitlinie für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung. Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2019): Patientenschulungen in der medizinischen Rehabilitation. Planung, Umsetzung und Dokumentation. Praxishilfe. Berlin.
- Mayring, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Schubmann, R.; Seekatz, B. (2011): Erfahrungsbericht: Patientenschulung als Bestandteil der Rehabilitation. HerzMedizin, 2011, 4, 41–45.
- Zentrum Patientenschulung (2014): Indikationsübergreifende Beschreibungs- und Bewertungskriterien für Patientenschulungen - Ergebnisse des Delphi-Verfahrens. URL: [http://www.zentrum-patientenschulung.de/assets/Bewertungskriterien\\_Patientenschulung.pdf](http://www.zentrum-patientenschulung.de/assets/Bewertungskriterien_Patientenschulung.pdf), Abruf: 27.10.2019.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

# Teilen, Liken, Chatten. Rehabilitandenzufriedenheit auf Facebook.

*Felix Hopf; Christiane Patzelt; Susan Kiss; Uwe Sander*

Hochschule Hannover

## Hintergrund und Zielstellung

Der Anteil der Menschen die „online“ sind wächst. Erstmals sind etwa 90% der Deutschen im Internet, rund drei Viertel davon täglich (Frees & Koch, 2018). Den höchsten Zuwachs in der täglichen Nutzungsfrequenz in Deutschland haben dabei Personengruppen die über 40 Jahre alt sind (ebd.). Auch die Bedeutung des Internets als Quelle für Gesundheitsinformationen nimmt stark zu (Baumann & Link, 2016). Etwa die Hälfte der Rehabilitanden informiert sich vor der Rehabilitation im Internet über den bevorstehenden Aufenthalt (Walther et al., 2014). Im Januar 2019 nutzten 94% der Unternehmen weltweit die Social-Media Plattform Facebook für das Unternehmensmarketing (Statista, 2019). Dagegen konstatierte Merkel (2014), dass 15,7% der deutschen Krankenhäuser einen „offiziellen“ Unternehmensauftritt bei Facebook vorweisen können. „Offiziell“ bedeutet, dass der Facebook-Account vom Unternehmen oder der Institution selber verwaltet wird. Bisher ist nicht bekannt, wie viele Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland auf der Plattform Facebook vertreten sind und wie viele Einrichtungen davon Ihren Unternehmensauftritt selbst verwalten. Des Weiteren liegen bisher keine Daten vor, wie die Rehabilitandenzufriedenheit für verschiedene Indikationsgebiete auf Facebook ausfällt. Die Studie „Zufriedenheit von Rehabilitanden in den sozialen Medien“ (ZURES0) ging diesen Fragestellungen erstmalig nach.

## Methoden

Eingeschlossen wurden alle Nutzerbewertungen (Sternebewertungen, Erfahrungsberichte) stationärer Rehabilitationseinrichtungen mit nur einer Fachabteilung, der Social-Media Plattform Facebook für den Zeitraum 10/2014 bis 09/2017, die den eigenen oder federführend belegten Rehabilitationskliniken der Deutschen Rentenversicherung Bund zuzuordnen waren. Insgesamt wurden nach Plausibilitätsprüfung und Datenbankbereinigung N=4.127 Fälle aus 198 Rehabilitationskliniken in die deskriptiven Analysen eingeschlossen. Die Deskription erfolgte für acht QS-Vergleichsgruppen: Orthopädie, Neurologie, Onkologie, Kardiologie, Psychosomatik und Psychotherapie, Innere Medizin, Pneumologie und Dermatologie, Gastroenterologie. Es wurden quantitative Analysen der Sternebewertungen bzgl. der Gesamtzufriedenheit mit dem Rehabilitationsaufenthalt für jede QS-Vergleichsgruppe durchgeführt. Für die soziodemographischen Auswertungen konnte das Geschlecht anhand der Namensangaben mit der Website [www.albertmartin.de](http://www.albertmartin.de) identifiziert werden.

## Ergebnisse

Während von Oktober 2014 bis September 2015 insgesamt 797 Nutzerbewertungen für die Plattform Facebook abgegeben wurden, waren es von Oktober 2015 bis September 2016 bereits 1759 und Oktober 2016 bis September 2017, 1591 Nutzerbewertungen. Dabei entfielen für den gesamten Zeitraum die meisten Nutzerbewertungen auf die Fachabteilung Orthopädie (n=2.084, 50,5%), gefolgt von der Psychosomatik/Psychotherapie (n=804, 19,5%). Die wenigsten Kommentare entfielen auf den Fachbereich Innere Medizin

(n=15, 0,4%), gefolgt von der Gastroenterologie (n=73, 1,8%). 49,1% aller Nutzerbewertungen konnten dem weiblichen Geschlecht zugeordnet werden und 38,5% dem männlichen Geschlecht. In 12,5% der Fälle konnte kein Geschlecht zugeordnet werden. Bei der Sternebewertung (1 bis 5 Sterne) gaben 65,5% (n=2.703) der Rehabilitanden die volle Sterneanzahl (5 Sterne = sehr zufrieden) an. 19,5% (n=804) gaben eine 4 Sterne- Bewertung ab, 7,0% (n=287) vergeben 3 Sterne, 3,1% (n=127) vergeben 2 Sterne und 5,0% (n=206) aller Nutzer vergeben einen Stern in ihrer Nutzerbewertung. Bei Facebook haben 48,1% der eingeschlossenen Rehabilitationseinrichtungen einen „offiziellen“, also selbst verwalteten Unternehmensauftritt. Während Rehabilitanden onkologischer Rehabilitationseinrichtungen (n=405) in 83,2% eine 5-Sterne-Bewertung für ihren Aufenthalt abgaben und somit die zufriedenste Fachabteilung darstellten, waren Rehabilitanden neurologischer Rehabilitationseinrichtungen (n=245) mit 55,9% (5 Sterne) am unzufriedensten.

### **Diskussion und Fazit**

Die Anzahl der Nutzerkommentare für die eingeschlossenen Rehakliniken steigen für Facebook im Untersuchungszeitraum an. Dabei fallen die Nutzerbewertungen eher positiv als negativ aus. Jedoch haben erst etwa die Hälfte der untersuchten Rehabilitationseinrichtungen einen „offiziellen“ Unternehmensauftritt bei Facebook. Es ist bisher nicht bekannt, ob die Rehabilitationseinrichtungen mit einem oder mehreren „inoffiziellen“ Unternehmensauftritten wissen, dass eine Internetpräsenz bei Facebook über ihre Einrichtung besteht. Im Hinblick auf das Reputationsmarketing bieten die sozialen Medien den Rehakliniken viele Möglichkeiten, wie z. B. eine gezielte Ansprache von potentiellen Rehabilitanden oder das Informieren über das Wunsch-und-Wahlrecht. Auch können die Inhalte von Erfahrungsberichten von Rehabilitanden unmittelbar für die Qualitätssicherung eingesetzt werden. Gleichzeitig profitieren potentielle Rehabilitanden von den in sozialen Medien gut aufbereiteten Informationen und den erweiterten Kommunikationsmöglichkeiten. Die Inhalte der Erfahrungsberichte wurden in der ZURESO-Studie für den Bereich Orthopädie bereits qualitativ ausgewertet. Limitationen sind in der Beschränkung auf Rehabilitationseinrichtungen mit nur einer Fachabteilung, da die bei Facebook veröffentlichten Nutzerbewertungen und Erfahrungsberichte bei der Aufnahme von Rehabilitationseinrichtungen mit mehreren Fachabteilungen nicht mehr fachabteilungsspezifisch hätten betrachtet werden können. Eine klare Zuordnung, ob es sich bei den Rezensenten um einen Rehabilitanden oder Angehörigen handelt, kann lediglich aus dem Inhalt des Kommentars abgeleitet werden. Weitere Angaben zur Soziodemographie (außer des Geschlechts) konnten nicht systematisch ermittelt und einbezogen werden.

### **Literatur**

- Baumann E., Link E. (2016). Onlinebasierte Gesundheitskommunikation: Nutzung und Austausch von Gesundheitsinformationen über das Internet. In: Fischer Florian, Krämer Alexander (Hrsg.), e-Health in Deutschland. Anforderungen und Potentiale innovativer Versorgungsstrukturen. Verlag: Springer, S. 385-406.
- Frees B., Koch W. (2018). ARD/ZDF-Onlinestudie 2018. Zuwachs bei medialer Internetnutzung und Kommunikation. Ergebnisse aus der Studienreihe „Medien und ihr Publikum“ (MiP). In: Media Perspektiven, 9, S. 398-413.

- Merkel S. (2014). Krankenhäuser bei Facebook – Landschaft, Nutzung, Aktivitäten. In: Zentrale Einrichtung der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen Bocholt Recklinghausen in Kooperation mit der Ruhr-Universität Bochum (Hrsg.), Forschung aktuell; 6.
- Statista (2019). Anteil der Unternehmen, die folgende Social-Media-Plattformen nutzen weltweit im Januar 2019. Zugriff auf: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/71251/umfrage/einsatz-von-social-media-durch-unternehmen/> Zugriff am: 28.10.2019.
- Walther, A. L., Schreiber, D., Falk, J., Deck, R. (2017): Subjektiver Informationsstand und Informationsbedürfnisse von Versicherten mit bewilligtem Rehabilitationsantrag und Rehabilitanden am Ende der Rehabilitation. Ergebnisse einer schriftlichen Befragung. In: Die Rehabilitation; 56 (4), S. 240–247.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

## **Welche Gründe lassen Patienten eine face-to-face oder Tele-Nachsorge antreten?**

*Sebastian Knapp<sup>1</sup>; Theresa Kölle<sup>1</sup>; Rainer Kaluscha<sup>1</sup>; Gert Krischak<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup> Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm (IFR Ulm);

<sup>2</sup> Federseeklinik Bad Buchau

### **Hintergrund und Zielstellung**

Um den Rehabilitationserfolg zu sichern und die in die Rehabilitation eingeleiteten gesundheitsbezogenen Verhaltens- und Lebensstiländerungen langfristig zu stabilisieren, bieten die Rentenversicherungen unterschiedliche face-to-face Nachsorgemaßnahmen an (Ritter, 2017). Allerdings werden diese indikationsübergreifend bisher nur von gut einem Viertel der Rehabilitanden vollständig umgesetzt. Als häufigste Hindernisse gelten Zeit- bzw. Antriebsmangel sowie die Entfernung zum Maßnahmenort (Jankowiak, 2017).

Eine Möglichkeit, Nachsorgemaßnahmen besser in den Alltag der Rehabilitanden zu integrieren, bieten digitale Angebote, die zeitlich und örtlich flexibel absolviert werden können. Rund 80% aller Deutschen über 14 Jahren nutzen regelmäßig das Internet, so dass die grundlegenden Voraussetzungen zur Teilnahme an internetbasierten Maßnahmen durchaus bestehen (Statistica, 2018).

Die Tele-Nachsorge mit der Online-Therapieplattform CASPAR ist ein nach den Anforderungen der DRV erstelltes (DRV Bund, 2017) indikationsübergreifendes, multimodales internetbasiertes Konzept. Die Rehabilitanden erhalten bereits während ihrer Reha eine Einweisung in den Gebrauch von CASPAR.

Ziel war es zu untersuchen, welche Gründe die Patienten für ihre Wahl der Nachsorgeform (Tele- vs. face-to-face Nachsorge) angeben und ob es Patientenmerkmale gibt, die mit der Entscheidung für eine der beiden Nachsorgeformen assoziiert sind.

## Methoden

In die Analysen wurden Rehabilitanden der Indikationsbereiche Orthopädie, Kardiologie und Neurologie eingeschlossen, die entweder die face-to-face (z.B. IRENA) oder die Tele-Nachsorge (CASPAR) durchführten. Datengrundlage stellten Fragebogenangaben aus dem Jahr 2019 zu Beginn der Nachsorge dar.

Zusätzlich wurden unterschiedliche soziodemographische Merkmale ausgewertet: Geschlecht, Indikation, Klinik, Reha-Dauer, Dauer der Übergangszeit, berufliche Stellung, Bildung, Erwerbstätigkeit, Personenhaushalt, Familienstand sowie Wohnort. Neben der deskriptiven Beschreibung von Gründen wurden Unterschiede zwischen Rehabilitanden der beiden Nachsorgeoptionen für kategoriale Variablen mit dem Exakten Fischer Test und für stetige Variablen mit dem Kruskal-Wallis Test (>2 Kategorien) bzw. Wilcoxon-Rangsummentest (2 Kategorien) auf statistische Signifikanz geprüft.

## Ergebnisse

Ausgewertet wurden 103 Rehabilitanden aus sechs ambulanten Rehabilitationseinrichtungen. Diese waren durchschnittlich 49 (10,2) Jahre alt, zu 43% weiblich und hatten eine Rehabilitationsverweildauer von 25 (6,5) Tagen. Die Behandlung erfolgte zu 90% aufgrund einer orthopädischen Indikation.

Es entschieden sich 25% der Teilnehmer für die Tele-Nachsorge.

Nur ca. ein Drittel dieser Patienten hätte auch eine Nachsorge angetreten, wenn es nur die face-to-face Nachsorge gäbe. Häufigster Grund für eine Teilnahme an der Tele-Nachsorge war „Einschränkungen durch den Beruf“.

Danach folgten „schlechte Erreichbarkeit des Reha-Zentrums“, „sich an keine Präsenztermine binden zu wollen“ sowie „Einschränkungen durch familiäre bzw. häusliche Pflichten“. Zudem wurden „das Angebot anderer wohnortnaher Therapieangebote“ als auch „der Wunsch ins normale Alltagsleben zurückzukehren“ angegeben (Abb. 1).

Der häufigste Grund für die face-to-face Nachsorge war „der hohe Stellenwert des persönlichen Therapeutenkontaktes“. Weitere Nennungen waren „die Bedeutung des Trainings im Reha-Zentrum“, „die Verbindlichkeit von Präsenzterminen“ sowie „das gemeinsame Trainieren mit anderen Patienten“ (Abb. 2).

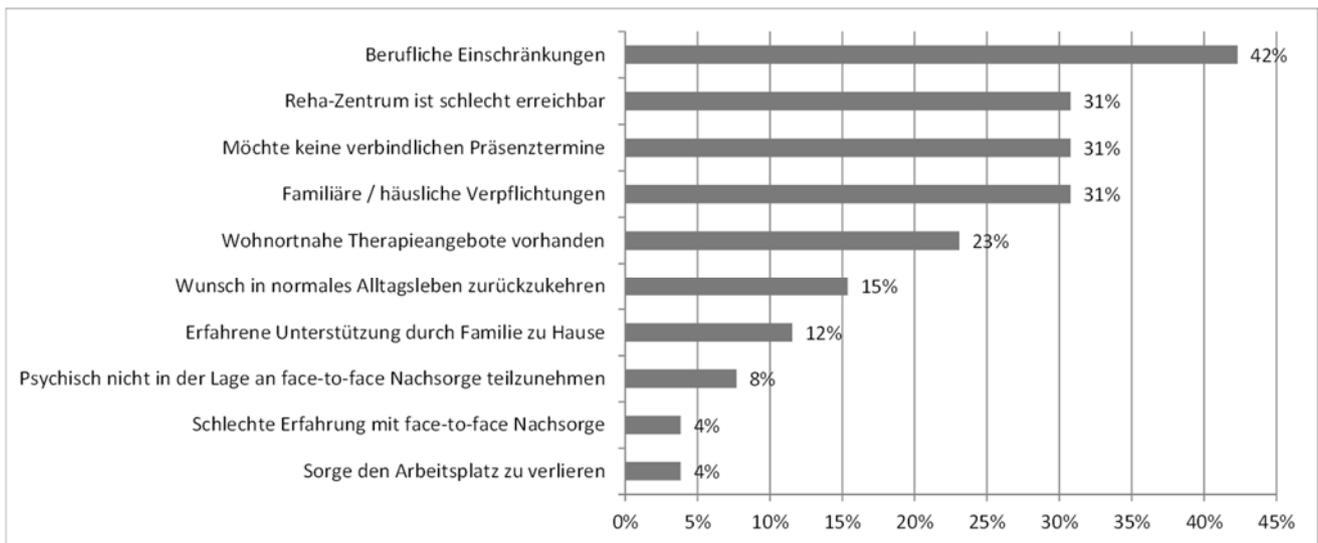


Abb. 1: Gründe für Tele-Nachsorge (N = 26, Mehrfachnennungen)

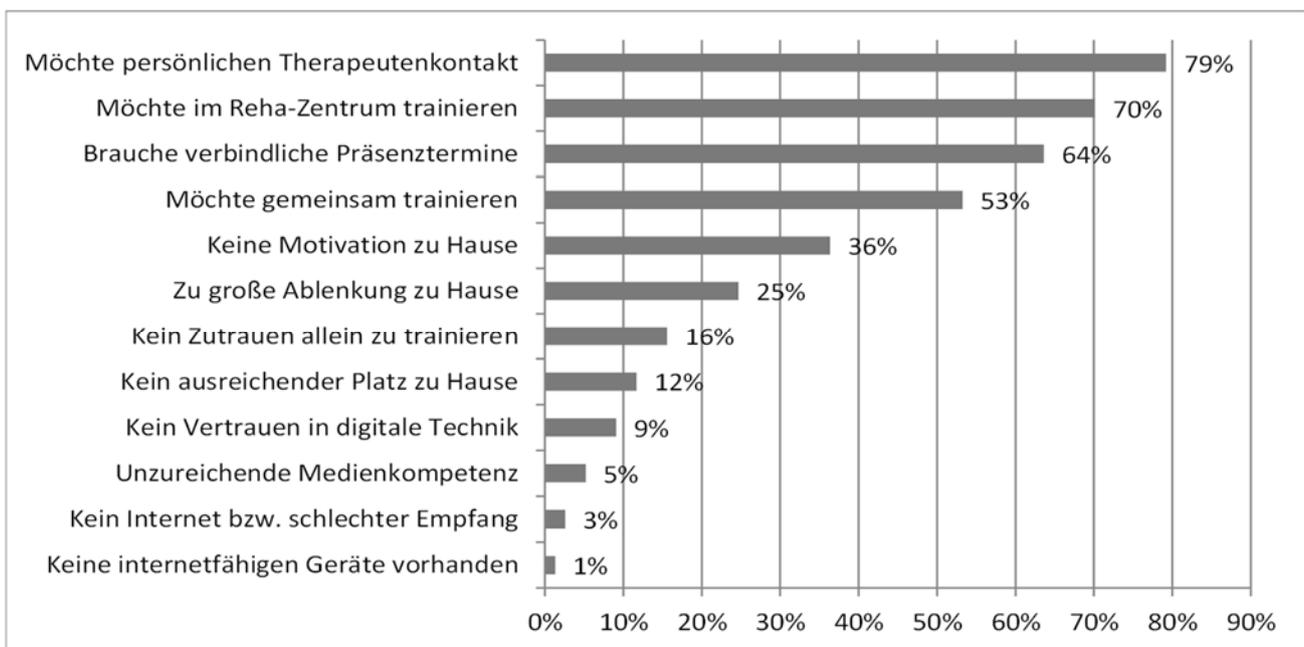


Abb. 2: Gründe für face-to-face Nachsorge (N = 77, Mehrfachnennungen)

Auch kam zum Ausdruck, dass „die Motivation zu Hause gering ist“ sowie „eine zu hohe Ablenkung vorliegt“. Einige Patienten scheinen „sich das Training zu Hause nicht zuzutrauen“ oder meinen „nicht ausreichend Platz“ dafür zu haben.

Einen vergleichsweise geringen Anteil nahmen Probleme mit der digitalen Technik ein.

Bis auf den Wohnort zeigten sich keine signifikanten Unterschiede bzgl. der soziodemographischen Angaben zwischen den Patienten der beiden Nachsorgeformen. Hier zeigte sich, dass sich Patienten, die in einer Großstadt (ab 100.000 Einwohner) leben, eher für die face-to-face Nachsorge entscheiden ( $p=0,0358$ ).

Beim Vergleich der Übergangszeiten zeigte sich, dass Patienten der face-to-face Nachsorge mit 13 Tagen durchschnittlich mehr als dreimal so lange warten, bis sie ihre Nachsorge antreten können wie Patienten der Tele-Nachsorge mit vier Tagen ( $p < ,0001$ ).

## **Diskussion und Fazit**

Als relevant und statistisch signifikant zeigte sich, dass Patienten in ländlichen Regionen häufiger eine Tele-Nachsorge in Anspruch nehmen und somit grundsätzlich die Möglichkeit besteht, den Rehabilitationserfolg zu verstetigen. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Patientenangaben, die ihre Entscheidung für eine Tele-Nachsorge insbesondere an eine unverhältnismäßig hohe Fahrtzeit zum Reha-Zentrum sowie berufliche und familiäre Einschränkungen knüpfen. Daher kann die Tele-Nachsorge durchaus ein Angebot für ländliche Regionen sein.

Positiv ist zudem, dass Teilnehmer der Tele-Nachsorge im Wesentlichen ohne nennenswerte Übergangszeit ihre Nachsorge beginnen können und somit keine Wartezeiten entstehen, die den Erfolg der Rehabilitation beeinträchtigen können.

Sich an keine Präsenztermine binden zu wollen und somit zeitnah in den normalen Alltag zurückkehren zu können, spielt bei Teilnehmern der Tele-Nachsorge ebenfalls eine wichtige Rolle. Diese Angabe steht deutlich im Widerspruch zu Teilnehmern der face-to-face Nachsorge, die hier regelmäßig angeben, welche Relevanz bindende Termine für die Motivation und Durchführung der Nachsorge haben. Ferner ist ihnen der persönliche Therapeutenkontakt wichtig.

Die Ergebnisse zeigen, dass beide Nachsorgeformen wichtig sind, um möglichst vielen Patienten eine Nachsorge ermöglichen zu können.

## **Literatur**

DRV Bund (2017). Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung an Tele-Reha-Nachsorge. Verfügbar unter [http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/2\\_Rente\\_Reha/02\\_reha/05\\_fachinformationen/infos\\_fuer\\_rehaeinrichtungen/\\_downloads/nachsorge\\_tele\\_reha.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/2_Rente_Reha/02_reha/05_fachinformationen/infos_fuer_rehaeinrichtungen/_downloads/nachsorge_tele_reha.pdf?__blob=publicationFile&v=2) (Zugriff am 28.09.17).

Jankowiak, S., Kaluscha, R., Krischak, G (2017). Einbindung des Hausarztes in die Rehabilitationsnachsorge – Effekte auf das subjektive und objektive Behandlungsergebnis. DRV Schriften, Bd. 111. 207-209.

Ritter J. Reha-Nachsorge der Deutschen Rentenversicherung – Aktueller Sachstand. Berlin; 2017

Statista. Anteil der Internetnutzer in Deutschland in den Jahren 2001 bis 2017. Im Internet: [de.statista.com/statistik/daten/studie/13070/umfrage/entwicklung-der-internetnutzung-in-deutschland-seit-2001/](http://de.statista.com/statistik/daten/studie/13070/umfrage/entwicklung-der-internetnutzung-in-deutschland-seit-2001/) (Zugriff am 28.09.18)

Förderung: Nanz medico GmbH & Co. KG, GOREHA GmbH

## „Soultank“, ein Therapieansatz in der MBOR nach akutem Schlaganfall?

Mario Siebler<sup>1</sup>; Stephan Theiss<sup>2</sup>; Sigrid R.-M. Krause<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Mediclin FRR Essen Kettwig; <sup>2</sup> Universitätsklinikum Düsseldorf, Universität Düsseldorf; <sup>3</sup> Mediclin Deister Weser Kliniken

### Hintergrund und Zielstellung

Die MBOR nach akutem Schlaganfall orientiert sich an den Rehabilitationsstandards der DRV (DRV). Aus den Befragungsergebnissen nach Rehabilitation ergeben sich jedoch oft unbefriedigende Resultate bzgl. der Ergebnispunkte: Zufriedenheit und Verbesserung. Eine mögliche Ursache könnte in bisher unberücksichtigten psychosomatischen Kofaktoren liegen, die nicht routinemäßig erfasst sind und daher nicht in spezifische Therapieprogramme einfließen. In der vorliegenden Studie wollten wir mögliche Kofaktoren systematisch erfassen und ein neues Therapiekonzept vorstellen.

### Methoden

In der Neurorehabilitationsklinik wurden konsekutiv Patienten der DRV nach erstem Schlaganfall am Beginn der Rehabilitation schriftlich nach Schmerzen (Analoge Schmerzskala 1-10) (Ferreira-Valente et al., 2011), Stimmung (Analoge Stimmungsskala 1-6) und Angst (Analoge 4 Punkte Skala) befragt, sowie nach der Erwartung, wieder in den Beruf zurückkehren zu können. Es wurde zusätzlich erfasst, ob die Patienten direkt vor dem Schlaganfallereignis im Beruf tätig waren. Die Angaben wurden verblindet ausgewertet.

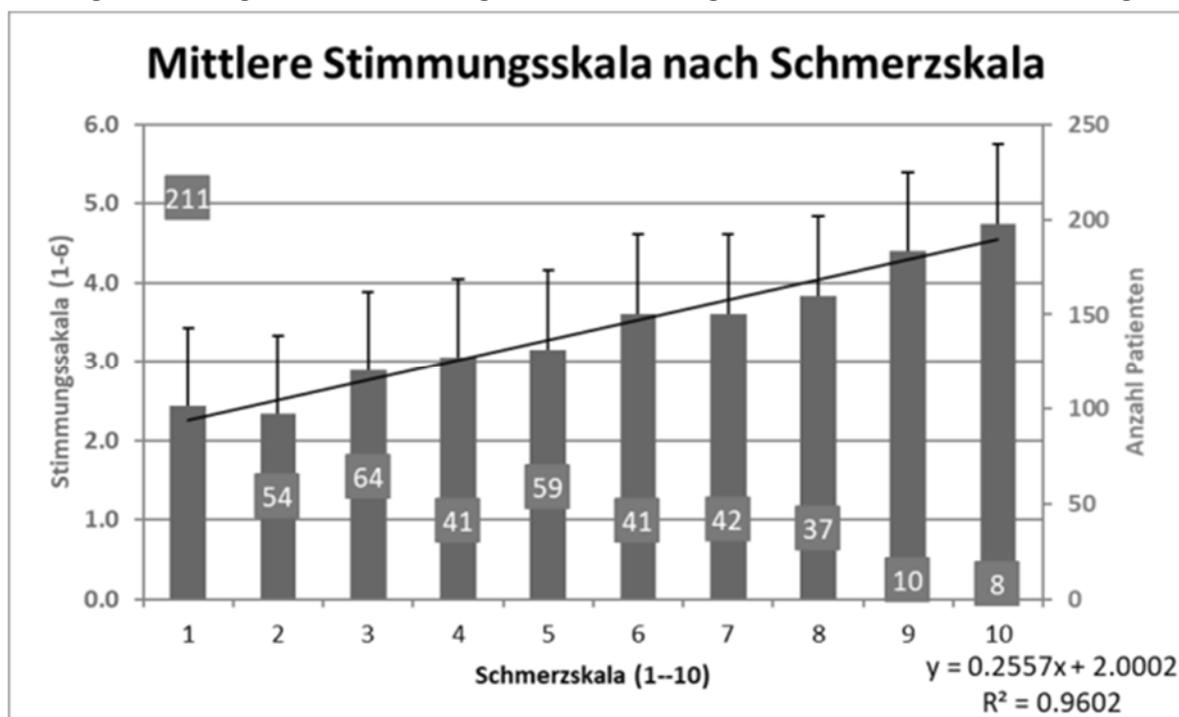


Abb. 1a: In der Selbsteinschätzung zeigen sich signifikante, positive Korrelationen der Schmerzempfindung mit Stimmungslage und Angstempfindung

## Ergebnisse

567 Patienten der DRV wurden eingeschlossen (F 35%, Alter 18-65 Jahre, Median: 53 Jahre). 446/567 Patienten (79%) waren vor dem Insult berufstätig. 356/567 (63%) gaben meist unspezifische Schmerzen an, 197 (35%) sogar mehr als 4 Punkte auf der analogen Schmerzskala (1-10). Die Selbsteinschätzung der Schmerzausprägung korrelierte signifikant mit der Stimmungslage und Angabe von Ängsten (Abb. 1a,b). Die negative Erwartung, wieder in den Beruf zurückzukehren, korrelierte mit der Ausprägung der Schmerzangabe und Depressionseinschätzung (Graphik 2).

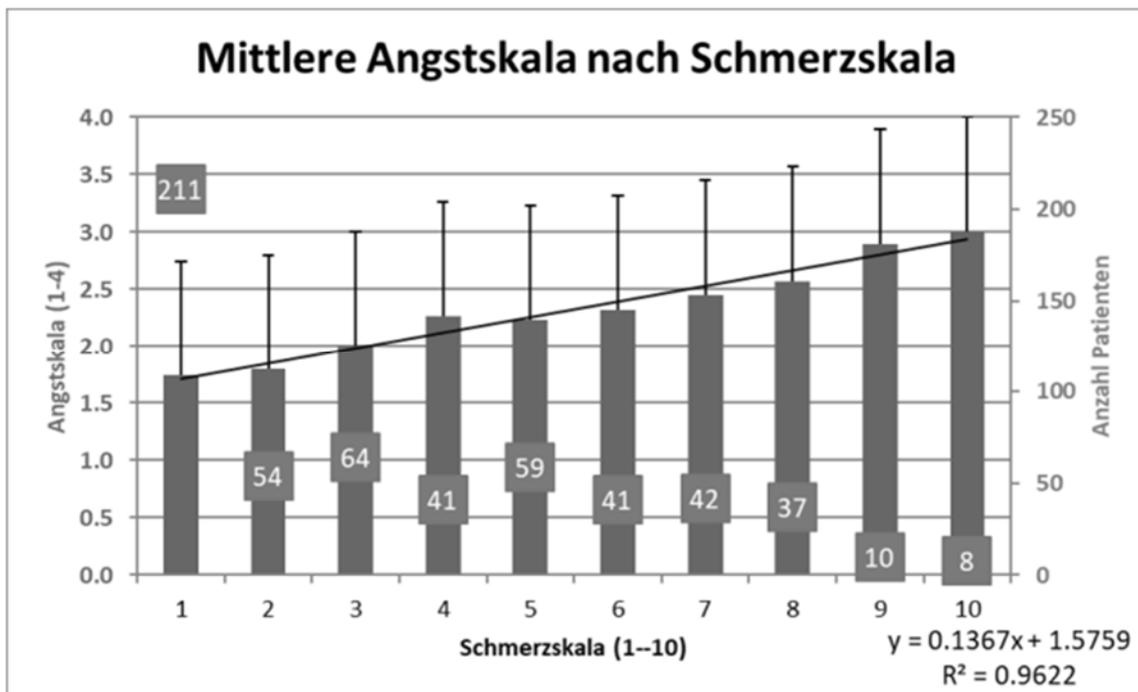


Abb. 1b: In der Selbsteinschätzung zeigen sich signifikante, positive Korrelationen der Schmerzempfindung mit Stimmungslage und Angstempfindung

Aus den Ergebnissen entwickelten wir einen psychosomatisch begründeten Therapieansatz mit Fokus Stimmung, Angst und Schmerzen. Es wurde eine neue Therapieeinheit eingerichtet („Soultank“), welche eine Lichtbehandlung, Gruppenerfahrungstherapie mit Schwerpunkt Krankheitsverarbeitung, Stressbewältigung und gemeinsamen aeroben Training für mindestens 2 Wochen beinhaltet. Ausgeschlossen wurden Patienten mit vorbestehenden psychiatrischen Diagnosen oder Suchterkrankungen.

## Diskussion und Fazit

Die Selbsteinschätzung (Schmerz, Stimmung, Ängste und Rückkehrerwartung in den Beruf) am Beginn der Rehabilitation soll es zukünftig ermöglichen, Schlaganfallpatienten zu identifizieren, welche von der Behandlung „Soultank“ profitieren könnten. Zukünftige Untersuchungen (z.B. Zufriedenheit, Rückkehrquote in den Beruf) sollen die Effizienz der Maßnahme „Soultank“ evaluieren, um die Qualitätsstandards zu erweitern.

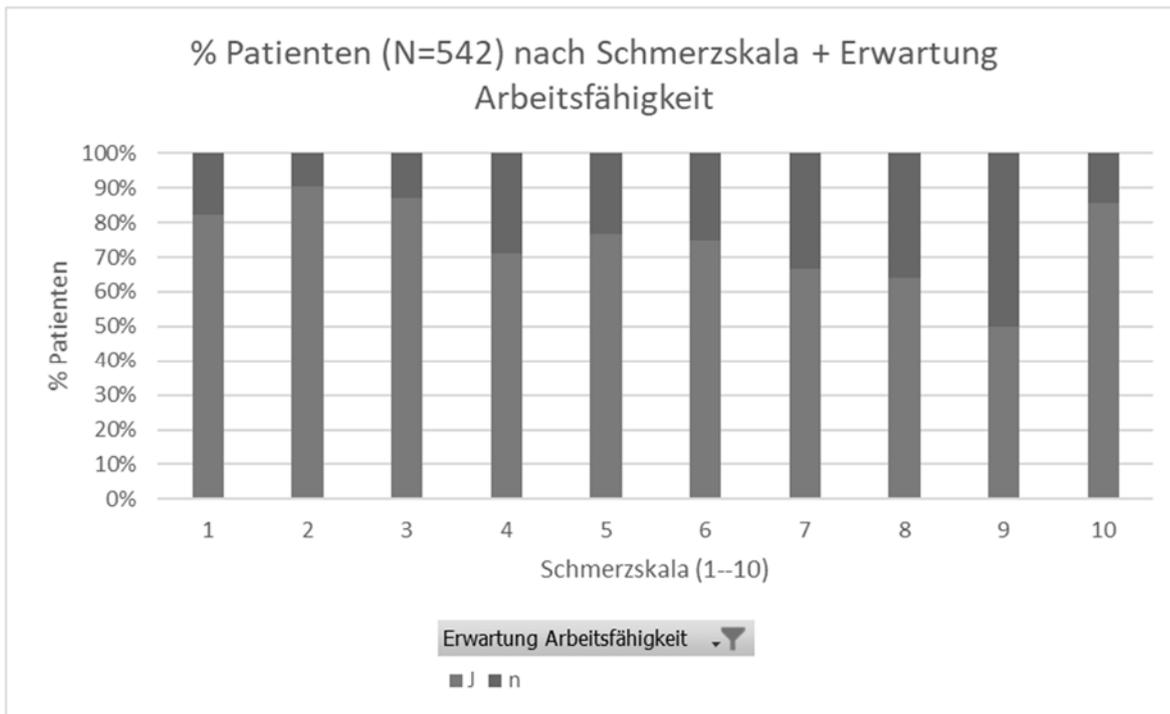


Abb. 2: Aufgetragen ist der Prozentsatz der Patienten, die eine Arbeitsfähigkeit wieder erwarten in Abhängigkeit von der Schmerzskala

## Literatur

Ferreira-Valente M.A., Pais-Ribeiro J.L., Jensen M.P. (2011). Validity of four pain intensity rating scales. *Pain*. 2011 Oct;152(10):2399-404.

DRV. [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos\\_reha\\_einrichtungen/quali\\_rehatherapiestandards/Schlaganfall/rts\\_schlaganfall\\_methodenreport\\_download\\_ersterstellung.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/quali_rehatherapiestandards/Schlaganfall/rts_schlaganfall_methodenreport_download_ersterstellung.html)

Förderung: EU/ Landesmittel Nordrhein-Westfalen

## **Analyse der Wirksamkeit und Krankheitskosten medizinisch-beruflich orientierter Leistungen in der neurologischen Rehabilitation (REBORN) - Studienprotokoll**

*Juliane Lamprecht<sup>1</sup>; Juliane Frenzel<sup>1</sup>; Michael Sailer<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> An-Institut für Neurorehabilitation OvGU Magdeburg; <sup>2</sup> An-Institut für Neurorehabilitation OvGU Magdeburg, MEDIAN Klinik NRZ Magdeburg, MEDIAN Klinik Flechtingen

## Hintergrund und Zielstellung

Beruflich orientierte Leistungen während und nach der medizinischen Rehabilitation sind ein fester Bestandteil der Regelversorgung. Für erwerbsfähige Rehabilitanden mit gesundheitlichen Einschränkungen und beruflichen Problemlagen werden im Rahmen der Phase I des indikationsübergreifenden Phasenmodells der rehabilitativen Versorgung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation medizinisch-beruflich orientierte Leistungen während der medizinischen Rehabilitation (MBOR) angeboten. Als eine Weiterführung bzw.

Intensivierung für schwer betroffene Patienten stehen nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation Leistungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation (MbR) im Rahmen der Phase II zur Verfügung. In der Neurologie sind beide Leistungen durchaus als komplementär zu verstehen. Die MBOR adressiert Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL). Bestehen im Anschluss weiterhin ausgeprägte Funktionsdefizite, die eine intensivere berufsbezogene Ausrichtung benötigen und ist die allgemeine Erwerbsprognose positiv, greift das Konzept der MbR. Obwohl gerade in der Neurologie ausgeprägte berufliche Problemlagen der Patienten offenkundig sind (zwischen 58%-72%) (Golla et al., 2015), gibt es bisher nur sehr wenige Studien, die beruflich orientierte Leistungen im Rahmen der Rehabilitation für diese Indikation untersuchen. Studien zur Wirksamkeit und zum Nutzen wurden primär im Bereich der MBOR durchgeführt. Positive Effekte konnten zwar für Personen mit Muskel-Skelett Erkrankungen, nicht aber für neurologische Erkrankungen belegt werden (Menzel-Begemann, 2012; Streibelt & Menzel-Begemann, 2015). Im Bereich der MbR fehlen bisher belastbare Daten. Lediglich eine Studie zur multizentrischen Evaluation des MbR Konzeptes konnte indikationsübergreifend positive Teilhabeergebnisse zwei Jahre nach Abschluss einer MbR zeigen (Rollnik et al., 2014).

Ziel des Projektes ist die Überprüfung der Wirksamkeit sowie die Analyse des Leistungsspektrums beruflich-orientierter Konzepte (MBOR und MbR) in der Rehabilitation neurologischer Patienten. Dabei sollen die jeweiligen Zielgruppen unter Berücksichtigung der Passgenauigkeit der Leistungen für eine erfolgreiche Wiedereingliederung ins Erwerbsleben, sowie die direkten und indirekten Krankheitskosten im ersten Jahr nach Abschluss der Rehabilitation, analysiert werden.

## **Methoden**

Hypothesen: Bei bestehendem Bedarf...

- I. erhöht eine MbR im Anschluss an eine MBOR die Wahrscheinlichkeit der beruflichen Wiedereingliederung 12 Monate nach Ende der medizinischen Rehabilitation.
- II. verringert eine MbR im Anschluss an eine M(BO)R die Arbeitsunfähigkeitszeiten 12 Monate nach Ende der medizinischen Rehabilitation.
- III. verringert eine MbR im Anschluss an eine M(BOR)R die Krankheitskosten 12 Monate nach Ende der medizinischen Rehabilitation.
- IV. führt eine MbR im Anschluss an eine M(BO)R zu einer subjektiv höher wahrgenommenen Arbeitsfähigkeit 12 Monate nach Ende der medizinischen Rehabilitation.

## **Ergebnisse**

Die MbR wird in speziellen Phase II Einrichtungen, somit nicht in jeder Rehaklinik, erbracht. Daher können nicht alle Rehabilitanden mit MbR Bedarf nach Abschluss ihrer medizinischen Rehabilitation entsprechende Leistungen in Anspruch nehmen. Im Projekt werden somit MBOR Teilnehmer, die MbR Bedarf hätten, aber keine MbR bekommen (Kontrollgruppe), rekrutiert und mit MBOR Teilnehmern, die MbR Leistungen in ihrer Klinik erhalten (Interventionsgruppe), verglichen. Der Wirksamkeitsnachweis erfolgt über die Methode des Propensity Score Matching. Für die Stichprobenkalkulation wurden Erfahrungen inhaltlich ähnlicher Studien, wie die des BOMeN Konzeptes (MBOR-Intervention) (Menzel-Begemann, 2012) zugrunde gelegt. Hier wurde eine Zunahme der Wiedereingliederungsquote in der

Interventionsbedingung von 40% auf 60% 15 Monate nach der Behandlung erwartet und mit einer Drop-Out-Rate nach 15 Monaten von 30% N=153 pro Gruppe kalkuliert. Auf der Grundlage der Ergebnisse der BOMeN Studie und unter Berücksichtigung der Rehabilitandenzahlen in den drei Kliniken mit einer Beteiligungsquote von 60% wird eine Stichprobengröße von N=90 MbR Teilnehmern und N=300 MBOR Teilnehmern ohne MbR zu Rehabbeginn benötigt. Das zentrale Auswahlkriterium ist die besondere berufliche Problemlage, operationalisiert über das Würzburger Screening. Die Rekrutierung erfolgt über einen Zeitraum von 2 Jahren. Die Rehabilitanden erhalten jeweils zu T1 (Reha-Beginn), T2 (Reha-Ende), T3 (6 Monate nach Reha-Ende) und T4 (12 Monate nach Reha-Ende) einen Fragebogen. Des Weiteren werden die direkten und indirekten Krankheitskosten mit einem Kostenwochenbuch nach Ende der Rehabilitation erhoben und ausgewertet. Hauptzielgröße ist die Return to Work Quote 12 Monate nach Abschluss der Rehabilitation. Nebenzielgrößen sind die Arbeitsunfähigkeitszeiten, die direkten und indirekten Krankheitskosten sowie die subjektive Wahrnehmung der Arbeitsfähigkeit (Work Ability Index).

### **Diskussion und Fazit**

Auf der Grundlage der Studienergebnisse ist es möglich ein differenziertes Bild der Leistungserbringung und Wirksamkeit beruflich orientierter Konzepte in der neurologischen Rehabilitation aufzuzeigen. Dabei wird insbesondere der Adressatenkreis der MbR in der Neurologie charakterisiert und in Relation zur Wirksamkeit, im Sinne der Rückkehr ins Erwerbsleben gesetzt. Daraus lassen sich für die Zukunft passgenaue(re) beruflich-orientierte Konzepte etablieren.

### **Literatur**

- Golla, A., Saal, S., Mau, W. (2015): Besondere berufliche Problemlagen bei Rehabilitanden in den neuen Bundesländern: Analyse von Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland. *Phys Med Rehab Kuror*, 25. 325–331.
- Menzel-Begemann, A. (2012): Berufliche Orientierung in der medizinischen Neurorehabilitation. Weinheim: Beltz.
- Rollnik, J.D., Sailer, M., Kiesel, J. Karbe, H., Harms, J., Busch, J. Eckhardt, R., Spranger, M., Rixecker, D., Knickenberg, R.J., Weber, R, Hesselschwerdt, H.J., Scheidtmann, K., Köhler, M., Müller, C., Platz, T., Specht, U., Schmelter, T., Hoff-Emden, H., Urbach, D., Lecheler, J. (2014): Multizentrische Evaluationsstudie zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation (MEMbeR). *Die Rehabilitation*, 53. 87–93.
- Streibelt, S., Menzel-Begemann, A. (2015): Hängt der Erfolg arbeitsbezogener Leistungen in der Rehabilitation neurologischer Erkrankungen von der Wiedereingliederungsprognose ab? Eine Re-Analyse von 2 kontrolliert randomisierten Studien. *Die Rehabilitation*, 54. 252–258.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

# **Einfluss von Selbstkontrolle auf wahrgenommene Fatigue**

*Wanja Wolff<sup>1</sup>; Julia Schüler<sup>1</sup>; Christian Dettmers<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Universität Konstanz; <sup>2</sup> Kliniken Schmieder Konstanz

## **Hintergrund und Zielstellung**

Patienten mit Multipler Sklerose (PwMS) leiden häufig an Fatigue, und Fatigue beeinflusst den Patientenalltag maßgeblich. So benennt beispielsweise die Hälfte der PwMS Fatigue, als das am meisten einschränkende Symptom der Erkrankung. Trotz der Bedeutsamkeit von Fatigue für PwMS, ist die Pathophysiologie der Fatigue noch nicht vollständig verstanden. So werden in der Literatur beispielsweise häufig sehr geringe Zusammenhänge zwischen Fatigability (objektiv messbare Leistungsreduktion) und wahrgenommener Fatigue (selbstberichtete Ermüdbarkeit) berichtet (Penner & Paul, 2017). Ziel des vorliegenden Beitrags ist es Selbstkontrolle, als konzeptionell und mechanistisch mit Fatigue verbundenes Konzept, in die Fatiguedforschung einzuführen. Selbstkontrolle ist ein wichtiges Konzept in der Volitionspsychologie und hohe Trait-Selbstkontrolle (konzeptualisiert als relativ stabile Eigenschaft) ist mit besserer Leistung und höherer Persistenz bei anstrengenden motorischen und kognitiven Aufgaben assoziiert (Duckworth 2011; Tangney et al., 2004). Übertragen auf den Kontext der Multiplen Sklerose ließe sich postulieren, dass individuelle Unterschiede in der Selbstkontrolle einen Teil der inkonsistenten Befundlage zu Fatigue und Fatigability bei PwMS erklären könnten.

## **Methoden**

Der Zusammenhang von Selbstkontrolle und Fatigue wurde in einem zweischrittigen Vorgehen getestet: Zuerst wurden Veränderungen in fatiguerelevanten Parametern während der Ausübung einer anstrengenden Kraftausdauer Aufgabe (Handkraftmessung) erhoben. Konkret wurde erfasst, wie sich Oxygenierung des Präfrontalkortex und selbstberichtete motorische und kognitive Ermüdung im zeitlichen Verlauf ändern. In einem zweiten Schritt wurde getestet, ob Messungen der Trait-Fatigue und der Trait-Selbstkontrolle statistisch gesehen Veränderungen in den fatiguerelevanten Parametern vorhersagen können. Außerdem wurde der Zusammenhang zwischen Trait-Fatigue und Trait-Selbstkontrolle untersucht.

N = 51 PwMS (Alter: M = 50.12 ± 8.14 Jahre; 78.4% weiblich) füllten Fragebögen zur Erfassung von Trait-Fatigue (FSMC; differenziert in motorische und kognitive Fatigue) und Trait-Selbstkontrolle (SCS-KD) aus. Zu Beginn wurde die individuelle maximale Handkraft bestimmt, die als Referenzwert für die folgende isometrische Handkraftaufgabe diente. In der isometrischen Handkontraktionsaufgabe bestand die Aufgabe darin, 10% der maximalen Handkraftleistung bis zum Leistungsabbruch aufrechtzuerhalten. Während der Aufgabe wurde die wahrgenommene kognitive und motorische Belastung alle 30 Sekunden erfasst. Überdies wurde die Oxygenierung des Präfrontalkortex kontinuierlich mittels funktioneller Nahinfrarotspektroskopie erfasst.

## **Ergebnisse**

Lineare mixed-effect Modelle zeigten eine signifikante Zunahme der wahrgenommenen motorischen ( $F(9, 421.19) = 332.27, p < 0001$ ) und kognitiven Anstrengung ( $F(9, 423.56) =$

67.65,  $p < 0001$ ) über die Dauer der Aufgabenausführung sowie eine Zunahme der Präfrontalkortex-Oxygenierung ( $F(9, 410.49) = 44.12$ ,  $p < 0001$ ). Hierarchische schrittweise Regressionsanalysen zeigten, dass höhere Trait-Selbstkontrolle mit einem geringeren Anstieg der Präfrontalkortex-Oxygenierung ( $p < 001$ ) und einem geringeren Anstieg in der wahrgenommenen kognitiven Anstrengung ( $p < 001$ ) assoziiert war, während die Trait-Fatigue keine Veränderungen voraussagte. Korrelationsanalysen zeigten einen mittleren bivariaten linearen Zusammenhang zwischen Selbstkontrolle und wahrgenommener motorischer Trait-Fatigue ( $r = -.3$ ), und einen starken Zusammenhang zwischen Selbstkontrolle und kognitiver Trait-Fatigue, ( $r = -.7$ ).

### **Diskussion und Fazit**

Die präsentierten Ergebnisse bieten ersten Hinweise für die Annahme, dass Selbstkontrolle und Fatigue statistisch bedeutsam kovariieren und es somit einen systematischen Bezug zwischen beiden Konstrukten zu geben scheint. Überdies zeigt dies, dass das Bearbeiten einer erschöpfenden motorischen Ausdauer Aufgabe mit steigender Aktivität im Präfrontalkortex einhergeht. Diesem Areal wird für das Aufbringen von Selbstkontrolle eine zentrale Bedeutung zugeschrieben und es wird ebenfalls als Marker für Fatigue thematisiert. Interessanterweise zeigte sich regressionsanalytisch, dass nur das Fragebogenmaß zur Trait-Selbstkontrolle ein signifikanter Prädiktor von Veränderungen in der wahrgenommenen Erschöpfung und der zerebralen Oxygenierung war. Fragebogenmaße zur motorischen und zur kognitiven Trait-Fatigue waren dagegen keine signifikanten Prädiktoren für anstrengungsinduzierte Veränderungen. Eine vorsichtige Interpretation dieser Befunde wäre, dass der Umgang mit erschöpfenden Anforderungen stärker durch Selbstkontrolle und weniger durch die, im klinischen Kontext häufig erhobene, selbstberichtete Trait-Fatigue erklärt wird. Da Selbstkontrolle bis zu einem gewissen Grad trainierbar zu sein scheint, bieten diese Befunde potentiell vielversprechende non-pharmakologische Therapieansätze, um Patienten im Umgang mit Fatigue zu helfen.

### **Literatur**

- Duckworth, A. L. (2011). "The significance of self-control," *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, vol. 108, no. 7, pp. 2639-2640, 2011.
- Penner, I.-K., Paul, F. (2017). "Fatigue as a symptom or comorbidity of neurological diseases," *Nature Reviews Neurology*, vol. 13, no. 11, pp. 662–675, 2017.
- Tangney, J. P., Baumeister, R. F., Boone, A. L. (2004). "High selfcontrol predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success," *Journal of Personality*, vol. 72, no. 2, pp. 271–324, 2004.

# Instrumenten-übergreifender Vergleich der Ergebnisqualität. Entwicklung und Validierung eines Überföhrungsalgorithmus aus FIM und EBI

*Martin Brünger<sup>1</sup>; Anna Schlumbohm<sup>1</sup>; Stefanie Köhn<sup>1</sup>; Luise Menzi<sup>2</sup>; Karla Spyra<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Charité - Universitätsmedizin Berlin;

<sup>2</sup> Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ)

## Hintergrund und Zielstellung

In der Schweiz werden im Rahmen des Nationalen Messplan Rehabilitation in sämtlichen stationären Rehabilitationseinrichtungen trägerübergreifend klinikvergleichende Messungen der Ergebnisqualität vorgenommen (Menzi, 2015). In der neurologischen Rehabilitation können die teilnehmenden Rehakliniken wahlweise den Functional Independence Measure (FIM) (Keith et al., 1987; Granger et al., 1993) oder den Erweiterten Barthel-Index (EBI) (Prosiegel et al., 1996) als Ergebnisindikator einsetzen. Beide Instrumente messen Funktionsfähigkeit in wichtigen Bereichen des Lebens (Activities of Daily Living, ADL) (Wade, 1992).

Um einen Ergebnisqualitätsvergleich zwischen allen Rehakliniken unabhängig vom verwendeten Instrument zu ermöglichen, ist die Transformation des jeweiligen FIM- bzw. EBI-Summenwertes in einen gemeinsamen ADL-Score erforderlich. Ziel dieser Studie war daher die Entwicklung und Validierung eines Umrechnungsalgorithmus aus FIM und EBI in einen ADL-Score, der zum Instrumenten-übergreifenden Ergebnisqualitätsvergleich genutzt werden kann.

## Methoden

Es wurde eine mehrphasige Mixed-Methods-Studie durchgeführt. Erstens wurde durch Expertinnen und Experten auf Item-Ebene eine inhaltliche Überföhrung analoger FIM- und EBI-Items sowie korrespondierender Antwortkategorien vorgenommen und ein Umrechnungsalgorithmus definiert.

Zweitens erfolgten zur Validierung des von den Expertinnen und Experten definierten Umrechnungsalgorithmus bei 263 Patientinnen und Patienten in der neurologischen Rehabilitation aus vier Rehakliniken Messungen sowohl von FIM als auch EBI zu Rehabilitationsbeginn. Um den gesamten möglichen Wertebereich abdecken zu können, wurde die Rekrutierung geschichtet nach fünf gleich großen Beeinträchtigungskategorien vorgenommen. Die Übereinstimmung zwischen ADL-Wert aus FIM und ADL-Wert aus EBI gemäß Umrechnungsalgorithmus wurde mithilfe unterschiedlicher Reliabilitätsmaße auf Item-Ebene (Übereinstimmung in Prozent, Kappa, Korrelation nach Spearman) und Skalen-Ebene (unjustierte Intra-Klassen-Korrelation, Korrelation nach Spearman, adjustiertes Bestimmtheitsmaß) beschrieben. Weiterhin wurden Mittelwert, Standardabweichung und Median berechnet sowie die Differenz der beiden Summenwerte (ADL aus FIM und ADL aus EBI) mithilfe eines t-Tests für abhängige Stichproben getestet. Als graphische Darstellungsform wurden Transition Plots und Streudiagramme genutzt.

Drittens wurde der Überföhrungsalgorithmus auf Basis der Ergebnisse der Validierungsstudie in einem abschließenden Experten-Workshop finalisiert und konsentiert. Die oben genannten

Übereinstimmungsparameter werden im Ergebnisteil für den finalen, konsentierten Umrechnungsalgorithmus berichtet.

## **Ergebnisse**

Die 18 FIM-Items wurden 15 der 16 EBI-Items in der Regel paarweise aufgrund inhaltlicher Kriterien zugeordnet. In drei Fällen finden aufgrund der inhaltlichen Gemeinsamkeit jeweils zwei FIM-Items Entsprechung mit einem EBI-Item. Das EBI-Item 16 (Sehen – Neglect) hat hingegen kein Analogon im FIM und fand daher keine Berücksichtigung im Überführungsalgorithmus. Anschließend wurden je Item-Zuordnung die 7 FIM-Antwortkategorien den inhaltlich korrespondierenden 3 bis 5 EBI-Antwortkategorien zugeordnet und mit Werten zwischen 0 und 4 Punkten belegt. Der ADL-Score kann auf Skalenebene somit Werte zwischen 0 und 60 Punkten annehmen.

Das mittlere Alter der Validierungsstichprobe lag bei 67,2 Jahren (SD: 14,6 Jahre, Spannweite 18-92 Jahre), der Frauenanteil bei 49,2%. Für die Item-Paare konnten in der Regel hohe Übereinstimmungsparameter verzeichnet werden. Auf Skalenebene lag die Intra-Klassen-Korrelation bei ICC=0,96, die Korrelation nach Spearman bei  $r_s=0,96$  und das adjustierte Bestimmtheitsmaß bei  $R^2=0,91$ . Die Differenz des mittleren FIM-ADL-Summenwertes von 31,4 Punkten (SD: 18,3) und des mittleren EBI-ADL-Summenwertes von 31,9 Punkten (SD: 17,8) betrug im Mittel 0,4 Punkte ( $p=0,24$ ). Bei einigen Item-Paaren wurden im abschließenden Experten-Workshop auf Basis der Validierungsstudie geringfügige Modifikationen im Umrechnungsalgorithmus vorgenommen und diese konsentiert.

## **Diskussion und Fazit**

FIM und EBI können in einen gemeinsamen ADL-Score überführt werden. Es zeigten sich im Mittel keine substanziellen Abweichungen je nach verwendetem Instrument. Die Übereinstimmungsparameter lagen in einem sehr hohen Bereich. Der Umrechnungsalgorithmus wurde inhaltlich fundiert, empirisch validiert und abschließend Experten-konsentiert. Ein Ergebnisqualitätsvergleich aller Rehakliniken unabhängig von Nutzung des FIM oder des EBI scheint nunmehr valide bei Anwendung des Umrechnungsalgorithmus möglich zu sein.

Es ist jedoch zu beachten, dass der Umrechnungsalgorithmus aufgrund der leicht unterschiedlichen inhaltlichen Konzeption und der abweichenden formalen Testkonstruktion von FIM und EBI im Einzelfall auch zu größeren Abweichungen je nach verwendetem Ursprungsinstrument führen kann. Daher sollten bei Nutzung des Umrechnungsalgorithmus und klinikvergleichender Darstellung des ADL-Scores zusätzlich deskriptiv die jeweils tatsächlich gemessenen Werte der Ursprungsinstrumente FIM bzw. EBI berichtet werden.

## **Literatur**

- Granger, C. V., Hamilton, B. B., Linacre, J. M., Heinemann, A. W., Wright, B. D. (1993): Performance profiles of the functional independence measure. *Am J Phys Med Rehabil*, 72(2). 84-9.
- Keith, R. A., Granger, C. V., Hamilton, B. B., Sherwin, F. S. (1987): The functional independence measure: a new tool for rehabilitation. *Adv Clin Rehabil*, 1. 6-18.
- Menzi, L. (2015): Praxisnahe Qualitätskontrolle. *Schweizerische Ärztezeitung*, 96(41). 1476-1477.

Prosiegel, M., Böttger, S., Schenk, T., König, N., Marolf, M., Vaney, C. (1996): Der Erweiterte Barthel-Index (EBI) - eine neue Skala zur Erfassung von Fähigkeitsstörungen bei neurologischen Patienten. *Neurol Rehabil*, 2. 7-13.

Wade, D. T. (1992). *Measurement in neurological rehabilitation*. Oxford, Oxford University Press.

Förderung: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ)

## **Prädiktoren für die Vorhersage von Gangparameter bei Schlaganfallpatienten**

*Christina Kaltenbach<sup>1</sup>; Julia Dannenmaier<sup>1</sup>; Markus Maier<sup>2</sup>; Sebastian Knapp<sup>1</sup>;  
Gert Krischak<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup> Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm (IFR Ulm);

<sup>2</sup> Federseeklinik Bad Buchau

### **Hintergrund und Zielstellung**

Halbseitenlähmung gehört zu einer der häufigsten Folgen eines Schlaganfalls. Oftmals führt dies zu einer verminderten Gehfähigkeit und einer Veränderung der Lebensqualität. Eine Möglichkeit zur Wiedererlangung der Gehfähigkeit durch wiederholtes Üben ist die Anwendung von roboterassistierenden Gangtrainern. Auf der einen Seite führen diese zu Verbesserungen in der Ganggeschwindigkeit (Cho et al., 2018). Auf der anderen Seite zwingen sie dem Patienten jedoch über die mechanische Bewegungsführung die Bewegungsbahn auf (Riener et al, 2005), sodass eine ausreichende Eigenaktivität und eine eigene Kraftentwicklung nicht gegeben sind. Eine Anpassung der Bewegung während des Trainings durch den Patienten und Unterstützung, wenn die Bewegung vom Patienten nicht ausgeführt werden kann, wäre notwendig, um eine funktionelle und strukturelle Reorganisation des Gehirns zu fördern. Damit der Gangtrainer auf jeden Patienten individuell eingestellt werden kann und den Patienten bei Bedarf unterstützt sowie eine Bewertung des Gangs während des Gangzyklus möglich ist, ist es das Ziel dieser Studie, Prädiktoren aus anthropometrischen Daten für die Vorhersage von Gangparameter bei Schlaganfallpatienten und gesunden Probanden zu ermitteln.

### **Methoden**

Insgesamt wurden 20 gesunde Probanden (Männer: 8, Frauen: 12, Mittelwert (sd) Alter: 41,3 (10,4) Jahre, Größe: 172,3 (6,46) cm, Gewicht: 72,35 (14,42) Kg) und 10 Schlaganfallpatienten (Männer: 8, Frauen: 4, betroffenes Bein links: 9, Alter: 59,9 (13,08) Jahre, Größe: 171,3 (8,18) cm, Gewicht: 76,06 (11,88) Kg) in die Studie aufgenommen. Die Patienten und Probanden gingen auf dem Laufband bei steigender Geschwindigkeit (0,5 Km/h – max. 4,0 km/h, Steigerung um 0,5 Km/h nach 45 Sekunden). Erhoben wurden räumliche und zeitliche Gangparameter über Drucksensoren sowie anthropometrische Daten. Die statistische Auswertung erfolgte mittels einer schrittweisen linearen Regression, zur

Bestimmung des Einflusses von anthropometrischen Variablen auf gangspezifische Parameter (Schrittlänge, Schrittweite, Länge des Gangzyklus, Kadenz).

### **Ergebnisse**

Aus der schrittweisen linearen Regression konnten für die vier gangspezifischen Parameter jeweils Modelle anhand von Prädiktoren (Geschlecht, Alter, Körpergröße, Gewicht), die das Modell am besten beschreiben, berechnet werden. Insgesamt konnten 8 Modelle (Patient: paretisches Bein/ nicht- paretisches Bein/ beide Beine; Probanden: linkes Bein/ rechtes Bein/ beide Beine) pro Geschwindigkeit und pro Gangparameter ermittelt werden.

### **Diskussion und Fazit**

Anhand der Modelle können nun die im Gangzyklus wichtigen Parameter Schrittlänge, Schrittweite, die Länge des Gangzyklus und die Kadenz durch das Geschlecht, Alter, Körpergröße und Gewicht beschrieben werden. Durch Nutzung solcher Prädiktionsmodelle kann der Gangtrainer in Zukunft individuell für jeden Schlaganfallpatienten eingestellt werden. Zugleich kann über die Ergebnisse der gesunden Probanden während des Trainings auf dem Gangtrainer ein Abgleich gangspezifische Parameter stattfinden. Diese Studie war als Pilotstudie angesetzt. Damit die Modelle präziser und statistisch valider sind, bedarf es jedoch einer größeren Stichprobe. Nach Fertigstellung des Prototyps wird es eine Nachfolgestudie mit einer größeren Stichprobe geben, sodass die Modelle überprüft und angepasst werden können.

### **Literatur**

Cho J.-E., Yoo J.S., Kim K.E., Cho S.T., Jang W.S., Cho K.H. et al. (2018). Systematic Review of Appropriate Robotic Intervention for Gait Function in Subacute Stroke Patients. *BioMed research international* 2018;2018:4085298.

Riener R., Lünenburger L., Jezernik S., Anderschitz M., Colombo G., Dietz V. (2005). Patient-cooperative strategies for robot-aided treadmill training: First experimental results. *IEEE transactions on neural systems and rehabilitation engineering a publication of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society* 2005;13(3):380–94

Förderung: Bundesministerium für Wirtschaft und Energie, ZIM- Förderprojekt

## Fatigue – Inzidenz und Bedeutung in der onkologischen Rehabilitation

Jürgen Stepien<sup>1</sup>; Holger G. Hass<sup>1</sup>; Tamara Weichselbaumer<sup>2</sup>; Claudia Körper<sup>1</sup>;  
Christiane Ruoff<sup>1</sup>; Johannes Lerch<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Paracelsus-Klinik Scheidegg; <sup>2</sup> Leopold-Franzens-Universität Innsbruck

### Hintergrund und Zielstellung

Chronische Müdig- und Kraftlosigkeit (Fatigue) ist eine der Hauptbeschwerden in der onkologischen Rehabilitation. Da Fatigue bzw. fatigue-artige Beschwerden häufig chronifizieren besteht bei den betroffenen Patientinnen und Patienten ein hoher Leidensdruck sowie eine Gefährdung der beruflichen und sozialen Teilhabe. So konnte in mehreren Studien neben der hohen Inzidenz von Fatigue in der Onkologie diese als prädiktiver Faktor für einen erschwerten „Return-to-work“ bestätigt werden. Daher hat die Fatigue eine hohe sozialmedizinische Bedeutung in der onkologischen Rehabilitation.

Ziel dieser prospektiven Unizenter-Studie war daher die Evaluation der Inzidenz zu Beginn der onkologischen Rehabilitation.

### Methoden

Zur Evaluation der Fatigue wurde der MFI-20 Fragebogen (Multidimensional Fatigue Inventory; Dt. Version), die LASA 10-Punkte-Skala (linear-analogue self-assessment scale) sowie weitere 6 Fragen zum Thema Leistungsfähigkeit und onkologische Therapie eingesetzt. Im Erhebungszeitraum vom 07/19 – 09/19 wurden insgesamt 599 Patientinnen und Patienten zur Teilnahme an der Studie eingeladen. Die Teilnahme erfolgte nur nach schriftlicher Aufklärung und Einverständnis, 453 Fragebögen konnten anonymisiert ausgewertet werden (76%; 430♀ / 23♂).

### Ergebnisse

Das Durchschnittsalter der inkludierten Patienten betrug 57,8 +/- 9,9 J. 73,3% (n=332) waren an einem Mammakarzinom, 8,6% (n=39) an einem gynäkologischen sowie 11,5% (n=52) an einem gastrointestinalen Tumor erkrankt (Rest: 6,6% (n=21) Prostata-/SD-CA, NHL). Die onkologische Therapie war durchschnittlich vor 7,0 +/- 8,7 Mo (0 – 50 Mo) beendet worden.

Auf der visuellen LASA-Skala wurde eine durchschnittliche Erschöpfung von 5,3 +/-2,1 angegeben. 76,0% gaben deutlich erhöhte Erschöpfungswerte (LASA ≥4) an, davon 34,7% eine starke Fatigue-Symptomatik (> 6 - 10). 23,4% (n=106) der Patienten berichteten von einer Verschlechterung der Fatigue seit letzter Therapie, wohingegen 47,2% (n=214) schon von einer Verbesserung der Beschwerden berichteten. 60,7% (n=275) berichteten von keiner bzw. allenfalls leichten Beschwerdebesserung durch Schlaf. Neben der körperlichen Schwäche wurde in 34,5% (n=156) zusätzlich über eine emotionale Schwäche geklagt. In 32,9% (n=149) wurde die Fatigue als stark – sehr stark die Arbeit beeinflussend angegeben.

Tab. 1

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
MFI Allgemeine Müdigkeit	437	20,00	100,00	67,8490	17,26600
MFI Körperliche Müdigkeit	437	20,00	100,00	63,4668	20,13844
MFI Verminderte Aktivität	425	20,00	100,00	62,3529	20,19055
MFI Verminderte Motivation	435	20,00	100,00	50,1954	17,32439
MFI Mentale Müdigkeit	438	20,00	100,00	61,8265	21,00119

Bei den MFI Skalen war am stärksten die Skala „Allgemeine Müdigkeit“ mit 67,8 +/- 17,2 erhöht (s. Tabelle 1). Alle MFI-Skalen korrelierten hochsignifikant (0.01) miteinander. Die höchste Korrelation zeigten die Skalen „Verminderte Aktivität“ und „Körperliche Müdigkeit“ (61% Varianz, s. Tabelle 2). In 4 Skalen des MFI zeigen ca. jeweils die Hälfte der befragten Patienten starke Beeinträchtigungen. Nur bei der Skala „Verminderte Motivation“ liegt der Anteil an starker Beeinträchtigung nur bei 15%.

Tab. 2

	MFI Allgemeine Müdigkeit	MFI Körperliche Müdigkeit	MFI Verminderte Aktivität	MFI Verminderte Motivation	MFI Mentale Müdigkeit
<b>MFI Allgemeine Müdigkeit</b>	1	,757(**)	,701(**)	,589(**)	,597(**)
	.	,000	,000	,000	,000
	437	431	418	430	434
<b>MFI Körperliche Müdigkeit</b>	,757(**)	1	,781(**)	,584(**)	,479(**)
	,000	.	,000	,000	,000
	431	437	420	432	435
<b>MFI Verminderte Aktivität</b>	,701(**)	,781(**)	1	,671(**)	,516(**)
	,000	,000	.	,000	,000
	418	420	425	418	420
<b>MFI Verminderte Motivation</b>	,589(**)	,584(**)	,671(**)	1	,547(**)
	,000	,000	,000	.	,000
	430	432	418	435	434
<b>MFI Mentale Müdigkeit</b>	,597(**)	,479(**)	,516(**)	,547(**)	1
	,000	,000	,000	,000	.
	434	435	420	434	438

Alle Skalen korrelieren hochsignifikant mit der LASA Skala. Die größte gemeinsame Varianz zeigen die Skalen LASA und Allgemeine Müdigkeit (54%). Es zeigen sich allerdings keine

signifikanten Unterschiede in Abhängigkeit von der Diagnose mit der LASA-Skalierung, wohingegen beim MFI Patienten mit GI-Tumoren im Unterschied zu Patientinnen mit Mamma-Ca eine tendenziell signifikant (0.058 Scheffé Prozedur; Bonferroni 0.038; LSD 0.006) stärkere „Verminderte Aktivität“ zeigten. Zudem zeigten sich bei den MFI Skalen signifikante Beziehungen bei „Körperlicher Müdigkeit“ und „Verminderter Aktivität“ zu der Zeitdauer seit der letzten Behandlung. Je kürzer diese zurück liegt, desto höher war die erlebte Müdigkeit.

Bei allen Ergebnissen zeigten sich allerdings keine geschlechts-spezifischen Unterschiede oder Unterschiede in Abhängigkeit zur onkologischen Diagnose und durchgeführter Therapie.

### **Diskussion und Fazit**

Die vorliegenden Daten bestätigen sowohl die häufige Inzidenz der Fatigue bei onkologischen Patienten sowie deren Einfluß auf die allgemeine Lebensqualität und die Teilhabe im sozialen und beruflichen Bereich. Insbesondere in der onkologischen Rehabilitation stellt daher die Therapie der Fatigue eine wichtige Säule für multimodale MBOR-Konzepte dar.

### **Literatur**

Dorland H.F., et al. (2016): Factors influencing work functioning after cancer diagnosis: a focus group study with cancer survivors and occupational health professionals. Support Care Cancer. 2016.

Islam T., et al. (2014): Factors associated with return to work of breast cancer survivors: a systematic review. BMC Public Health. 2014

Wolvers M.D.J., et al. (2018): Predictors for earlier return to work of cancer patients. J Cancer Surviv. 2018.

## **Health literacy bei onkologischen Rehabilitanden: Relevanz für den subjektiven Rehabilitationsverlauf**

*Karin Meng; Verena Heß; Michael Schuler; Hermann Faller*  
Julius-Maximilians-Universität Würzburg

### **Hintergrund und Zielstellung**

Health literacy (HL) umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die ihre Lebensqualität während des gesamten Lebensverlaufs erhalten oder verbessern (Sørensen et al., 2012). Der Begriff „Gesundheitskompetenz“ hat sich als deutsche Übersetzung etabliert. Eingeschränkte HL ist mit geringerer psychosozialer Gesundheit assoziiert (Berkman et al., 2011; Jordan et al., 2015). Patientinnen mit Brustkrebs und geringer HL wiesen höhere unerfüllte Informationsbedürfnisse und höhere Progredienzangst auf (u.a. Halbach et al., 2016). Bisher gibt es nur begrenztes Wissen zum Einfluss im Krankheitsverlauf. Die Bedeutung im Rahmen der onkologischen Rehabilitation wurde noch nicht untersucht. Die folgenden Fragestellungen werden daher explorativ geprüft:

(F1) Welche HL liegt bei onkologischen Rehabilitanden vor?

(F2) Welche Zusammenhänge weist HL mit den Reha-Zielparametern psychische Belastung, körperliche Funktionsfähigkeit, globale Lebensqualität, subjektive Arbeitsfähigkeit und Erwerbsprognose bis zu 3 Monate nach der Rehabilitation auf?

## Methoden

Sekundärdatenanalyse einer Fragebogenstudie in der stationären onkologischen Rehabilitation (Studie UNSAID; DRKS-ID: DRKS00012998). Rehabilitanden mit Brustkrebs, Prostatakrebs oder Darmkrebs wurden zu 3 Messzeitpunkten - Reha-Ende (T1), Follow-up nach 3 (T2) und 9 Monaten (T3) - mittels schriftlicher Fragebögen befragt. HL wurde mit einer Kurzform des European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q6) erfasst (Sørensen et al., 2013). Die 6 Items sind einem konzeptionellen Modell mit 4 Dimensionen (Finden, Verstehen, Beurteilen, Anwenden) in 3 Domänen (Krankheitsversorgung, Prävention, Gesundheitsförderung) zuordenbar. Ein HL-Gesamtwert wird über den Mittelwert der Items gebildet (Range: 1-4); höhere Werte entsprechen einer höheren HL. Mittels Cut-off-Werten kann eine Einteilung als inadäquat, problematisch oder ausreichend erfolgen. Die weiteren Parameter wurden mittels folgender Instrumente ermittelt: PA-F-KF, psychosozialer Unterstützungsbedarf (ja/nein), EORTC QLQ-C30, WAI-Einzelitem, SPE-Skala.

Die statistische Analyse beinhaltet (F1) deskriptive und inferenzstatistische Analysen sowie (F2) multiple lineare und logistische Regressionsanalysen im Quer- und Längsschnitt (T1, T2) mit Adjustierung für andere Einflussparameter (Alter, Geschlecht, Bildung, Partner- und Elternschaft, Diagnose, Erst-/Folgeerkrankung). Die Zusammenhangsanalysen im Längsschnitt wurden mit residualisierten Veränderungswerten von HL und den Reha-Zielparametern berechnet.

Die Stichprobe umfasst 449 Rehabilitanden (53% Brustkrebs, 30% Prostatakrebs, 17% Darmkrebs). Der Frauenanteil ist 59%, das Durchschnittsalter 59 Jahre (SD=12.8). 28% haben einen Volks-/Hauptschulabschluss, 36% Realschulabschluss/Mittlere Reife, 10% Fachhochschulreife und 26% Abitur. 49% sind erwerbstätig, 39% berentet. Eine Anschlussrehabilitation erhalten 71%. Zu T2 liegen Daten von 93% der Stichprobe vor.

## Ergebnisse

F1: Bis zu 56% der Rehabilitanden bewerten eine HL-Anforderung als schwierig (Abb. 1). Die häufigsten Schwierigkeiten bestehen darin Gesundheits-/Krankheitsinformationen zu beurteilen. Der durchschnittliche HL-Gesamtwert liegt bei 2.81 (SD=0.53). Es bestehen signifikante Unterschiede für die Diagnosegruppen (Prostatakrebs: M=2.96 (SD=0.56); Darmkrebs: M=2.78 (SD=0.50); Brustkrebs: 2.73 (SD=0.51);  $p < .001$ ). Rehabilitanden mit Prostatakrebs haben eine höhere HL als Rehabilitanden mit Brustkrebs ( $d=0.43$ ) bzw. Darmkrebs ( $d=0.33$ ). Die HL von 9.2% wird als inadäquat, 50.9% als problematisch und 39.9% als ausreichend eingestuft. Zwischen Reha-Ende und dem Follow-up nach 3 Monaten zeigt sich nur eine geringe Verbesserung der HL ( $d=0.11$ ,  $p < .05$ ).

F2: Zu Reha-Ende bestehen signifikante Zusammenhänge von HL und den Reha-Zielparametern. Höhere HL ist mit geringerer Progredienzangst ( $\beta=-0.35$ ,  $p < .001$ ) und geringerem psychosozialen Unterstützungsbedarf (OR=0.30,  $p < .001$ ), höherer körperlicher Funktionsfähigkeit ( $\beta=0.22$ ,  $p < .001$ ) und globaler Lebensqualität ( $\beta=0.23$ ,  $p < .001$ ) sowie

einer besseren subjektiven Arbeitsfähigkeit ( $\beta=0.24$ ,  $p < .001$ ) und Erwerbsprognose ( $\beta=-0.23$ ,  $p < .001$ ) assoziiert.

Im Längsschnitt liegen signifikante Zusammenhänge zwischen der Veränderung der HL und der Gesundheitsoutcomes vor. Eine Verbesserung in der HL nach 3 Monaten geht mit einer Verringerung von Progredienzangst ( $\beta=-0.17$ ,  $p < .01$ ) sowie einer Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit ( $\beta=0.20$ ,  $p < .001$ ) und der globalen Lebensqualität ( $\beta=0.26$ ,  $p < .001$ ) einher. Mit der Veränderung der arbeitsbezogenen Reha-Outcomes lässt sich kein bedeutsamer Zusammenhang nachweisen.

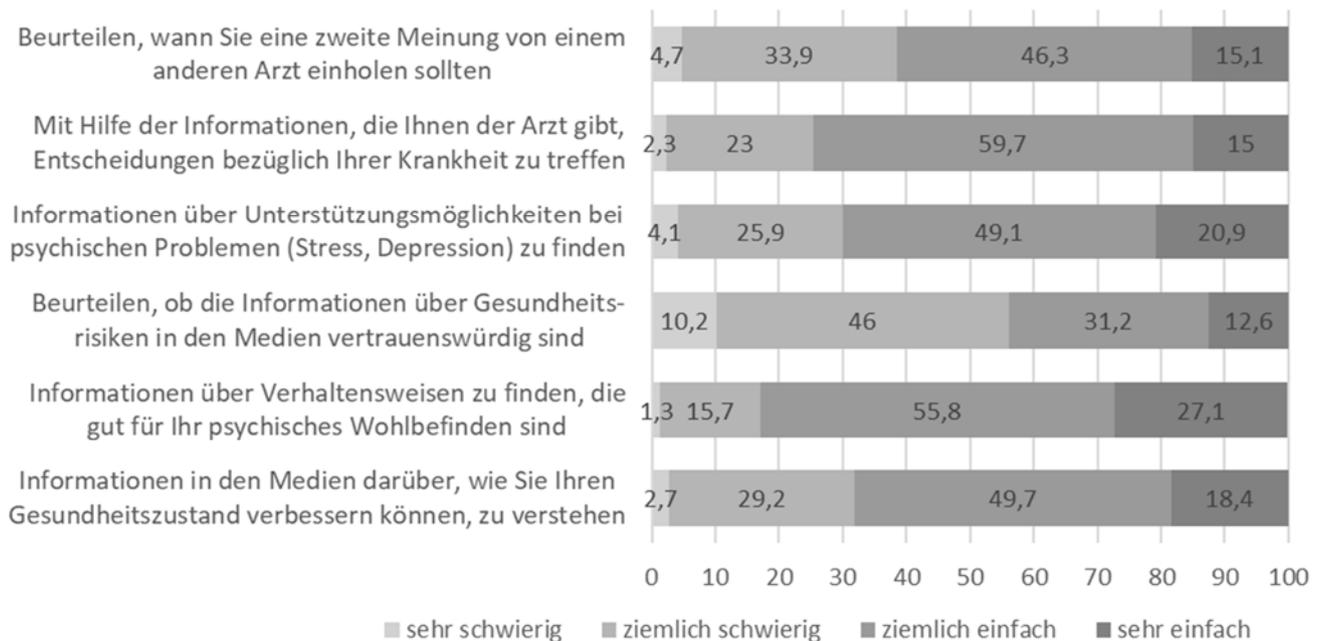


Abb. 1: HLS-6 zu Reha-Ende bei 449 Rehabilitanden (%)

## Diskussion und Fazit

Ein bedeutsamer Anteil an Rehabilitanden weist eine problematische HL auf. Dieser liegt höher als in der deutschen Erwachsenenpopulation (Jordan et al., 2015), was durch die erkrankungsbezogenen Anforderungen begründet wird. HL ist ein signifikanter Prädiktor von psychosozialen und körperlichen Gesundheitsoutcomes bis zu 3 Monate nach der Rehabilitation. Strategien zur Förderung der Gesundheitskompetenz sind daher bedeutsam. Während der Rehabilitation könnten neben der Vermittlung von krankheitsbezogenen Wissen und Selbstmanagementfertigkeiten auch Interventionen zur Stärkung der Kompetenz im Umgang mit Gesundheitsinformationen angedacht werden.

Als Limitation ist zu berücksichtigen, dass HL nur mit einem Screeninginstrument erfasst wurde und keine Messung zu Reha-Beginn vorliegt. Weitere Studien sollten die Veränderungen der HL während der Rehabilitation und deren prognostische Bedeutsamkeit untersuchen.

## Literatur

Berkman, N.D., Sheridan, S.L., Donahue, K.E., Halpern, D.J., Crotty, K. (2011): Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, 155. 97-107.

- Halbach, S.M., Enders, A., Kowalski, C., Pfortner, T.-K., Pfaff, H., Wesselmann, S., Ernstmann, N. (2016): Health literacy and fear of cancer progression in elderly women newly diagnosed with breast cancer - A longitudinal analysis. *Patient Education and Counseling*, 99. 855-862.
- Jordan, S., Hoebel, J. (2015): Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 58. 942-950.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H. (2012): Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12. 80.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., Kondilis, B., Stoffels, V., Osborne, R., Brand, H. (2013): Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*, 13. 948.

Förderung: Deutsche Krebshilfe

## **Psychische Belastung (Distress) bei Patientinnen mit Ovarialkarzinom in der onkologischen Rehabilitation.**

*Holger G. Hass<sup>1</sup>; Christof Bender<sup>2</sup>; Marianne Seywald<sup>1</sup>; Volker Kunzmann<sup>2</sup>; Achim Wöckel<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Paracelsus-Klinik Scheidegg; <sup>2</sup> Julius-Maximilians-Universität Würzburg

### **Hintergrund und Zielstellung**

Das Ovarialkarzinom ist die 2. häufigste gynäkologische Tumorerkrankung in Deutschland und zeichnet sich unverändert durch eine sehr schlechte Prognose sowie deutlich reduzierte 5-Jahres-Überlebensraten aus. Dies ist u.a. dadurch bedingt, dass bei ca. 70% der betroffenen Frauen unverändert die Diagnose erst in einem fortgeschrittenen oder metastasierten Stadium (FIGO III-IV) erfolgt.

Die Konsequenz daraus ist, dass die Patientinnen sich häufig einer aggressiven multimodalen Therapie (Multiviszeral-OP, Empfehlung einer systemischen Chemotherapie in nahezu 100%) durch Patientinnen mit Eierstockkrebs. Das häufige Wissen um die schlechte Gesamtprognose, einer zudem häufiger vorliegenden genetischen Krebsveranlagung (BRCA1/2-Mutation) und teils vielfältige somatische Folgestörungen durch die onkologische Behandlung können bei den Frauen zu einer hohen psychischen Belastung führen (Frey et al., 2017; Kayl et al., 2006).

### **Methoden**

Ziel dieser Screening-Studie war daher die Erhebung der psychischen Belastung mittels der dt. Version des NCCN-Distress-Thermometers, wobei ein Wert von  $\geq 5$  auf der visuellen Analogskala als auffällig bzw. die Patientin als belastet gewertet wurde. Zusätzlich erfolgte die Dokumentation möglicher Ursachen (Patientencharakteristika, Tumorstadium, somatische Nebenwirkungen) für Distress zu Beginn der onkologischen Rehabilitation.

## **Ergebnisse**

Das Gesamtkollektiv der befragten Patientinnen betrug n=520 (Alter 54,8 +/- 10,5 J), insgesamt lagen von 440 Frauen Angaben zum psychischen Distress vor (84,6%). 266 Patientinnen (51,1%) kamen zur Anschlußrehabilitation (AHB/AR) direkt nach abgeschlossener Chemotherapie. 60% der Frauen waren bis zur Erkrankung noch beruflich tätig und kommen arbeitsunfähig (AU) zur Rehabilitation.

Bei 130 Patientinnen (29,6%) lag ein frühes/begrenztes Tumorstadium (FIGO I-II) vor, bei 196 (46,6%) ein fortgeschrittenes Tumorstadium (FIGO III) sowie bei 114 Frauen (27,2%) ein schon metastasiertes Stadium (FIGO IV).

Infolge der in über 95% durchgeführten Kombinationschemotherapie klagten 62,9% über eine CTX-induzierte Polyneuropathie (CIPN), 23% über ein Lymphödem sowie 81,6% über fatigue-artige Beschwerden (Kraftlosigkeit/Müdigkeit). Gastrointestinale Beschwerden wurden infolge der häufig Multiviszeral-OP berichtet (chron. Diarrhö in 8,7%, signifikante Gewichtsabnahme (BMI < 20%) in 12,3%).

13,6% der Patientinnen waren schon früher von einer Krebserkrankung betroffen (2. Karzinom), bei 9,6% war eine erbliche Genese (BRCA1/2-Mutation) bewiesen.

Bezogen auf die psychische Belastung / Distress gaben 115 Patientinnen (26,1%) nur eine geringe psychische Belastung an (Distress  $\leq$  5), wohingegen 325 Frauen (73,8%) Werte von  $\geq$  5 und davon über 40% (n=140) eine massive seelische Belastung (Skala 8-10) angaben.

Psychischer Distress zeigte keine Korrelation mit dem Tumorstadium oder dem Vorliegen einer metastasierten Erkrankung (6,0 vs. 6,18; p=ns), allerdings eine Signifikanz mit jüngerem Patientenalter (< 60; 5,44 vs. 6,31; p=0,007).

## **Diskussion und Fazit**

Unsere Daten belegen in Übereinstimmung mit der Literatur die unverändert schlechte Prognose des Ovarialkarzinoms sowie die häufige Inzidenz somatischer Folgestörungen (CIPN, Lymphödem, Fatigue) nach multimodaler Therapie. Vermutlich bedingen diese häufig chronischen Beschwerden, mehr als das Tumorstadium, den psychischen Distress bei einer Vielzahl der betroffenen, insbesondere jüngeren Frauen und unterstreichen die große Bedeutung einer psychoonkologischen Therapie.

## **Literatur**

- Frey M.K., et al. (2017). Ovarian cancer survivors' acceptance of treatment side effects evolves as goals of care change over the cancer continuum. *Gynecol Oncol.* 2017.
- Kayl A.E., et al. (2006). Side-effects of chemotherapy and quality of life in ovarian and breast cancer patients. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2006.

# **Unterscheiden sich besondere berufliche Problemlagen (BBPL) und sozialmedizinische Aspekte verschiedener Tumorentitäten und hat dies Auswirkungen auf die Abstufung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR-A oder intensiviert MBOR-B) onkologischer Rehabilitanden?**

*Dieter Mustroph<sup>1</sup>; Dirk Albrecht<sup>2</sup>; Bernhard Kaden<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Klinik Nordfriesland; <sup>2</sup> Hamm-Kliniken GmbH & Co. KG, Klinik Nordfriesland

## **Hintergrund und Zielstellung**

Zielsetzung ist, auf Unterschiede der BBPL verschiedener Tumorentitäten und der sozialmedizinischen Aspekte zu analysieren, um daraus die Eignung für MBOR-Programme abzuleiten. Unterschiede könnten einen Beitrag zur evidenzbasierten Zuordnung zu abgestuften MBOR-Programmen leisten.

## **Methoden**

Der Erhalt der Erwerbsfähigkeit ist prognostisch vom Vorhandensein BBPL abhängig (Streibelt & Bethge, 2008). Beim Vorliegen von BBPL werden die Leistungen zur Teilhabe intensiviert (MBOR-B); (DRV Bund, 2015).

Aufgrund der Besonderheiten der onkologischen Therapie

- häufig lange Behandlungsdauer,
- eingeschränkte Aussagekraft der Screening-Tools (Bergelt et al., 2018),
- sozialmedizinische Auswirkungen,
- hoher AHB-Anteil mit eingeschränkter Möglichkeit der Zuweisung in auf MBOR spezialisierte Kliniken

ist der Nutzen von MBOR in der Onkologie umstritten.

Unser Konzept basiert darauf einerseits die für die Erwerbsfähigkeit prognostisch relevante BBPL zu erfassen. Andererseits schätzen erfahrene Kliniker prädiktiv ein, ob MBOR-B umsetzbar erscheint oder relevante Gegenargumente existieren.

Die Identifizierung der MBOR-B geeigneten Rehabilitanden wurde in drei Schritten vorgenommen. Für die Erwerbsfähigkeit prognostisch relevante BBPL wurden untersucht:

- 1) Berufsrelevante Funktionseinschränkungen, die eine zeitnahe Wiedereingliederung erschweren.
- 2) Arbeitslosigkeit.
- 3) ablaufende EM-Rente.
- 4) absehbare berufliche Um-/Neuorientierung.
- 5) inadäquates Rentenbegehren.

Wenn keine BBPL (=KBBPL) vorlag wurde MBOR-A verordnet (DRV Bund, 2015).

Bei vorhandener BBPL wurde in einem zweiten Schritt von erfahrenen Klinikern prädiktiv überprüft, ob Vetos (Gegenargumente) gegen MBOR-B vorlagen:

- 1) Unzureichende Motivation.

- 2) Leistungsfähigkeit < 3 Stunden
- 3) Tumorspezifische Therapie mittlerer bis höherer Intensität zeitnah geplant.
- 4) Die BBPL ist absehbar gelöst.
- 5) Sonstige Gründe.

Wenn eines dieser Vetos vorlag, wurde MBOR-A verordnet.

Bei BBPL und fehlendem Veto wurde MBOR-B verordnet. Einzelheiten der Methodik (siehe Mustroph et al, 2019).

Beschreibung der Stichprobe (Zeitraum 17.09.18 - 16.09.19):

Anonymisierte Daten von 1.617 routinemäßig stationär aufgenommenen onkologischen Rehabilitanden (§15, solide Tumore und Hämoblastosen, keine ZNS- oder HNO-Tumore), Kostenträger ARGE/DRV. Die Differenzierung der Tumorentitäten wurde in der Auswertung auf die 8 häufigsten Erkrankungen begrenzt.

### **Ergebnisse**

Unsere Rehabilitanden hatten zu etwa 37% eine BBPL. DCIS, Hodenkarzinome und die große Gruppe der Mammakarzinome (31%) lagen unterhalb, Prostatakarzinome, colorectale Karzinome, NHL sowie Bronchialkarzinome oberhalb des Mittelwertes. Mehr als 2/3 aller Bronchialkarzinome hatten eine BBPL. Im Vergleich zu Mammakarzinomen waren BBPL relativ mehr als doppelt so häufig.

Die häufigste BBPL war bei allen Tumorentitäten die Funktionsstörung (77%). Relativ waren Funktionsstörungen beim DCIS und Mamma-Ca. am geringsten, bei den übrigen Entitäten häufiger. Die zweithäufigste BBPL war mit 15% Arbeitslosigkeit. Die übrigen BBPL waren unbedeutend. Bemerkenswert ist die relative Häufigkeit von inadäquatem Rentenbegehren und geplanter Um-/Neuorientierung bei Rehabilitandinnen mit DCIS (jeweils 13%).

Bei 62% der Rehabilitanden mit BBPL bzw. 23 % aller Rehabilitanden wurde ein Veto gegen MBOR-B eingelegt. Mammakarzinome, DCIS und Hodenkarzinome hatten seltener, die anderen Entitäten häufiger Vetos. Eine vorhandene Lösung (68%) war die häufigste Begründung gegen MBOR-B, insbesondere bei colorectalen Tumoren, Mamma- und Prostatakarzinomen. Bei 23% der Vetos (5% aller Rehabilitanden) lag Leistungsunfähigkeit vor. Bronchialkarzinome erhielten zu 53% ein Veto (davon 63% wegen Leistungsunfähigkeit).

Bei 38% der Patienten mit BBPL bzw. 14% aller Rehabilitanden wurde MBOR-B verordnet. 14% der Mammakarzinome erhielten MBOR-B. Seltener wurde MBOR-B bei Hoden- und Prostatakarzinomen sowie DCIS durchgeführt. Häufiger erfolgte MBOR-B bei den übrigen Tumorentitäten.

Bei Bronchialkarzinomen bestand häufig Leistungsunfähigkeit. Es war bei den noch Leistungsfähigen jedoch relativ häufig, meist aufgrund von Funktionsstörungen, MBOR-B indiziert.

Das mittlere Alter der Rehabilitanden betrug 53 Jahre. Mamma- und Hodenkarzinome waren jünger. Die übrigen Tumorentitäten waren älter. Die älteste Gruppe war die der Prostatakarzinome.

Abb. 1: Differenzierung BBPL in %

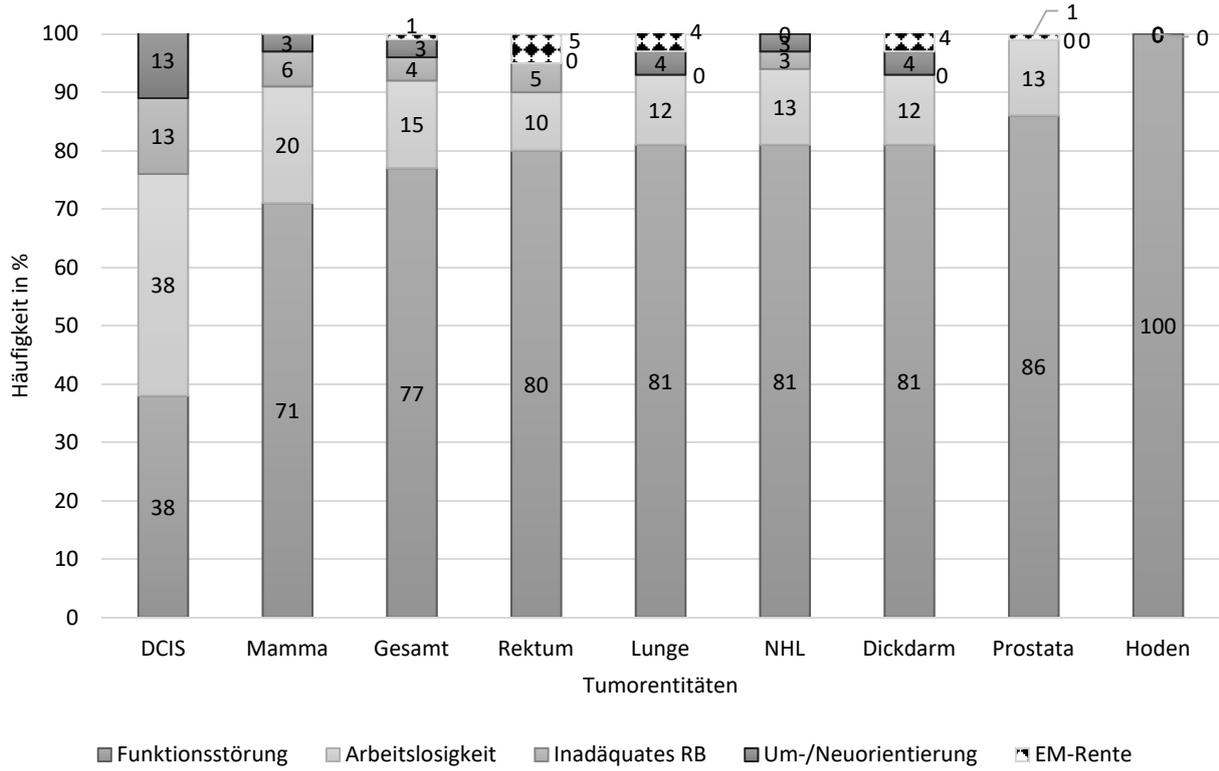


Abb. 2: Veto Differenzierung in %

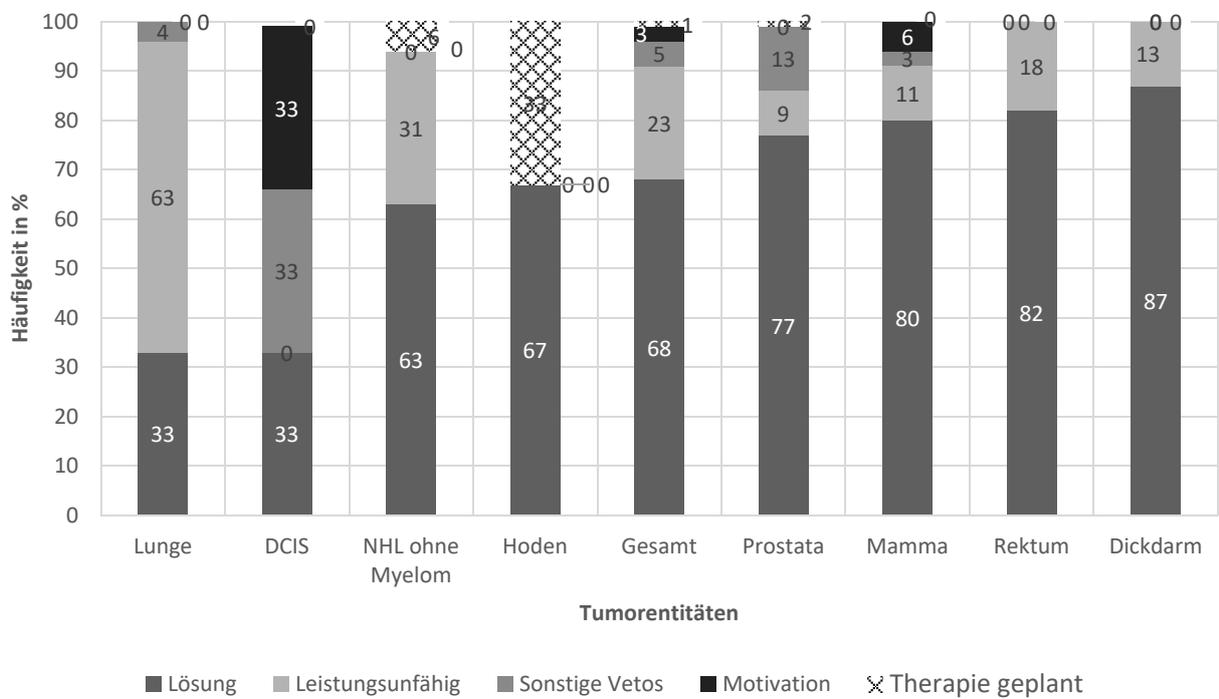
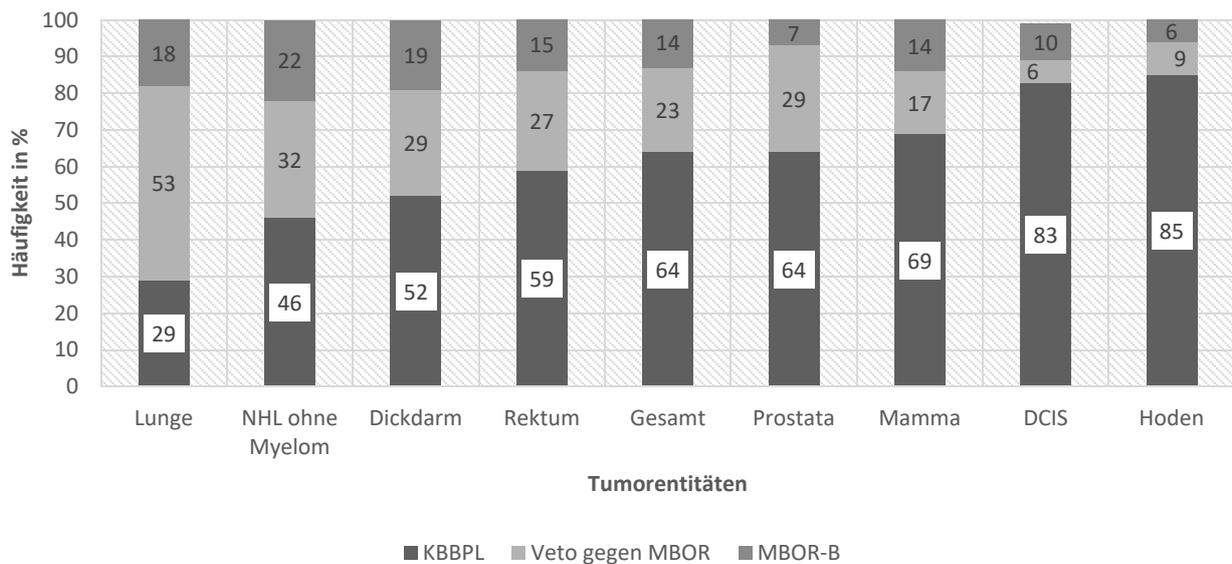


Abb. 3: Tumorentitäten - Abschließende Einstufung in %



## Diskussion und Fazit

Zusammenfassend bestätigen die Ergebnisse die Arbeitshypothesen. Abhängig von den Tumorentitäten sind BBPL und sozialmedizinische Aspekte in unterschiedlicher Häufigkeit zu registrieren. Insbesondere Bronchialkarzinome wurden häufig als leistungsunfähig beurteilt. Trotzdem wurde bei Bronchialkarzinomen häufig MBOR-B durchgeführt, da sich diese Gruppe von Rehabilitanden in einem für den Arbeitsmarkt relevanten Alter befand und häufig BBPL aufwies.

Insgesamt besteht der Eindruck, dass die Rehabilitanden mit Mammakarzinomen seltener MBOR-B benötigen, da häufig Lösungsstrategien existieren.

Aus unserer Sicht ermöglicht das vorgestellte Konzept bei onkologischen Rehabilitanden über kombinierte BBPL- und Veto-Differenzierungen eine prognostische Einschätzung der Rückkehr in den Beruf verschiedener Tumorentitäten. Andererseits wird prädictiv eine Aussage über den Nutzen von MBOR-B getroffen.

Dieses Konzept ermöglicht unter Berücksichtigung der hochgradigen Individualität onkologischer Erkrankungen und Therapiekonzepte einen rationalen und ressourcenschonenden Ansatz zur Förderung der Rückkehr in das Berufsleben durch MBOR-B in der Onkologie.

## Literatur

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

DRV Bund (2015): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. 4. Auflage (11/2015). Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung. <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloa>

ds/DE/Experten/infos\_reha\_einrichtungen/konzepte\_systemfragen/konzepte/mbor\_datei.html

Mustroph, D., Kaden, B., Albrecht, D. (2019). Systematische Erfassung besonderer beruflicher Problemlagen (BBPL) und sozialmedizinischer Aspekte zwecks Abstufung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) onkologischer Rehabilitanden; DRV-Schriften Band 117, 28. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, S. 69-71.

Streibelt, M., Bethge, M. (2008). Return to Work? Identifikation besonderer beruflicher Problemlagen in der medizinischen Rehabilitation. Forschung, Innovation und Effizienz im Gesundheitswesen. Band 3. Pabst Science Publishers.

## **Welches Verfahren zur Erfassung der Körperzusammensetzung ist am besten Reha (Routine)-tauglich?**

*Monika Reuss-Borst<sup>1</sup>; F. Joos<sup>2</sup>; Ulrike Kämmerer<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Rehabilitations- und Präventionszentrum Bad Bocklet, Georg-August-Universität Göttingen; <sup>2</sup> Georg-August-Universität Göttingen;

<sup>3</sup> Universitätsfrauenklinik Julius-Maximilians-Universität Würzburg

### **Hintergrund und Zielstellung**

Der Body Mass Index (BMI) ist als Indikator für eine Fehl- bzw. auch Mangelernährung ungenau, störungsanfällig und ungeeignet, um einen Krankheitswert anzuzeigen. Da Fehl-/Mangelernährung z.B. bei onkologischen Erkrankungen, andererseits auch z.B. die sog. sarkopenische Adipositas häufig mit einer ungünstigen Prognose bzw. Krankheitsverlauf assoziiert sind, sind andere Methoden zur Erfassung der Körperzusammensetzung (z.B. Muskelmasse/Fettanteil) sowie Fettverteilung (z. B. viscerales Fett) viel aussagekräftiger. Obwohl es zahlreiche nicht-invasive, einfach durchzuführende Verfahren gibt, werden diese in Rehabilitationskliniken nur selten eingesetzt. Aussagen über den Ernährungs- und Trainingszustand werden oft nur anhand des BMIs getroffen.

Ziel dieser Studie war es, unterschiedliche Verfahren zur Bestimmung der Körperzusammensetzung vergleichend bzgl. ihrer Eignung zur Erfassung und Verlaufsbeurteilung der Körperzusammensetzung im Reha-Setting zu evaluieren und möglichst eine davon für zukünftige Untersuchungen als Standard-Methode zu empfehlen.

### **Methoden**

Bei 152 Rehabilitandinnen mit Brustkrebs wurden im Rahmen einer interventionellen Ernährungsstudie (KOLIBRI-Studie NCT 02092753) zu Beginn der Rehabilitation (t0) und nach 4 Monaten (t20) folgende Methoden eingesetzt: Dualenergie-Röntgenabsorptiometrie (DXA) als sog. Goldstandardverfahren, Bio-Impedanz-Analyse (BIA), Nahinfrarot-Spektroskopie (NIRS) sowie eine handelsübliche Körperfettwaage.

Jede der vier hier Methoden ist für sich genommen anhand zahlreicher Studien und dem Vergleich mit Referenzmethoden validiert, eine vergleichende Betrachtung all dieser Methoden im Rahmen einer Studie wurde bislang allerdings noch nicht durchgeführt. Für den hier durchgeführten Methodenvergleich wurden nur diejenigen Parameter herangezogen, die

von allen Methoden auch gleich ausgewiesen werden, nämlich die Fettmasse (FM) und die fettfreie Masse (FFM).

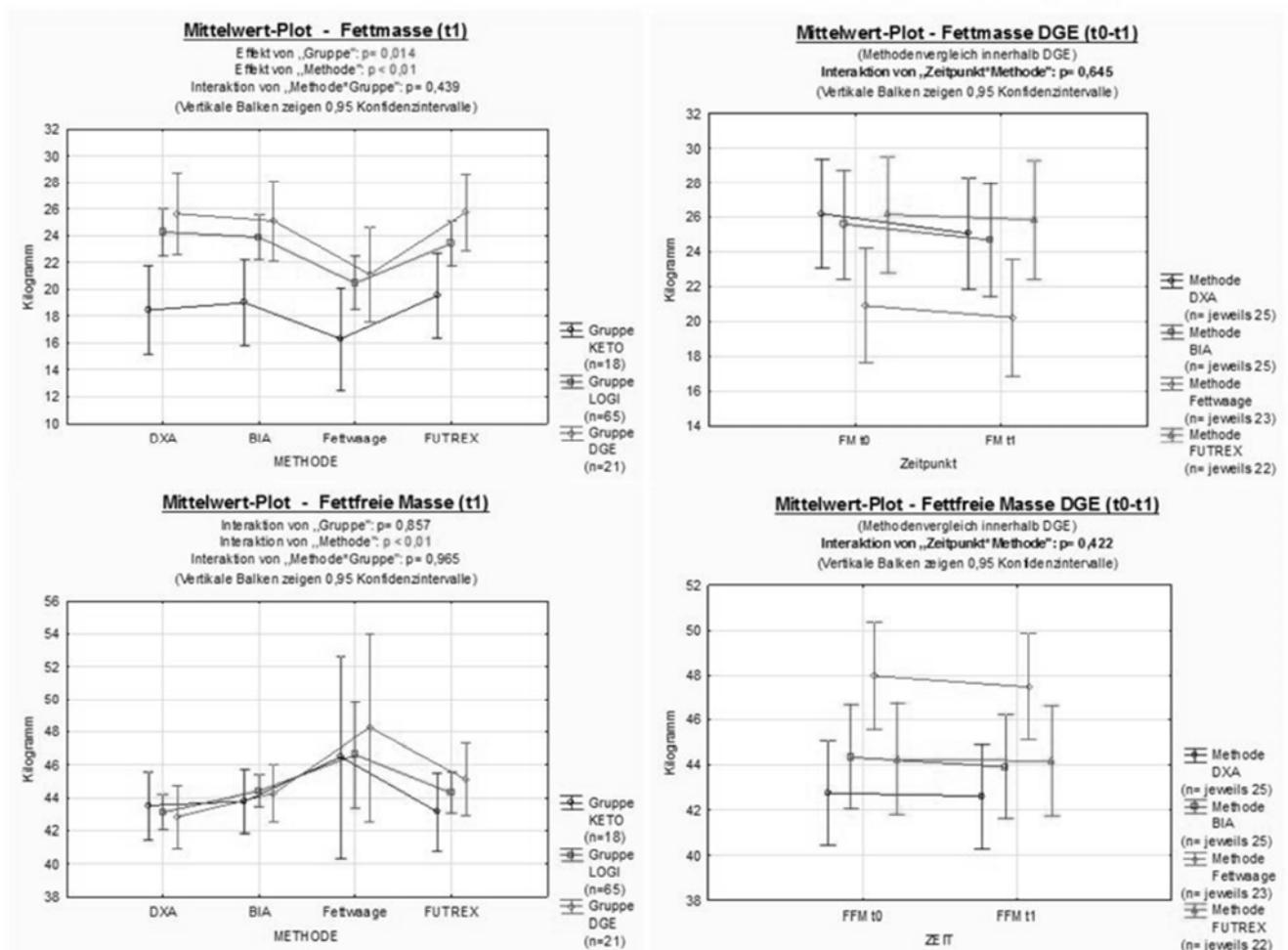
Für die statistische Auswertung der Messergebnisse wurden Varianzanalysen (ANOVA) mit Messwiederholungen durchgeführt. Mit diesem datenanalytischen Verfahren konnte jeweils zu den Zeitpunkten t0 und t1 und im zeitlichen Verlauf (t0-t1) getestet werden, ob sich die Mittelwerte der Messergebnisse im Gruppenvergleich voneinander unterschieden. Da die Varianzanalysen jedoch keine Auskunft darüber geben konnten, welche Mittelwerte sich genau jeweils signifikant von den anderen unterschieden, wurden (Bonferroni-) Post-hoc Tests berechnet.

## Ergebnisse

Die Berechnung der Mittelwert-Plots für die FM und die FFM zu den Zeitpunkten t0 und t1 ergaben, dass die Ergebnisse der Fettwaage von denen der anderen drei Methoden in erheblichem Maße abwichen. Entsprechend ergaben die Varianzanalysen bzw. die Post-hoc Tests bei der FM und FFM zum Zeitpunkt t0 für alle Gruppen und bei der FM zum Zeitpunkt t1 signifikante Unterschiede zwischen der Fettwaage und den anderen drei Methoden. Bezüglich der FM kam es zu einer signifikanten Unterschätzung, die FFM wurde dagegen signifikant überschätzt (gezeigt für t1 in Abb. 1).

**A.** Signifikante Unterschätzung der Fettmasse und Überschätzung der fettfreien Masse bei Analyse der Körperzusammensetzung mit einer Fettwaage (gezeigt für t1)

**B.** Fettmasse (FM) und fettfreie Masse (FFM) – gemessen mit unterschiedlichen Verfahren im Verlauf – bei Rehabilitanden, die sich nach DGE-Empfehlung ernährten



Im Gegensatz dazu konnte kein signifikanter Unterschied für die durchschnittlichen Reduktionen der FM bzw. FFM zwischen den Methoden festgestellt werden. Damit lieferten alle vier Methoden sehr gut reproduzierbare und miteinander vergleichbare Veränderungen über die Zeit ( $t_0$ - $t_1$ ) (gezeigt für Rehabilitanden mit DGE Ernährung in Abb. 2).

### **Diskussion und Fazit**

Für den Methodenvergleich lassen die Ergebnisse das Fazit zu, dass alle vier Methoden sehr gut reproduzierbare Ergebnisse liefern und somit für Verlaufsbeobachtungen gleich gut geeignet sind. Wird allerdings Wert auf genaue und valide Messwerte gelegt, kann die handelsübliche Fettwaage als Messmethode aufgrund der signifikanten Unterschätzung der FM bzw. signifikanten Überschätzung der FFM und der z.T. aufgrund extremer Streuung sehr ungenauen Messergebnisse nicht empfohlen werden. Da bei absolut gleichem Ausgangsgewicht zu beiden Zeitpunkten keinerlei signifikante Unterschiede zwischen den Ergebnissen der BIA und NIRS zu finden waren und aufgrund der besseren Praktikabilität und Mobilität sowie der deutlich niedrigeren Kosten, können aus unserer Sicht sowohl die BIA als auch die NIRS in gleicher Weise und insgesamt am ehesten als Standard-Messmethode für Untersuchungen im Reha-Setting empfohlen werden.

### **Literatur**

-

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Baden Württemberg

## Analyse der Wirbelsäulenbewegung nach endoprothetischem Gelenkersatz während der orthopädischen Rehabilitation

*Thomas Jöllenbeck; Juliane Pietschmann*

Klinik Lindenplatz GmbH

### Hintergrund und Zielstellung

In Deutschland wurden 2018 rund 235.000 Hüftgelenke (Hüft-TEP) und 178.000 Kniegelenke (Knie-TEP) implantiert (Beeres, 2019). Untersuchungen zeigen während der Rehabilitation zwar deutliche Fortschritte wesentlicher Gangparameter wie Gangtempo, Schrittlängen oder Standphasendauer, das Gangbild weist aber nicht nur zum Abschluss der Rehabilitation (Jöllenbeck & Pietschmann, 2019), sondern auch Jahre später noch deutliche Defizite auf (Schmitt-Sody et al., 2011), die sich in Asymmetrien zwischen operierter (op) und nicht-operierter (nop) Körperseite ausdrücken. Als Schlüsselparameter einer zielgerichteten Ansteuerung und Normalisierung des Gangbildes konnten auf op-Seite nach Hüft-TEP deutlich reduzierte Flexions- und Extensionsbewegungen im Hüftgelenk verbunden mit kompensatorisch vermehrten Beckenkippbewegungen sowie nach Knie-TEP stark reduzierte Flexions-Extensions-Bewegungen des Kniegelenkes beim Bodenkontakt identifiziert werden (Jöllenbeck, Pietschmann, 2019).

Es wird vermutet, dass diese Asymmetrien als Fehlstellungen und Mehrbelastungen auch Statik und Dynamik der Wirbelsäule sowie contralateraler Gelenkpartner beeinträchtigen (Schönle, 2004). Jüngst konnte gezeigt werden, dass sich diese Asymmetrien auf die Statik der Wirbelsäule auswirken und Kompensationen in allen 3 Dimensionen stattfinden: lateral durch vermehrte Lordosierung, frontal durch vermehrte Seitabweichung (Hüft-TEP) bzw. Lotabweichung (Knie-TEP) und transversal durch vermehrte Oberkörperrotation (Jöllenbeck & Pietschmann, 2019). Darauf aufbauend war es Ziel dieser Studie, die Wirbelsäule erstmals auch in ihrem dynamischen Bewegungsverlauf während der orthopädischen Rehabilitation zu analysieren.

### Methoden

An der Studie nahmen 35 Patienten nach Hüft-TEP (HT: 14m, 21w; 57,0J; 173,1cm; 81,9kg; BMI 27,8) und 23 Patienten nach Knie-TEP (KT: 7m, 16w; 58,0J; 173,0cm; 90,3kg; BMI 30,3) sowie 38 Probanden (19m, 19w; 54,2J; 174,0cm; 72,9kg; BMI 24,0) ohne orthopädische Einschränkungen als altersadäquate Vergleichsgruppe (AVG) teil. Mit der AVG wurde einmal, mit den Patienten zu Beginn (3./4. Tag) und am Ende (17./18. Tag) der Rehabilitation eine biomechanische 3D-Ganganalyse auf einem instrumentierten Laufband (Zebris FDM) sowie eine statische und dynamische Wirbelsäulenvermessung (Diers 4Dmotion) durchgeführt (Abb. 1). Nach 5-minütiger Gewöhnungsphase wurden die Vpn gebeten, erst ein Wohlfühltempo (v1), dann ein zügiges Gangtempo (v2) selbst einzustellen. Die kinetischen und kinematischen Gangparameter wurden erfasst.

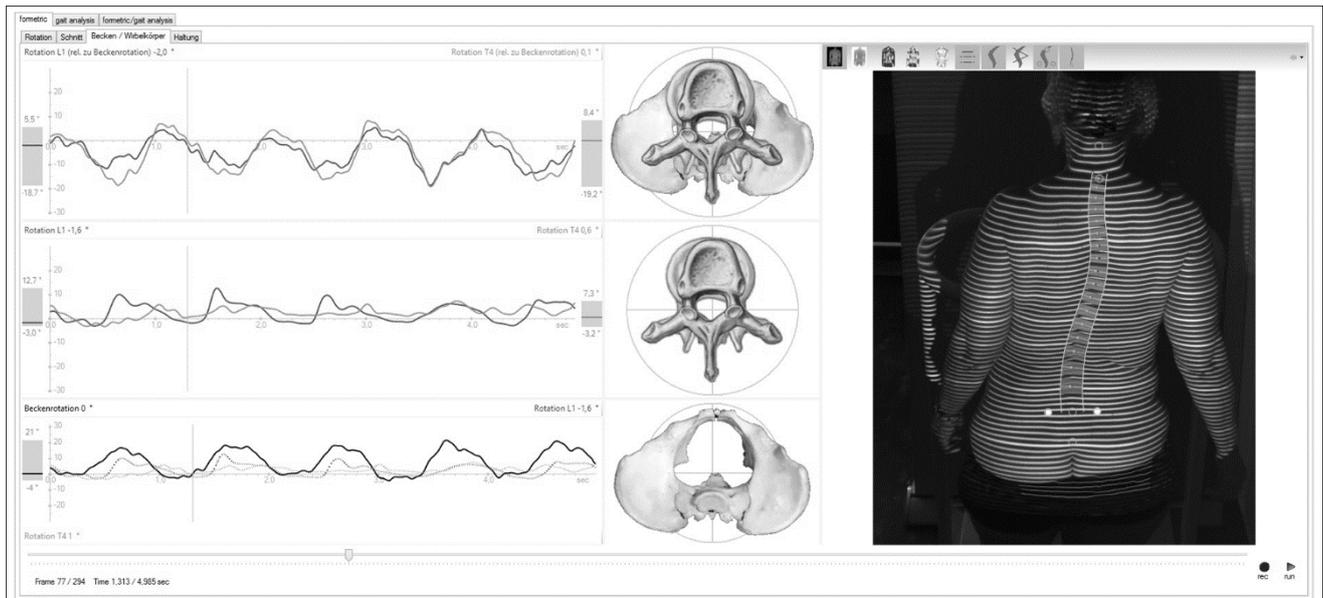


Abb. 1: Diers 4Dmotion; links: Bewegungsverlauf Becken/Wirbelkörper; rechts: aktuelles Videobild von dorsal mit Streifenprojektion und hervorgehobener Wirbelsäule; Bsp. nach Hüft-TEP, Tempo v2: 4,3 km/h.

## Ergebnisse

Zum Ende der Rehabilitation zeigt sich nach Hüft-TEP statisch nur die Rumpfneigung verbessert ( $-1,9^\circ$ ,  $p < 0.001$ ) und normalisiert. Kyphosewinkel ( $+3,5^\circ$ ), Lordosewinkel ( $+4,6^\circ$ ) und Oberflächenrotation ( $+0,9^\circ$ ) bleiben gegenüber AVG vergrößert ( $p < 0.047$ ). Nach Knie-TEP sind statisch Rumpfneigung ( $-1,6^\circ$ ) und Oberflächenrotation ( $-2,9^\circ$ ) verbessert ( $p < 0.022$ ), bleiben jedoch gegenüber AVG vergrößert (Rumpfneigung  $+5,6^\circ$ , Oberflächenrotation  $+1,3^\circ$ ;  $p < 0.005$ ).

Im Bewegungsverlauf der Wirbelsäule zeigen sich große Auffälligkeiten, die nicht aus den statischen Mittelwerten hervorgehen (Abb. 2).

Nach Hüft-TEP zeigt die Lotabweichung einen durchgängig auf op-Seite geneigten Oberkörper mit vermehrter Seitverlagerung während der Einbeinstandphase. Das Becken zeigt eine vermehrte Anteversion auf op-Seite bis zur Mittelstützphase. Die Wirbelkörperrotation nimmt in Relation zur AVG zunächst von L4 aufsteigend bis Th8/Th7 ab und ist um ca.  $10^\circ$  phasenverschoben, um danach bis Th1/Vp wieder zuzunehmen und im Verlauf etwa die AVG zu erreichen.

Nach Knie-TEP werden eine deutlich vermehrte Rumpfvorneigung sowie ein durchgängig auf op-Seite geneigter Oberkörper sichtbar. Das Becken zeigt bei reduziertem Bewegungsumfang eine deutlich verzögerte Anteversion auf op-Seite von Vorschwing- bis Mittelstützphase. Die Wirbelkörperrotation nimmt in Relation zur AVG zunächst von L4 aufsteigend bis Th10 ab, um danach bis Th1/Vp wieder zuzunehmen, ohne jedoch die AVG zu erreichen.

Zudem zeigt sich nach Hüft- und Knie-TEP eine durchgängig vermehrte und phasenverschobene, d.h. verzögerte Lordosierung.

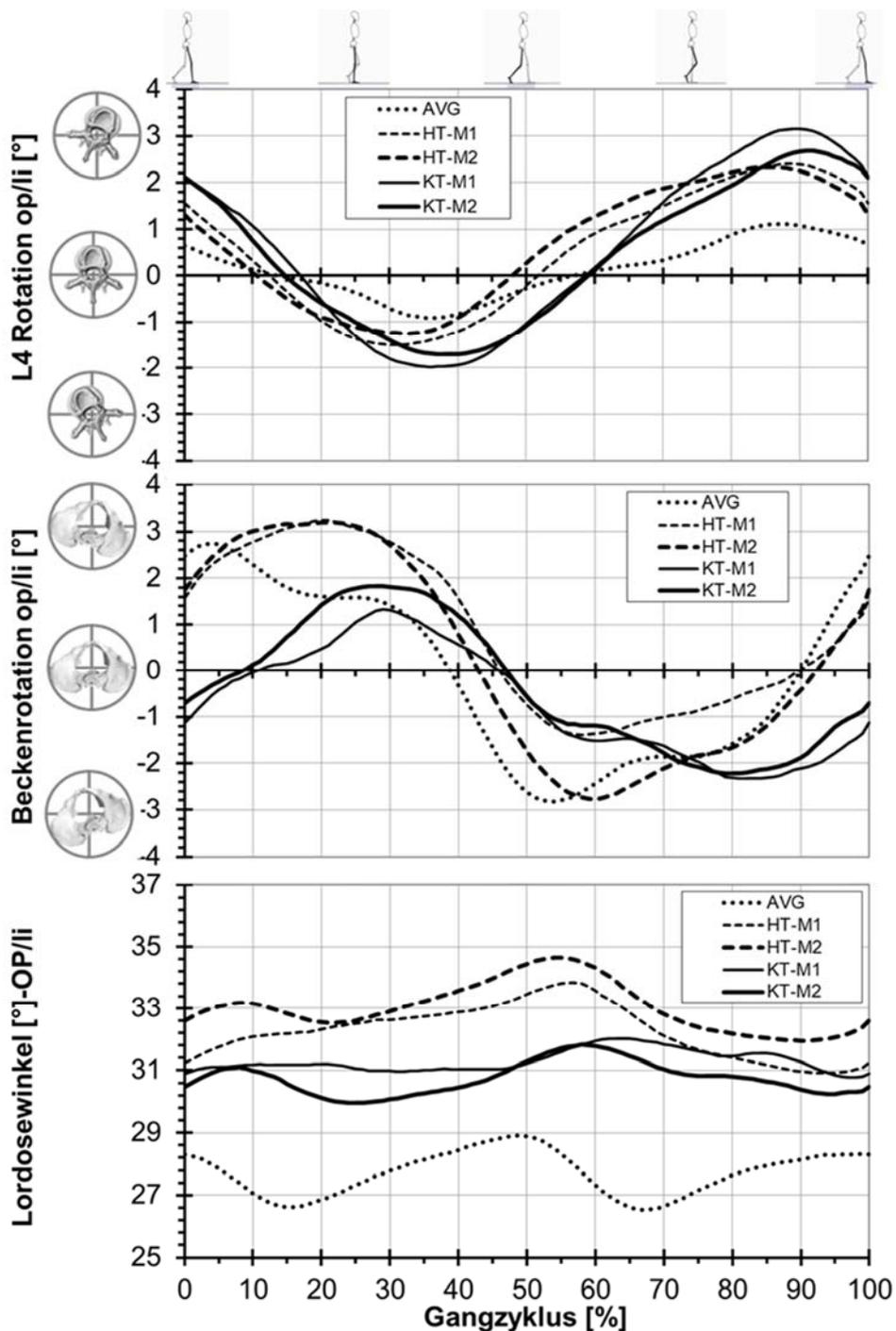


Abb. 2: Bewegungsverlauf der Wirbelsäule nach Hüft-TEP (HT) und Knie-TEP (KT) am Beispiel des Lordosewinkels sowie der Rotation von Becken und Wirbelkörper L4 im Gangzyklus bezogen auf op-Seite, bei AVG auf links; HT und KT zu Messzeitpunkt 1 (-M1) und 2 (-M2); kleine Schaubilder zeigen die zugehörigen Rotationsrichtungen von Becken und L4.

### Diskussion und Fazit

Mit der dynamischen Wirbelsäulenanalyse gelingt erstmals der Nachweis, dass sich Asymmetrien im Gangbild nach Hüft- und Knie-TEP auch deutlich auf die Wirbelsäulenbewegung auswirken. So zeigen die Bewegungsverläufe, dass op-seitig reduzierte Bewegungsumfänge und Kontrakturen in Hüft- und Kniegelenk sowohl durch eine vermehrte (Hüft-TEP) bzw. verzögerte (Knie-TEP) Beckenanteversion als auch durch eine vermehrte Lordosierung kompensiert werden, was wiederum in den weiteren Wirbelkörpern

durch eine vermehrte Oberkörperrotation bis Th1/Vp ausgeglichen wird. Hinzu kommt eine anhaltende Schonhaltung, die sich auch an einer durchgängigen Oberkörperseitneigung zur op-Seite hin ausdrückt.

In Konsequenz sind Folgeschäden im Bereich der Wirbelsäule zu vermuten, sofern das Gangbild nicht nachhaltig korrigiert und Asymmetrien abgebaut werden. Die Vermutung wird in der Praxis dadurch gestützt, dass viele Patienten bereits über Rückenschmerzen berichten, die jedoch durch die akute Hüft- oder Knie-Problematik überlagert werden.

Hieraus lässt sich ergänzend zur herkömmlichen Bewegungstherapie die Notwendigkeit eines zielgerichteten Gangtrainings zur Ansteuerung der Schlüsselparameter ableiten, das über den Rehabilitations-Zeitraum hinaus in den Alltag integriert werden muss, wenn das Gangbild nachhaltig und dauerhaft normalisiert und Folgeschäden vermieden oder zumindest reduziert werden sollen. Erste Studien hierzu mit auditivem Feedback zeigen mögliche Lösungswege für diese hochanspruchsvolle Aufgabe (Jöllenbeck, Pietschmann, 2019).

### **Literatur**

- Beeres, M. (2019): Stand und Entwicklung des künstlichen Gelenkersatzes in Deutschland. URL: <https://www.bvmed.de/download/bvmed-medienservice-zum-kuenstlichen-gelenker-satz-in-deutschland.pdf>, Abruf 10.09.2019
- Jöllenbeck, T., Pietschmann, J. (2019): Ganganalyse und Gangtraining in der orthopädischen Rehabilitation nach Gelenkersatz – zurück zum normalen Gang, aber wie? Bewegungstherapie und Gesundheitssport, 35, 3-13.
- Schmitt-Sody, M., Pilger, V., Gerdemeyer, L. (2011): Rehabilitation und Sport nach Hüfttotalendoprothese. Der Orthopäde, 40, 6, 513–519.
- Schönle, C. (Hrsg.) (2004): Rehabilitation. Stuttgart: Thieme.

## **Kurz- und langfristige Wirksamkeit der psychosomatischen, orthopädischen und rheumatologischen Rehabilitation bei Patienten mit FMS**

*Susanne Dibbelt<sup>1</sup>; Edith Wulfert<sup>1</sup>; Bernhard Greitemann<sup>2,1</sup>*

<sup>1</sup> Institut für Rehabilitationsforschung Norderney (IfR);

<sup>2</sup> Klinik Münsterland der DRV Westfalen

### **Hintergrund und Zielstellung**

Personen mit Fibromyalgiesyndrom (FMS) werden in Deutschland in psychosomatischen, orthopädischen und rheumatologischen Einrichtungen rehabilitiert. Die PRO-FI-Studie sollte u.a. die Frage beantworten, ob und wie sich die schmerzbezogenen Symptome, die mit einem FMS assoziiert sind, kurz- und langfristig bei Rehabilitand\*innen entwickeln, die in den drei Indikationen rehabilitiert wurden und ob sich Unterschiede zwischen den Indikationen hinsichtlich der möglichen Effekte zeigen.

## **Methoden**

Geeignete und teilnahmebereite Rehabilitanden wurden zu 3 Zeitpunkten schriftlich zur ihren Schmerzsymptomen befragt, nämlich vor Reha (t0), 2 Wochen nach Reha (t1) und 6 Monate nach Reha (t2). Neben anderen Instrumenten enthielt der Fragebogen t0 auch den „Widespread Pain Index“ (WPI; Wolfe et al., 2010; ins Deutsche übersetzt von Sittl & Mattenklodt; als Patientenversion angepasst von Dibbelt & Wulfert, 2017). In den Index gehen die folgenden Parameter, jeweils länger als 3 Monate bestehend, ein:

- Anzahl der Schmerzorte
- Häufigkeit kognitiver Symptome (Konzentration, Erschöpfung, Schlafstörungen) sowie
- Vegetative Begleitsymptome

Diese Parameter wurden zu dem Widespread Pain Index verrechnet. Anhand des von den Autoren empfohlenen Cut off-Points (WPI=12) wurde die Stichprobe in 2 Gruppen geteilt: (1) FMS liegt wahrscheinlich vor (FMS-Ja-Gruppe) versus (2) liegt wahrscheinlich nicht vor (FMS-Nein-Gruppe).

Die Reha-Effekte wurden berechnet für die Gruppen FMS-Nein und FMS-Ja nach WPI und die Kernsymptome des FMS in den 3 Indikationen: Schmerzstärke, Anzahl der Schmerzorte, Häufigkeit kognitiver Symptome (Konzentration, Erschöpfung, Schlafstörungen) sowie Anzahl der vegetativen Begleitsymptome.

Für beide Gruppen wurden Veränderungen hinsichtlich der FMS-Symptome 2 Wochen nach Reha (t1) und 6 Monate nach Reha (t2) gegenüber t0 (vor Reha) ermittelt und die Effektgrößen in den drei Indikationen verglichen.

## **Ergebnisse**

Bezüglich der Reha-Effekte zeigten sich folgende Unterschiede zwischen den Indikationen:

Zu t1 (2 Wochen nach Entlassung) reduzierten sich alle Schmerzindikatoren und FMS-Kernsymptome (bei vergleichbaren Ausgangswerten) am stärksten bei den in der Orthopädie rehabilitierten Patienten, gefolgt von der Rheumatologie und der Psychosomatik. In der Orthopädie und der Rheumatologie stieg die Schmerzintensität allerdings 6 Monate nach Entlassung (t2) wieder an. In allen drei Indikationen reduzierte sich langfristig signifikant die Zahl der Schmerzorte, die Häufigkeit der kognitiven Symptome (Konzentrationsschwäche, Erschöpfung, Schlafstörungen) sowie die Anzahl der vegetativen Symptome. Hinsichtlich der langfristigen Effektgrößen erwies sich die psychosomatische Rehabilitation den anderen beiden Indikationen als überlegen.

## **Diskussion und Fazit**

In der Tendenz zeigte sich eine Differenzierung zwischen lang- und kurzfristigen Effekten: Zwei Wochen nach Reha waren die Verbesserungen bezüglich der meisten Schmerzmaße in der Orthopädie deutlich ausgeprägter als in den anderen beiden Indikationen. Die kurzfristig überlegenen Effekte in der Orthopädie könnten durch den Fokus des orthopädischen Heilverfahrens auf die körperliche Aktivität erklärt werden. Die langfristig überlegenen Effekte in der Psychosomatik könnten mit der längeren Dauer der psychosomatischen Heilverfahrens zusammenhängen (mindestens 4 gegenüber 3 Wochen). Neben der Dauer könnte auch der

Fokus auf die psychischen Belastungen zu einer nachhaltigeren Besserung der Symptome geführt haben.

Offensichtlich vermag das orthopädische Heilverfahren die Symptome des FMS kurzfristig deutlicher zu reduzieren. Diese Effekte halten aber nur an, wenn Patienten die körperliche Aktivität nach der Entlassung fortsetzen. Den Heilverfahren in der Psychosomatik gelingt es offenbar besser als den anderen Verfahren, (bei kurzfristig kleineren Effekten) Patienten mit FMS langfristig zu stärken.

Patienten mit FMS unterscheiden sich hinsichtlich des Maßes der Chronifizierung, des Schweregrades, der Ausprägung der psychischen Belastung sowie des Defizits an körperlicher Aktivität. Diese Aspekte müssten für eine bedarfsgerechte Zuweisung berücksichtigt werden.

### **Literatur**

Deutsche Schmerzgesellschaft. Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms. Verfügbar auf: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/145-004.html> [Letzter Abruf: 05.11.2018]

Eich W., Bär K.J., Bernateck M., Burgmer M., Dextl C., Petzke F., Sommer, Winkelmann A., Häuser W. (2017). Definition, Klassifikation, klinische Diagnose und Prognose des Fibromyalgiesyndroms. *Der Schmerz*, Volume 31 (3), 231–23.

Häuser W., Schmutzer G., Brähler E., Wolfe F. (2014). Patient Health Questionnaire 15 as a generic measure of severity in fibromyalgia syndrome: Surveys with patients of three different settings. *J Psychosom Res* 76:307-311.

Wolfe F., Clauw D.J., Fitzcharles M.A., Goldenberg D.L., Katz R.S., Mease P., Russell A.S., Russell I.J., Winfield J.B., Yunus M.B. (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res* 62: 600-610.

Wolfe F., Brähler E., Hinz A., Häuser W. (2013). Fibromyalgia prevalence, somatic symptom reporting, and the dimensionality of polysymptomatic distress: Results from a survey of the general population. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 65:777-85.

Förderung: Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung Norderney (VFR) e.V.

## **MBOR Stufe B in der orthopädischen AHB - eine zwingende Notwendigkeit?**

*Thomas Drüke; Robert Zander*

Becker Klinik Norddeich

### **Hintergrund und Zielstellung**

Im orthopädischen Fachgebiet zeigt sich am Beispiel der Endoprothetik eine zunehmende Diskrepanz zwischen Werbeversprechen der Prothesenhersteller bzw. Aussagen der Operateure („mit dieser Prothese können sie hinterher wieder Alles machen“) und der von der DRV vorgegebenen Leistungsbeurteilung, die nach Hüft- bzw. Knieendoprothetik das

Leistungsprofil der Rehabilitanden signifikant einschränkt z.B. durch Begrenzung der zeitlichen Belastungsphasen in den Körperhaltungen des Stehens und Gehens auf maximal 60% bzw. 50% (Deutsche Rentenversicherung, 2011). Hieraus ergeben sich regelmäßig umfangreiche Forderungen nach konkreten Arbeitsplatzumgestaltungen oder –wechsel z.B. für Pflegeberufe sowie viele Handwerkstätigkeiten. Vor dem Hintergrund immer jüngerer, endoprothetisch versorgter Rehabilitanden müssen zielgenaue Vorschläge für die von allen Seiten gewünschte schnellstmögliche Rückkehr in eine Erwerbstätigkeit schon in der AR/AHB-Phase gefunden werden. Hierfür sorgt u.a. die MBOR Stufe B der DRV durch seine Multiprofessionalität in Beratung, Testung und Training.

Die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) reduziert Fehlzeiten und verbessert die beruflichen Wiedereingliederungschancen (Bethge). Daher gehören erwerbsbezogene Behandlungsangebote mit konkreten Struktur- und Prozessanforderungen mittlerweile zum Standard in der medizinischen Rehabilitation (Deutsche Rentenversicherung, 2015). Während große Einigkeit auf Seiten der Kostenträger bzgl. der Notwendigkeit und Effizienz der MBOR Stufe B für Rehabilitanden mit besonderer beruflicher Problemlage (BBPL) bei den Heilverfahren herrscht, werden die Anwendungsmöglichkeiten in der AHB-/AR auf Trägerseite weiterhin unterschiedlich beurteilt. So „genehmigt“ die DRV Bund die Durchführung der MBOR Stufe B nur im Ausnahmefall und auf Antrag wohingegen einige regionale DRVen MBOR Stufe B auch in der AHB in den Regelfall überführt haben. Dabei sind 39% der orthopädischen AHB/AR mittlerweile MBOR Stufe B – Maßnahmen (Deutsche Rentenversicherung, 2019).

## **Methoden**

Zur Analyse wurden in der Dr. Becker Klinik Norddeich zunächst 243 Routinedaten von DRV-AHB-Verfahren aus dem Zeitraum 01.01. bis 31.12.2018 ausgewertet und die Rehabilitanden postalisch zu ihrem sozialmedizinischen Status 6 – 18 Monate nach Entlassung befragt. Hierbei wurden – wegen der unterschiedlichen Vorgehensweise – nur die Daten der DRV Bund mit denen der DRV Braunschweig-Hannover (BS-H) verglichen. Die Zuweisung in eine MBOR Stufe B bei DRV BS-H-Versicherten erfolgte klinikintern nach 3 Kriterien: 1. den Werten im Würzburger Screening und WAI, die standardisiert bei jedem Rehabilitanden zum Antritt der Maßnahme erhoben wurden, 2. einer klinischen Leistungsabschätzung sowie 3. dem Profilvergleich zwischen Anforderungs- und Fähigkeitsprofil gemäß sozialmedizinischer Leistungsbeurteilung.

## **Ergebnisse**

An vorausgegangenen operativen Eingriffen überwogen die Hüft- und Knie-TEPs mit 64% bei Bund und 68% bei BS-H, gefolgt von Wirbelsäuleneingriffen mit 26% bei Bund und 24% bei BS-H. Bei den ausgeübten Berufen fand sich noch immer das typische Verteilungsmuster der früheren BfA bzw. LVA: die DRV Bund-Versicherten zeigten folgende Häufungen: 28% Bürotätigkeit, 23% Verkäufer, 21% Pflegeberufe. DRV BS-H-Versicherte arbeiteten vor der Reha hauptsächlich in folgenden Berufsfeldern: 58% Handwerk/Montage, 13% Verkauf, 13% Hauswirtschaft/Reinigung. Die Arbeitsschwere „leicht“ lag bei 40% der Bund-Versicherten aber nur bei 8% der BS-H-Versicherten vor. 82% der BS-H-Versicherten wiesen im Würzburger Screening eine BBPL auf gegenüber 45% der DRV Bund-Versicherten.

Nach der AHB/AR-Phase erfolgte die Entlassung der Rehabilitanden mit u.a. folgenden sozialmedizinischen Merkmalen: unter 3 Stunden für die letzte Tätigkeit in 48,4% der DRV Bund-Fälle und in 96,4% der DRV BS-H-Fälle; über 6 Stunden für den allgemeinen Arbeitsmarkt in 94,3% bei Bund und in 97,6% bei BS-H.

In der schriftlichen Befragung beantworteten 149 Rehabilitanden (105 DRV Bund- und 44 DRV BS-H-Versicherte) eine Nacherfassung des sozialmedizinischen Verlaufs nach der Reha. Hierbei gaben 70,3% der DRV Bund-Versicherten eine AU nach der Reha von unter 3 Monaten an, bei DRV BS-H-Versicherten nur 45,5%. 16,3% der BS-H-Versicherten fanden – initiiert u.a. durch ein klinikseitig eingeleitetes Fallmanagement – eine andere Tätigkeit an einem einschränkungsangepassten Arbeitsplatz; ein Arbeitsplatzwechsel erfolgte dagegen nur bei 5,9% der DRV Bund-Versicherten. Gemindert wird die RTW-Quote der DRV BS-H-Versicherten durch zwei wesentliche Störfaktoren, die kaum durch die orthopädische Reha-Maßnahme beeinflusst werden konnten: 23% der Versicherten waren durchgehend bis zur Nachbefragung arbeitslos und 25% gaben an, dass sie sich zum Befragungszeitpunkt wegen anderer als der reha-relevanten Diagnosen im Status der Arbeitsunfähigkeit befanden.

### **Diskussion und Fazit**

Die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung nach operativen Eingriffen und den nachfolgenden AHB/AR – Verfahren steht oft im Widerspruch zur Erwartungshaltung des Rehabilitanden und sollte möglichst belegbar präzisiert werden.

Die DRV Braunschweig-Hannover hat aus strukturellen Gründen primär eine höhere Anzahl von BBPL-Fällen im Rahmen von AR/AHB-Verfahren und daher auch einen höheren MBOR Stufe B – Bedarf.

Die MBOR Stufe B ist auch bei orthopädischen AHB-Maßnahmen mit erkennbarer BBPL indiziert zur konkreten Impulsgebung für Rehabilitanden und Leistungsträger im Sinne einer bestmöglichen RTW-Quote.

Weitere Analysen – insbesondere hinsichtlich möglicher Gruppeneffekte – sind bis zum Präsentationsdatum geplant.

### **Literatur**

Bethge, M.: Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation, Rehabilitation 56: 14-21.

Deutsche Rentenversicherung (2011): Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung, 7. Auflage: 170-180.

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

Deutsche Rentenversicherung (2019): Berichte zur Reha-Qualitätssicherung (QS) der DRV, hier: Rehabilitandenstruktur – Bericht 2019.

# Reliabilitätsanalyse zur Beinumfangmessung zwischen einem Standard und einem elektronischen Maßband

*Sebastian Knapp; Belinda Hoffmann*

Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm (IFR Ulm)

## Hintergrund und Zielstellung

Umfangmessungen an Extremitäten und deren Gelenken werden aufgrund ihrer hohen Praktikabilität regelmäßig durchgeführt, vor allem um den Therapieverlauf zu dokumentieren. Es besteht nachweislich ein Zusammenhang zwischen gemessenem Umfang und dem Verlauf der Entzündungs- bzw. Wundheilungsphase, bspw. bei Patienten nach Implantation einer Knieendoprothese (Bartrow, 2015).

Zwar kommt die händische Umfangmessung mittels Maßband routinemäßig zum Einsatz, diese ist aber fehleranfällig, u.a. da der Anpressdruck des Maßbandes zwischen einzelnen Messungen je nach Testperson, Gewebefestigkeit etc. variieren kann. Um Umfangsunterschiede im Seitenvergleich oder Umfangsveränderungen im Verlauf korrekt erfassen und interpretieren zu können, braucht es neben einer entsprechend hohen Reliabilität des Messverfahrens auch die Kenntnis über mögliche Messfehler, damit eine gemessene Veränderung als wahre Veränderung erkannt werden kann (Oesch, 2017).

Deshalb wurde im Rahmen eines Forschungsprojektes zur Evaluation einer assistiven Kniebewegungsschiene mit multiparametrischer Sensorik zur Messung des Reizzustands am endoprothetisch versorgten Kniegelenk ein elektronisches Maßband mit konstantem Anpressdruck konstruiert. Zur Überprüfung der Messgenauigkeit wurde eine Reliabilitätsanalyse im Vergleich zur bisherigen Standardmethode durchgeführt.

## Methoden

Zwei Therapeuten haben jeweils dieselben 20 kniegesunden Probanden, unmittelbar nacheinander vor und nach einer ca. 25 minütigen Übungseinheit mit der assistiven Kniebewegungsschiene (Knapp, 2019), gemessen. Für die Messungen wurden ein Standard- und ein elektronisches Maßband jeweils zirkulär an der unteren Extremität angelegt. Pro Seite wurde jeweils an sieben eindeutig gekennzeichneten Referenzpunkten, die zuvor palpatorisch ermittelt wurden, gemessen: 20 cm und 10 cm oberhalb des Kniegelenkspaltes (KGS), Patella-Oberkante, KGS, Patella-Unterkante sowie 10 cm und 15 cm unterhalb des KGS, sodass für beide Tester dieselben Vorbedingungen herrschten. Beide Therapeuten waren rechtshändig und gegenüber den Messergebnissen des jeweils anderen verblindet.

Für die Bewertung der Inter- und Intra-Rater-Reliabilität wurden der Korrelationskoeffizient ( $r$ ) sowie der Intraklassenkorrelationswert (ICC 3.1) bestimmt, wobei Werte nahe 1 eine hohe Korrelation bedeuten. Gruppenunterschiede wurden mithilfe einer Varianzanalyse berechnet. Zusätzlich wurde der Messfehler (Standard Error of Measurement = SEM) bestimmt.

## Ergebnisse

Bei der Untersuchung der Inter-Rater-Reliabilität liegen die Korrelationskoeffizienten für das Standardmaßband über alle Referenzpunkte hinweg zwischen  $r=0,93$  und  $r=0,99$  und für das elektronische Maßband zwischen  $r=0,94$  und  $r=0,99$ . Die ICC-Werte liegen für das

Standardmaßband zwischen ICC=0,92 und ICC=0,99 und für das elektronische Maßband zwischen ICC=0,93 und ICC=0,99.

Die Untersuchung der Intra-Rater-Reliabilität für das Standardmaßband zeigt Werte zwischen  $r=0,98$  und  $r=0,99$  bzw.  $r=0,92$  und  $r=0,99$ . Die Werte für den Korrelationskoeffizienten liegen beim elektronischen Maßband zwischen  $r=0,92$  und  $r=0,99$  bzw.  $r=0,96$  und  $r=0,99$ . Die ICC-Werte für das Standardmaßband bewegen sich zwischen ICC=0,98 bis ICC=1,00 bzw. ICC=0,97 bis ICC=1,00. Beim elektronischen Maßband liegen diese Werte zwischen ICC=0,92 und ICC=0,99 bzw. ICC=0,97 und ICC=0,99.

Die mittlere Differenz zwischen elektronischem und Standardmaßband beträgt je nach Therapeut 2,2 cm (1,7 – 2,7 cm) bzw. 2,7 cm (2,1 – 3,3 cm). Die Größe des gemessenen Unterschieds ist dabei nicht mit dem Referenzpunkt der jeweiligen Messung assoziiert.

Im Prä-Post-Vergleich des in der Kniebewegungsschiene mobilisierten Beins zeigt sich, je nach Therapeut mit dem Standardmaßband eine durchschnittliche Umfangsabnahme von 0,23 cm bzw. 0,26 cm. Mit dem elektronischen Maßband zeigte sich eine fast dreimal so hohe Abnahme des mittleren Umfangs von 0,64 cm bzw. 0,68 cm.

Der berechnete SEM lag für das herkömmliche Maßband zwischen 0,26 cm und 0,58 cm. Für das elektronische Maßband wurde ein SEM zwischen 0,35 cm und 0,67 cm berechnet.

### **Diskussion und Fazit**

Sowohl unter Anwendung des Standard- als auch des elektronischen Maßbandes zeigte sich eine hohe Inter- und Intra-Rater-Reliabilität. Beide Therapeuten erzielten ähnliche Messergebnisse, die sich im Gruppenvergleich nicht signifikant voneinander unterscheiden. Zur Bestimmung der Umfänge eignen sich beide Maßbänder.

Die geringeren Umfangswerte des elektronischen Maßbandes sind möglicherweise auf den konstanten Anpressdruck zurückzuführen. Ein Zusammenhang zwischen der Gewebestruktur, also deutlich nachgiebigeres Gewebe an Ober- und Unterschenkel im Vergleich zum Kniegelenk, und der Differenz der gemessenen Umfangswerte zwischen beiden Maßbändern zeigte sich dabei nicht.

Im Prä-Post-Vergleich des in der Kniebewegungsschiene mobilisierten Beins zeigte sich eine geringe Umfangsabnahme, die bspw. auf eine Aktivierung der Lymphgefäße oder eine Tonusänderung der Muskulatur zurückzuführen sein dürfte. Die Abnahme des Umfangs des bewegten Beins fällt bei den Messungen mit dem elektronischen Maßband deutlich höher aus. Das durch die Mobilisierung detonierte Muskelgewebe gibt möglicherweise unter dem konstanten Anpressdruck des elektronischen Maßbandes etwas nach, wodurch die größere Umfangsabnahme erklärt werden könnte.

Zwar ist die Umfangsabnahme des mobilisierten Beins plausibel, aber gemessene Unterschiede unterliegen immer auch Messfehlern (bspw. SEM). Daher sollten gemessene Umfangsdifferenzen allgemein kritisch hinterfragt werden. Eine hohe Reliabilität ist zwar notwendig, allerdings wäre ein hinreichendes Kriterium eine Differenz außerhalb des Messfehlers, um gemessene Umfangsunterschiede auch als tatsächliche Unterschiede zu interpretieren.

## Literatur

Bartrow K. (2015): *Untersuchen und Befunden in der Physiotherapie. Untersuchungstechniken und Diagnoseinstrumente*. 2nd ed. Berlin, Heidelberg: Springer; 2015.

Knapp S, Stöppler H, Knoll A, Krischak G, Ivlev O. (2019): Überprüfung von Sicherheit und Anwenderfreundlichkeit einer assistiv-aktiven Kniebewegungsschiene mit Selbstanpassung an den Patienten (SE\_BURG). *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin* 2019; 29: 83-93.

Oesch P, Hilfiker R, Keller S, Kool J, Luomajoki H, Schädler S, et al. (2017): *Assessments in der Rehabilitation. Band 2: Bewegungsapparat*. 3rd ed. Bern: Hogrefe; 2017.

Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung

## **Therapiedosis in der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation in der Orthopädie: eine Analyse erbrachter therapeutischer Leistungen**

*Miriam Markus; Matthias Bethge*

Universität zu Lübeck

### **Hintergrund und Zielstellung**

Die verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (VOR) für Patienten mit Muskel-Skelett-Erkrankungen ist auf die spezifischen Bedarfe von Rehabilitanden mit psychischer Komorbidität oder Problemen bei der Krankheitsbewältigung ausgerichtet (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2016). Ziel der VOR ist der Abbau somatischer und psychischer Funktionseinschränkungen, um Erwerbsfähigkeit zu verbessern oder wiederherzustellen. Die VOR beinhaltet zusätzliche verhaltensmedizinische Therapiemodule, die vor allem auf die Schmerzbewältigung, den Umgang mit schmerzbezogenen Verhaltensweisen und die psychische Komorbidität ausgerichtet sind. Im Zentrum steht die Bezugsgruppe, in der ein Großteil der zusätzlichen bewegungs- und psychotherapeutischen Angebote stattfindet. Teilnehmer der VOR sollen insgesamt mindestens 480 Minuten an der psychologischen Bezugsgruppe, 100 Minuten an psychologischen Einzelgesprächen, 240 Minuten an Entspannungstrainings, 1.200 Minuten an Übungen in der Bewegungskompetenzgruppe und insgesamt mindestens 50 Minuten an einem bewegungstherapeutischen Aufnahme- und Abschlussgespräch teilnehmen. Insgesamt ergibt sich daraus eine verhaltensmedizinisch orientierte Mindesttherapiedosis von 34,5 Stunden. Um eine einheitliche Implementierung der VOR zu unterstützen, wurde das Anforderungsprofil der Deutschen Rentenversicherung Bund für die VOR entwickelt (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2016). Wichtige Indikatoren zur Bewertung der Implementierung neuer Behandlungsanforderungen sind die Therapiedosis und Behandlungstreue. Diese können mit der Wirksamkeit implementierter Programme in der realen Versorgung zusammenhängen (Moore et al., 2015). Ziel unserer Analysen war die Prüfung der in der VOR durchgeführten therapeutischen Leistungen und die Bewertung des Implementierungsgrades.

## Methoden

Eingeschlossen wurden 18- bis 65-jährige Rehabilitanden mit Muskel-Skelett-Erkrankungen, die eine VOR oder eine herkömmliche medizinische Rehabilitation (MR) erhalten haben. Um vergleichbare Kontrollen für Teilnehmer der VOR zu identifizieren, wurde ein Propensity Score Matching durchgeführt (Fauser & Bethge, 2019). Die durchgeführten therapeutischen Leistungen wurden aus den Entlassungsberichten extrahiert und anhand der Klassifikation therapeutischer Leistungen bewertet (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014). Um die Unterschiede zwischen den Gruppen zu beschreiben, wurden gemischte Modelle berechnet und mittlere adjustierte Werte mit Standardfehlern bestimmt.

## Ergebnisse

Insgesamt wurden Daten von 3.550 Rehabilitanden berücksichtigt. Mittels Propensity Score Matching konnten balancierte Stichproben generiert werden. Für die vergleichenden Analysen wurden die Daten von 720 Teilnehmern berücksichtigt (VOR: n = 360). Studienteilnehmer waren im Durchschnitt 54,0 Jahre alt (SD = 6,2). Drei Viertel waren Frauen. In zehn von insgesamt 92 Einrichtungen wurden verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitationen durchgeführt. Die VOR dauerte im Mittel drei Tage länger als die herkömmliche MR und hatte eine geringfügig höhere tägliche Therapieintensität (VOR: 2,99 Stunden pro Tag; MR: 2,64 Stunden pro Tag). Teilnehmer der VOR erhielten im Vergleich zu Teilnehmern der MR insgesamt 17 Stunden an zusätzlicher Therapie (VOR: 77,71 Stunden; MR: 60,75 Stunden). Die deutlich höhere Gesamtdosis war in etwa zu gleichen Anteilen durch die längere Dauer und die leichte Erhöhung der Therapieintensität bedingt. Die in den einzelnen Modulen erbrachten therapeutischen Behandlungsdosen sind in Tabelle 1 dargestellt.

Tab. 1: Therapeutische Leistungen der verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation

	n	Vorhergesagte mittlere adjustierte Werte (SE)		Differenz	95 % KI	p
		VOR	MR			
<b>Psychologische Bezugsgruppe</b>	720	422,47 (30,34)	136,38 (13,99)	286,09	220,61; 351,57	< 0,001
<b>Psychologische Einzelgespräche</b>	720	116,94 (10,19)	48,18 (5,14)	68,76	46,39; 91,13	< 0,001
<b>Entspannungs-training</b>	720	254,20 (20,68)	175,26 (9,83)	78,95	34,06; 123,83	0,001
<b>Bewegungs-kompetenzgruppe</b>	720	1.149,90 (108,32)	742,78 (46,52)	407,12	176,07; 638,18	0,001
<b>Bewegungs-diagnostik</b>	720	9,90 (52,83)	42,35 (17,85)	-32,45	-141,74; 76,85	0,561

*Anmerkung:* Teststatistiken wurden mit gemischten Modellen berechnet und die Einrichtungen als zufällige Effekte modelliert; VOR = Verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation; MR = Medizinische Rehabilitation; SE = Standardfehler; KI = Konfidenzintervall; alle Angaben in Minuten

Insgesamt erhielten Teilnehmer der VOR im Mittel 32,53 Stunden verhaltensmedizinisch orientierte Therapien, davon entfielen rund 19 Stunden (1.149,90 min) bzw. 58,9 % auf die Bewegungskompetenzgruppe und rund 7 Stunden (422,47 min) bzw. 21,6 % auf die psychologische Bezugsgruppe. Nur 51,4 % aller Teilnehmer in der VOR haben die Mindestdosis von 34,5 Stunden erhalten. Bis auf den Anteil der erreichten Mindesttherapiedosis im bewegungstherapeutischen Aufnahme- und Abschlussgespräch (Bewegungsdiagnostik) lagen alle Anteile der erreichten Mindesttherapiedosis zwischen 46,1 % und 60,3 %. In drei Einrichtungen wurde die Mindesttherapiedosis von 34,5 Stunden erreicht. Die mittlere verhaltensmedizinisch orientierte Therapiedosis auf Einrichtungsebene reichte von 20 Stunden bis über 50 Stunden. Die hohe Heterogenität spiegelt sich auch in einer hohen Intraklassenkorrelation wider (ICC = 0,39; 95 % KI: 0,29 bis 0,49).

## **Diskussion und Fazit**

Die Analysen der erbrachten therapeutischen Leistungen zeigen, dass die VOR bisher nur teilweise und heterogen implementiert ist. Obwohl alle Module in der VOR in den Behandlungsempfehlungen im Anforderungsprofil obligatorisch für alle Teilnehmer vorgesehen sind, erreichte nur ungefähr die Hälfte der Teilnehmer die vorgesehene Mindesttherapiedosis. Die Behandlungstreue ist eine Schlüsselbedingung für die Wirksamkeit von medizinischen Programmen. Abweichungen von der empfohlenen Therapiedosis und Dosisschwankungen zwischen den Einrichtungen sind bei der Implementierung komplexer Interventionen normal, da die Einrichtungen meist nicht dieselben Ausgangsbedingungen bei der Umsetzung haben (Damschroder et al., 2009). Einige Einrichtungen waren an früheren randomisierten kontrollierten Studien beteiligt, haben die Entstehung und Entwicklung des Anforderungsprofils begleitet und waren daher auf die Empfehlungen des Anforderungsprofils gut vorbereitet. Eine weitere Unterstützung der Implementierung sollte diese einrichtungsbezogenen Unterschiede berücksichtigen. Eine konsequentere Umsetzung der im Anforderungsprofil zur VOR beschriebenen Empfehlungen bietet die Chance, die Effekte der VOR in der realen Versorgung zu erhöhen.

## **Literatur**

- Damschroder L.J., Aron D.C., Keith R.E., Kirsh, S.R., Alexander, J.A., Lowery, J.C. (2009): Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4. 50.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2014): KTL. Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2016): Anforderungsprofil der Deutschen Rentenversicherung Bund für die verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (VOR). 2., überarbeitete Auflage. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Fauser, D., Bethge, M. (2019): Propensity-Score-Methoden zur Schätzung von Behandlungseffekten: Eine Chance für die rehabilitative Versorgungsforschung. *Rehabilitation*, 58. 50-58.
- Moore, G.F., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Hardeman, W., Moore, L., O’Cathain, A., Tinati, T., Wight, D., Baird, J. (2015). Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *British Medical Journal*, 350. h1258.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

## Rehabilitation in den Mitgliedsgesellschaften der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften

*Matthias Bethge<sup>1</sup>; Markus Bassler<sup>2</sup>; Christoph Gutenbrunner<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Universität zu Lübeck; <sup>2</sup> Hochschule Nordhausen; <sup>3</sup> Medizinische Hochschule Hannover

### Hintergrund und Zielstellung

Die Zunahme älterer Menschen und der epidemiologische Übergang zu nicht übertragbaren Erkrankungen bedingen einen steigenden Bedarf an hochqualifizierter Rehabilitation (Stucki et al., 2018). Rehabilitation ist daher in vielen wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften als Gesundheitsstrategie verankert. Die Arbeit dieser Fachgesellschaften berührt sich u. a. bei der Erstellung von Leitlinien und der universitären Lehre (einschließlich Verankerung der Rehabilitation im Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin). Die verschiedenen Fachgesellschaften und ihr Wirken sind allerdings kaum vernetzt. Die Forderung einzelner Fachgesellschaften nach einer stärkeren Berücksichtigung der Rehabilitation in der universitären Lehre und der Erstellung von Leitlinien findet auch aufgrund fehlender abgestimmter Zusammenarbeit nur schwer Gehör. Eine systematische Übersicht aller sich in relevanter Weise mit Rehabilitation und rehabilitativer Versorgung befassenden Fachgesellschaften fehlt bislang. Für eine anzustrebende Vernetzung dieser Fachgesellschaften ist dies ein wichtiger erster Schritt.

### Methoden

Wir durchsuchten zwischen Juni und September 2019 die Satzungen und die Websites der 180 regulären Mitgliedsgesellschaften der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) nach dem Begriff Rehabilitation (AWMF, 2019). Die Satzungen wurden über die Websites identifiziert und geprüft. Die Suche auf den Websites der Fachgesellschaften wurde mit der Site-Suchfunktion von Google durchgeführt.

### Ergebnisse

Fünf in der AWMF organisierte Fachgesellschaften tragen den Begriff Rehabilitation im Namen: die Deutsche Gesellschaft für Klinische Psychotherapie und Psychosomatische Rehabilitation, die Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation, die Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation, die Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen und die Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften. In 26 Satzungen (14,4 %) wurde der Begriff Rehabilitation identifiziert. Die Suche auf den Websites der Fachgesellschaften führte zu 11.996 Treffern. Für 132 Fachgesellschaften (73,3 %) wurde wenigstens ein Treffer gezählt. Für 46 Fachgesellschaften wurden mindestens 50 Treffer (25,6 %) identifiziert. Am häufigsten waren die Treffer auf den Seiten der Deutschen Gesellschaft für Neurologie, der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie, der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie, der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie, der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische

Onkologie, der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung, der Deutschen Schmerzgesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften. Die für diese zehn Fachgesellschaften gezählten Treffer repräsentierten 60,5 % aller Treffer. Bei 61 Fachgesellschaften (33,9 %) wurde der Begriff Rehabilitation in der Satzung genannt oder führte zu mindestens 50 Treffern auf der Website. Bei Fachgesellschaften, die den Begriff Rehabilitation in der Satzung führen, ist der Begriff Rehabilitation auch auf der Website präsenter (mediane Zahl der Treffer: 42,5 vs. 5).

### **Diskussion und Fazit**

Unsere Untersuchung ist unseres Wissens die erste systematische Analyse der in der AWMF organisierten Mitglieder zum Thema Rehabilitation. In den Außendarstellungen und dem Selbstverständnis vieler Fachgesellschaften wird Rehabilitation als Gesundheitsstrategie und Versorgungsform klar und regelmäßig benannt. Dies gilt nicht nur für die Fachgesellschaften, die sich schon im Namen unmittelbar auf Rehabilitation beziehen, sondern auch für viele indikationsspezifische Fachgesellschaften. Bei der Interpretation unserer Ergebnisse sind die folgenden Begrenzungen zu berücksichtigen. Erstens ist die Zahl der Treffer in den Webauftritten nur ein Indikator für den Stellenwert von Rehabilitation in den Fachgesellschaften. Einige Fachgesellschaften haben Arbeitsgruppen oder Arbeitskreise eingerichtet, die sich mit Rehabilitation beschäftigen. Solche Arbeitsgruppen stärken die inhaltliche Auseinandersetzung mit Rehabilitation in den Fachgesellschaften und sind ein anderer wichtiger Indikator dafür, welchen Stellenwert Rehabilitation innerhalb der jeweiligen Fachgesellschaft hat. Zweitens hängt die Häufigkeit, mit der Rehabilitation in den Webauftritten genannt wird, von vielen Faktoren ab (z. B. ob und in welchem Umfang Kongresse und deren Beiträge auf der Website archiviert sind). Drittens wurden lediglich absolute Zahlen generiert, sodass keine vergleichenden Aussagen möglich sind (z. B. Stellenwert von Rehabilitation im Vergleich zu anderen Gesundheitsstrategien innerhalb einer Fachgesellschaft). Trotz dieser Begrenzungen legen unsere Analysen nahe, dass Rehabilitation innerhalb der in der AWMF organisierten Mitgliedsgesellschaften als Gesundheitsstrategie und Versorgungsform wahrgenommen und diskutiert wird. Dies ist eine wichtige Voraussetzung, um gemeinsame Allianzen zu entwickeln, die eine Stärkung des Stellenwerts von Rehabilitation zum Ziel haben, und zu erreichen, dass Rehabilitation bei der Erstellung von Leitlinien von Beginn an mitgedacht wird.

### **Literatur**

AWMF (2019): Jahresbericht 2018. Berlin, AWMF.

Stucki, G., Bickenbach, J., Gutenbrunner, C., Melvin, J. (2018): Rehabilitation: The health strategy of the 21st century. J Rehabil Med, 50. 309-316.

# Rehabilitationswissenschaftliche Strukturen in Deutschland – Status Quo: institutionelle Komponenten und Studiengänge

*Anke Menzel-Begemann; Susanne Adolphs*

Fachhochschule Münster

## Hintergrund und Zielstellung

Für Rehabilitation und damit Maßnahmen, die auf den Erhalt oder die Förderung von sozialer oder beruflicher Teilhabe zielen, wird eine immer größere Bedeutung im Kanon der Versorgungsleistungen erwartet. Aufgrund dessen wird Rehabilitation auch als zentrale Gesundheitsstrategie des 21. Jahrhunderts bezeichnet (Stucki et al., 2018). Begründet liegt dies im Zusammenspiel vom demographischen Wandel – mit steigender Lebenserwartung, Zunahme chronischer Erkrankungen und multiplen gesundheitlichen Problemlagen – und der Erhöhung der Lebensarbeitszeit sowie der wachsenden Anzahl älterer Menschen, die allein in der häuslichen Umgebung zurechtkommen müssen und/oder wollen.

Postulierend, dass sich der hohe Stellenwert eines Versorgungsbereiches, der zudem explizit auf Qualitätssicherung und Evidenzbasierung setzt, auch in darauf bezogenen akademischen Bildungs- und Forschungsstrukturen widerspiegeln sollte, war es Ziel des hier präsentierten Projektes abzubilden, wie Rehabilitation als zentrale Säule der Versorgung über hochschulische Strukturen fundamentiert wird.

Die in diesem Beitrag fokussierten Recherchen, aus denen eine quantitative und qualitative Darstellung der aktuell in Deutschland identifizierbaren rehabilitations- und/oder teilhabebezogenen Strukturen abgeleitet wurde, sollen in einem anschließenden größer angelegten Diskussionsprozess unter Berücksichtigung bestehender und zu erwartender Versorgungsanforderungen in die Identifizierung struktureller Handlungsbedarfe und Entwicklungspotenziale münden.

## Methoden

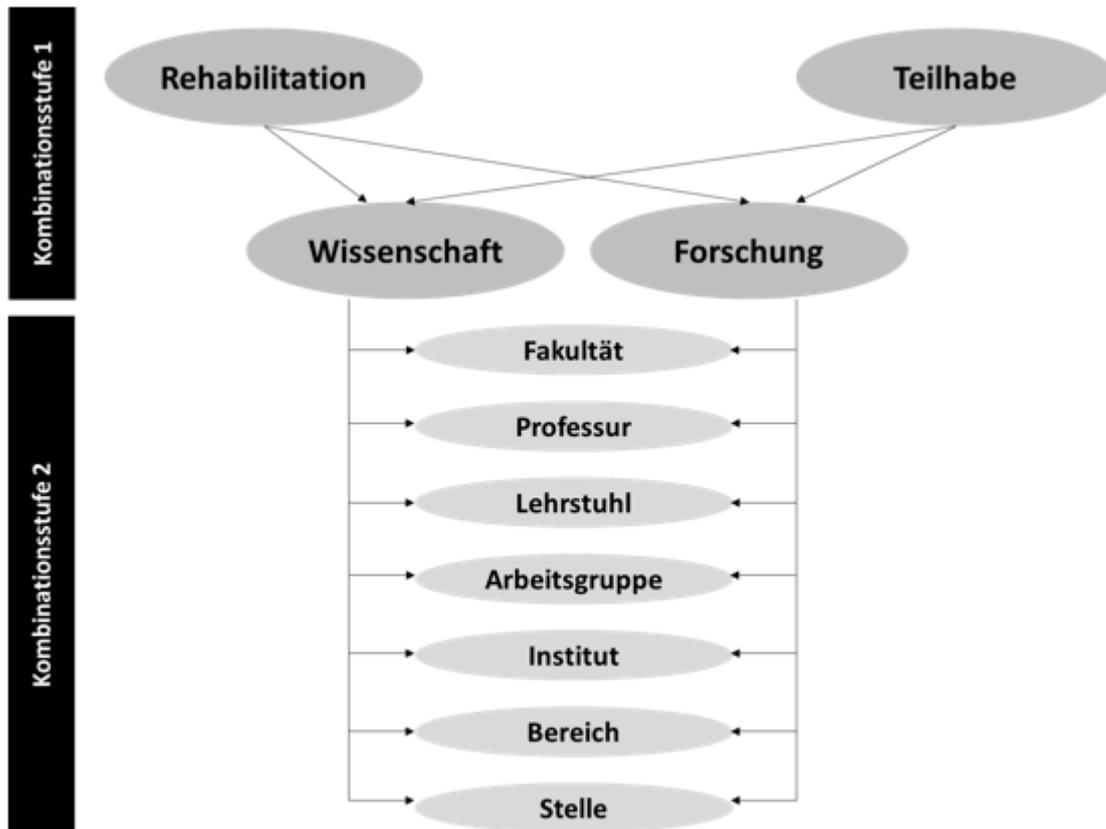
Die systematische Recherche basierte auf der Sichtung der Portale „Rehadat“ (<https://www.rehadat.de/>) und „Hochschulkompass“ (<https://www.hochschulkompass.de/home.html>) und berücksichtigte für die Recherche nach institutionellen Komponenten die in Abbildung 1 und für die Recherche nach Bildungsangeboten die in Abbildung 2 dargestellten Begriffskombinationen. Im anschließenden Selektionsprozess wurden zeitlich begrenzte Studien und Einzelprojekte sowie Einzelveranstaltungen ausgeschlossen.

## Ergebnisse

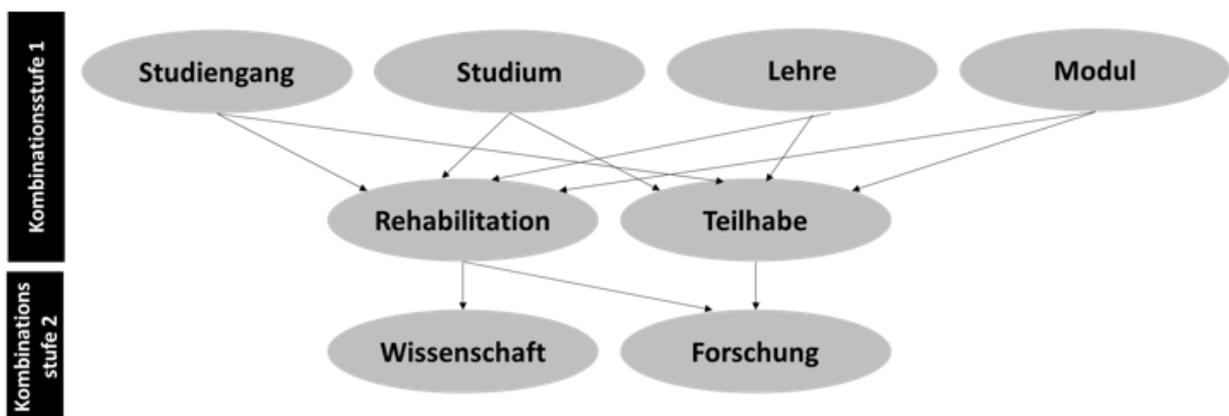
Über das gewählte methodische Vorgehen ließen sich – Stand 28.10.2019 – als rehabilitations- bzw. teilhabebezogene hochschulische Strukturen in Deutschland folgende institutionelle Komponenten identifizieren: Fakultäten (11), Professuren/Lehrstühle (57), Arbeitsgruppen (0), Institute (42), Bereiche/Fachbereiche (9) und Stellen/Forschungsstellen/Koordinierungsstellen (4).

Bei der Recherche nach Bildungsangeboten über den Hochschulkompass ergab die Suche über die Begriffe „Studium“, „Lehre“ und „Modul“ keine Treffer. Als Studiengänge, die einen Bezug zu Rehabilitation und/oder Teilhabe in ihrer Beschreibung erkennen ließen, konnten

über die Begriffskombinationen 96 Bachelor- und 65 Masterstudiengänge sowie fünf Studiengänge identifiziert werden, die mit einem Staatsexamen abschließen. Ergänzende, hier (noch) nicht näher beschriebene Recherchen erbrachten zudem eine Vielzahl außerhochschulischer rehabilitationsbezogener Forschungsstrukturen.



**Abbildung 1:** Suchbegriffe und Kombinationen – institutionelle Komponenten



**Abbildung 2:** Suchbegriffe und Kombinationen – Studiengänge

## Diskussion und Fazit

Institutionelle Komponenten und Studiengänge mit einer Verbindung zu den Begriffen Rehabilitation und/oder Teilhabe lassen sich in zunächst unerwarteter Breite und

Heterogenität finden. Erste inhaltliche Subanalysen, die auf dem Reha-Kolloquium 2020 zu berichten sind, machen jedoch deutlich, dass sich ein konkreter Rehabilitations- resp. Teilhabebezug in deutlich geringerer Ausprägung in den identifizierten Strukturen wiederfindet. So stehen Rehabilitation und Teilhabe bei den identifizierten Professuren häufig nicht mit der Denomination in Zusammenhang, sondern werden als Themen- und Arbeitsgebiete neben anderen benannt. Und auch in den Bildungsangeboten werden Rehabilitation und Teilhabe weniger als Schwerpunkte erkennbar, sondern als Bereiche, mit denen sich unter anderem beschäftigt wird.

Inwiefern eine solche sich andeutende hochschulische Verankerung von diesem zentralen Versorgungs- und Forschungsbereich den künftigen Anforderungen und Bedarfen angemessen Rechnung trägt, soll Gegenstand der Diskussionen sein, die u.a. mit diesem Beitrag angestoßen werden sollen.

### **Literatur**

Stucki G., Bickenbach J., Gutenbrunner C., Melvin J. (2018): Rehabilitation: the health strategy of the 21st century. *J Rehabil Med* 2018; 50: 309–316.

## **Transfer in der Rehaforschung – „und wie mache ich das jetzt“? Systematisierung von Transferaufgaben im Projektverlauf**

*Anne-Kathrin Exner<sup>1</sup>; Andrea Schaller<sup>2</sup>; Lisa Stahl<sup>3</sup>; Margret Xyländer<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Universität Bielefeld; <sup>2</sup> Deutsche Sporthochschule Köln; <sup>3</sup> FH Münster

### **Hintergrund und Zielstellung**

Das Thema Transfer hat in der Wissenschaft in den letzten Jahren stark an Bedeutung gewonnen. Häufig fehlt allerdings die entsprechende strategische und systematische Berücksichtigung bei der Planung von Forschungsprojekten. Transferaktivitäten beschränken sich dabei meist jedoch auf die Frage, wie Ergebnisse am Ende eines Forschungsprojektes in die Praxis übertragen werden könnten. Ein derartiger Ergebnistransfer unter Annahme eines linearen Modells und im Sinne einer Implementierung von explizitem und dokumentiertem Wissen in die Praxis greift allerdings in der Regel zu kurz (Rütten et al., 2016; Jahed et al., 2012).

Ziel des vorliegenden Beitrags ist die Entwicklung eines Systematisierungsansatzes für die Rehabilitationsforschung, um die vielfältigen Transfermöglichkeiten und -herausforderungen im Forschungsprozess darzustellen. Vor dem Hintergrund der Frage, wie anwendungsorientierte Rehabilitationsforschung gelingen kann, wurden relevante Stakeholder und mögliche Umsetzungsformen im Forschungsprozess fokussiert.

### **Methoden**

Für die Erstellung eines Systematisierungsvorschlags wurden zwei moderierte Expertenforen im Mai 2014 (n=14) und Januar 2015 (n=8) innerhalb der Arbeitsgruppe Innovationswerkstatt Science Circle des NRW-Forschungsverbands Rehabilitationswissenschaften durchgeführt.

Die Teilnehmenden unterschiedlicher Disziplinen (Psychologie, Soziologie und Sozialwissenschaften, Gesundheitswissenschaften, Sportwissenschaften, Statistik) konnten auf umfassende Erfahrungen in den Bereichen Antragstellungen, Projektdurchführungen und Veröffentlichungen von Reha-Forschungs-Projekten zurückgreifen. Der durch die Moderation gegebene Diskussionsanreiz lautete: Wer sollte wann und wie im Forschungsprozess einbezogen werden, damit anwendungsorientierte Rehabilitationsforschung gelingen kann?

Zur besseren Strukturierung der Diskussion wurde eine Anlehnung an fünf Phasen des Forschungsprozesses vorgeschlagen: 1. Projektidee, 2. Antragstellung, 3. Projektdurchführung, 4. Projektbericht, 5. nach Berichterstellung. Die Ergebnisse wurden auf Moderationswänden festgehalten, die durch Überlegungen der Autorinnen angereichert wurden. Davon ausgehend wurden Transferfragen entwickelt. Das sind Fragen, die sich Forschende in Bezug auf verschiedene Stakeholder und ihre Beteiligung in den unterschiedlichen Phasen des Forschungsprozesses stellen sollten. Damit sind Transferaktivitäten im Sinne notwendiger Handlungsschritte der Forschenden für ein gelingendes Forschungsprojekt verknüpft.

### **Ergebnisse**

Die Ergebnisse der Expertenforen zeigen, dass eine Vielzahl unterschiedlicher Personengruppen bzw. Stakeholder verschiedene Interessen an Inhalt, Verlauf und/ oder Ergebnissen eines Reha-Forschungs-Projektes haben können. Als zentrale Stakeholder im Forschungsprozess wurden Kostenträger, Praktiker\*in, Rehabilitand\*in und Forschungsförderer identifiziert. Hier einmal exemplarisch aufgeführt für die Phase der Projektidee formulierte Transferfragen und -aktivitäten für die einzelnen Stakeholder:

In der Phase der Entwicklung einer Projektidee nehmen beispielsweise Kostenträger und Förderer eine wichtige Rolle in Bezug auf Transferfragen und -aufgaben des Forschenden ein: Während Kostenträger u.a. bei der Benennung von Forschungsbedarfen Berücksichtigung finden sollten, können Förderer die Forschenden bei der Erstellung eines Projektantrages und der Erarbeitung von Leitfäden zur Transförderung beraten. Rehabilitand\*innen können Forschende in dieser Phase überhaupt erst für relevante Forschungsfragen sensibilisieren, indem sie sie ihre Sichtweisen und Bedürfnisse hinsichtlich Versorgung benennen. Praktiker\*innen verfügen ebenfalls über implizites und lokales Wissen in der Versorgungspraxis und können so relevante Forschungsbedarfe formulieren.

Die in den Expertenforen und im Nachgang durch die Autorinnen verfassten Transferfragen und -aktivitäten wurden entlang der einzelnen Phasen im Forschungsprozess und in Relation zu den genannten Stakeholdern zu einer Matrix aufbereitet. Die Matrix zeigt, welche Stakeholder in der jeweiligen Forschungsphase und auf welche Weise von den Forschenden in Bezug auf den Forschungs-Praxis-Transfer adressiert werden sollten.

### **Diskussion und Fazit**

Diese Systematisierung soll einen Diskussionsprozess darüber anregen, welche Transferfragen und -aktivitäten im Forschungsprozess berücksichtigt werden sollten. Die Autorinnen plädieren im Bereich der anwendungsorientierten Forschung dafür, dass der Forschungs-Praxis-Transfer von Anfang an gleichermaßen mitgedacht und auch von allen Beteiligten eingefordert wird. Hierbei spielt die Frage der praktischen Implikation eines Forschungsvorhabens eine wesentliche Rolle. Insgesamt scheint u.a. ein partizipativer

Ansatz (Unger 2014) ein vielversprechendes Vorgehen zu sein, um möglichst alle Perspektiven zu berücksichtigen und gemeinsam praxisrelevante Lösungen zu entwickeln. Da es sich um hierbei um einen ersten Entwurf handelt, muss dieser entsprechend aus weiteren Perspektiven diskutiert, angepasst und abschließend validiert werden.

### **Literatur**

- Jahed, J.; Bengel, J.; Baumeister, H. (2012): Transfer von Forschungsergebnissen in die medizinische Praxis. In: Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 74 (11), S. 754–761. DOI: 10.1055/s-0031-1286277.
- Rütten, A.; Wolff, A.; Streber, A. (2016): Nachhaltige Implementierung evidenzbasierter Programme in der Gesundheitsförderung: Theoretischer Bezugsrahmen und ein Konzept zum interaktiven Wissenstransfer. In: Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 78 (3), S. 139–145. DOI: 10.1055/s-0035-1548883.
- Unger, Hella von (2014): Partizipative Forschung. Einführung in die Forschungspraxis. Wiesbaden: Springer VS (Lehrbuch).

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

## **Welche Fragen an die Forschung haben Sie? Ergebnisse einer Umfrage der DGRW-Arbeitsgruppe Rehabilitation und Arbeit**

*Matthias Bethge<sup>1</sup>; Susanne Bartel<sup>2</sup>; Sebastian Klaus<sup>3</sup>; Heike Ohlbrecht<sup>4</sup>;  
Betje Schwarz<sup>5</sup>; Marco Streibelt<sup>6</sup>*

<sup>1</sup> Universität zu Lübeck; <sup>2</sup> Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke e. V.;

<sup>3</sup> Humboldt-Universität zu Berlin; <sup>4</sup> Otto-von-Guericke Universität;

<sup>5</sup> Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg; <sup>6</sup> Deutsche Rentenversicherung Bund

### **Hintergrund und Zielstellung**

Der Transfer zwischen Wissenschaft und Praxis wird häufig in eine Richtung diskutiert (Bartel, Ohlbrecht, 2018; Glasgow et al., 2003). Warum gelingt die Implementierung von Interventionen, die sich unter Studienbedingungen bewährt haben, im Alltag nicht? Warum bleiben die unter Idealbedingungen beschriebenen Wirkungen einer Therapie unter Alltagsbedingungen aus? Implementierungsmodelle legen nahe, dass die Implementierung von Forschungsergebnissen dann besser gelingt, wenn die zu lösenden Herausforderungen oder zu beantwortenden Forschungsfragen von Akteuren aus der Praxis selbst formuliert und Forschungsprozesse gemeinsam mit Forschenden gestaltet werden (Damschroder et al., 2009). Um solche, sich im Setting beruflicher Rehabilitation stellenden Fragen zu sammeln, hat die Arbeitsgruppe Rehabilitation und Arbeit der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) im April 2019 das Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium für eine Befragung genutzt.

## **Methoden**

Für die Befragung wurde eine Karte gestaltet, die unser Anliegen erläuterte und Praxisakteure mittels einer offenen Frage anregte, Fragen an Forschende im Bereich der beruflichen Rehabilitation zu richten. Zudem konnten die Umfrageteilnehmenden angeben, in welchem Bereich der Rehabilitation sie tätig sind, und ihre Kontaktdaten mitteilen. Die Karten waren den Unterlagen beigelegt, die alle Kongressteilnehmenden bei Tagungsbeginn erhielten. Zur Erfassung der Rückmeldungen wurden im Kongresszentrum 15 Urnen aufgestellt. Die Befragung wurde mit einer in den Pausen eingeblendeten Folie beworben. In den Veranstaltungen, in denen wir durch Vorträge oder Sitzungsleitungen präsent waren, haben wir persönlich auf die Umfrage hingewiesen und für Beteiligung geworben.

Die Auswertungsstrategie umfasste vier Schritte:

1. Extraktion der Antworten durch zwei Personen und Unterteilung der Antworten einer Person in mehrere Sinneinheiten;
2. gemeinsame induktive Kategorisierung der Antworten im Rahmen eines Treffens der Arbeitsgruppe Rehabilitation und Arbeit der DGRW;
3. Prüfung dieser Kategorien und Clusterung der Themen (Zugang, Intervention und Evaluation) und
4. Ableitung von Forschungsfragen für jede Kategorie.

## **Ergebnisse**

Wir haben von 46 Personen 51 eingeworfene Karten gezählt. Von diesen Karten wurden 85 verschiedene Texteinheiten extrahiert. 29 Personen beschränkten sich auf eine Antwort, sieben auf zwei Antworten. Zehn Personen meldeten mehr als zwei Antworten zurück. Jeweils rund 30 % waren in der beruflichen bzw. medizinischen Rehabilitation tätig, 13 % bei Rehabilitationsträgern. Knapp zwei Drittel stellten uns ihre Kontaktdaten zur Verfügung.

79 Rückmeldungen wurden neun Kategorien zugeordnet. Sechs Rückmeldungen wurden nicht kategorisiert, da sie im Kategoriensystem keine Entsprechung fanden. Das Thema Zugang wurde durch die Kategorie Bedarfsermittlung repräsentiert. Diese Kategorie war mit zwölf Rückmeldungen besetzt. Das Thema Leistungsdurchführung wurde durch vier Kategorien abgebildet: Weiterentwicklung von Leistungen mit 16 Rückmeldungen, Zusammenarbeit und Schnittstellen mit zwölf Rückmeldungen und Digitalisierung sowie Personal und Personalentwicklung mit jeweils sechs Rückmeldungen. Vier Kategorien haben wir dem Thema Evaluation zugeordnet: Einflussfaktoren auf berufliche Wiedereingliederung mit elf Rückmeldungen, Wirksamkeit und Nutzen mit sieben Rückmeldungen und Methoden und Daten sowie Qualitätssicherung mit fünf und vier Rückmeldungen.

Die Fragestellungen, die die am dichtesten besetzte Kategorie Weiterentwicklung von Leistungen thematisierten, problematisierten u. a., welche zusätzlichen und ergänzenden Angebote den Übergang in Arbeit unterstützen können (z. B. ein den gesamten Prozess begleitendes Fallmanagement oder ein Eingliederungscoach), welche Ressourcen Menschen mit psychischen Erkrankungen benötigen und welche Fähigkeiten erforderlich sind, damit berufliche Wiedereingliederung dauerhaft gelingt, wie das betriebliche Setting stärker eingebunden werden kann und welche gendersensiblen Weiterentwicklungen der Rehabilitation notwendig sind.

## **Diskussion und Fazit**

Unsere Befragung versuchte Praxisakteure bereits am Beginn des Forschungsprozesses einzubinden. Wir haben so praxisrelevante Impulse für mögliche Forschungsvorhaben generieren können. Die extrahierten Rückmeldungen erlaubten es, abgrenzbare und ausreichend besetzte Kategorien und übergeordnete Themencluster zu bilden. Entlang dieser Kategorien können weitere Forschungsfragen formuliert werden und mit Praxisakteuren kooperativ zu Forschungsvorhaben weiterentwickelt werden. Am dichtesten waren die Kategorien zur Weiterentwicklung von Leistungen, Bedarfsermittlung, Zusammenarbeit und Schnittstellen sowie Einflussfaktoren beruflicher Wiedereingliederung besetzt.

Bei der Bewertung dieser Ergebnisse sind folgende Grenzen zu berücksichtigen. Erstens war die Zahl der Teilnehmenden gering. Zweitens haben wir trotz der zur Verfügung gestellten Kontaktdaten die Möglichkeit einer erneuten Kontaktaufnahme nicht genutzt. Dies hätte eine Erklärung und Vertiefung der aufgeworfenen Fragestellungen ermöglicht und möglicherweise weitere Fragestellungen generiert. Drittens waren einige Rückmeldungen erkennbar nicht auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben fokussiert. Um diese Rückmeldungen dennoch nutzen zu können, haben wir sie in das Setting beruflicher Rehabilitation gesetzt. Dies entsprach nicht der ursprünglichen Intention der Ausfüllenden, hat aber aus unserer Sicht interessante Anregungen generiert.

## **Literatur**

- Bartel, S., Ohlbrecht, H. (2018): Forschung zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Zum Wissenstransfer zwischen Theorie und Praxis. *Rehabilitation*, 57. 193-200.
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., Lowery, J. C. (2009): Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci*, 4. 50.
- Glasgow, R. E., Lichtenstein, E., Marcus, A. C. (2003): Why don't we see more translation of health promotion research to practice? Rethinking the efficacy-to-effectiveness transition. *Am J Public Health*, 93. 1261-1267.

## Autorenindex

### A

Adam-Keßler, U. 412  
Adolphs, S. 520  
Aguilar, Z. 366  
Aksakal, T. 306, 377  
Albrecht, D. 498  
Alles, T. 36  
Ammelburg, N. 251, 375  
Andreeva, E. 314  
Anhaus, S. 431  
Antes, A. 118  
Anzelini, M. 393  
Arling, V. 146, 150, 157, 162, 282,  
292, 440  
Asrak, B. 406  
Augustin, M. 109  
Azhand, A. 110

### B

Bachmeier, R. 233, 236  
Banaschak, H. 284  
Bartel, S. 524  
Bartsch, H. H. 176  
Bassenge, D. 450  
Bassler, M. 255, 409, 518  
Bauer, J. M. 347  
Baumann, N. 199  
Baur, N. 290  
Becker, S. 49, 337  
Beetz, C. 217  
Behrens, J. 52, 448  
Bender, C. 496  
Bengel, J. 266  
Benz, P. 466  
Berg, A. 75  
Berg, P. 434  
Bergelt, C. 243  
Berger, T. 455  
Bernert, S. 138, 241  
Bethge, M. 18, 79, 84, 130, 148,  
191, 196, 284, 515, 518, 524  
Bethge, S. 463  
Beyer, C. 219  
Biallas, B. 120  
Biedenweg, B. 189  
Biedermann, I. 181  
Biel, A. 183  
Biesenbach, S. 342  
Bilgin-Egner, P. 23  
Bill, V. 109  
Bippert, M. 411  
Bitterlich, W. 275  
Bitzer, E. M. 201, 204  
Bock, S. 419  
Boje, K. 272  
Bökel, A. 87  
Bollmann, K. 316  
Bommersbach, P. 260  
Bongarth, C. 459  
Bösze, H. 359  
Brandes, I. 471

Breckenkamp, J. 368  
Briest, J. 124  
Broscheid, K.-C. 23, 32  
Brünger, M. 138, 487  
Brunßen, J. 102  
Brzoska, P. 306  
Buchholz, M. 39, 189  
Budde, A. 295  
Bühne, D. 36  
Bulstra, S. K. 187  
Bürger, W. 65  
Bürgy, R. 103  
Busch, D. 216

### C

Carl, J. 70, 95, 116, 302

### D

Dannenmaier, J. 47, 89, 308, 489  
Dantlgraber, M. 169  
de Jong, C. 354  
Deck, R. 19, 280  
Dederichs-Masius, U. 436, 457  
Deeg, P. 269  
Dettmann, M. 127  
Dettmers, C. 23, 32, 167, 169,  
485  
Deuerling, D. 400  
Dibbelt, S. 316, 345, 508  
Diekmann, M. 409  
Diekmann, S. 347  
Dietz, G. 187  
Dietzel, K. 89, 308  
Dittmann, R. 221  
Domma, J. 57  
Dorn, M. 434  
Dörrscheidt, W. 451  
Dresch, C. 176  
Droste-Franke, B. 386  
Drüke, T. 155, 510  
du Prel, J.-B. 368  
Duran, I. 29  
Dyck, M. 306, 377

### E

Eberhardt, C. 227  
Eckrich, K. 459  
Egen, C. 124  
Eggens, U. 424  
Eichert, H.-C. 122, 153  
Eichler, S. 446  
Ellrott, T. 393  
Emmert, M. 173, 207  
Erdsiek, F. 306, 377  
Exner, A.-K. 522

### F

Faber, J. 260  
Fahrenkrog, S. 251, 375  
Falk, J. 138  
Faller, H. 178, 310, 493  
Fankhänel, T. 277  
Farin-Glattacker, E. 135  
Fauser, D. 79, 84, 191  
Feng, Y.-S. 39  
Fischer, H. 287, 470  
Fischer-Hansal, D. 351  
Fittig, E. 337, 409  
Flaig, S. 201, 204  
Fohr, G. 386  
Franke, G. H. 44, 261, 272, 438  
Frankenhauser-Mannuß, J. 347  
Franz, L. 120  
Frege, I. 57  
Frenzel, J. 482  
Frese, T. 277  
Freund, J. 183  
Fricker, A. 340  
Fritz, T. 392  
Froböse, I. 36, 120  
Froß, M. 165  
Fruchtmann, J. 366  
Fuchs, R. 75, 77  
Fuhr, H. 124  
Funke, W. 233

### G

Gabriel, K. 310  
Garbe, P. 185  
Gartmann, J. 314  
Gast-Schimank, C. 214  
Gehlen, M. 318  
Gehrke, J. 313, 323  
Geidl, W. 72, 95  
Geissler, N. 314  
Genth, E. 340  
Gerdes, N. 461  
Gerdes, T. S. 299  
Ghadimi, A. 61  
Giesler, J. M. 436, 457  
Gimigliano, F. 35  
Gisbert Miralles, J. 143  
Glattacker, M. 247, 266, 436, 457  
Göhner, W. 75  
Gold, S. 167  
Golla, A. 54, 79, 84  
Gombert, C. 424  
Grau, A. 310  
Gregorkiewicz, A. 41  
Greitemann, B. 316, 345, 508  
Grotenburg, A.-K. 150  
Grüner, K. 57  
Grüne, E. 70, 116, 302  
Guha, M. 459  
Gündel, H. 118  
Gutenbrunner, C. 35, 87, 124,  
314, 518

## H

Hadzic, M. 446  
Hakuba, H. 461  
Halder-Hinz, C. 347, 397  
Hallauer, J. 185  
Hamdorf, W. 264  
Hampel, P. 193, 245, 249, 304, 400  
Hass, H. G. 185, 491, 496  
Hasselhorn, H. M. 127  
Haubrich, J. 428  
Hauer, C. 359, 451  
Hayden, M. 354  
Heesen, C. 167  
Heidt, V. 176  
Heinze, V. 459, 463  
Henn, J. 255  
Henning, A. 26  
Hergesell, J. 290  
Herrmann, K. 251, 375  
Herten, B. 112  
Heß, V. 178, 493  
Hesse, B. 316, 424  
Hessel, A. 187  
Hetzl, C. 36  
Heuschmann, P. 310  
Hiebler-Ragger, M. 431  
Hinz, C. 318  
Hochfellner, S. 426  
Hoffmann, B. 383, 513  
Hoffmann, C. 114, 386  
Hofmann, A.-L. 181, 471  
Höhn, C. 247  
Hölzer, M. 118  
Hoogerbeets, O. 32  
Hopf, F. 173, 181, 207, 474  
Hörmann, J. 75  
Hoyer, J. 422  
Hüer, T. 347  
Hufenreuther, J. 355  
Hüppe, A. 58

## I

Ihlow, C. 428  
Inhestern, L. 243

## J

Jagla, M. 261, 272, 438  
Jahn, K. 141  
Jankowiak, S. 89, 132, 308  
Jansche, A. 404  
Jaworek, A. 201  
Jax, J. 372  
Jöbges, M. 23, 339  
Jolivet, B. 470  
Jöllenbeck, T. 505  
Joos, F. 502  
Jost, M. 89, 132, 308  
Jüsche, C. 295  
Juvan, L. 431

## K

Kaden, B. 498  
Kahl, K. 124  
Kähnert, H. 287  
Kaindl, I. 359  
Kaiser, U. 62, 209, 383, 388  
Kaltenbach, C. 47, 489  
Kaluscha, R. 47, 62, 132, 209, 383, 388, 476  
Kalusche-Bontemps, E.-M. 287  
Kaminski, A. 356  
Kämmerer, U. 502  
Kamp, F. 264  
Kamplung, H. 135  
Kandioler, E. 451  
Kappus, S. 143  
Kärcher, S. 339  
Kaufmann, J. 97  
Kayser, L. 199  
Kessemeier, F. 118, 255  
Kiekens, C. 35  
Kilian, R. 118  
Kinkel, S. 77  
Kirsch, C. 372  
Kiss, S. 173, 181, 207, 474  
Klaus, S. 253, 297, 524  
Klemmt, M. 330  
Klingebiel, W. 68, 97  
Klose, K. 318  
Knapp, S. 476, 489, 513  
Knispel, J. 146, 150, 157, 162, 440  
Knoop, T. 332  
Kobelt-Pönicke, A. 255, 356, 402  
Kohlmann, T. 39, 189  
Köhn, S. 487  
Kohte, W. 212  
Kölle, T. 47, 476  
Koller, G. 264  
Köllner, V. 412, 417, 419, 422, 424, 453  
Köpnick, A. 193, 245, 400  
Korallus, C. 124  
Koran, I. 107  
Körner, M. 49, 316, 337  
Körper, C. 491  
Köstler, U. 233  
Krähnke, U. 112  
Krassnig, M. 404  
Krause, S. R.-M. 480  
Krauth, K. A. 243  
Krenn, M. 426  
Krischak, G. 47, 89, 132, 308, 347, 383, 476, 489  
Krüger, T. 241  
Küch, D. 261  
Küffner, R. 330  
Kullich, W. 359, 455  
Kuntz, L. 201, 204  
Kunzmann, V. 496  
Kupfahl, C. 185  
Kupferschmitt, A. 417  
Küppers, P. 150  
Kurlemann, G. 171  
Kurlemann, U. 176  
Kurz, R. 451

## L

Lamminger, S. 428  
Lamprecht, J. 24, 165, 482  
Lamprecht, S. 426  
Langbrandtner, J. 58  
Lange, B. 126  
Langheim, E. 107, 419, 453  
Langner, P. 453  
Lazarescu, A. D. 318  
Lazovic, D. 187  
Lederle, M. 204  
Lehbert, N. 95  
Leibbrand, B. 287  
Leithner, D. 359  
Lemke, S. 284  
Lendt, M. 171  
Leniger, T. 61  
Lerch, J. 491  
Lieberei, B. 411  
Linden, M. 355, 411  
Linder, L. 391  
Lindner, J. 295  
Lorenz, I. 448  
Lorenz, S. 159  
Lueger, S. 269  
Lueger, T. 269  
Luley, J. 428  
Luzay, L. 49

## M

Mahlke, A. 396  
Maier, M. 489  
Maier-Ring, D. 169  
Maiwald, P. 176  
Mallau, M. 340  
Mannl, R. 397  
Marko, C. 359, 451  
Markus, M. 196, 515  
Märtin, S. 199  
Marx, R. 450  
Mau, W. 54, 79, 84, 325, 340  
Maximova, A. 402  
Meier-Credner, A. 406  
Melicherova, U. 422  
Meng, K. 178, 330, 493  
Menzel-Begemann, A. 520  
Menzi, L. 487  
Meschnig, A. 253, 297  
Mestel, R. 361, 414  
Metzner, G. 247  
Meyer, T. 35, 332  
Mikl, J. 451  
Mitschele, A. 201, 204  
Mittag, O. 135  
Morfeld, M. 304  
Mossakowski, A. A. 411  
Müller, K. 171  
Müller, M. 102  
Müller-Garnn, A. 323  
Murauer, K. 310  
Muschalla, B. 26, 406, 443  
Mustroph, D. 498

## N

Nastran, S. 275  
Nau, A. 266  
Nebe, A. 424  
Nebe, K. 229  
Neuderth, S. 178  
Neue, D. C. 26  
Neumann, O. 358  
Nothroff, J. 107  
Nowak, D. 92, 99, 354  
Nübling, R. 62, 65, 209, 255, 383,  
388  
Nugraha, B. 35

## O

Ohlbrecht, H. 126, 524  
Ostholt-Corsten, M. 204  
Otto, F. 372  
Otto, J. 355

## P

Padberg, D. 306, 377  
Paganini, S. 77  
Papst, L. 412  
Patzelt, C. 173, 181, 207, 471,  
474  
Peikert, M. 243  
Pekrun, M. 68  
Peters, M. 295  
Pfaff, H. 391  
Pfeifer, K. 70, 72, 95, 116, 302  
Pfeifer, M. 318  
Pietschmann, J. 505  
Piliavska, K. 169  
Piontkowski, M. 120  
Plate, A. 109  
Polak, U. 189, 380  
Pollmann, H. 135, 282  
Polnau, U. 434  
Popp, J. 70, 116, 302  
Proebstl, L. 264  
Pust, G. 167

## Q

Quaschnig, K. 49

## R

Raab, D. 327  
Rabe, S. 110  
Radamm, M. 402  
Rademacher, W. 453  
Raith, M. 397  
Ramsenthaler, C. 77  
Randerath, J. 167, 339  
Rauner, M. 258  
Razum, O. 306  
Reichel, C. 58  
Reims, N. 141  
Retznik, L. 325  
Reusch, A. 330, 393, 434  
Reuss-Borst, M. 393, 502  
Richter, C. 54  
Riebschläger, M. 264

Rieger, M. 118  
Riese, D. 364  
Röck, C. 466  
Rothaug, E. 159  
Rothermund, E. 118  
Rudolph, M. 266  
Rundel, M. 337  
Ruöß, C. 491

## S

Saal, S. 54  
Sägebarth, M. 41  
Sailer, M. 24, 165, 482  
Sailer, S. 32  
Salzwedel, A. 107, 446  
Samos, F.-A. 277  
Sander, U. 173, 181, 207, 474  
Sattler, I. 110  
Sattler, M. 431  
Schacht-Jablonowsky, M. 264  
Schäfer, A. 470  
Schaidhammer-Placke, M. 316  
Schaller, A. 114, 386, 522  
Schauerte, B. 114  
Schebesch-Ruf, W. 431  
Schega, L. 23  
Schian, M. 225  
Schindl, M. 364  
Schindler, A. 181  
Schlarb, A. 260  
Schlitt, A. 107, 459, 463  
Schlittenhardt, D. 461  
Schlöffel, M. 135  
Schlumbohm, A. 487  
Schmelcher, A. 251  
Schmidt, J. 62, 209, 255, 388  
Schmidt, R. 167, 169  
Schmitt, N. 79, 84  
Schmitz, C. 453  
Schönau, E. 29  
Schosser, A. 258, 351  
Schott, T. 422  
Schröder, C. C. 368  
Schüler, J. 485  
Schuler, M. 92, 95, 99, 178, 269,  
310, 354, 493  
Schulte, T. 178  
Schultz, K. 92, 95, 99, 354  
Schulz, H. 295  
Schürmann, J. 463  
Schwaab, B. 459  
Schwab, M. 404  
Schwandt, J. 339  
Schwarz, B. 524  
Schwarz-Eywill, M. 318  
Schwarzkopf, L. 92, 99, 354  
Seeber, G. H. 187  
Senft, B. 258, 351, 426  
Seywald, M. 496  
Siebler, M. 327, 480  
Skoumal, M. 359, 451, 455  
Slavchova, V. 282, 292  
Soyka, M. 264  
Spanier, K. 130  
Speh, M. 339  
Spiel, G. 404  
Spyra, K. 138, 241, 251, 375, 487  
Stachow, R. 245, 249

Stadler, H. 171  
Stahl, L. 522  
Ständer, S. 109  
Stangl, S. 310  
Stark, C. 29  
Stassen, G. 114, 386  
Steffanowski, A. 361, 414  
Steimann, G. 58  
Steinbrecher-Hocke, I. 260  
Steinert, A. 110  
Steingraber, U. 120  
Stepien, J. 491  
Sternberg, A. 148  
Stevens, M. 187  
Stock Gissendanner, S. 112  
Stoye, A. 340  
Strahl, A. 304  
Streibelt, M. 36, 65, 81, 130, 138,  
524  
Stritzinger, B. 455  
Sturm, C. 87  
Sudeck, G. 72  
Sutorius, M. 225  
Szczotkowski, D. 380  
Szentes, B. 92, 99, 354

## T

Tausch, A. 396  
Tecklenburg, H.-J. 232  
Tegtbur, U. 124  
Telschow, L. M. 380  
Thauerer, B. 455  
Theiss, S. 480  
Thiede, M. 201, 204  
Toellner, C. 330  
Toepler, E. 62, 209, 383, 388  
Tsianakas, A. 109

## U

Unland, E. 434

## V

Valentini, J. 176  
van Poppel, M. 431  
Vieten, M. 32  
Vogel, H. 304  
Vogel, M. 191  
Vogelgesang, M. 239  
Völler, H. 107, 446, 459  
Vollmer, H. C. 57  
von der Warth, R. 266  
von Kardorff, E. 143, 253, 297  
von Kenne, J. 443  
von Martial, S. 109  
von Rezori, R. 350  
Vorbrüggen, W. 340

## **W**

Wagner, B. 424  
Wais, J. 72  
Waldeck, E. 247  
Warschburger, P. 350  
Wasem, J. 347  
Wassipaul, S. 364  
Wegscheider, K. 107  
Weichselbaumer, T. 491  
Weier, L. 280  
Weierstall-Pust, R. 167  
Weis, J. 176  
Weiß, C. 112  
Weissinger, V. 233, 236

Wolti, F. 223  
Wester, A. M. 159  
Wiederer, R. 103  
Wiese, C. 155  
Wijnen, A. 187  
Wilke, C. 120  
Wittmann, M. 95  
Wittwer, M. 380  
Wöckel, A. 496  
Wolff, W. 485  
Wrage, W. 112  
Wulfert, E. 345, 508  
Wurst, R. 77

## **X**

Xyländer, M. 522

## **Y**

Yilmaz-Aslan, Y. 306, 377

## **Z**

Zander, R. 510  
Zeike, S. 391  
Zipko, H. 364  
Zollmann, P. 81